

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Práce se zabývá srovnáním problematiky poskytování sociálních služeb v České republice a v 11 členských zemích Evropské unie a to podle zvolených kritérií. Mimo jiné práce obsahuje základní trendy v ČR i v EU a zhodnocení systému České republiky ve srovnání s Evropskou unií spolu s doporučeními a závěry. Z různých důvodů je velmi obtížné sestavit z nesourodé mozaiky různých dílčích informací celistvý obraz, umožňující komparativní analýzu typu a rozsahu sociálních služeb v rámci určitého jednotného systému.

Abstrakt ve světovém jazyce

My thesis discuss differences in social services between Czeck Republic and EU countries. It is very difficult to provide overall picture of provided services at the social services environment, which is cause by its absence. However, I hope I have achieved my aim and my thesis clearly list and explain the social services in Czeck Republic and in the 13 EU countries.

Děkuji mé vedoucí diplomové práce, paní Ing. Elišce Pastuszkové, za její užitečné rady a připomínky, kterými mě při psaní této práce směřovala k optimálnímu cíli.

OBSAH

OBSAH	5
ÚVOD	7
I. TEORETICKÁ ČÁST	9
1 CHARAKTERISTIKA SOCIÁLNÍ POLITIKY A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	10
1.1 ZÁKLADNÍ PRINCIPY SOCIÁLNÍ POLITIKY	10
1.2 OBJEKTY A SUBJEKTY SOCIÁLNÍ POLITIKY	13
1.2.1 Objekty sociální politiky	13
1.2.2 Subjekty sociální politiky	13
1.3 NÁSTROJE SOCIÁLNÍ POLITIKY	15
1.4 VYMEZENÍ SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ	18
1.5 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ SYSTÉMU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	19
1.6 ZÁKLADNÍ DRUHY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	22
1.6.1 Členění podle délky trvání	23
1.6.2 Členění podle místa poskytování	23
1.6.3 Členní podle povahy činnosti	24
1.7 FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A HRAZENÍ NÁKLADŮ SPOJENÝCH S POSKYTOVÁNÍM SOCIÁLNÍ SLUŽBY	34
1.7.1 Financování sociálních služeb	34
1.7.2 Hrazení nákladů spojených s poskytováním sociální služby	35
2 CHARAKTERISTIKA ZÁKLADNÍCH MODELŮ POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	36
2.1 MODEL Y PODLE MÍRY ÚČASTI JEDNOTLIVÝCH SUBJEKTŮ	36
2.1.1 Redistributivní model	36
2.1.2 Výkonový (korporativní) model	36
2.1.3 Reziduální model	37
2.2 MODEL Y ČLENĚNÉ PODLE PODOBNÝCH RYSŮ (REGIONÁLNÍ MODEL Y)	37
2.2.1 Skandinávský model	37
2.2.2 Jihoevropský model	38
2.2.3 Ostatní regionální model y	38
2.2.4 Model založený na principu subsidiarity	38
2.2.5 Model týkající se oblasti péče o děti	39
II. PRAKTICKÁ ČÁST	40
3 KOMPARACE SYSTÉMŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE A VYBRANÝCH ZEMÍCH EVROPSKÉ UNIE	41
3.1 PROBLEMATIKA KOMPARATIVNÍCH VÝZKUMŮ V OBLASTI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	41

3.2	SOCIÁLNÍ SLUŽBY V ČESKÉ REPUBLICE	42
3.2.1	Model sociální politiky.....	42
3.2.2	Základní právní předpisy.....	43
3.2.3	Zařazení sociálních služeb	44
3.2.4	Současný systém sociálních služeb	44
3.2.5	Odpovědnost za sociální služby	46
3.2.6	Poskytovatelé sociálních služeb.....	48
3.2.7	Financování sociálních služeb v České republice.....	49
3.2.8	Budoucí systém sociálních služeb.....	53
3.3	SOCIÁLNÍ SLUŽBY VE VYBRANÝCH ZEMÍCH EVROPSKÉ UNIE	56
3.3.1	Belgie	56
3.3.2	Dánsko.....	60
3.3.3	Francie.....	61
3.3.4	Irsko.....	64
3.3.5	Itálie.....	66
3.3.6	Německo.....	68
3.3.7	Portugalsko.....	70
3.3.8	Řecko.....	72
3.3.9	Španělsko	74
3.3.10	Švédsko	76
3.3.11	Velká Británie	79
4	ZÁKLADNÍ TRENDY POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICĚ A ZEMÍCH EVROPSKÉ UNIE.....	81
4.1	ZÁKLADNÍ TRENDY V POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICĚ.....	81
4.2	ZÁKLADNÍ TRENDY V POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ZEMÍCH EVROPSKÉ UNIE.....	84
5	ZHODNOCENÍ SYSTÉMU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICĚ VE SROVNÁNÍ S EVROPSKOU UNIÍ	87
	ZÁVĚR	94
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	96
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	98
	SEZNAM TABULEK.....	99
	SEZNAM A SCHÉMAT A GRAFŮ	100

ÚVOD

Každá komparativní studie v oblasti sociální péče řeší základní problém – nejednotnost používané terminologie a definic základních pojmů, které mají často naprosto odlišný význam v různých zemích, které vycházejí z odlišného pojetí sociální péče.

V různých modelech sociálního státu se přístup k sociálním službám liší. Těžkosti při komparaci začínají u konceptů: na poli mezinárodní diskuse stále neexistuje obecně přijatá definice, co všechno lze zahrnout pod pojem „**sociální služba**“. Termín „sociální služba“ znamená aktivitu, týkající se potřeb a těžkostí, které nabízejí optimální sociální funkčnost jedince.

Cílem mé práce je srovnání problematiky poskytování sociálních služeb v České republice s členskými zeměmi Evropské unie a vyvození závěrů s doporučeními.

Ve většině evropských zemích je vnímán termín „sociální služby“ velice široce a často splývá s pojmem „sociální péče“. Například v britském systému se vychází z užšího pojetí tzv. „osobní sociální služby“ jako sociální služby poskytované místním úřadem a nezávislými neziskovými organizacemi.

V mé diplomové práci je pojem „sociální služba“ užíván většinou ve smyslu neplacené služby, ale v mnoha zemích Evropské unie je obtížné diferencovat placené a neplacené služby. V zemích Evropské unie je celý systém obecně označován jako „**sociální ochrana – social protection**“ a zahrnuje jak „**sociální služby – social services**“, tak „**sociální pomoc – social assistance**“ v podobě finanční pomoci na základě specifické potřeby. Dávky vyplácené v hotovosti jsou buď nárokové (na základě pojištění – např. nemoc, nezaměstnanost, penze ve stáří) nebo se vyplácejí ve speciálních případech na základě testování příjmu. V systému sociální ochrany je zahrnuto také „**sociální zabezpečení – social security**“, tedy sociální zajištění lidských (občanských) práv.

V souvislosti s poskytováním sociálních služeb vstupuje do centra pozornosti také pojmenování samotných příjemců služeb. Jsou vedeny diskuse, jak označovat jednotlivé sociální skupiny a dochází se postupně k názoru, že dosavadní termíny jako „staří“, „mentálně postižení“ nebo „duševně nemocní“ by měly být nahrazovány pojmy „senioři“, lidé „s poruchami učení“ nebo „s problémy v oblasti duševního zdraví“. Téměř se přestal užívat pojem „klient“, který naznačuje spíše pasivitu, závislost a nerovnost. Nahrazuje jej „**uživatel**“ sociálních služeb, který je akceptován většinou zainteresovaných skupin.

Nejenom tím, ale i popisem základních systémů a trendů sociálních služeb v České republice a ve vybraných zemích Evropské unie se zabývá mnou předložená diplomová práce, která je sestavena ze dvou základních částí.

V první části je popsána teorie a poznatky z literatury viz. „Teoretická část“, jejímž cílem je popis problematiky sociálních služeb (vymezení pojmu sociální služby a jiných základních pojmů týkajících se sociálních služeb, základní právní předpisy, práva a povinnosti subjektů v sociálních službách, základní druhy sociálních služeb, financování sociálních služeb, hrazení nákladů spojených s poskytováním sociálních služeb a mimo jiné taky charakteristika základních modelů poskytování sociálních služeb).

Ve druhé části diplomové práce, kterou tvoří „Praktická část“, je uvedena komparace systémů sociálních služeb a problémy s tím spojené, základní trendy v poskytování sociálních služeb v České republice a ve vybraných zemích Evropské unie a zhodnocení systému sociálních služeb v České republice spolu s doporučeními.

V závěru práce jsou shrnuty hlavní zjištěné poznatky vyplývající z komparativní studie a významné očekávané trendy v budoucnu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA SOCIÁLNÍ POLITIKY A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Dříve, než se budu zabývat sociálními službami konkrétně, bych chtěla alespoň stručně naznačit co to je sociální politika a kde v ní mají sociální služby místo.

Velmi obecně a přibližně je možné říci, že sociální politika je politikou, která se primárně orientuje k člověku, k rozvoji a kultivaci jeho životních podmínek, dispozic, k rozvoji jeho osobnosti a kvality života. Sociální politika jako taková, není jednoznačně definičně vymezena, ba není ani jednoznačně vymežitelná. Její chápání může být různé. Je to zapříčiněno mnoha důvody, například jedním z nich může být ta skutečnost, že samotné slovíčko „sociální“ může být různě interpretováno. [10]

Sociální politiku je nutno vnímat především jako celek, jako určitý systém s četnými vnitřními komplikovanými vazbami i s vazbami na ostatní prvky společenského systému. Sociální politika je tedy úzce vázána i na své společenské okolí. **Je tedy vždy specifická v každé zemi a době**, ale jsou jí zároveň vlastní i určité společné znaky.

Sociální politika zpravidla zahrnuje politiku sociálního zabezpečení včetně osobních sociálních služeb (kterými se budu v mé diplomové práci zabývat), rodinnou politiku, bytovou politiku, zejména její sociální aspekty, dále zdravotní politiku, politiku zaměstnanosti a vzdělávací politiku. [10]

1.1 Základní principy sociální politiky

Sociální politika musí respektovat určité základní principy, tj. myšlenkové postupy, vedoucí ideje, které jsou pro ni určující, které jsou jí vlastní a které se v ní také více či méně zřetelně promítají. Pro volbu a interpretaci těchto základních principů, myšlenkových postupů, má samozřejmě význam filozofické myšlení (učení) a tzv. sociálně politické doktríny. [10]

V evropském regionu se tradičně setkáváme s:

- *Myšlenkami konzervativního směru (liberalismus)*

Jedná se o myšlenkový koncept, který staví na osobní svobodě a individuální odpovědnosti. Sociální prospěch a blahobyt každého je závislý především na něm samém, jeho výkonu, osobním nasazení a ochotě nést rizika. Funkčnost sociální

politiky je posuzována podle jejího vztahu k ekonomické efektivnosti. Nepodporuje totiž solidaritu státu a redistribuční procesy, protože ty podle této doktríny vedou k útlumu ekonomických podnětů a aktivit a zdůrazňuje regulační schopnosti tržního mechanismu a jeho hladké fungování, které z hlediska uspořádání společnosti považuje za určující.

- *Křesťanským sociálním učením*

Tato doktrína vychází z křesťanské filozofie, podle níž za sociální situaci není zodpovědný jen sám jedinec, ale v určité míře i společenský systém, který postavení jedince předurčuje. Uznává osobní svobodu, ale zdůrazňuje, že bez mravního závazku neexistuje a že určitý díl odpovědnosti za sociální situaci ve společnosti padá i na mocné a bohaté. Uznává nerovnost, ale ne každou považuje za žádoucí a spravedlivou. Pro tuto filozofii je určující odstranění bídy, a proto zdůrazňuje význam sociálních transferů a na křesťanském milosrdenství založených dobročinných a charitativních aktivit. Zdůrazňuje fakt, že individuální svoboda musí být podřízena i obecnému prospěchu a dobru.

- *Demokratickým socialismem*

Tento přístup usiluje o zajištění důstojných životních podmínek všem jedincům demokratickou cestou na základě přijetí určitých pravidel. Mezi těmito pravidly je vždy převzetí značné míry sociální odpovědnosti za jedince státem, silný veřejný sektor a rozsáhlé přerozdělování a solidarismus. Je v protikladu ke konzervativní doktríně, silně zdůrazňuje rovnost, a to nejen v občanských právech, ale i v právech sociálních. [10]

Pro sociální politiku jsou všeobecně považovány za typické, určující a nejvýznamnější zejména **následující principy:**

- *Sociální spravedlnost*

Sociální spravedlnost je možné vymezit pravidly, podle nichž jsou ve společnosti rozdělovány příjmy a bohatství a také životní příležitosti a předpoklady (např. vzdělávat se, uplatnit se na trhu práce atd.) mezi jednotlivé občany, případně sociální skupiny. Sociální spravedlnost je spojená s procesy rozdělování a přerozdělování příjmů i šancí, neboť i sama sociální politika je někdy definována také jako systém s výraznými distributivními a redistributivními prvky generující

stratifikaci společnosti. Sociální spravedlnost, je ale pojem relativní a k jeho řešení je třeba přistupovat zpravidla vždy z řady různých hledisek a přihlížet tak k podstatě a charakteru velice rozmanitých konkrétních sociálních situací.

- *Sociální solidarita*

Solidarita je výrazem lidského porozumění a pospolitosti, vzájemné soudržnosti a také odpovědnosti. Jedná se o vzájemnou podporu a sounáležitost. Je vedena úsilím o sjednocování zájmů, zejména pokud jde o hmotné životní podmínky, a to na základě svobodné vůle lidí a jejich ochoty podřídit se zájmům širšího společenství. Na sociální solidaritu lze nahlížet z různých hledisek a to, podle toho kdo solidaritu organizuje můžeme hovořit o solidaritě mezinárodní, celostátní, místní či regionální nebo o solidaritě jednotlivců a rodin. Z jiného hlediska lze hovořit o solidaritě mezigenerační, o solidaritě zdravých s nemocnými, zaměstnaných s nezaměstnanými, bezdětných občanů s rodinami s dětmi apod.

- *Subsidiarita*

Tento princip je chápán v moderních společnostech jako princip spojující osobní odpovědnost se solidaritou. Podle principu subsidiarity je každý povinen nejdříve pomoci sám sobě, nemá-li tuto možnost, musí mu pomoci rodina. Rodině rovněž přísluší, aby si pomohla sama svými silami a teprve dostane-li se do velkých obtíží, volá na pomoc jiná společenství. Teprve na posledním místě je k pomoci vyzýván stát. Jeho povinností je primárně pečovat o vytvoření podmínek, aby si každý mohl pomoci vlastním přičiněním, a sám pomáhá až na posledním místě, jsou-li ostatní možnosti pomoci vyčerpány.

- *Participace*

Základní myšlenkou participace je, že lidé, jejichž život je ovlivňován určitými opatřeními a rozhodnutími, musí mít také možnost účastnit se na procesu, který vede k jejich přijímání a realizaci. V podstatě jde o to, aby lidé měli reálnou možnost podílet se na tom, co bezprostředně ovlivňuje jejich život (např. zdraví, zajištění v nemoci, ve stáří atd.). Naplňování principu participace je postupným, dlouhodobějším procesem, který lze ve zkratce nazvat jako přechod od člověka, jako převážně objektu sociální politiky, k člověku plnoprávnému, odpovědnému a respektovanému subjektu. Člověk přestává být pasivním příjemcem sociálně

politických opatření, ale sám se na jejich tvorbě podílí a spolurozhoduje o jejich realizaci. [10]

1.2 Objekty a subjekty sociální politiky

Podle toho kým má být iniciována a naplňována sociální politika a ke komu mají její opatření směřovat, pak hovoříme buď **o objektech nebo subjektech sociální politiky**.

1.2.1 Objekty sociální politiky

Pod pojmem objekty sociální politiky rozumíme jednak všechny obyvatele dané země, ať již jako jednotlivce, či určité sociální skupiny. Sociální skupinou lze vymezit jako skupinu osob, mezi nimiž existuje určitá interakce, a tyto osoby i okolí si tuto skutečnost uvědomují.

Objekty sociální politiky jsou ti, kterým jsou opatření sociální politiky určena, na něž jsou orientována. Tak například konkrétní sociálně politická opatření v oblasti vzdělání jsou určena pro všechny (např. právo na vzdělání a rovný přístup ke vzdělání). Jiná jsou směřována pouze pro některé sociální skupiny, či pouze pro jednotlivce (např. rodiny s dětmi, nezaměstnaní, nemocní apod.). Tyto objekty jsou podle charakteru a účelu jednotlivých opatření různě strukturována například z hlediska věku, pohlaví, vzdělání, příjmů, ekonomické aktivity, dětnosti rodin atd. [10]

1.2.2 Subjekty sociální politiky

Subjekty jsou ti, kdo mají zájem, vůli, schopnosti, předpoklady, možnosti a prostředky k určité sociální činnosti či chování a kdo takové činnosti a chování může iniciovat a naplňovat. Také subjekty jsou různým způsobem strukturovány. V obecné rovině je lze členit na státní a nestátní, nestátní pak dále na subjekty tržní a na ostatní – netržní.

Sociální politika je realizována různými a velice četnými subjekty. Ty také nesou před objekty svůj díl odpovědnosti za efekty sociální politiky. Významným subjektem, který do značné míry určuje pojetí, obsah, cíle a úkoly sociální politiky v daném časovém období a společnosti, je v moderní době stát. Kromě státu existuje řada dalších subjektů, které také určují sociální politiku, ale jejich opatření nemají zpravidla všeobecnou platnost. Stále většího významu nabývají i nadnárodní instituce a subjekty (např. ES, UNESCO a jeho

orgány, Mezinárodní úřad práce aj.), které usilují o mezinárodně uznávané právní instrumenty v oblasti sociální politiky. [10]

Mezi subjekty sociální politiky patří:

- *Stát a jeho orgány*

Významná role v tomto směru patří parlamentu, který na základě zvoleného programu a příslušné koncepce vytváří a schvaluje legislativní opatření, která mají rozhodující význam pro sociální politiku státu i ostatních nestátních subjektů. Vláda a správní orgány státu zodpovídají za uskutečňování konkrétní sociální politiky v daném čase. Tyto orgány mají charakter jednak republikový, jednak územní, příp. regionální. Jako příklady je možné uvést ministerstvo práce a sociálních věcí, ústřední i územní orgány sociálního zabezpečení, úřady práce apod.

- *Zaměstnavatelé a firmy*

Jsou povinni zabezpečovat opatření stanovená státem a jeho orgány. Tím ovšem jejich úloha nekončí. Realita ekonomického a sociálního vývoje si vynutila vedle opatření státu i další tzv. „dobrovolná“ sociálně politická opatření zaměstnavatelů, která směřují ke svým zaměstnancům a která lze označit jako „firemní sociální služby“ či „firemní sociální politiku“. Ve vyspělých zemích činí výdaje na tato opatření podle odhadu cca 3 až 15 % přímých mezd a platů. Nejde tedy o nezanedbatelný vliv.

- *Zaměstnavatelské, zaměstnanecké a odborové orgány*

Jedná se například o různé komory zaměstnavatelů, zaměstnanecké, profesní komory a svazy, odborové svazy a orgány, orgány tripartity apod.

- *Regiony, místní komunity, obce, jejich orgány a instituce, občanské organizace a iniciativy*

Jde o dobročinné organizace, charitativní instituce apod. Jejich činnost je v Evropské unii, ale i v České republice dosti významná.

- *Církev*

Nejedná se pouze o instituce pro konání bohoslužeb, ale otevírají se společnosti a mají současně významnou roli v oblasti mravní, v péči o zdraví, o handicapované obyvatelstvo, v oblasti výchovné, vzdělávací, charitativní aj.

- *Občané, rodiny, domácnosti*

Zde je přirozené široké pole působnosti pro řešení řady sociálních situací a pro akt vzájemné pomoci uplatňující se prakticky od počátku lidské existence. [10]

1.3 Nástroje sociální politiky

Nástroje sociální politiky představují určitý systém, který se v čase pochopitelně vyvíjí, mění a zkvalitňuje vzhledem ke konkrétním záměrům sociální politiky. V současné sociální politice je kladen důraz především na to, aby její nástroje umožňovaly diferencované a adresné řešení zcela konkrétních sociálních institucí konkrétních jedinců či sociálních skupin tak, aby nedocházelo ke zneužívání výhod těmi, kterým nejsou určeny. To je předpokladem toho, aby sociální politika byla dostatečně účinná a únosná z hlediska limitovaných finančních zdrojů. [10]

Sociální politika se realizuje prostřednictvím nástrojů, jejichž spektrum je značně široké a rozmanité. Nástroje lze třídit různým způsobem, důležité ovšem je, aby respektovaly základní principy sociální politiky, působily v jejich intencích a umožňovaly naplňovat cíle a funkce sociální politiky.

Základním nástrojem v každé demokratické společnosti je právní řád, v jeho rámci pak sociálně právní legislativa. Z jiného pohledu může např. jít o systém daní a transferových plateb, či o instituce a instituty sociální politiky nebo např. o nadační, charitativní, církevní a jiné dobročinné aktivity. Nástrojem mohou svým způsobem být i sdělovací prostředky, vzdělávací aktivity i institut poradenství aj. [10]

Nástroje sociální politiky lze také rozlišit i podle toho, zda se jedná o:

- Právní normy, k nim patří Ústava, Listina základních práv a svobod, zákony, vyhlášky, kolektivní smlouvy.
- Ekonomické nástroje, jsou to opatření směřující k ovlivňování a přerozdělování disponibilních zdrojů tak, aby bylo dosaženo stanovených cílů. Jedná se například

fiskální nástroje, úvěrové nástroje, cenová politika ve formě dekomodifikací vybraných statků a služeb pro zájmové sociální skupiny obyvatelstva a cenová politika ve formě cenové regulace vybraných statků a služeb.

- Sociální dokumenty, jako jsou koncepce, plány, programy a projekty státu, organizací a institucí, jimiž se stanovují cíle sociální politiky a způsoby jejich dosahování.
- Nátlakové akce, které se někdy užívají k prosazování zájmů některých sociálních skupin (např. stávky, petiční akce). [10]

Z hlediska času, který je velmi významný, by měla sociální politika pracovat alespoň se dvěma základními typy nástrojů:

- *se sociální doktrínou*, tj. s určitou dlouhodobou vizí, představou o budoucí sociální politice (doktrína by plnila roli určitého vodítka pro orientaci sociální politiky, vymezovala by jakýsi koridor, v němž by se měla dlouhodobě pohybovat).
- *s určitým programem*, který by byl specifikací doktríny v kratším časovém období (představuje prostředek, způsob, techniku dosahování programových cílů, které krystalizují jako výsledek konsenzu participativního jednání různých politických, vládních i nevládních orgánů). [10]

Mezi nástroje sociální politiky je třeba také uvést další nástroj, který je v řadě vyspělých zemích obvyklý, jedná se o **kolektivní vyjednávání**. Tento nástroj má spíše krátkodobý charakter. Jedná se o proces, ve kterém dochází k jednání o určitých sociálních skutečnostech mezi sociálními partnery. Kolektivní vyjednávání má preventivní charakter a má především předcházet konfliktům a řešit problémy okamžitě a ne následně. [10]

Kromě výše uvedených nástrojů má sociální politika ještě další nástroje, které mají již konkrétně aplikační charakter. **Jsou jimi zejména:**

- *sociální příjmy*

Jedná se o příjmy spojené s opatřeními sociální politiky. Představují velice významný nástroj sociální politiky. Příkladem mohou být dávky důchodového a nemocenského pojištění, dávky státní sociální podpory, peněžité dávky sociální pomoci a podpory v nezaměstnanosti. Pro sociální příjmy je typický jejich poměrně rychlý růst i růst jejich podílu na celkových peněžních příjmech.

- *věcné dávky*

Jsou spojeny především s ochranou zdraví. Jedná se zejména o léky a zdravotní pomůcky a ochranné pracovní pomůcky. Věcné dávky se také uplatňují v případě sociální pomoci v situacích, kdy není zaručeno, že peněžité pomoci bude využito k zamýšlenému účelu.

- *účelové půjčky*

Jde o poskytování různých zvýhodněných půjček k ovlivňování různých sociálních situací či událostí v životě lidí. Jejich funkcí je překlenout časové období mezi okamžitou potřebou finančních prostředků a současnými možnostmi omezených zdrojů, které se týkají předem vymezených situací jako jsou např. novomanželské půjčky, půjčky k podpoře bydlení nebo půjčky na vzdělání. Od ostatních nástrojů se odlišují jen tím, že půjčky jsou návratné a jejich sociální efekt z hlediska jedince či rodiny je dán výhodnějšími podmínkami jejich poskytování a samozřejmě jejich okamžitou dostupností.

- *úlevy a výhody*

Jsou poskytovány různým skupinám obyvatelstva, například mladistvým, studujícím, vojákům, důchodcům.

- *ceny spotřebního zboží a služeb, resp. státní regulace těchto cen*

Plní také v určitém, i když omezeném, rozsahu funkci nástroje sociální politiky. S přechodem k tržnímu hospodářství se stává cena především ekonomickým nástrojem a její význam pro sociální oblast je značně omezen, i když není zcela vyloučen (např. regulované nájemné či některé léky). V zájmu potřeby efektivnosti a výkonnosti ekonomiky by význam ceny jako nástroje sociální politiky měl být dále zeslabován. [10]

- *sociální služby*

Tyto služby tvoří široké spektrum služeb. Jimi se bude nadále podrobně zabývat a to z pohledu jak v České republice tak i ve vybraných zemích Evropské unie.

1.4 Vymezení sociálního zabezpečení

Dříve, než se budu zabývat samotnými sociálními službami, je zapotřebí vědět, kam sociální služby spadají.

Sociální zabezpečení jako součást sociální politiky a jako prostředek k uskutečňování jejich úkolů a cílů můžeme potom obecně chápat jako soubor institucí, zařízení a opatření, jejichž prostřednictvím a pomocí se uskutečňuje předcházení, zmírňování a odstraňování následků sociálních událostí občanů. [10]

Ve světě je pojem sociálního zabezpečení často interpretován velmi odlišnými způsoby. V některých zemích definuje pojem „sociálního zabezpečení“ zákon, kde tomu tak není, je alespoň vymezeno, která ujednání v rámci národních zákonů patří do sféry zákonů o sociálním zabezpečení. [10]

Sociálnímu zabezpečení se tak příkládá v různých zemích různý obsah. Liší se charakterem, formou, cíli i náplní, vymezením okruhu sociálních událostí. Zatímco v užším pojetí se často sociální zabezpečení omezuje například pouze na důchodové zabezpečení a **sociální služby**, v širším pojetí je možno zahrnovat do sociálního zabezpečení například péči o zdraví, zabezpečení při dočasné neschopnosti pro nemoc a úraz, zabezpečení matek v případě těhotenství a mateřství, pomoc při výchově dětí v rodině, zabezpečení při invaliditě, zabezpečení ve stáří, zabezpečení rodinných příslušníků a pozůstalých a zabezpečení v nezaměstnanosti. [10]

Sociální zabezpečení je možné například definovat jako systém náhradních (mimořádných) zdrojů zabezpečující relativní stabilitu minimální úrovně sociálního zabezpečení a sociální suverenity těmito formami:

- **Sociálními příjmy** (na principu pojištění i prostými dlouhodobými nebo krátkodobými dávkami).
- **Sociálními službami** (tj. informační, poradenskými a zprostředkovatelskými sítěmi a navazujícími službami – např. pečovatelská služba, služby pro důchodce a jiné).
- **Sociálními azylly** (tj. různými formami azylů zejména při selhání přirozených zdrojů sociální suverenity a bezpečnosti - např. ústavy pro těžce postižené, opuštěné, dětské domovy a domovy důchodců apod.). [10]

Sociální zabezpečení můžeme vnímat i jako soubor opatření formujících solidaritu s lidmi, kteří čelí nedostatku příjmů nebo se nacházejí v situaci, jež vyžaduje mimořádné výdaje. Sociální zabezpečení je možné také charakterizovat jako souhrn právních, finančních a organizačních nástrojů a opatření, jejichž cílem je kompenzovat nepříznivé finanční a sociální důsledky různých životních okolností a událostí, ohrožujících uznaná sociální práva.

Nejrozšířenějším pojetím v současné době je sociální zabezpečení ve smyslu souhrnného označení pro všechny sociální instituce poskytující občanům (a za určitých podmínek i cizincům) radu (poradenství), ochranu (prevenci), materiální (věcná) a peněžní plnění (dávky), služby a azyl (ústavní péči) k uspokojení jejich sociálních (společností uznaných) potřeb. [10]

Sociální služby jsou tedy nástrojem sociálního zabezpečení, i když se liší charakterem, formou, vymezením okruhu sociálních událostí, cíli i náplní.

1.5 Definice základních pojmů systému sociálních služeb

K tomu, abych se mohla zabývat tématem „sociální služby“, je zapotřebí, vymežit a objasnit základní pojmy, které jsou s touto oblastí neodmyslitelně spojeny.

Sociální služby

Jsou poskytovány, aby zmírnily nebo změnilы nepříznivou sociální situaci osob, které pro nedostatečnou soběstačnost z důvodu věku, zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné osoby nebo z jiných závažných důvodů nejsou samostatně schopny dostatečně zabezpečovat a uspokojovat své životní potřeby a tyto potřeby nejsou ani jinak zabezpečeny. Sociální služby mohou být poskytovány jednotlivcům i rodinám.

Výsledkem působení sociálních služeb je prevence sociálního vyloučení a podpora sociálního začlenění osob, rodin a širších sociálních společenství. Jejich cílem je umožnit těmto osobám v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a využívat obvyklým způsobem jiných systémů (např. bydlení, školství, zdravotnictví, služby zaměstnanosti atd.). Sociální služba je službou ve veřejném zájmu. [15]

Cílem působení sociálních služeb tedy je:

- začlenění osob v nepříznivé sociální situaci do běžného života společnosti a předcházení jejich sociálnímu vyloučení,
- poskytnout ochranu všem, kteří jsou krátkodobě nebo dlouhodobě omezeni v možnostech uplatňovat svá práva, naplňovat své potřeby a prosazovat své zájmy.

K základním charakteristikám sociálních služeb patří zejména:***- Kvalita služeb***

To znamená, že služba splňuje standardy kvality sociálních služeb a její poskytování odpovídá dobré praxi a neodporuje dodržování lidských práv. Kvalita poskytovaných služeb musí být garantována odpovědným orgánem veřejné správy.

- Dostupnost informační, místní, časová, finanční, architektonická a psychologická***- Efektivita***

To znamená, že služby představují optimální kombinaci „ceny“, kvality a potřeby;

- Individualita

To znamená, že služba je „schopná rozpoznávat a přizpůsobovat se potřebám konkrétního jednotlivce;

- Provázanost

Tím se rozumí, že služby na sebe svým obsahem navazují a doplňují se;

- Variabilitnost

Rozumí se tím, že odpovídající kombinace služeb nabízí různé alternativy pro řešení konkrétní nepříznivé sociální situace;

- Kontrolovatelnost

To jest, že služby jsou kontrolovatelné poskytovatelem, plátcem i samotným uživatelem. [20]

Zabezpečením životních potřeb se rozumí zejména samostatná péče o vlastní osobu, svou výživu, domácnost a udržení či obnovení přirozených rodinných a sociálních vazeb, a to takovým způsobem, který nevede k sociálnímu vyloučení osob, rodin a širších sociálních společenství. [20]

Životními potřebami osoby se rozumí její základní biologické, psychické a sociální potřeby. Biologickými potřebami jsou zejména zabezpečení stravy, ošacení, základní hygieny, bydlení a nezbytné sociální a zdravotní péče. *Psychickými potřebami* jsou zejména zajištění potřebné komunikace, přijímání informací. *Sociálními potřebami* jsou zejména všeobecné lidské potřeby, zájmy a práva. [20]

Pokud se osoba ocitne v takové nepříznivé sociální situaci, kdy není schopna sama svým úsilím a přičiněním, ani s pomocí rodiny či dalších přirozených sociálních systémů tuto situaci řešit, popřípadě jí taková situace hrozí, má právo požádat o *příspěvek na péči* a s tím související posouzení nepříznivé sociální situace a požádat o *poskytnutí pomoci* prostřednictvím sociální služby.

Podle připravované směrnice Evropské komise *služba ve veřejném zájmu* musí být, v souladu s principem subsidiarity, definována na nejvíce odpovídající úrovni a vzájemně se doplňující mezi evropskou, národní, regionální a místní úrovní. Při určování náplně a závazků služeb musí orgány veřejné správy brát v úvahu rovněž technologické změny a nové potřeby. [20]

Veřejná služba je služba vytvořená, organizovaná nebo regulovaná orgánem veřejné správy tak, aby byla služba poskytována způsobem, který lze považovat za nezbytný pro uspokojení společenských potřeb. Při vědomí úkolu sloužit lidem a veřejnému zájmu v krátkodobém i dlouhodobém horizontu, jakož i cíle trvale udržitelného ekonomického a sociálního rozvoje, musí organizace a řízení služeb splňovat následující principy způsobem, který nejvíce odpovídá specifickým charakteristikám každé služby. [20]

Rovný přístup - všichni občané mají právo rovného přístupu ke službám. Tato rovnost je založena na zákazu jakékoliv neoprávněné diskriminace založené na společenském nebo osobním statutu. Potřebné je zejména zajistit rovnost zacházení a podmínek pro poskytování služeb jak mezi různými geografickými územími, tak i mezi různými kategoriemi skupin uživatelů. Zvláštní pozornost by měla být věnována na službách závislým skupinám uživatelů. [19]

Služby musí být poskytovány *za přijatelné, spravedlivé, zdůvodnitelné a transparentní „ceny“*.

Rozsah a forma poskytnuté pomoci prostřednictvím sociální služby musí zachovávat a chránit lidskou důstojnost osob, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci. Pomoc musí působit na osoby či skupiny osob, pokud to nevyklučuje jejich skutečný stav, aktivně a motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace a zabraňovat jejich sociálnímu vyloučení. [20]

Aktivní působení sociálních služeb lze předpokládat zejména v těch situacích, kdy je příznivá prognóza. V případech, kdy je člověk v takovém (zejména zdravotním) stavu, kdy se již nedá předpokládat jeho aktivní život ve společnosti je zapotřebí zajistit pro něj důstojné zacházení a prostředí. V těchto případech se aktivní působení sociálních služeb vztahuje zejména k jeho rodině a dalším blízkým osobám. [15]

Komu jsou sociální služby poskytovány

- občanům dané země a jejich rodinným příslušníkům a osobám, kterým byl přiznán azyl podle zvláštního zákona,
- cizincům s trvalým pobytem na území dané země a cizincům bez trvalého pobytu v příslušné zemi, kterým tato práva zaručuje mezinárodní smlouva,
- občanům Evropské unie pracujícím, podnikajícím nebo poskytujícím služby v dané zemi a jejich rodinným příslušníkům. [20]

Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb se rozumí soubor kritérií, která umožňují rozpoznat úroveň kvality poskytovaných sociálních služeb, zejména ve vztahu k dodržování práv uživatelů sociálních služeb, v oblasti procedurální, personální a provozní. [15]

1.6 Základní druhy sociálních služeb

Sociální služby můžeme rozdělit podle řady hledisek. Nejčastěji užívaná hlediska nejen v České republice je členění podle povahy činnosti, podle délky trvání a místa poskytování služby.

1.6.1 Členění podle délky trvání

Podle délky trvání jsou sociální služby členěny na dlouhodobé, střednědobé a krátkodobé.

a) Dlouhodobé sociální služby

Rozumí se jimi takové služby, jejichž cíle a záměry jsou uskutečňovány v průběhu časového období, jehož horní hranice není předem limitována. Jde především o domovy pro seniory a občany s fyzickým, mentálním či smyslovým znevýhodněním, chráněné bydlení, osobní asistence, pečovatelská služba, penziony a tísňová volání. [9]

b) Střednědobé sociální služby

Jedná se o služby, jejichž cíle a záměry jsou uskutečňovány v průběhu předem stanoveného časového období s horní hranicí zpravidla 1 rok. Jde především o azylové bydlení, bydlení na půl cesty, chráněné dílny, komunitní centra, respitní péči, stacionáře a terapeutické komunity. [9]

c) Krátkodobé sociální služby

Jimi se rozumí služby, jejichž cíle a záměry jsou uskutečňovány okamžitě a zpravidla netrvají déle než 1 měsíc. Jedná se například o denní centra, kontaktní práci, krizovou pomoc, noclehárny a poradenství. [9]

1.6.2 Členění podle místa poskytování

Podle místa poskytování jsou sociální služby členěny na služby spojené s bydlením v zařízení (alternativně pobytové), služby spojené s návštěvou zařízení (alternativně ambulantní) a služby spojené s návštěvou uživatele (alternativně terénní).

a) Služby spojené s bydlením v zařízení

K naplnění svých záměrů a cílů umožňují uživateli žít v instituci po sjednanou dobu (např. azylové bydlení, bydlení na půl cesty, penziony apod.). [9]

b) Služby spojené s návštěvou zařízení

Jedná se o takové služby, kam uživatelé docházejí za účelem naplnění svých potřeb a zájmů, souvisejících s řešením nebo zmírněním sociální situace (denní centra, komunitní centra, krizová pomoc, noclehárny, poradenství). [9]

c) Služby spojené s návštěvou uživatele

Tyto služby jsou vytvářeny a poskytovány v přirozeném prostředí, na které jsou uživatelé svým dosavadním způsobem života vázání a jsou na ně zvyklí (osobní asistence, pečovatelská služba, tísňové volání). [9]

1.6.3 Členní podle povahy činnosti

Podle charakteru činnosti mohou být služby členěny na služby sociální péče a služby sociální prevence.

1) Základní druhy služeb sociální péče

Jejich cílem je vyrovnat příležitosti, umožňující lidem, kteří jsou v důsledku zdravotního nebo sociálního stavu znevýhodněni, zapojení do života společnosti.

a) Denní a týdenní pobyty pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Služba je určena osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost a které v této situaci nemohou celodenně žít ve vlastním domácím prostředí. Součástí služby může být poskytnutí přechodného bydlení v prostorech zvlášť k tomu určených. Cílem poskytovaných služeb je podpora rozvoje nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho pravidelný návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo alespoň zachování původního životního stylu.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: pomoc při sebeobsluze, hygiena, stravování, ubytování, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Tato služba je poskytována ve specializovaných pobytových zařízeních za úhradu, jejíž výše je stanovena prováděcím předpisem. [20]

b) Centra denních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Služba je určena osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy, např. v oblasti osobní péče, využívání veřejných míst a služeb, využití volného času, získání a udržení si pracovního místa, uplatňování práv a nároků, kontaktu s komunitou atd. Jde o kombinaci služeb poskytovaných v denním režimu v zařízení nebo přirozeném prostředí, jejichž podstatou je aktivizace uživatelů, stabilizace nebo posílení jejich schopností a dovedností. Cílem je posílit samostatnost a soběstačnost osob, jejichž schopnosti jsou z různých důvodů sníženy a umožnit jim využívat běžné veřejné nebo komerční služby, další zdroje společnosti.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: pomoc při sebeobsluze, hygiena, stravování, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Je poskytována ve specializovaných denních zařízeních za úhradu, jejíž výše je stanovena prováděcím předpisem. [20]

c) Pečovatelská služba

Služba se poskytuje osobám, které z důvodu nepříznivé sociální situace mají sníženou schopnost v oblasti osobní péče a péče o domácnost a potřebnou pomoc jim nemohou poskytnout rodinní příslušníci.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: pomoc při sebeobsluze, hygiena, stravování, pomoc při zajištění chodu domácnosti. Je poskytována v domácnostech osob (v přirozeném sociálním prostředí) a to za úhradu, jejíž výše je stanovena prováděcím předpisem. [20]

d) Osobní asistence (včetně předčitatelské, tlumočnické a průvodcovské služby)

Služba je určena osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy např. v oblastech osobní péče, využívání veřejných míst, péče o domácnost, kontaktu s rodinou a širší společností. Podstatou služby je osobní pomoc se zvládnutím běžných každodenních dovedností a úkonů, které by člověk dělal sám, kdyby mu v tom nebránilo zdravotní postižení nebo stáří. Služba je poskytována v přirozeném prostředí, kde uživatel žije, pracuje, vzdělává se apod., je poskytována na základě aktuální potřeby uživatele v předem stanoveném rozsahu, nikoli výčtem úkonů. Cílem poskytovaných služeb je zajištění soběstačnosti

uživatele nebo podpora rozvoje soběstačnosti, setrvání v přirozeném prostředí a zachování vlastního životního stylu.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: pomoc při sebeobsluze, hygiena, pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc s výchovou, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů. Poskytuje se v přirozeném sociálním prostředí za úhradu, jejíž výše je stanovena prováděcím předpisem. [20]

e) *Respitní péče (odlehčovací služby, sdílené služby)*

Cílem této péče je zajistit péči osobě, která z důvodu svého věku nebo ze zdravotních důvodů tuto péči potřebuje, a poskytnout tak osobě o postiženého obvykle pečující čas k odpočinku, případně k zajištění jiných záležitostí. Je určena osobám, kterým je z důvodu věku či zdravotních důvodů poskytována celodenní péče v jejich přirozeném prostředí nebo v prostředí osoby blízké. Respitní péči je možno poskytovat čtyřmi různými způsoby. [9]

Prvním modelem je respitní péče poskytovaná v přirozeném prostředí klienta (doma), kde nabízí rodinám odbornou i laickou pomoc. Tento způsob péče neručí chod rodiny, dítě nebo dospělý postižený zůstává ve svém přirozeném prostředí. Nedochozí zde však k obohacování společenských kontaktů postiženého jedince, proto bývá tato péče kombinována s jinými typy respitní péče. Druhým modelem je respitní péče poskytovaná formou náhradní rodiny mimo domov. Třetí model je péče poskytovaná formou péče v kolektivu mimo domov a čtvrtý model je respitní péče je péče poskytovaná dlouhodobě mimo domov. [9]

Jde zejména o pomoc rodinám, které celoročně pečují o osobu se zdravotním postižením nebo seniora, ve zvládnutí péče za současného zachování ve společnosti běžných příležitostí pro pečující rodinu (zaměstnání apod.).

Služba musí nabízet tyto základní prvky: pomoc při sebeobsluze, hygiena, stravování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc s výchovou, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Poskytuje se v domácnostech osob nebo specializovaných pobytových zařízeních za úhradu, jejíž výše je stanovena prováděcím předpisem. [20]

f) *Chráněné bydlení*

Služba je určena osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost, které chtějí žít samostatně v běžném prostředí. Součástí služby je poskytnutí bydlení v bytě, který pro uživatele představuje domov, je spravován poskytovatelem, je součástí běžné zástavby a uvnitř jeví všechny základní znaky běžného bytu a jeho provozu (zejména vedení společné domácnosti s možností individuálního hospodaření). Cílem poskytovaných služeb je podpora soběstačnosti uživatele, případný návrat do vlastního domácího prostředí nebo alespoň zachování či obnovení původního životního stylu. [20]

Služba musí nabízet tyto základní prvky: pomoc při sebeobsluze, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Poskytuje se ve specializovaných zařízeních, která mají charakter domácnosti za úhradu, jejíž výše je stanovena prováděcím předpisem. [20]

g) *Podporované bydlení*

Služba je určena osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost, které chtějí žít samostatně v běžném prostředí. Podstatou služby je pomoc s vedením domácnosti včetně hospodaření, provádění činností spojených s péčí o byt a v případě potřeby pomoc v oblasti osobní péče. Služba je poskytována ve vlastním bytě uživatele (nikoli v bytě spravovaném poskytovatelem). [20]

Služba musí nabízet tyto základní prvky: pomoc při sebeobsluze, stravování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Je poskytována v domácnostech osob (v přirozeném sociálním prostředí) za úhradu, jejíž výše je stanovena prováděcím předpisem. [20]

h) *Pobyty v domovech sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*

Služba je určena osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost a které v této situaci nemohou žít ve vlastním domácím prostředí. Součástí služby je poskytnutí bydlení v prostorech zvlášť k tomu určených, které uživateli nahrazují domov. Služba je časově neomezená. Cílem poskytovaných

služeb je podpora rozvoje nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho případný návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo alespoň zachování původního životního stylu.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: pomoc při sebeobsluze, hygiena, stravování, ubytování, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Poskytuje se ve specializovaných pobytových zařízeních za úhradu, jejíž výše je stanovena prováděcím předpisem. [20]

i) Pobyt v domovech sociálních služeb se speciálním režimem péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením, u kterých je nezbytná speciální péče s ohledem na jejich duševní onemocnění či závislost na návykových látkách

Služba je určena osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost a které v této situaci nemohou žít ve vlastním domácím prostředí a jejich situace je ztížena duševním onemocněním nebo závislostí na návykových látkách, které znemožňuje jejich pobyt v zařízení s běžným režimem péče. Součástí služby je poskytnutí bydlení v prostorech zvláště k tomu určených, které uživateli nahrazují domov. Služba je časově neomezená. Cílem poskytovaných služeb je podpora rozvoje nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho případný návrat do vlastního domácího prostředí.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: pomoc při sebeobsluze, hygiena, stravování, ubytování, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Poskytuje se ve specializovaných, režimových pobytových zařízeních za úhradu, jejíž výše je stanovena prováděcím předpisem. [13]

j) Služby ošetrovatelské péče

Služba je určena osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost, a to zejména z důvodu zdravotního stavu a vedle zajištění pomoci v oblasti osobní péče vyžadují také ošetrovatelskou péči.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: pomoc při sebeobsluze, hygiena, ošetřování. Poskytuje se ve specializovaných zařízeních i domácnostech. Je hrazena z fondů veřejného zdravotního pojištění a případně z úhrad od uživatele. [13]

2) Základní druhy služeb sociální prevence

Jejich cílem je zmírnění nebo úplná změna nepříznivé sociální situace způsobené vztahovou krizí, konfliktním způsobem života nebo rizikovým prostředím, v němž se osoba nebo skupina nachází.

a) *Azylové služby*

Služba je určena osobám bez přístřeší, které mají zájem o získání vlastního bydlení. Podstatou služby je poskytnutí přechodného ubytování za současné motivace k aktivitě a pomoc s navržením a realizací způsobů, jak si zajistit vlastní bydlení a zlepšit svou nepříznivou sociální situaci. Cílem je najít další uplatnění či zakotvení pro osoby bez přístřeší a umožnit jim řešit samostatně jejich problémy a minimalizovat závislost na sociální pomoci.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: stravování, ubytování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služby je poskytovány ve specializovaných pobytových zařízeních za úhradu, jejíž výše je stanovena prováděcím předpisem. [13]

b) *Služby pro osoby opouštějící ústavní péči (domy na půl cesty)*

Služba je určena osobám, které opouštějí ústavní zařízení a jiná pobytová zařízení (např. terapeutické komunity, psychiatrické léčebny apod.), případně rodinu a jejichž schopnosti začlenit se do života běžné společnosti jsou v důsledku snížených dovedností v oblasti péče o domácnost, prosazování práv a nároků a v dalších důležitých sférách psychosociálních dovedností sníženy. Cílem je rozvinout schopnosti osob a umožnit jim, aby se osamostatnily a byly schopny vést samostatný život. Jde o časově omezenou (řádově měsíce) službu v zařízení, která je spojena s poskytnutím bydlení.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: ubytování, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba je poskytována ve specializovaném zařízení za úhradu, jejíž výše je stanovena prováděcím předpisem. [20]

c) Služby přechodného přenocování (noclehárny)

Služba je určena osobám bez přístřeší, které mají zájem o přenocování, u kterých se ale nevyžaduje aktivní zájem o zajištění si vlastního bydlení. Podstatou služby je poskytnutí přespaní, případně stravy. Dále je uživatelům v případě zájmu poskytnuta informace o návazných sociálních službách, s jejichž pomocí lze řešit jejich nepříznivou sociální situaci. Hlavním cílem je snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů a vytvořit podmínky, aby v případě zájmu mohl uživatel získat vlastní bydlení.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: hygiena, stravování, ubytování, poskytnutí informace. Poskytuje se ve specializovaném zařízení za smluvenou úhradu. [20]

d) Krizová pomoc (včetně krizových lůžek)

Jde o neodkladnou pomoc osobám, které nejsou schopny vlastními silami nebo z vlastních zdrojů, zvládnout v potřebném čase svůj životní prožitek nebo životní situaci. Krizová pomoc je krátkodobá, je nabízena nepřetržitě a v dosahu má krizové lůžko. Cílem je poskytnout osobě v této situaci bezpečí, podporu a vedení při zvládnutí situace vlastními silami.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: stravování, ubytování, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Poskytuje se obvykle bezúplatně. [20]

e) Pobytové služby pro osoby závislé na návykových látkách (terapeutické komunity)

Služba je určena osobám, které jsou závislé na návykových látkách (a prošly detoxikací) a mají zájem o změnu životního stylu a návrat do běžného života.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: stravování, ubytování, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Je poskytována v režimovém pobytovém zařízení, které poskytuje střednědobou pomoc za úhradu, jejíž výše je stanovena prováděcím předpisem.[20]

f) Služby následné péče a doléčování (doléčovací programy)

Služba je určena osobám s psychickou poruchou a osobám se závislostí, které absolvovaly rezidenční nebo ambulantní léčbu, případně které nejméně 3 měsíce

abstínují. Cílem služby je podpora samostatnosti a stabilizace těchto osob v jejich sociálním začleňování. Služba zahrnuje pomoc při zapojení klienta na trh práce, chráněné nebo podporované bydlení, psychoterapii, socioterapii a sociální poradenství.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Je poskytována ve specializovaných ambulantních zařízeních, v chráněných bytech případně v domácnostech osob za úhradu, jejíž výše je stanovena prováděcím předpisem, nebo bezúplatně. [13]

g) Terénní programy pro marginální skupiny a sociálně vyloučené komunity

Služba je určena osobám, které zneužívají návykové látky, žijí nedůstojným nebo rizikovým způsobem života, žijí v prostředí zasaženém sociálně patologickými jevy a jsou jimi přímo ohroženy. Cílem je minimalizovat možná sociální a zdravotní rizika související se způsobem života těchto osob. Umožnit jim lépe se orientovat v sociálním prostředí a vytvářet podmínky, aby v případě zájmu mohly řešit svoji nepříznivou sociální situaci.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Poskytuje se v místech výskytu výše uvedených osob či jevů a bezúplatně. [20]

h) Nízkoprahové služby pro děti a mládež

Služba je určena dětem a mládeži ohroženým sociálním vyloučením. Cílem je minimalizace rizik, poskytnutí informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Služba umožňuje lepší orientaci v sociálním prostředí, vytváří podmínky k účelnému a společensky akceptovatelnému naplnění volného času, směřuje k aktivizaci životního způsobu, rozšíření vědomostí, dovedností a návyků dětí a mládeže, které vedou k pozitivním změnám v jejich rizikovém chování. Hlavní metodou je kontaktní práce a terénní práce.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba je poskytována ve specializovaném zařízení a v přirozeném prostředí klientů a to bezúplatně. [20]

i) Služby v kontaktních centrech pro uživatele drog

Služba je určena osobám, které zneužívají návykové látky, žijí nedůstojným nebo rizikovým způsobem života a jejich způsob života vede k tomu, že nechtějí nebo samy nemohou řešit nepříznivou sociální situaci, v níž se ocitly. Podstatou služby je vytváření podmínek pro navázání kontaktu s těmito osobami, v případě zájmu poskytnutí informací a rad, které jim umožní řešit vlastní nepříznivou sociální situaci. Cílem je minimalizovat sociální a zdravotní rizika související se způsobem života těchto osob, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky, aby v případě zájmu mohly řešit svoji nepříznivou sociální situaci.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba je poskytována ve specializovaném zařízení bezúplatně. [20]

j) Denní služby pro osoby bez přístřeší (nízkoprahová denní centra)

Služba je určena osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení, jídlo a zázemí přes den, ale u nichž není vyžadován aktivní zájem o zajištění jejich potřeb vlastními silami. Vedle poskytnutí stravy a možnosti základní hygieny je dále uživatelům v případě zájmu poskytnuta informace o návazných sociálních službách, s jejichž pomocí lze řešit jejich nepříznivou situaci. Cílem je snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života osob bez domova a vytvořit podmínky, aby v případě zájmu mohly řešit svou situaci vlastními silami.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: hygiena, stravování, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů. Poskytuje se ve specializovaném zařízení za smlouvenou úhradu. [20]

k) Služby sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je soubor specifických činností zaměřených na nácvik potřebných dovedností osoby se zdravotním postižením, směřujících k dosažení samostatnosti a soběstačnosti této osoby v maximální možné míře s ohledem na její dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, a to za účelem co nejvyššího stupně sociálního začlenění, které je důležitým předpokladem pro její pracovní rehabilitaci, rekvalifikaci a nalezení vhodného pracovního uplatnění. Sociální rehabilitace se poskytuje osobám se zdravotním postižením, které z důvodů svého nepříznivého zdravotního stavu nejsou

schopny překonat nebo zmírnit sociální důsledky tohoto stavu nebo překážky omezující nebo znemožňující jejich sociální začlenění.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Poskytuje se jako součást jiných druhů služeb nebo samostatně a to za úhradu, jejíž výše je stanovena prováděcím předpisem. [20]

l) Služby rané péče

Služby orientované na celou rodinu s dítětem raného věku, jehož vývoj je ohrožen vlivem zdravotního postižení či biologickými faktory nebo prostředím. Při poskytování se využívají pedagogická, sociální a zdravotní opatření. Cílem je vrátit nebo zachovat rodičům jejich kompetenci k výchově dítěte a k vytváření vhodných podmínek pro jeho vývoj.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Je poskytována v domácnostech a specializovaných denních zařízeních obvykle bezúplatně. [13]

m) Poradenství

Služba je určena osobám, které v důsledku snížené soběstačnosti v některých oblastech, např. v uplatňování práv a nároků, využívání veřejných míst a služeb, kontaktu s komunitou i rodinou, komunikaci, nebo z důvodu událostí či jevů ohrožujících soudržnost rodiny, nejsou schopny bez vnější podpory vyřešit specifickou situaci ve svém životě. Podpora je realizována prostřednictvím poskytování rad, zprostředkování informací o právech, povinnostech a oprávněných zájmech, odkazování, aktivní pomoci při vyjednávání, zastupování nebo doprovázení.

Služba musí nabízet tyto základní prvky: poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba je poskytována bezúplatně. [20]

n) Stacionáře

Cílem těchto služeb je zachování či zlepšení kvality života uživatelů se zdravotním postižením, kteří žijí ve své rodině, ale potřebují podporu v některých oblastech svého

života. Stacionáře tak plní nezastupitelnou úlohu v poskytování úlevy pečujícím rodinám a blízkým osobám.

Stacionáře jsou novějším typem pobytového zařízení, poskytují převážně denní či týdenní pobyty, kde pečují o malé skupinky klientů. Jejich program zahrnuje péči výchovnou i léčebně nápravnou. Stacionáře jsou v podstatě nejvhodnější formou institucionální péče pro klienty, kteří mají funkční a spolupracující rodinné prostředí. [9]

o) Komunitní centra

Toto centrum zajišťuje komplex sociální služeb, jejichž cílem je zlepšování kvality života lidí v místních společenstvích prostřednictvím jejich aktivace a propojování možnosti jednotlivců, skupiny a společnosti. Tento komplex sociálních služeb je určen převážně pro osoby, které žijí v jedné lokalitě a mají určitý společný zájem či společnou potřebu. [9]

1.7 Financování sociálních služeb a hrazení nákladů spojených s poskytováním sociální služby

Neopomíjenou a důležitou oblastí v sociálních službách je také způsob financování sociálních služeb a hrazení nákladů, které vznikly v důsledku jejich poskytování. Této problematice se budu věnovat v teoretické části jen ve stručnosti, protože v každé zemi je jiný způsob financování „viz. praktická část“.

1.7.1 Financování sociálních služeb

Financování sociálních služeb je většinou vícezdrojové. Vícezdrojovost financování je jedním ze základních principů zajištění veřejných a tedy i sociálních služeb.

Zdroji se rozumí finanční prostředky určené na financování sociálních služeb. Jsou buď od veřejných institucí nebo od nezávislých poskytovatelů a samotných klientů sociálních služeb. Jedná se tedy zejména o veřejné zdroje, spoluúčast uživatele nebo-li klientů (úhrady od uživatelů sociálních služeb), vlastní prostředky poskytovatele, ostatní (zde lze uvést dary, věcná plnění atd.). Veřejnými zdroji se například v České republice rozumí účelově určené prostředky ze státního rozpočtu a vlastní příjmy rozpočtů krajů a obcí.

1.7.2 Hrazení nákladů spojených s poskytováním sociální služby

Na úhradě nákladů spojených s poskytováním sociálních služeb se podílí poskytovatel a uživatel. *Poskytovatel sociální služby* má právo požadovat z veřejných rozpočtů úhradu nákladů vynaložených na poskytnutí rozsahu sociální služby. *Úhrada uživatele* se vyžaduje například v případě služeb sociální péče a služeb sociální prevence (azylové služby, pobytové služby pro osoby závislé na návykových látkách, služby sociální rehabilitace) jsou většinou poskytovány na základě žádosti a se souhlasem osoby. K poskytování ostatních sociálních služeb většinou postačuje pouze souhlas osoby. Žádost o poskytnutí služby uplatňuje osoba vůči poskytovateli. [20]

Výši úhrady za poskytnuté služby od osoby stanovuje poskytovatel a řídí se přitom prováděcím předpisem. Poskytovatel by přitom měl přihlížet k doporučeným druhům služby uvedeným ve výsledku posouzení a k finančním možnostem osoby. Neschopnost osoby podílet se v požadované výši na úhradě nákladů za sociální službu není ve většině zemí důvodem k neposkytnutí sociální služby. Sociální služba je v těchto případech většinou poskytována na náklady veřejných rozpočtů.

Spoluúčast na úhradě nákladů může poskytovatel sociální služby požadovat od manžela(ky), rodičů nebo dětí osob, kterým je sociální služba poskytována. Spoluúčast na úhradě nákladů ze strany osob povinných výživou je vyžadována zejména v těch případech, kdy osoba, které je poskytována sociální služba, nemá vlastní příjmy nebo její příjmy nepostačují na úhradu poskytované služby. Úhradu nákladů za služby poskytované rodičům nelze požadovat od dětí, jimž je vyplácen starobní nebo plný invalidní důchod. Podílení se na úhradě nákladů spojených s poskytováním sociální služby ze strany uživatele a jeho rodiny je neopominutelným principem v systému zajištění služeb. Bez participace rodin uživatelů zejména v případech, kdy je služba poskytována dítěti není možné předpokládat zachování minimálně sítě služeb. [20]

2 CHARAKTERISTIKA ZÁKLADNÍCH MODELŮ POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Modely poskytování sociálních služeb můžeme členit ze dvou hledisek. A to členění modelů podle stejných rysů a nebo podle míry účasti jednotlivých subjektů v sociální politice.

2.1 Modely podle míry účasti jednotlivých subjektů

Podle tohoto hlediska se rozlišují tři základní modely. U těchto modelů je samozřejmé, že jsou abstrakcí podstatných znaků. Ve skutečnosti nemohou existovat v jednotlivých zemích v této čisté modelové podobě. Země uváděné jako příklady vyjadřují spíše inklinaci k určitému modelu, nikoli její faktickou a úplnou orientaci.

2.1.1 Redistributivní model

Jeho nosnou myšlenkou je, že sociální potřeby lidí vnímá jako sociální práva. Je někdy označován jako univerzalistický s dominantní rolí státu, resp. také jako občanský. Ve své podstatě se orientuje na univerzální poskytování dávek, tj. na celou populaci, resp. vymezené sociální skupiny (např. rodiny s dětmi apod.), bez ohledu na to, jaké jsou jejich individuální možnosti pokrýt potřeby. Je velice náročný na ekonomické zdroje, vyžaduje proto značný rozsah redistribucí. V tomto modelu stát pokrývá značný prostor sociální politiky a omezuje, někdy až ruší, aktivity nestátních subjektů. Tomuto typu jsou blízké a nejčastěji se sem přiřazují Skandinávie, ale i Dánsko, Holandsko i některé další západoevropské země. [10]

2.1.2 Výkonový (korporativní) model

Hlavní myšlenkou tohoto modelu je, že sociální potřeby mají být primárně uspokojovány na základě výkonu a produktivity. Zdůrazňuje význam pracovních zásluh pro uspokojování sociálních potřeb lidí. Je založen na širší kooperaci občanů a nejčastěji také na aplikaci obligatorního sociálního pojištění. Míra redistribuce je zde ve srovnání s moderním redistributivním nižší, neboť významným zdrojem financování dávek jsou v tomto případě prostředky pojistných fondů. Stát garantuje pouze základní společensky uznaná minima

potřeb a vytváří prostor pro působení nestátních subjektů. Tomuto typu se blíží sociální politiky např. SRN, Rakouska, Francie aj. [10]

2.1.3 Reziduální model

Tento model má kořeny ve filozofii. Zdůrazňuje individuální odpovědnost každého za uspokojování sociálních potřeb. Spoléhá téměř výhradně na trh a jeho instituce a na rodinu. Teprve v případech, kdy tyto subjekty selžou, nastupuje státní sociální politika. Odpovědnost státu za sociální situace občanů je však minimální, dávky které poskytuje jsou relativně skromné a jejich poskytování je testováno příjmy. Role státu jako subjektu sociální politiky je v jeho pečovatelské funkci potlačena, míra redistribuce je zde ze všech modelů nejnižší. Tomuto typu se nevíce blíží USA a Japonsko a v poslední době se k němu přibližuje Velká Británie. [10]

2.2 Modely členěné podle podobných rysů (regionální modely)

Vzhledem k tomu, že je omezený rozsah materiálů, je velice těžké charakterizovat systém sociálních služeb, který by odpovídal všem zemím Evropské unie. Můžeme, ale identifikovat jisté rysy, které jsou společné určitým skupinám zemí.

2.2.1 Skandinávský model

V této skupině zemí jsou široce dostupné programy pro děti a seniory, a účast žen na placené práci mimo domov je vyšší než kdekoli jinde na světě. Dostupnost těchto služeb je dána aplikací principu **univerzality**, z něhož vyplývá, že existuje standardní úroveň služeb, které se k uživateli dostávají prostřednictvím stejného systému. Důraz je zde kladen i na relativní samostatnost místních úřadů, vyjádřenou i jejich pravomocí vybírat daně; místní orgány jsou politicky zodpovědné lokální komunitě. Zastávají klíčovou roli při plánování a financování služeb sociální péče. Dobrovolné organizace také participují na fungování tohoto sektoru, zatímco komerční služby v podstatě neexistují. Univerzalita a právo na službu ztrácí v poslední době na významu, neboť vzrůstá cena za její poskytnutí. Tento model se tedy přibližuje redistributivnímu modelu a proto se sem přiřazují nejčastěji země Skandinávie, ale i Dánsko a některé další západoevropské země. [10]

2.2.2 Jihoevropský model

Jedná se především o země Portugalsko, Španělsko, Řecko a Itálie. V těchto zemích je nabídka služeb sociální péče značně omezena, není příliš rozvinuta a je většinou plně závislá na poskytování sociálních služeb nezávislým sektorem. Většina služeb má neformální charakter a větší část péče je zajišťována rodinami a nestátními organizacemi. Stát se angažuje až v situacích, kdy rodina „selhává“ a není schopna zajištění sociální péče. Nejbohatší vrstvy obyvatel využívají soukromé komerční služby. Tento model zdůrazňuje individuální odpovědnost každého za uspokojování sociálních potřeb. Spoléhá na trh a jeho instituce a na rodinu. Společnosti poskytují služby svým zaměstnancům. Obecně zastávají veřejnoprávní subjekty skromnější roli. Poměr žen v pracovním procesu je malý, avšak většina zaměstnaných pracuje na plný úvazek. [9]

2.2.3 Ostatní regionální modely

Ostatní regionální modely se dají obtížněji odlišit. V Británii platí princip pomoci podmíněný ověřením výše majetku, stát přijímá odpovědnost za poskytnutí služby, avšak zároveň se snaží navrátit odpovědnost příjemci a zmenšit rozsah sociálních služeb. Veřejné sociální služby jsou zaměřeny výlučně na příjemce s limitovanými prostředky. Britský model býval až do osmdesátých let podobný skandinávskému, avšak později se přiklonil k **reziduálnímu** pojetí financování, zatímco skandinávské země se přibližují principu univerzality.

2.2.4 Model založený na principu subsidiarity

V případě péče o seniory je možno odlišit model založený na **principu subsidiarity**. Tomuto modelu se přibližuje Holandsko, Německo, a částečně i Belgie a Francie. Zde leží hlavní odpovědnost za péči o seniory alespoň formálně na rodině. Hlavními poskytovateli služeb jsou náboženské a politické organizace. Odpovědnost státu za sociální situaci občanů je minimální, dávky, které poskytují jsou relativně skromné a jejich poskytování je testováno příjmy. Financování sociálních služeb je záležitostí veřejného sektoru. Financování je vícezdrojové, zejména ze systému zdravotního pojištění. [10]

2.2.5 Model týkající se oblasti péče o děti

Pokud jde o oblast péče o děti, Belgie a Francie se neliší od Holandska a Německa, kromě specifických preventivních programů celodenní péče, na které je v Belgii a Francii kladen důraz. Mnoho žen pracuje na částečný úvazek, minimum matek je aktivních na trhu práce. V západní Evropě je tedy možno identifikovat jeden nebo dva modely péče o děti, záleží na úhlu pohledu na konkrétní sociální služby.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 KOMPARACE SYSTÉMŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE A VYBRANÝCH ZEMÍCH EVROPSKÉ UNIE

3.1 Problematika komparativních výzkumů v oblasti sociálních služeb

Jakýkoli mezinárodní komparativní výzkum zabývající se sociálními službami se setkává s následujícími okruhy problémů:

- stejný typ služby spadá v různých zemích do různých kategorií (stejná služba poskytovaná seniorům může patřit do systému sociální či zdravotní péče),
- hranice mezi dobrovolným a nedobrovolným využitím služby nemůže být nikdy jednoznačně vymezena (v určitých zemích jsou staří lidé standardně umísťováni do ústavů, v jiných zemích se nabízí různé varianty řešení sociální události),
- nestejná charakteristika sociálních služeb také způsobuje problémy při kategorizaci (např. denní program pro děti může nabývat různých podob, od herních aktivit na hřišti po pravidelnou celodenní péči). [10]

Za podmínek absence standardizace v oblasti služeb sociální péče je obtížné vymezit jednotné statistické ukazatele. Současná statistika také nepodchycuje rozdíly mezi veřejným a soukromým sektorem.

Vzhledem k neexistenci obecně přijímaných konceptů a mezinárodních systémů pro sběr dat je komparativní analýza sociálních služeb velmi obtížný úkol. Komparativní projekty se samozřejmě uskutečňují, ale dokud nebude k dispozici jednotný systém sběru dat, nebudou moci poskytnout věrohodné údaje na globální úrovni.

Kvantitativní porovnání sociálních služeb v Evropě není jednoduchou záležitostí a to zejména z toho důvodu, že požadovaná data prostě nejsou dosažitelná.

Následující souhrnné informace o sociálních službách v jednotlivých zemích Evropské unie se podrobně zabývají různými aspekty poskytování sociálních služeb v jednotlivých zemích. Abych mohla udělat srovnání s jednotlivými zeměmi jsou pro mně velmi důležitá následující praktická kritéria:

- zda jsou sociální služby samostatné nebo adjunktivní (spojené) například se zdravotními službami,
- kdo je odpovědný za poskytované sociální služby,
- které organizace poskytují sociální služby (typologie služeb),
- jakým způsobem jsou financovány sociální služby,
- jaká je současná situace sociálních služeb a jaký je jejich výhled do budoucna.

3.2 Sociální služby v České republice

Česká republika patří počtem obyvatel do kategorie menších zemí Evropské unie. Sociální služby v naší zemi vychází z vlastní sociální politiky, která je definována MPSV.

3.2.1 Model sociální politiky

V každé konkrétní zemi je model sociální politiky vždy nutně „mixem“ rysů modelů redistributivního, výkonového a reziduálního. Jejich charakteristiku jsem uvedla v TEORETICKÉ ČÁSTI v bloku „2.1 Modely podle míry účasti jednotlivých subjektů“. Totéž platí i pro model České republiky. Ani ji nelze dnes jednoznačně přiřadit jen k jednomu typu. Jisté je, že model sociální politiky ČR se utváří jak v reakci na naši socialistickou minulost, tak v reakci na změny společenského systému po roce 1989. Pro sociální politiku to znamenalo velký důraz na univerzální a relativně rozsáhlé aktivity státu a na jeho monopolní postavení v sociální oblasti. Příznačným rysem byl státní paternalismus a takřka úplné vyloučení státních subjektů ze sociální politiky. Byl to model rovnostářský a nivelizační, náročný na ekonomické zdroje, opírající se o rozsáhlou redistribuci a stimulující spíše pasivní chování a postoje obyvatel. Navíc je třeba zdůraznit, že vůči určitým jedincům nebo i sociálním skupinám působil mnohdy represivně. Nejvíce se tedy blížil k modelu redistributivnímu s negativními politickými modifikacemi a důsledky pro občany.

Po roce 1989 dochází k utváření odlišného modelu sociální politiky. Nová podoba naší sociální politiky se vytváří postupně a již dnes jsou a budou v ní stejně jako jinde ve světě zastoupeny prvky všech uvedených modelů. Jejich zastoupení bude záviset na očekáváních populace, jejich aktivitách a postojích, na charakteru a moci sociálních aktérů, na střetech politických sil, ekonomických možnostech, mezinárodních úmluvách, národních

zvyklostech a tradicích apod. Neméně významnou okolností budou i jisté po komunismu zděděné anomálie, zejména hluboce zakořeněný sklon spoléhat se na stát. Jisté je, že systémová změna sociální politiky je spojena se zeslabením prvků redistributivního typu, tzn. omezením sociální velikosti státu při současném posílení prvků výkonových a reziduálních vedeném snahou po úsporné a zároveň účinné sociální politice. Pro tuto orientaci mluví nejen omezené ekonomické zdroje, včetně nepříznivého stavu veřejných financí, ale i potřeba obnovit individuální odpovědnost za vlastní osud a životní standard a podpořit tak aktivní postoje a motivaci k práci a výkonnosti a tím vytvořit i podmínky pro dlouhodobou prosperitu společnosti. [10]

3.2.2 Základní právní předpisy

V případech, že se občan dostane do situace, kdy není schopen sám, svým úsilím a přičiněním ani s pomocí rodiny si nutné potřeby zabezpečit, jsou instituty sociální pomoci připraveny pomoci mu při řešení jeho životní situace. Při jejím poskytování se dnes v České republice vychází především ze zákona č. 463/1991 Sb., o životním minimu, v platném znění, který stanoví hranici hmotné nouze a přiznává občanu, který se zdržuje pod touto hranicí, právo na pomoc. Zákon č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti, v platném znění, stanoví podmínky pro vznik nároku na poskytnutí dávky za určitých podmínek, kterými jsou nízký příjem, nemajetnost, spolupráce s příslušnými orgány a snahy se z této situace vlastním přičiněním dostat. [8]

Oblast sociální pomoci v současné době dále upravuje zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, v platném znění a vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, v platném znění.

Výše úhrady za pobyt osob umístěných v ústavech sociální péče je upravena vyhláškou MPSV č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče, v platném znění. Podmínky stravování a výši úhrady za stravu v zařízeních sociální péče stanoví vyhláška MPSV č. 83/1993 Sb., o stravování v zařízeních sociální péče, v platném znění. [8]

Otázky sociálně-právní ochrany dětí nově upravuje zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, který byl přijat v souvislosti na úpravu rodinně-právních předpisů.

Nedostatkem stávající právní úpravy je závažný problém neúplného souladu zákona č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti, v platném znění, s duchem zákona č. 463/1991 Sb., o životním minimu, v platném znění. Kde zákon o životním minimu přiznává člověku, který se dostal úrovní svých příjmů pod úroveň životního minima, právo na pomoc, zákon o sociální potřebnosti zužuje toto právo pouze na poskytnutí finanční pomoci, tzn. na dorovnání příjmu do úrovně životního minima. [8]

Mimo jiné poslanecká sněmovna již schválila návrh zákona o sociálních službách. Novou právní normu musí ještě posoudit Senát a podepsat prezident. Pokud projde úspěšně schvalovacím procesem, nabude účinnosti 1. ledna 2007. [12]

3.2.3 Zařazení sociálních služeb

Sociální služby jsou součástí systému sociální pomoci, který je jedním z pilířů sociálního zabezpečení. Dalšími dvěma pilíři jsou sociální pojištění a státní sociální podpora. Sociální pomoc zahrnuje sociální prevenci, sociálně právní ochranu, řešení nepříznivé sociální situace a řešení hmotné nouze. V nepříznivé sociální situaci se mohou občané ocitnout trvale nebo dočasně. Služby sociální péče řeší právě trvale nepříznivou sociální situaci, kdy občan pro ztrátu vlastní soběstačnosti potřebuje dopomoc dalších osob a často kvalifikovanou péči.[6]

3.2.4 Současný systém sociálních služeb

Sociální služby v České republice již prošly v 90. letech řadou důležitých změn. Z důvodu společensko-politických změn na přelomu 80. a 90. let byly na mnoho objektů, v nichž byly sociální služby poskytovány, uplatněny na počátku 90. let restituční nároky, což mělo za následek, že tyto objekty bylo třeba nahradit výstavbou nových moderních zařízení. Tato událost přispěla k tomu, že alespoň část starých (pro účely poskytování sociálních služeb v naprosté většině nevyhovujících) objektů byla nahrazena novými moderními zařízeními. [8]

Od roku 1995 je v České republice postupně zaváděn systém sociálního zabezpečení se třemi pilíři. Těmito pilíři jsou: sociální pojištění (důchodové pojištění, nemocenské pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti), státní sociální podpora a sociální pomoc, přičemž je možné konstatovat, že sociální pomoc se soustřeďuje na občany dlouhodobě nezaměstnané, staré, zdravotně postižené, standardní i rozvrácené rodiny

a sociálně dezintegrované občany. Sociální pomoc se realizuje prostřednictvím poskytování dávek a nebo sociálních služeb fyzickým osobám, popřípadě skupinám osob v nepříznivé sociální situaci.

Hlavním záměrem Ministerstva práce a sociálních věcí ČR je vytvoření dostupného a efektivního systému sociálních služeb, odrážejícího změny ve společnosti, který bude v souladu s podobnými systémy v zemích Evropské unie. Systém sociálních služeb není primárně založen na principu zkoumání příčiny vzniku nepříznivé sociální situace jako podmínky pro poskytnutí pomoci, ale na řešení aktuálního stavu při současném motivování uživatele k soběstačnosti. Pokud to situace umožňuje, systém nečiní uživatele na službě dlouhodobě závislým.

Celý systém sociálních služeb v České republice prošel v uplynulém desetiletí rozsáhlými změnami, ve kterých došlo ke kvantitativnímu nárůstu objemu do té doby poskytovaných služeb, vznikly nové metody a formy práce s klienty a nové typy zařízení.

Sociální služby se poskytují občanům, kteří nemohou překonat tíživou situaci nebo nepříznivé poměry a to zejména rodinám s dětmi, osobám těžce zdravotně postiženým a seniorům a osobám společensky nepřizpůsobeným. Nejčastěji, ale využívají v České republice sociálních služeb staří občané a lidé se zdravotními postižením, kteří vyžadují pomoc při zajištění základních životních potřeb. Tyto služby jsou poskytovány různými formami terénních sociálních služeb nebo formou služeb spojených s bydlením či ubytováním, zejména v ústavech sociální péče a dalších zařízeních.

Mezi nejrozšířenější formu terénních sociálních služeb je pečovatelská služba poskytovaná občanům v jejich domácnostech nebo domech s pečovatelskou službou, ve střediscích osobní hygieny, domovinkách a jídelnách pro důchodce. Tato služba představuje zejména osobní péči a pomoc klientům udržovat jejich domácnost. Největší zájem z nabízených služeb je o výrobu a dovoz jídla, zajištění nákupu, služby osobní hygieny a o asistenční služby. [9]

Během uplynulých deseti let nastal v terénních sociálních službách posun od státních zařízeních k nestátním, a to jak k obecním a krajským, tak k nestátním neziskovým organizacím. Kdy především tyto organizace nabízejí kromě klasické pečovatelské služby i některé nové typy sociálních služeb. Tyto organizace přinesly určité oživení a zpestření

nabídky sociálních služeb a v některých regionech napomáhají vytvářet i konkurenční prostředí. [9]

Podle vyhlášky MPSV ČR č. 182/1991 Sb. v platném znění jsou v rámci ústavní sociální péče starým občanům poskytovány služby v podstatě ve dvou typech zařízeních. Jedná se o domov důchodců, kde je zajištěna kompletní péče a penzionech pro důchodce, kde jsou poskytovány jen některé služby podle zdravotního stavu obyvatel. Ústavní sociální péče pro dospělé se dělí podle druhu postižení na ústavy pro tělesně postižené, pro chronické alkoholiky a toxikomany a pro psychotiky a psychopaty. Podobně se dělí i ústavy pro děti a mládež. Zařízení typu „ostatní“ pak zahrnují dětské vesničky SOS, zvláštní zařízení pro výkon pěstounské péče, azylové domy pro matky s dětmi, domy pro nepřizpůsobené a bezdomovce a zařízení smíšených typů.

K rozvoji ústavní sociální péče došlo jak po stránce kvantitativní, tak i po stránce kvalitativní (tzv. zlepšení kvality péče, bydlení, vybavenosti apod.). Vzniklo spoustu nových typů zařízení poskytujících různé sociální služby, které jsou provozovány převážně obcemi a nestátními organizacemi.

Základní členění sociálních služeb v České republice

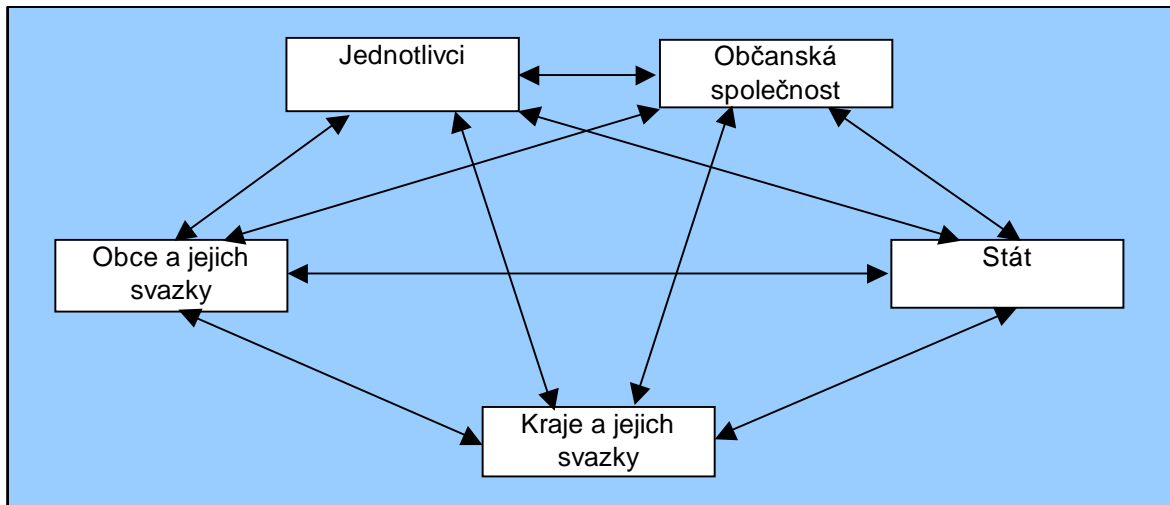
Česká republika člení sociální služby na penzióny a domovy pro seniory a ústavy pro občany se zdravotním postižením, krizovou pomoc, osobní asistenci, pečovatelskou službu, poradenství, ranou péči, kontaktní práci (centra), respitní péči, centra denních služeb, stacionáře a denní centra, azylové domy, domy na půl cesty, noclehárny, terapeutické komunity, chráněné bydlení a komunitní centra. [13]

Charakteristika výše uvedených sociálních služeb a zařízení je popsána v TEORETICKÉ ČÁSTI v bloku 1.6. Základní druhy sociálních služeb.

3.2.5 Odpovědnost za sociální služby

Sociální služby jsou vybudovány na základech pětistranného partnerství. Každý jedinec nese svůj díl odpovědnosti za vlastní sociální situaci, každý má v systému svoji roli.

Schéma 1. Pětistranné partnerství v sociálních službách



Zdroj: MPSV ČR

Jednotlivci

Jednotlivci se o sebe starají a nesou za sebe odpovědnost; pomáhají se starat o příslušníky svých rodin; chovají se jako dobří sousedé; pracují ve svépomocných skupinách; přispívají na náklady služeb, které užívají (pokud je přispívání v jejich možnostech); pracují jako dobrovolníci. [2]

Obce/komunity

Obce/komunity posuzují potřeby jednotlivců, kteří žádají, aby jim byly poskytovány sociální služby; posuzují potřeby komunity; připravují komunitní plán včetně ekonomické rozvahy, aby sociální služby uspokojovaly potřeby jednotlivců i komunity; zařizují poskytování služeb – vlastním poskytováním služeb nebo dodavatelsky, tj. nákupem služeb od jiných obcí, krajů, nevládních neziskových organizací nebo od poskytovatelů ze soukromého sektoru; podporují rozvoj nových typů služeb; povzbuzují a podporují občanskou společnost v místě; podporují konzultace, spolupráci a dialog mezi účastníky na úrovni komunity. [2]

Kraje

Kraje posuzují potřeby kraje; připravují plány sociálního a ekonomického rozvoje kraje; mohou poskytovat služby; podporují rozvoj nových typů služeb; povzbuzují a podporují občanskou společnost v kraji; podporují konzultace, spolupráci a dialog mezi účastníky

na úrovni kraje; přispívají ke sledování a k vyhodnocování služeb – sumarizují výroční zprávy municipalit a připravují výroční zprávu pro Ministerstvo místního rozvoje. [2]

Občanská společnost

Občanská společnost se skládá z nevládních neziskových organizací a dobrovolníků. Poskytuje služby; vyvíjí nové typy služeb; organizuje činnost dobrovolníků; podporuje svépomocné skupiny; vystupuje jako obhájce nebo zástupce uživatelů; poskytuje jednotlivcům příležitost, aby mohli přispět společnosti. [2]

Stát

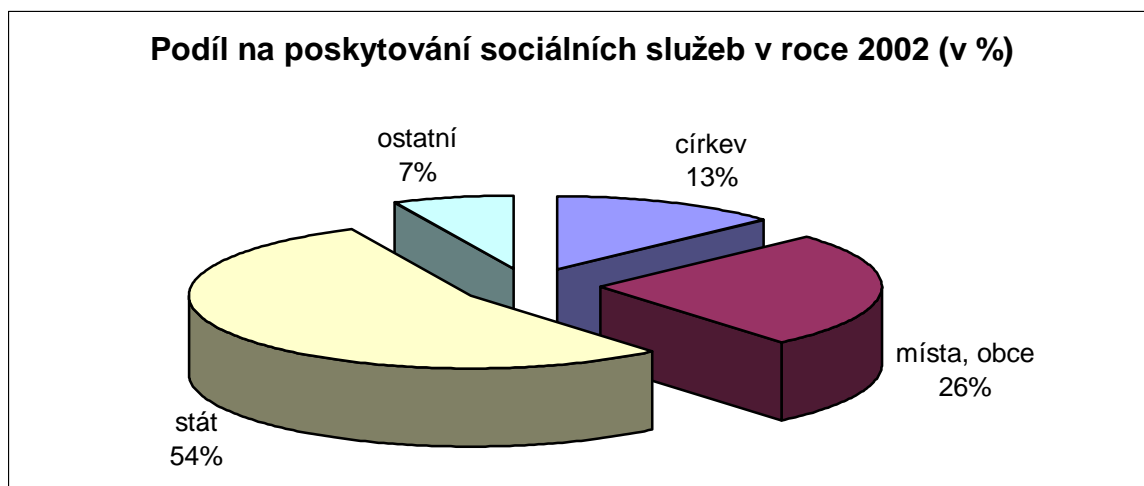
Stát určuje státní politiku a priority na základě konzultací se samosprávou, nevládními neziskovými organizacemi a s uživateli služeb a prosazuje tuto politiku a priority v rámci české společnosti. Dále určuje národní standardy pro poskytování sociálních služeb; vytváří národní systém inspekce, který umožňuje poskytovatelům a uživatelům kontrolu, zda jsou standardy dosahovány; podporuje vývoj nových a inovačních forem služeb; poskytuje odpovídající právní rámec pro vytváření a doručování sociálních služeb; shromažďuje výroční zprávy od krajů a obcí; zajišťuje průzkumy a využívá jejich výsledků pro ovlivňování politiky, priorit a standardů; konzultuje se samosprávou (komunitní a regionální) plány, místní a regionální potřeby a využívá výsledků k ovlivňování politiky, priorit a standardů; rozhoduje o alokaci národních zdrojů na rozvoj a poskytování sociálních služeb. [2]

3.2.6 Poskytovatelé sociálních služeb

Po roce 1990 se poskytovateli sociálních služeb staly kromě státu, měst, obcí a okresních úřadů, také církve, občanská sdružení, další nestátní neziskové organizace i fyzické osoby. V jisté míře dochází ke komercializaci sociálních služeb, dále se vytváří různé dobrovolné a dobročinné organizace, dochází k oživení činnosti církví v sociální oblasti, což je velmi žádoucí. Sociální služby se významně rozšířily, od zajištění základních životních potřeb až po specializované odborné služby pro malé skupiny zdravotně postižených. Svou tradiční roli v této oblasti hraje i občanský sektor, zejména profesionálové v sociální oblasti, kteří využili možnosti založit nestátní subjekt. Díky němu mohli okamžitě začít poskytovat moderní sociální služby. Bohužel není jejich rozvoj příliš harmonizovaný a

strukturovaný. Podíl jednotlivých institucí na poskytování sociálních služeb například v roce 2002 dokumentuje níže uvedený graf (Graf 1). [12]

Graf 1. Podíl na poskytování sociálních služeb v roce 2002 (v %)



Zdroj: MPSV ČR

3.2.7 Financování sociálních služeb v České republice

Současný systém financování sociálních služeb v České republice můžeme označit za systém, který v sobě obsahuje výrazné prvky centrálního administrativně direktivního charakteru řízení, které značně brání rozvoji této sféry a potlačuje iniciativu převážně obcí a nestátních neziskových organizací. Z tohoto důvodu je v současné době tento systém financování sociálních služeb dost limitujícím prvkem dalšího rozvoje systému sociální ochrany obyvatelstva. Prostředky státního rozpočtu přicházejí k jednotlivým subjektům různými způsoby. Do zařízení obcí a krajů především jako státní dotace, do nestátních subjektů formou dotačního řízení, do roku 2002 u okresních úřadů v rámci jejich rozpočtu.

Vzhledem k reformě veřejné správy v sociálních službách došlo k převodu některých zařízení sociálních služeb od 1.1. 2003 ze stávajících okresních úřadů na obce a kraje. Na kraje bylo převedeno celkem 265 samostatných zařízení sociálních služeb od okresních úřadů, což dokazují údaje MPSV ČR. Vlastní toky finančních prostředků ze státního rozpočtu směřují krajům a obcím, na které byly převedeny zařízení sociálních služeb doposud zřizované okresními úřady. [12]

Odlišné způsoby financování nebo dotování stejných služeb, které jsou poskytovány různými subjekty však může vést ke zvýhodňování jedněch subjektů oproti jiným. Z toho důvodu by měly být vytvořeny rovné a transparentní podmínky pro všechny.

V současné době neexistují komplexní data o sociálních službách a nejsou prováděny kvalitativní analýzy. Údaje o službách, které jsou poskytovány nestátními neziskovými organizacemi, nejsou systematicky shromažďována. Celkové výdaje na zajištění existujících sociálních služeb proto není možné dokumentovat. Neexistence jednotné metodiky, která by umožnila sestavit celkový přehled o rozsahu poskytovaných sociálních služeb a finančních nákladech na jejich zajištění, byla tedy jedním z důvodů pro zahájení prací na reformě sociálních služeb.

Financování sociální služeb v České republice je vícezdrojové. Jedná se především o veřejné zdroje, spoluúčast uživatele (úhrady od uživatelů sociálních služeb), vlastní prostředky poskytovatele, ostatní (dary, věcná plnění apod.).

Krajům se poskytují účelově určené prostředky státního rozpočtu podle zvláštního právního předpisu.

Výše dotace je stanovena (tj. podíl každého kraje je vypočten) na základě sociodemografických faktorů popisujících daný kraj (např. nezaměstnanost, počet seniorů, počet obyvatel se zdravotním postižením). Dotace je určena zejména na zajištění potřebné sítě sociálních služeb, na vyrovnání rozdílů v nabídce sociálních služeb v rámci kraje, ať už z typového hlediska (chybí určitý typ sociální služby), územního (nerovnoměrnost pokrytí území sociálními službami) či jiného hlediska. Postupuje se podle Zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění pozdějších předpisů.

Kraj přidělenou dotaci dále přerozděluje v samostatné působnosti jednotlivým poskytovatelům sociálních služeb. Postupuje se podle zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů.

Obcím se poskytují účelově určené prostředky státního rozpočtu podle zvláštního právního předpisu.

Dotace má dvě složky a to základní a specifickou. „*Základní dotace*“ je vypočtena na základě počtu obyvatel obce (kritérium Kč na počet obyvatel obce) a je určena na zajištění svěřených působností a „*specifická dotace*“ je stanovena podle skutečně obcí

zajišťované sítě služeb a určena na zajištění svěřených působností. Postupuje se podle zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění pozdějších předpisů. [20]

Obce přidělenou dotaci dále přerozdělují v samostatné působnosti jednotlivým poskytovatelům sociálních služeb. Postupuje se podle zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů.

Účelově určené prostředky ze státního rozpočtu se mohou poskytovat navíc taktéž obcím sdruženým do svazku obcí. Svazek obcí je povinen ve smlouvě o svazku obcí deklarovat společný postup při zajišťování sociálních služeb. Jako nástroj používá metody plánování v sociálních službách. Návrh předpokládá finanční zvýhodnění obcí, které se sdruží do svazku, a to formou procentního navýšení částky dotace, která by náležela jednotlivým obcím v případě, kdy by tyto obce nebyly sdruženy v rámci svazku. Důvodem je podpora sdružování obcí za účelem efektivnějšího zajištění sociálních služeb. Postupuje se podle zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění pozdějších předpisů. [20]

Poskytovatelům sociálních služeb se mohou poskytovat účelově určené prostředky ze státního rozpočtu podle zvláštního právního předpisu v případech, že jimi poskytovaná služba má výrazně nadregionální charakter nebo řeší poskytování pomoci ve specifických případech. Dotace je poskytovatelům přidělována v rámci dotačního výběrového řízení MPSV na základě předloženého projektu. MPSV vyhlašuje především dotační programy určené na podporu celostátních a nadregionálních aktivit poskytovatelů sociálních služeb a na podporu rozvoje systému sociálních služeb (včetně řešení mimořádných situací). Postupuje se podle zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění pozdějších předpisů.

Z rozpočtů krajů mohou být podle zvláštního zákona poskytovány účelově určené prostředky na zajištění/poskytování sociálních služeb obcím a poskytovatelům sociálních služeb včetně zařízení, které kraje zřizují. Postupuje se podle zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 129/2000 Sb., o krajích. [20]

Z rozpočtů obcí mohou být podle zvláštního zákona poskytovány účelově určené prostředky na zajištění/poskytování sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb

včetně zařízení, které obce zřizují. Postupuje se podle Zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 128/2000 Sb., o obcích.

Zdravotnické úkony (včetně ošetrovatelské péče) prováděné v rámci poskytování sociálních služeb jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění. [20]

Financováním sociálních služeb se tedy rozumí podle Návrhu zákona o sociálních službách soustavou finančních toků, kterými je finančně zajišťován proces poskytování sociálních služeb. Hlavním zdrojem financování těchto služeb jsou tedy státní rozpočet, rozpočty územních samospráv a úhrady za poskytnuté služby od uživatelů. Sociální služby se však financují také z darů fyzických a právnických osob, z vlastních zdrojů poskytovatelů služeb (tj. ze zisku po zdanění, z příjmů ze zahraničí) apod.

Pro představu jak se pohybují vládní výdaje na sociální služby uvádím příklad výdajů na pečovatelskou službu. Pečovatelskou službu jsem vybrala z toho důvodu, protože je v České republice nejvíce využívána a jsou s ní tedy spojeny největší výdaje. Vývoj výdajů na pečovatelskou službu od roku 2000 až do roku 2004 jsem znázornila v tabulce (Tab. 1).

Tab. 1. Pečovatelská služba

Rok	Výdaje na službu v mil. Kč	Počet příjemců služby	Počet pracovníků	Průměrná roční úhrada od 1 příjemce v Kč
2000	1540	113 528	5 760	1 316,34
2001	1588	114 203	5 659	1 472,96
2002	2255	141 813	5 466	1 795,66
2003	2051	113 136	5 430	1 793,21
2004	2020	109 475	4 980	1 792,79

Zdroj: MPSV ČR

Podle zdroje MPSV lze konstatovat, že výdaje na pečovatelskou službu se za posledních pět let zvýšily ze 1,5 mil. v roce 2000 na 2 mil. v roce 2004. Zajímavý je taky vývoj počtu zaměstnanců, kdy i přes zvyšující se počet klientů, se počet pracovníků za posledních deset let naopak o více než třetinu snížil. Hlavním důvodem je pravděpodobně v profesionalizaci pečovatelské služby, kdy významně ubývá dobrovolných pečovatelek a narůstá počet bytů v domovech s pečovatelskou službou (racionalizace služby). Dále se v průměru desetinásobně zvýšila úhrada od klientů na hrazení výdajů na pečovatelskou službu, jejichž

příčinou je jednak snížení počtu úkonů pečovatelské služby poskytovaných zdarma na minimum (nyní jen dva), jednak rozšíření sortimentu nabízených služeb a zvýšení sazeb za jednotlivé úkony.

3.2.8 Budoucí systém sociálních služeb

Hlavním důvodem k vypracování nové právní normy (návrhu zákona o sociálních službách) byla potřeba změnit systém sociálních služeb, který funguje od konce osmdesátých let minulého století a nevyhovuje požadavkům dnešní doby. Nejenže nebere v potaz změnu společnosti, ale také dostatečně nezohledňuje proces sociálního začleňování jako základní myšlenku moderní sociální politiky.

Sociální služby v České republice využívá v současné době téměř půl milionu osob, přičemž by asi 100 tisíc z nich bylo bez této možnosti vážně ohroženo na zdraví a životě. Poskytovatelé sociálních služeb jsou navíc významnými zaměstnavateli. V sociálních službách pracuje okolo 70 tisíc lidí. [12]

Základním cílem nové právní normy je zajistit lidem, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, pomoc a podporu prostřednictvím nabídky široké škály sociálních služeb, stanovení pravidel pro jejich poskytování a v neposlední řadě zavedení příspěvku na péči. Ten je určen lidem, kteří potřebují z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pomoc jiné osoby.

Návrh zákona zaručí každému nárok na poskytnutí sociálního poradenství a nárok na posouzení jeho nepříznivé sociální situace. Samotné poskytnutí sociální služby je založeno na smluvním principu, což staví člověka v nepříznivé sociální situaci do aktivní role – jeho objektivizované potřeby a projev vůle by měly být určující pro zvolení formy pomoci.

Návrh zákona pamatuje i na to, aby hodnocení potřeb žadatelů bylo objektivní. Příslušný orgán, tj. úřad práce, určí na základě sociálního a lékařského posouzení tzv. stupeň závislosti na pomoci jiné osoby. Podle tohoto stupně přizná žadateli příslušný obecní úřad obce s rozšířenou působností odpovídající výši příspěvku na péči. [17]

Příspěvek na péči by měl nahradit dosavadní zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu, což bude znamenat zjednodušení systému. Navíc by měla být jeho hodnota až trojnásobně vyšší. Nová právní úprava počítá se čtyřmi stupni

jeho výše, a to od 2 000 Kč (pro osoby mladší 18 let věku od 3 000 Kč) pro osoby, které vyžadují částečnou pomoc, až po 11 000 Kč pro lidi, kteří jsou na pomoc jiné osoby zcela odkázáni. Podle odhadů MPSV by mělo příspěvek dostat až 180 tisíc žadatelů a celkový roční objem prostředků na jejich vyplácení by se měl pohybovat okolo osmi miliard korun. Zavedení příspěvku výrazně napomůže rodinám, které pečují o své rodinné příslušníky.[12]

Z hlediska poskytovatelů sociálních služeb je nejdůležitější změnou zavedení povinnosti registrovat se. V opačném případě nebudou moci poskytovat sociální služby.

S povinnou registrací je nezbytné zavést efektivní kontrolní mechanismy. Kontrolu poskytování sociálních služeb bude zabezpečovat Inspekce sociálních služeb, a to především z hlediska kvality. Registraci a inspekci budou provádět krajské úřady a MPSV. Aby bylo možné hodnotit kvalitu poskytování sociálních služeb, zavádí nová právní úprava jako měřítko hodnocení standardů kvality. Současně upravuje způsoby zajištění ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče při poskytování pobytových sociálních služeb v zařízeních a formu jejich financování.

Součástí návrhu zákona je úprava předpokladů pro výkon povolání v sociálních službách a pro výkon povolání sociálního pracovníka. Kvalita sociálních služeb a efektivita sociální práce je založena především na odbornosti jednotlivých pracovníků.

V oblasti zajištění dostupnosti sociálních služeb budou hrát rozhodující úlohu obce a kraje. Návrh zákona zavádí povinnost obcí a krajů podporovat potřebnou síť sociálních služeb na svém území. Charakter a rozsah této sítě bude regulován v procesu plánování sociálních služeb v jednotlivých obcích a krajích, do kterého musí být zapojeni také zástupci poskytovatelů sociálních služeb a osob, které tyto služby využívají. Finanční zajištění poskytovaných sociálních služeb bude stát podporovat formou dotací. MPSV předpokládá, že na zajištění systému sociálních služeb včetně příspěvku na péči bude potřeba 13 až 14 miliard Kč ročně. Celkové náklady na realizaci systému pak dosahují až 22 miliard Kč ročně (úhrady uživatelů služeb cca 4 miliard Kč a výdaje obcí a krajů z vlastních prostředků cca 4 miliard Kč). [17]

Aby bylo možné systém sociálních služeb v maximálně možné míře individualizovat a zároveň zajistit jednotný přístup ke klientům, je nezbytné, aby stát garantoval, organizoval a financoval systém odborného posuzování nepříznivé sociální situace, tzn. že je nezbytné počítat se státní posudkovou službou. Posudková služba by měla být optimálně

organizována v rámci tzv. „sociálních divizí“ úřadů práce, tj. ve struktuře bývalých okresů a kontaktních míst úřadů práce. Stát bude určovat podmínky pro poskytování sociálních služeb, a to jak z pohledu jednotlivých poskytovatelů, tak i z pohledu stanovování střednědobých národních strategií. Toto řešení má zajistit víceméně jednotné podmínky pro uspokojování potřeb lidí na celém území státu. Regionální či místní podmínky pro uspokojování potřeb lidí mohou být rozdílné, ovšem vždy by ten rozdíl měl směřovat k vyšší kvalitě či kvantitě odpovídající potřebám a možnostem v daném území. Místní či regionální podmínky budou odvozeny od rozhodování příslušných politických autorit.

Stát (státní rozpočet) se bude i nadále finančně podílet na zajištění provozu a rozvoje sítě sociálních služeb, přičemž musí být vytvořeny podmínky pro postupné převedení prostředků ze státního rozpočtu do rozpočtů krajů a obcí. Stát bude kontrolovat kvalitu poskytovaných sociálních služeb prostřednictvím inspekce kvality, kterou zřídí.

Cílovým stavem je majoritní financování sociálních služeb z prostředků místních/územních (obecních a krajských) rozpočtů. Prostředky ze státního rozpočtu budou tvořit doplňkový systém financování určený zejména na podporu zvyšování kvality a dostupnosti sociálních služeb a k zavádění nových typů služeb. [19]

Poskytovatelé služeb (bez ohledu na jejich statut) by měli mít zajištěn rovný přístup k systémům financování. Poskytovatelé budou financováni z veřejných rozpočtů a z úhrad uživatelů služeb a případně jiných zdrojů (dary apod.). Tuto podmínku může podpořit pouze systém registrace poskytovatelů, kteří splňují zákonem stanovené podmínky. Ministerstvo práce a sociálních věcí bude vždy v této oblasti strategickým a metodickým orgánem. Kraje a obce mohou dále upřesňovat podmínky pro poskytování služeb podle místních (regionálních) potřeb a možností. [1]

V oblasti systému financování sociálních služeb při respektování výše uvedených informací by měla být posílena „kupní síla“ uživatelů sociálních služeb prostřednictvím zavedení systému individuálních příspěvků na péči, přičemž nárok a objem bude odvozen od systému individuálního posuzování. Financování provozu poskytování sociálních služeb by se mělo realizovat z úrovně krajů a obcí, a to v období nastartování systému prostřednictvím regulovaných dotačních titulů ze státního rozpočtu směrem k samosprávám, přičemž přerozdělování těchto prostředků bude již plně v kompetenci samospráv.

Změnu systému sociálních služeb a s ní souvisejících finančních toků je nezbytné podpořit posílením objemů ze státního rozpočtu určených na dotace a individuální příspěvek na péči. Potřebné zvýšení výdajů státního rozpočtu na sociální služby lze vyčíslit na 3 miliardy Kč rozložené do let 2006 až 2008. Toto zvýšení dopadů na státní rozpočet vychází zejména z dlouhodobého podfinancování systému sociálních služeb vzhledem k objektivní poptávce po službách. [1]

3.3 Sociální služby ve vybraných zemích Evropské unie

Ke srovnání České republiky se státy Evropské unie jsem zvolila následující státy: Belgie, Dánsko, Francie, Itálie, Irsko, Německo, Portugalsko, Řecko, Španělsko, Švédsko a Velká Británie.

Výše uvedené státy jsem vybrala podle mnou popisovaných reprezentativních modelů v teoretické části mé práce. Tedy např. redistributivní a skandinávský model reprezentuje Dánsko a Švédsko, výkonový model reprezentuje Německo a Francie, reziduální model reprezentuje Velká Británie, jihoevropský model reprezentuje Portugalsko, Španělsko, Řecko a Itálie, model založený na principu subsidiarity reprezentuje Belgie a Irsko (může sem spadat i již zmíněné Německo a Francie z důvodu podobného systému) a model týkající se oblasti péče o děti reprezentuje taktéž Belgie, Francie a Německo.

Ve skutečnosti se však uvedené země jen přibližují k určitému popsanému modelu, což znamená, že jejich doslovnou definici žádná země zcela nesplňuje.

3.3.1 Belgie

Belgie patří počtem obyvatel do kategorie menších zemí EU, ale svým vysokým ekonomickým statutem a v míře exportu na obyvatele předstihla i ekonomicky silné Německo. Stojí tedy v pozici významného člena Evropské unie.

Belgie je rozdělena do dvou komunit díky jazykovým a kulturním odlišnostem a to na komunitu vlámskou a komunitu valoňskou.

Zařazení sociálních služeb

Obě komunity tedy vlámská i valoňská přijímají odpovědnost v rámci tzv. „adresné pomoci“ a zajišťují:

- politiku sociální ochrany,
- rodinnou politiku a všechny formy pomoci dětem a rodinám,
- přijímání a integraci imigrantů,
- opatření na podporu postižených včetně odborného výcviku pro výkon povolání,
- služby pro seniory,
- speciální formy pomoci mladistvým,
- sociální pomoc v rámci postpenitenciární péče a reintegrace po výkonu trestu.

Sociální politika v Belgii je rozložena mezi různé úrovně státní správy včetně místní. Hlavním článkem poskytování sociální pomoci jsou střediska sociální pomoci, která se nacházejí na místní úrovni. [9]

Sociální služby tedy spadají do systému sociální ochrany, který je legislativně vymezen zákonem o sociálně ochraně.

Současný systém sociálních služeb

Z důvodu toho, že jazyková identifikace je silným faktorem, který rozděluje obyvatelstvo a ohrožuje smluvně zajištěnou kontinuitu státu, došlo v letech 1970 až 1988 v rámci ústavních změn k vytvoření federálního státu předávající výkonnou moc třem horizontálním autoritám a to státu, jazykově odlišným komunitám a jednotlivým regionům. Centrální stát je odpovědný za oblast sociálního zabezpečení, vlámská a valoňská komunita má vlastní správu v rámci zdravotnictví, veřejných služeb a školství. Tvorba politiky v oblasti hospodářství, dopravy a životního prostředí přísluší jednotlivým regionům, které zároveň usilují o převzetí odpovědnosti za sociální zabezpečení, zemědělství a v některých aspektech i za oblast zahraniční politiky.

Vlámská komunita je velice zainteresována na předání kompetencí v oblasti sociálního zabezpečení, protože formou přerozdělování státního rozpočtu nyní široce podporuje a přispívá na řešení obtížné sociální situace seniorů, nemocných a nezaměstnaných osob ve Valoňsku (kde byla počátkem devadesátých let míra nezaměstnanosti dvojnásobná ve srovnání s Flandry). Dochází tak v podstatě k vzájemné výměně historických rolí obou komunit, tedy dříve rozvinutější a bohatší industrializované Valoňsko musí dnes mnohem

obtížněji řešit sociální problémy spojené s restrukturalizací průmyslové výroby než původně agrární a chudší severní Flandry.

Důsledky procesu decentralizace vlády a zvyšování autonomie regionů nejsou tedy přijímány stejnou měrou u obou jazykových a kulturních komunit. V současné době přijímají regionální komunity odpovědnost za politiku veřejných služeb, financování sociální pomoci a za sociální služby.

Všichni občané v Belgii mají právo na sociální služby a tento nárok legislativně vymezuje zákon o sociální ochraně. Služby lze poskytovat formou materiální, sociální, lékařské nebo psychologické pomoci. Zákon zajišťuje také respektování ideologického, filosofického nebo religiozního přesvědčení dotyčné osoby. Hlavními úkoly systémů veřejné sociální ochrany je zřizování nemocnic, domovů důchodců, pečovatelských služeb, stacionářů a center pomoci seniorům, dětem a postiženým lidem, ubytoven pro bezdomovce apod. V rámci tohoto systému funguje celá řada různých institucí od center lékařské první pomoci až po poradenská centra na ochranu minorit.

Odpovědnost za sociální služby

Odpovědnost za poskytování sociálních služeb a vyplácení finančních dávek sociální podpory mají regionální státní úřady. V roce 1974 byl zaveden program zaručeného minimálního příjmu, na který mají nárok všechny osoby, které mají nedostatečné příjmy. V roce 1993 byli federální výdaje na tento program asi 50 miliard BEF, z čehož 68 % připadalo na tělesně postižené osoby, 19 % na starší osoby, 12 % na Minimex (což je stanovená výše životního minima) a 1 % na rodiny. [9]

Poskytovatelé sociálních služeb

Sociální služby v Belgii poskytují zřizovatelé sami nebo úzce spolupracují s jinými veřejnými institucemi, případně delegují poskytování sociálních služeb neziskovým organizacím.

Financování sociálních služeb

Sociální služby v Belgii jsou financovány smíšenou formou grantů, platbami od obecních zastupitelstev, od nadřízených orgánů (ze státního rozpočtu) nebo přímými platbami klientů.

Budoucnost sociálního systému v Belgii

Budoucnost vlámského systému sociálních služeb by měla v první fázi vycházet z vytvoření sítě všem dostupných **preventivních služeb**. Jak uvádí, vláda dobře rozlišuje a podporuje rozvoj sítě soukromých center schopných zajišťovat obecně sociální ochranu formou poskytování sociální a psychosociální pomoci a připravených odvrátit, omezit nebo eliminovat problémy ohrožující sociální blahobyt občanů. [9]

Tyto preventivní služby zahrnují příjem lidí v akutní krizi, opatření směřující k poskytování nezbytných informací, znalostí a dovedností k usnadnění zvládnutí obtížných situací a zajištění nezávislého života, individuální pomoc při řešení problémů jako je osobnostní vývoj, fungování ve společnosti a schopnosti navazovat sociální vztahy, apod. Sociální služby mají být multidisciplinárního charakteru a jsou personálně zajištěny profesionály a dobrovolnými pracovníky, pracujícími s klienty na úrovni individuální, rodinné i skupinové.

Mezi preventivní služby patří dále podpůrné organizace žen a obětí násilných trestných činů, telefonní linky důvěry, které poskytují služby nepřetržitě 24 hodin denně (služby zajišťují dobrovolníci, jejich práce je evidována profesionály), a jiné. Široké spektrum sociálních služeb se nabízí dětem a rodinám, starým lidem a lidem s postižením. Formálně fungují na bázi úzké spolupráce mezi resortem zdravotnictví a sociální péče a to v důsledku legislativní reformy na počátku osmdesátých let. V případech dětského zneužití vycházejí primárně z „netrestajícího“, mimosoudního přístupu a nabízejí pomoc formou sítě center speciální pomoci pro týrané a zneužívané děti, které jsou personálně zajišťovány sociálními pracovníky a pracují nepřetržitě 24 hodin denně.

Sociální péče pro seniory je zajišťována především místními centry služeb, která poskytují materiální, zdravotní i sociální pomoc. Centra poskytují pomoc svým klientům přímo v jejich domácnostech. Uživatelé mají právo ovlivňovat provoz a úroveň poskytovaných služeb prostřednictvím svého zástupce ve správní radě centra.

Výrazným trendem posledních let je také nárůst služeb pro mladé lidi, které mají problémy se sociální integrací.

3.3.2 Dánsko

Dánsko je počtem obyvatel (kolem 5 miliónů) třetí nejmenší zemí Evropské unie. Vysoká životní úroveň spolu s nízkou mírou nezaměstnanosti (v druhé polovině devadesátých let kolem 7,5%) a vysokou mírou daně z příjmu (lidé s nejvyššími příjmy jsou zatíženi až 70% daní) umožňuje státu zajišťovat rozsáhlou nabídku sociálních služeb.

Zařazení sociálních služeb

Sociální služby na úrovni místní samosprávy (obce, městské části) jsou zajištěny v rámci sociální a zdravotní péče.

Současný systém sociálních služeb

Dánský systém sociálních služeb má široké spektrum sociálních služeb na vysoké úrovni, které pokrývají hlavní oblasti sociálních potřeb.

Rozsáhlá nabídka sociálních služeb v Dánsku je možná z důvodu vysokého daňového zatížení příjmu, kdy lidé s nejvyššími příjmy jsou zatíženi 70 % daní, a také díky nízké nezaměstnanosti. Mimo jiné je možné poskytování sociálních služeb na vysoké úrovni zčásti objasnit zvyšujícím se podílem účasti žen na trhu práce. Dánsko má nejvyšší podíl pracujících žen v zemích EU (přes 50% žen). Souvisí to se změnou postojů k manželství a rodičovství v průběhu posledních 30-ti let (vysoká míra rozvodovosti a nárůst počtu společně žijících nesezdaných párů, spolu s nízkou mírou porodnosti).

V Dánsku funguje velmi štedrá státem poskytovaná **péče o děti**. Odráží se například ve zvýšeném počtu dětí do dvou let (44%), navštěvujících nějakou formou (jesle, stacionáře, zdravotnická zařízení, apod.) zařízení, poskytující celodenní péči. Ještě vyšší je podíl dětí od 3 do 6 let (až 87%), která projdou systémem předškolních center a dalších sociálních služeb. Dánsko je jedinou zemí EU, která poskytuje 14 týdnů po narození státem hrazenou (ve výši 90% příjmu) mateřskou dovolenou pro matky a dva týdny (také 90%) pro otce.

Výborná kvalita a šíře veřejných služeb sociální péče je pro Dánsko charakteristická, které v tomto ohledu stále stojí na nejvyšším stupni v EU. V rámci procesu „politiky modernizace“ dochází k většímu začleňování „sítě“ občanů (komunitní projekty) do systému sociální péče, tj. rozvoji nevládního sektoru a nových sociálních experimentů. [9]

Odpovědnost za sociální služby

Na úrovni místní samosprávy (obce, městské části) jsou sociální služby zajištěny v rámci sociální a zdravotní péče. Obec (městská část) spravuje určité služby a odpovídá za systém sociální pomoci (vyplácení státní podpory). Zvláštní důraz je kladen na poskytování služeb pro děti a mládež, lidi s handicapem a seniory.

Poskytovatelé sociálních služeb

Sociální služby v Dánsku jsou většinou poskytovány veřejnými nebo veřejně financovanými institucemi.

Financování sociálních služeb

Sociální služby v Dánsku jsou pouze výjimečně sponzorovány přímo. Služby v této zemi jsou financovány většinou formou daňových úlev. Tento prvek ovšem není příliš výhodný pro fyzické i právnické osoby.

Budoucnost systému sociálních služeb

V posledních letech však dochází k revizi štedrého systému sociální péče v rámci politické podpory parlamentních stran a možností státního rozpočtu. Od roku 1982 začala prosazovat vláda snižování podílu veřejného sektoru v rámci resortu sociálních věcí a podpořila zapojování nevládního (neziskového) sektoru. Jedním z prvních kroků bylo založení Národního dobrovolnického centra. Současně již od roku 1980 probíhala na regionální úrovni vládní podpora komunitních a svépomocných projektů v oblasti sociálních služeb.[9]

3.3.3 Francie

Francie patří mezi zakládající členy Evropské unie, je jejím významným členem a velmi ji podporuje. Z demografického hlediska zastupuje populace Francie svým počtem a životní úrovní (po Lucembursku a Německu) třetí pozici v rámci zemí EU.

Zařazení sociálních služeb

Ve Francii jsou sociální služby samostatné, kdy se řídí zvlášť zdravotní služby a sociální služby spolu se sociálním poradenstvím a poskytováním finanční podpory.

Současný systém sociálních služeb

Tradičně vysoká úroveň konsensu, týkající se role státu, v resortu sociálních věcí vycházela do poloviny devadesátých let ze systému silně centralizované státní moci. Od roku 1980 na základě rozsáhlého programu decentralizace dochází postupně ke změnám i v poskytování sociálních služeb. Jistá moc centrální vlády byla převedena na regionálně volené zastupitele spolu s odpovědností za většinu sociálních služeb. Ty se tak dostaly do kompetencí voleného „presidenta“ jednotlivých oblastí (département). [7]

Současná politika v oblasti sociální péče je zaměřena především na problematiku nákladů na sociální služby, tedy na následující:

- jak zefektivnit úspory při poskytování sociálních služeb,
- jak zlepšit koordinaci poskytování služeb,
- jak ulehčit rodinám péči o staré příbuzné,
- jak podpořit rozvoj nevládních organizací ve všech oblastech života včetně sociální péče.

Systém vychází ze čtyř úrovní státní správy: celostátní (národní), na úrovni regionů, oblastí (département) a obecní (communes). Francie je složena z 22 regionů, 96 oblastí a 36 000 samosprávných obcí.

Francie vytvořila a rozvíjí jednotný informační systém (MINITEL) v rámci kterého lze získat základní informace o poskytování sociálních služeb jak pro veřejnost, tak pro profesionály.

Dalším specifickým a významným prvkem francouzského systému je **program opatření ke snížení sociální izolace (RMI)** – především ohrožených skupin mladé populace. Jedná se o kombinovaný systém přímé finanční podpory (zajišťující státem garantované životní minimum) a podmínky účasti v různých programech sociálních aktivit, napomáhajících k úspěšnému zapojení do běžného života. RMI umožňuje komplexní zajištění individuálních potřeb i potřeb rodiny v rámci finančních možností všech zúčastněných, jejich psychosociálních dovedností, sociálních vztahů a životních cílů. „Klíčový pracovník“ zjišťuje tyto potřeby a mobilizuje všechny nezbytné zdroje. [9]

Odpovědnost za sociální služby

Za systém služeb na celostátní úrovni zodpovídá Ministerstvo solidarity, zdraví a sociální ochrany, které svými 12-ti ředitelstvími koordinuje činnost regionálních a oblastních ředitelství resortu zdravotnictví a sociálních věcí.

Regiony byly založeny v roce 1960 jako jednotky vhodné pro systém sociálního plánování. Regionální a oblastní prefekti přímo řídí zdravotní služby a spolu s regionální radou zajišťují sociální poradenství, poskytování finanční podpory a koordinují sociální služby. Na úrovni oblastí (département) byla v roce 1980 přesunuta odpovědnost za řízení a poskytování sociálních služeb na voleného předsedu „Generální rady“, který je plně kompetentní k uzavírání smluv s nevládními organizacemi. Oblasti by tedy neměly dovolit, aby úroveň poskytování sociálních služeb a sociální podpory (finanční pomoci pro lidi mimo systém pojištění) neklesala pod celostátní úroveň.

Na úrovni obcí zodpovídá za poskytování sociálních služeb v rámci systému středisek sociální pomoci zástupce státu a zároveň volený zástupce občanů – místní starosta.

Stát tedy koordinuje a vykonává dohled především nad službami v oblasti zdravotní. Regionální prefekt zodpovídá za rozvoj regionálního plánu služeb, za registraci a kontrakty regionálních poskytovatelů služeb, jejich kontrolu a dodržování národních standardů poskytované péče. Tato jeho činnost se týká především ústavní péče (ústavy zdravotně postižených), psychiatrické péče a zdravotních služeb ve školství. Předseda Generální rady na úrovni oblasti odpovídá za dotace přímo určeným poskytovatelům sociálních služeb v regionu (ústavní péče o seniory a lehce zdravotně postižené, domácí péče, dětské stacionáře a pečovatelská centra, apod.) Podporuje také projekty zaměřené na snížení sociální izolace v rámci programu opatření „revenue minimum d'insertion“ (RMI), který vznikl v roce 1988 a zahrnuje především programy pro dlouhodobě nezaměstnané mladé lidi a mladé rodiny (do 25-ti let) s malými dětmi. [9]

Poskytovatelé sociálních služeb

Programy sociálních aktivit v rámci RMI jsou zajišťovány prostřednictvím oblastních sociálních služeb, které poskytují jak státní, tak nestátní tedy neziskový poskytovatelé sociálních služeb.

Financování sociálních služeb

Střediska sociální pomoci (centres communaux d'action sociale), která zajišťují přístup k sociálním službám na místní úrovni a poskytují základní informace a sociální poradenství, jsou ve většině případů financována oblastí (département) a jejich sociální pracovníci jsou přímo zaměstnanci odborů sociálních věcí jednotlivých oblastí. [9]

Sociální služby ve Francii jsou založeny na finanční spoluúčasti příbuzných uživatelů sociálních služeb tak, aby příbuzní do určité výše uhradili náklady spojené s pobytem uživatele v zařízení ústavní péče, pokud uživatel není schopen tyto náklady hradit vzhledem k svému příjmu.

Budoucí systém sociálních služeb

Systém sociálních služeb ve Francii se dále do budoucna zaměřuje na neustálé rozvíjení jednotného informačního systému „MINITEL“. Mimo jiné se zaměřuje na rozvíjení specifického systému pomoci seniorům, který vychází z minimalizace nákladů na sociální péči v rámci EU. Je to systém finanční spoluúčasti příbuzných na zajištění ústavní péče o staré lidi, který je legislativně upraven tak, aby příbuzní sami do určité výše uhradili náklady spojené s pobytem seniora v zařízení ústavní péče, pokud toho není schopen vzhledem ke svému příjmu.

3.3.4 Irsko

Podle statistiky z roku 1991 vykazuje Irsko nejvyšší míru porodnosti (2,1 – průměr zemí EU v roce 1991 byl 1,51) a z demografického hlediska má mladou populaci. Patřilo mezi „tradičně“ chudé státy EU, např. ještě v roce 1990 vykazovalo třetí nejnižší životní úroveň a druhou nejvyšší míru nezaměstnanosti. Irsko se tak kvalifikovalo pro podporu z různých fondů EU, včetně těch, které podporují rozvoj sociálních služeb. Dnes však prochází bouřlivým sociálně-ekonomickým rozvojem, který souvisí s úspěšnou vládní politikou posledních 15-ti let.

Zařazení sociálních služeb

V Irsku neexistuje centrálně řízený systém poskytování sociálních služeb. Ty se rozvíjejí v rámci resortu zdravotnictví a jsou spravovány 8 regionálními zdravotními výbory.

Zdravotních výborů organizačně zajišťují 3 základní programy: péče ve veřejných (všeobecných) nemocnicích, speciálních nemocničních zařízeních a komunitní péči. Sociální služby tvoří právě jednu ze tří složek (programů) komunitní péče a zahrnují i systém výplaty peněžních dávek nebo grantů pro nevládní organizace. [9]

Současný systém sociálních služeb

Celkově lze charakterizovat irský systém sociálních služeb jako relativně málo rozvinutý. V současné době prochází tato země sociálněekonomickým rozvojem.

Role a činnost nevládních organizací nebyla až do počátku devadesátých let legislativně upravena, až v posledních letech byla přijata nová legislativa upravující péči o dítě podle britského modelu.

Odpovědnost za sociální služby

Stát má v Irsku omezenou roli, ta je, ale kompenzována náboženskými a dobrovolnickými organizacemi, které jsou legislativně upraveny.

Poskytovatelé sociálních služeb

Poskytování sociálních služeb je v Irsku založeno na principu **subsidiarity** (stát nenaplňuje funkce, které mohou individuálně zajišťovat občané sami v rámci místních komunit) a omezená role státu je kompenzována rolí náboženských a dobrovolnických organizací.

Financování sociálních služeb

Sociální služby v Irsku jsou financovány státem, neziskovými organizacemi, rodinou uživatele popřípadě uživatelem samotným. Z toho důvodu, že Irsko patří mezi chudší země EU, jsou v současnosti sociální služby značně financovány z fondů Evropské unie.

Budoucí systém sociálních služeb

Pomocí sociálněekonomického rozvoje se irský systém sociálních služeb do budoucna zaměřuje hlavně na vyčlenění z chudších zemí EU, které potřebují financování sociální péče z fondů EU. [9]

3.3.5 Itálie

Itálie má po Německu druhý nejvyšší počet obyvatel, ale také nejnižší míru porodnosti a stárnoucí populaci. Životní úroveň je v žebříčku zemí EU na 5 pozici, dodnes však existují výrazné rozdíly mezi prosperujícím a bohatým severem a chudým jihem.

Zařazení sociálních služeb

System finanční podpory potřebných je jednotný v celém státě, vykazuje však řadu regionálních odchylek v závislosti na úrovni, kvalitě a efektivitě sociálních služeb. Zdravotní péče je zajištěna od roku 1978 v rámci systému zdravotního pojištění. Některé sociální služby jsou na obecní úrovni poskytovány také v rámci zdravotních služeb, jiné nikoliv. Například lokální zdravotní střediska zajišťují také služby psychiatrickým pacientům neústavní péče, jako například provozují denní stacionáře, poskytují chráněné bydlení a organizují svépomocná výrobní družstva. Na lokální úrovni sociální péče se však nejvíce rozvíjí preventivní programy rekreačních a kulturních aktivit, eliminující dopady sociální izolace. [7]

Současný systém sociálních služeb

V posledních 50-ti letech prošla italská společnost sociálními změnami, které se projevíly i v oblasti sociální péče. Například obecná nespokojenost s veřejnými službami (jejich nedostatečnou geografickou dostupností, přílišnou byrokratizací) vyústila v rámci procesu decentralizace v rozvoji nevládního sektoru, především v rozvoji práce dobrovolníků.

V osmdesátých letech se dostala sociální a zdravotní péče v Itálii do centra mezinárodní pozornosti v důsledku kampaně hnutí „psychiatria democratica“, která vyústila v roce 1978 široce publikovaným a kontroverzním rozhodnutím uzavřít velké psychiatrické kliniky. Tato událost, která se stala inspirativní pro řadu dalších zemí, zároveň přispěla v rámci procesu **deinstitutionalizace** k bouřlivému rozvoji komunitních sociálních služeb, které nahradily ústavní péči. Itálie se tak stala v rámci zemí EU jakýmsi průkopníkem a zároveň „pokusnou laboratoří“ pro pozorovatele z jiných zemí, kterým zatím chyběla odvaha k radikálním krokům. [7]

Odpovědnost za sociální služby

Itálie je jednou z republik – členských států EU, která ve své psané ústavě z roku 1948 činí zodpovědným za oblast sociální ochrany stát, který je územně správně rozčleněn do regionů, provincií a samosprávných obcí. Od roku 1977 procházela Itálie postupným procesem decentralizace státní administrativy až na úroveň místní správy, která je dnes zodpovědná také za plánování, financování a realizaci systému sociálních služeb. Základními principy tohoto procesu se staly pluralita a participace.

Centrální vláda vydává zákony a vyhlášky regulující systém sociálních služeb a zároveň i řídí a koordinuje regionální aktivity. Resortním ministerstvem je Ministerstvo pro vnitřní záležitosti, které odpovídá za oblast sociální péče. Regiony jsou navíc kompetentní k legislativním úpravám prováděcích předpisů v rámci základních regulací vymezených zákony celostátními. Na úrovni regionů dochází také k plánování, koordinaci a společnému řízení obecních projektů sociální péče v případě příliš malých nebo chudých obcí. Zároveň také dochází v regionech k alokaci finančních zdrojů obecních programů sociální péče. Samosprávné obce jsou odpovědné za zajištění poskytovaných sociálních služeb a výplatu dávek (mimo systém pojištění). [9]

Poskytovatelé sociálních služeb

Základní přístup k sociální péči vychází z katolického sociálního učení, které zdůrazňuje vzájemnou solidaritu a odpovědnost jednoho za druhého a je zaměřeno na rodinu. Větší část péče o děti, seniory a postižené je tedy zajišťována rodinami a nestátními organizacemi. Stát vstupuje do procesu až v situacích, kdy to již není rodina schopna zajistit sama.

Financování sociálních služeb

V Itálii jsou sociální služby financovány především státem, který je územně rozčleněn do regionů, provincií a samosprávných obcí. Od roku 1977 je zodpovědná za financování systému sociálních služeb místní správa. Od roku 1991 platí ovšem nový zákon, definující „nevládní (dobrovolné) aktivity“, který vymezuje formy regulace, *financování* a způsob registrace i nevládních organizací.

Budoucnost systému sociálních služeb

V budoucnosti se Itálie bude zaměřovat na probírání přibývajících argumenty expertů na straně větší míry účasti státu v oblasti sociálních služeb a současně s kritickými výhradami vůči neadekvátní regulaci. To znamená, že jako v řadě dalších zemích EU dochází také v Itálii k masivní podpoře nezávislého neziskového sektoru, který je zatím relativně méně rozvinutý.

3.3.6 Německo

Jeho sjednocením v roce 1990 vznikla největší země Evropské unie, s počtem obyvatel přes 80 miliónů a zároveň s nízkou mírou porodnosti (druhá nejnižší v EU), ale která je specifická také vysokou mírou migrace (například jen v roce 1990 imigrovalo kolem 600 tis. osob, což je nejvyšší úroveň v zemích EU).

Zařazení sociálních služeb

Sociální systém se skládá ze tří podoblastí. První podoblastí je sociální pojištění, druhou je veřejná (státní) pomoc a kompenzace a třetí podoblastí je oblast „welfare“, která zahrnuje zákonem vymezené sociální služby a sociální pomoc.

Sociální pomoc v sobě zahrnuje také zdravotní pomoc a zvláště vymezenou sociální a zdravotní péči o děti a mladistvé.

Současný systém sociálních služeb

Sociální péče v Německu historicky vychází z Bismarckova systému sociálního pojištění a sociálního zabezpečení z konce 19. století, rozvíjeného mezi dvěma světovými válkami a modernizovaného v post-nacistickém Německu. Vysoká míra hospodářského růstu po II. světové válce umožňovala také štědré sociální zabezpečení a expanzi různých typů sociálních služeb. V posledních 15-ti letech v souvislosti s působením řady nových sociálních faktorů (pokles porodnosti, vyšší podíl starší populace, sociální důsledky sjednocení s NDR) probíhala řada diskusí o budoucnosti „sociálního státu“. [7]

Základním principem sociálních služeb v Německu, který vychází z německé tradice a historie, je **princip subsidiarity**.

Zvláště velký důraz je kladen na práci s dětmi a mladistvými. Sociální služby pro děti a mladistvé jsou proto významnou složkou veřejného systému služeb. Zajišťují sociální ochranu a sociální práci s dětmi a mladistvými. V oblastech, kde není jiná možnost zajištění těchto služeb, fungují státem provozovaná centra sociálních služeb pro mladistvé. Všechny lokální zastupitelské úřady (od určité zákonem vymezené velikosti) zároveň zřizují oddělení péče o děti a mládež. Nestátní neziskové organizace (především církve) jsou tradičně zastoupeny v systému péče o děti a jejich činnost v této oblasti je široce financována státem.

Nezávislý (nestátní a neziskový) sektor je v Německu velmi rozvinutý a zastoupený na všech úrovních systému sociální péče. Zahrnuje celé spektrum organizací a to od radikálních politických skupin až po 6 velkých celostátních organizací, fungujících jako koordinační centra v oblasti sociálních služeb. Zajišťují řadu sociálních služeb pro různé skupiny uživatelů. Jednou a zároveň největší organizací z této „šestky“ je agentura služeb Německé evangelické (lutheránské) církve. Zaměstnává v oblasti zdravotní péče a pedagogické práce kolem 86 tisíc profesionálních sociálních pracovníků. Zastřešující organizací všech subjektů je Federální asociace nevládních organizací v oblasti sociální péče.

Role federální vlády spočívá především v plánování, koordinaci, vytváření zdrojů a legislativy.

Na celostátní úrovni zprostředkovává kooperaci veřejného a soukromého sektoru Německá asociace pro veřejnou a soukromou sociální péči. Vztahy mezi státním a soukromým sektorem jsou založeny na bázi vzájemného respektu, kooperace a plurality, poskytující možnost volby každému občanu. [9]

Odpovědnost za sociální služby

Základním principem, vycházejícím z německé tradice a historie, je **princip subsidiarity**, který společně s katolickým sociálním učením klade hlavní důraz na vzájemnou solidaritu a odpovědnost občanů za sebe i za svoji rodinu. Pomoc státu vstupuje do systému až v okamžiku, kdy rodinná a vzájemná podpora komunity dlouhodobě selhává. Z této tradice vychází po roce 1970, mimo jiné v souvislosti s kritikou rostoucí byrokratizace a vysokými administrativními náklady na systém sociální ochrany, i nárůst svépomocných aktivit, vycházejících „zdola“ na komunální úrovni definovaných sociálních potřeb.

Veřejná (státní) sociální péče je odpovědná především za 2 základní formy pomoci a to za tzv. „substituční pomoc“ (finanční pomoc na základě testování příjmu) a za „pomoc lidem v mimořádných životních podmínkách“ (péče o zdravotně postižené, práce s bezdomovci, různé služby na podporu a pomoc seniorům na úrovni své komunity, apod.).

Poskytovatelé sociálních služeb

Několik sociálních služeb je poskytováno na zemské úrovni (například sociální služby v oblasti výkonu trestu) a ostatní zajišťují nižší územně správní celky. Zde jsou sociální služby administrovány prostřednictvím úřadů sociální pomoci, odděleními sociální péče o mladistvé nebo odděleními zdravotnickými.

Financování sociálních služeb

Financování sociálních služeb v Německu je uskutečňováno z místních daní, kdy je sociální pomoc poskytována na základě potřebnosti.

Státní správa funguje v Německu na třech úrovních: celostátní, zemské (Länder) a lokální (kraje, okresy). Zajištění veřejné (státní) sociální péče je legislativně vymezeno na úrovni celé federace, existují však rozdíly mezi jednotlivými zeměmi ve způsobech a možnostech financování poskytovaných dávek a sociálních služeb.

Nezávislý (nestátní a neziskový) sektor je v Německu velmi rozvinutý a zastoupený na všech úrovních systému sociální péče. Tyto organizace s celostátní působností jsou financovány ze státního rozpočtu, mají placené zaměstnance a celou síť dobrovolných spolupracovníků. Stát poskytuje podle zákona přímé a nepřímé granty nezávislým organizacím. Dále platí služby poskytované nezávislými organizacemi, pokud uživatelé mají právní nárok na tyto služby a preferují služby poskytované nezávislou organizací. Další zdroje financování nezávislých sociálních služeb jsou tvořeny různými loteriemi nebo u církevních organizací tzv. „národní církevní daní“. [9]

3.3.7 Portugalsko

Počátkem devadesátých let vykazovalo Portugalsko druhou nejnižší životní úroveň v rámci členských zemí EU, spojenou s nejvyšší úmrtností novorozenců a nejkratší střední délkou života. K redukci populace přispěla velkou měrou i emigrace. Překvapivě nízká je však

míra nezaměstnanosti (4,6%). Velký problém, spojený s vnitřní migrací venkovského obyvatelstva do měst, představuje nedostatek bytů ve větších městech.

Portugalsko je tvořeno vlastním regionem Portugal a dvěma autonomními regiony: Azorami a Madeirou. Region Portugal tvoří 18 správních oblastí a 275 samosprávných měst, které jsou tradičně nejnižším článkem státní správy, ale vystupují z pozice demokraticky zvolené lokální vlády. Jejich role je nyní mnohem výraznější, než během minulé diktatury, kdy tvořily pouze administrativní jednotky centralizované moci.

Zařazení sociálních služeb

V roce 1977 až 1984 bylo součástí systému sociálního zabezpečení i sociální činnost tedy oblast sociální péče a sociální práce. Teprve až zákon z roku 1991 oddělil sociální činnost od sociálního zabezpečení.

Současný systém sociálního pojištění

V roce 1974 došlo ke změně režimu v Portugalsku a byla konstituována parlamentní demokracie. Ústava z následujícího roku garantuje pro všechny občany práva na základní sociální ochranu a sociální péči v případě onemocnění, nezaměstnanosti nebo zdravotního postižení, současně s obecněji definovaným právem na ochranu rodiny, dětí nebo seniorů.

Odpovědnost za sociální služby

Obecně je za sociální politiku státu a zároveň za poskytování sociálních služeb na celostátní úrovni zodpovědné Ministerstvo zaměstnanosti a sociálního zabezpečení spolu s Ministerstvem řízení sociálních věcí.

Na regionální úrovni jsou odpovědná za sociální služby (od roku 1977) **Centra sociálního zabezpečení**. Hlavní náplň jejich práce tvoří sociální činnost v rámci ochrany dětí a mladistvých, zdravotně postižených, seniorů a chudých rodin, dále podpora procesu sociální integrace a nezávislých neziskových poskytovatelů sociálních služeb. Dále vydávají licence a evidují práci komerčních poskytovatelů sociální péče. [9]

Na úrovni místních zastupitelstev fungují lokální centra sociálního zabezpečení, která jsou přímo závislá na regionálních centrech a zároveň odpovídají za přímou práci s uživateli systému sociálních služeb.

Poskytovatelé sociálních služeb

Pro sociální péči v Portugalsku má mimořádný význam **nezávislý neziskový sektor**. Většina z nich působí lokálně a jsou napojeny na církev.

Nezávislé organizace jsou registrovány u centrálního ředitelství pro sociální činnost a jsou považovány za veřejně prospěšné instituce, které jsou zproštěny od daňové povinnosti. Pereirinha uvádí ve své zprávě, že během jednoho roku (1989 – 1990) došlo k 42% nárůstu vládních výdajů ve prospěch nezávislého sektoru, což indikuje význam tohoto sektoru v portugalském systému sociálních služeb. [9]

Ve srovnání s ostatními zeměmi EU lze shrnout, že systém sociální péče v Portugalsku není příliš rozvinutý a je plně závislý na poskytování sociálních služeb nezávislým sektorem.

Financování sociálních služeb

Sociální služby v Portugalsku jsou financovány především z vládních prostředků. Částečně jsou financovány i nezávislým sektorem, který je napojen na církev.

3.3.8 Řecko

Tato malá země, rozkládající se také na mnoha ostrovech v Egejském moři, požádala o vstup do Evropské unie v roce 1975, rok po referendu umožňujícího vznik republiky. Plnoprávným členem je od 1. ledna 1981 a (přes bouřlivý hospodářský růst během posledních 30-ti let) životní úroveň populace stále zůstává na nejnižších pozicích v rámci členských zemí EU. Oblast sociálních služeb je v Řecku málo rozvinuta, což je způsobeno špatnou hospodářskou situací.

Zařazení sociálních služeb

Sociální služby v Řecku spadají do systému sociální ochrany, za který je plně kompetentní ministerstvo zdravotnictví, sociální péče a sociálního zabezpečení.

Současný systém sociálních služeb

Sociální pracovníci procházejí v Řecku tří až pětiletým výcvikem (studiem neuniverzitního typu). Ještě počátkem devadesátých let byl poskytován pouze na 3 školách v celé zemi,

kteře tyto vzdělávací programy zajišťovaly za špatných finančních podmínek, bez politické podpory a výraznějšího zájmu státu. Profese sociálního pracovníka v Řecku má dodnes nízký profesionální status a zájem o ni neodpovídá měnícím se sociálním potřebám.

Specifickým pro Řecku je také rozvoj sociálních služeb (především péče o děti, domovy pro seniory), poskytovaných profitním soukromým sektorem.

Odpovědnost za sociální služby

Na celostátní úrovni jsou sociální služby poskytovány vysoce centralizovaným a hierarchickým systémem. Ministerstvo zdravotnictví, sociální péče a sociálního zabezpečení je plně kompetentní za sociální ochranu včetně poskytování sociálních služeb. Na regionální úrovni odpovídá za tento resort 52 prefektur, každá se svým odborem zdravotnické a sociální péče, provádějícím politiku a programy připravené ministerstvem. Centrální vláda stanovuje potřebnost programů sociální péče (včetně sociálních služeb) a vymezuje na ně ze státního rozpočtu finanční prostředky. Regionální úřady odpovídají za realizaci těchto programů. [9]

Rodina a soukromý sektor tak stále nese největší odpovědnost za sociální péči v Řecku.

Poskytovatelé sociálních služeb

Poskytovateli sociálních služeb v Řecku je jednak státní správa, která poskytuje sociální služby především mladým lidem a jejich rodinám, seniorů, lidem s postižením a v posledních dvou dekadách k nim přibyli i emigranti z postkomunistických zemí střední a východní Evropy.

Tradičně však zůstávají nejvýznamnějšími poskytovateli sociálních služeb i nadále Řecká ortodoxní (pravoslavná) církev a Červený kříž. Soustředí se na práci s dětmi, starými lidmi a lidmi s existenčními (finančními) problémy. Církev je největším provozovatelem rezidenční péče o seniory; v posledních letech spolu s profitním soukromým sektorem nejrychleji rozšiřuje nabídku sociálních služeb pro tuto skupinu uživatelů. [9]

Financování sociálních služeb

V Řecku jsou sociální služby financovány většinou uživateli sociálních služeb, protože často nemají jinou možnost volby, než službu si zaplatit, v důsledku nedostupnosti

sociálních služeb zajišťovaných neziskovými organizacemi nebo státním sektorem. Uživatelé taky často preferují tyto placené služby, protože jsou kvalitnější.

Ze státního rozpočtu vymezuje finanční prostředky centrální vláda pouze podle potřeby programů sociální péče (včetně sociálních služeb).

Budoucnost systému sociálních služeb

Řecko i dále do budoucna plánuje podporu nevládních organizací a celkovou deinstitucionalizaci sociální péče, k rozvoji regionálních sítí služeb a jejich kapacity v oblasti sociálních služeb.

Řecko zatím disponuje nejméně rozvinutým systémem sociálních služeb v zemích EU. Jednou z možných cest řešení tohoto stavu je také partnerství s relevantními organizacemi v jiných členských zemích a využití fondů EU, podporujících finančně projekty na rozvoj sociálních služeb.

3.3.9 Španělsko

V posledních 10-ti letech v důsledku hospodářského poklesu a zvýšené inflace byl ve Španělsku vážným sociálním problémem nárůst míry nezaměstnanosti (především mladých lidí). Vláda socialistů byla přinucena redukovat státní výdaje a došlo k nepopulárnímu krácení financí na sociální ochranu.

Zařazení sociálních služeb

Sociální služby ve Španělsku jsou součástí sociálního zabezpečení.

Současný systém sociálních služeb

Za režimu diktátora Franka bylo Španělsko silně centralizovaným státem, s veřejnými službami kontrolovanými policií a armádou, které zajišťovaly základní sociální péči v regionech. V omezené míře formálně poskytovala sociální služby také tradičně Charita a Katolická církev. Od roku 1960 prošlo Španělsko velkým hospodářským rozvojem, na základě kterého režim umožnil modernizaci sociálních služeb, sociálního zabezpečení a větší nezávislost nestátních subjektů.

Po smrti Franka v roce 1975 došlo v souvislosti s přechodem k parlamentní demokracii k obrovskému rozvoji sektoru veřejných služeb. Počátkem osmdesátých let řada španělských politiků a expertů na sociální politiku studovala modely sociálních služeb a systémů sociální péče v jiných evropských zemích. Nová vláda socialistů liberalizovala systém sociálních služeb a podporovala vznik dobrovolnických nevládní organizací. Zároveň se rozvíjely i komerční služby sociální péče (pro seniory, pro uživatele drog, apod.). Nejdůležitějším krokem však byla počátkem osmdesátých let decentralizace vládní odpovědnosti za systém sociálních služeb. [9]

Specifickým prvkem španělského systému sociální péče je silné spojení mezi sociálními a kulturními aktivitami, programy a službami.

Odpovědnost za sociální služby

Španělsko je územně správně rozděleno na celou řadu autonomních oblastí na Baleáry a Kanárské ostrovy, kromě toho spravuje také 2 teritoria v severní Africe. Centrální vláda v Madridu má právní a finanční odpovědnost za celostátní systém sociálního zabezpečení, který je spravován autonomními oblastmi. Centrální vláda přímo kontroluje sociální služby pro uprchlíky a další kategorie cizinců a administruje sociální služby na území severoafrických teritorií. [9]

Autonomní oblasti mohou vytvářet vlastní legislativu v oblasti sociálních služeb. Správně jsou rozčleněny do provincií a samosprávných měst. Například preventivní sociální služby jsou plně v kompetenci měst a jsou podporovány a financovány oblastmi. Organizace jiných sociálních služeb je rozdělena mezi oblastní správou a nižšími správními jednotkami.

Poskytovatelé sociálních služeb

Ve Španělsku byla vytvořena síť zařízení, poskytujících **základní sociální služby** nebo první pomoc. Tato centra jsou k dispozici pro každých 5 až 25 tisíc obyvatel a zajišťují základní informace, domácí péči, zjišťují potřebnost ústavní péče a podílejí se na rozvoji komunitních sociálních služeb. Červený kříž a Charita je dalším poskytovatelem v síti sociálních služeb. Pomáhá především seniorům, lidem s postižením a uprchlíkům.

Financování sociálních služeb

Sociální služby jsou financovány z daní, každý region individuálně podporuje poskytování služeb na svém území. Jak upozorňuje Casado, jen výjimečně se podílí na financování sociálních služeb přímo jejich uživatelé (např. příspěvky seniorů na ústavní péči). Nezávislé neziskové organizace jsou financovány z vlastních zdrojů, na základě grantů a státních kontraktů, také z příspěvků uživatelů a dárců. Velice dobře se rozvíjí dobrovolnické sociální služby; zatím působí v této oblasti málo komerčních organizací (především školky, domovy pro seniory, zařízení pro léčbu závislostí). [9]

3.3.10 Švédsko

V současnosti je systém sociálního zabezpečení a veřejná odpovědnost za sociální sektor na jednom z prvních míst politické diskuse ve většině vyspělých zemí. Vysoká nezaměstnanost, národní deficit, změny demografické struktury populace, nutné škrty ve státním rozpočtu a další faktory způsobují, že efektivita principu welfare state je předmětem očekávaných změn, avšak oproti jiným evropským zemím má ve Švédsku stále velkou podporu.

K velké expanzi sociálních služeb došlo zejména v 60. letech 20. století a to především v oblasti vzdělání a zdravotní péče. [7]

Zařazení sociálních služeb

Sociální politika Švédska je zaměřena na sociální služby, které jsou považovány za druhou významnou část sociálního státu spolu se sociálním pojištěním. [7]

Současný systém sociálních služeb

Ve Švédsku existuje velmi široký veřejný systém sociálních služeb, které poskytují například školní jídla, předškolní péči o děti, péči o staré a zdravotně postižené osoby, úklid domů, odklizení sněhu, přípravu jídel a jejich dopravu, technickou pomoc. Součástí systému je samozřejmě pomoc institucionální, která zahrnuje denní centra, ale i ústavy sociální péče.

V centru politické diskuse jsou dopady na sociální programy poskytované na **lokální úrovni** místními zastupitelstvy. Sociální práce na úrovni obce ve švédských podmínkách

zahrnuje právě individuální sociální služby, tj. péči o drogově závislé, péči o děti, práci s rizikovými skupinami mladistvých a sociální pomoc (dávky poskytované na základě testů příjmu). Vládní škrty snížily subvence místním úřadům, a zároveň se vlivem nezaměstnanosti snížil příjem místních úřadů z daní.

Rozvoj sociálních služeb v poválečném Švédsku byl součástí rozšíření principu welfare state. Předpoklady uskutečnění tohoto principu byly důkladně studovány a analyzovány v rámci řady empirických výzkumů. Na základě dostupných údajů lze podle Bergmarka sledovat dynamický rozvoj různých oblastí sociálních služeb během posledních třiceti let. [9]

Cílem sociální péče o staré občany je umožnit jim co nejdéle život v jejich vlastních domovech. K tomu, aby mohl být tento cíl uskutečněn, připadá na jednoho sociálního pracovníka ve Švédsku pouze 25 starých lidí. To je důležité zejména proto, že většinu klientů ve věku přes 80 let tvoří osaměle žijící ženy. [7]

Rozvoj individuálních a rodinných sociálních služeb vykazuje nejvyšší nerovnoměrnost. Až do roku 1980 náklady výrazně nevzrůstaly, protože tyto služby nebyly zpočátku definovány jako jeden ze subjektů sociální reformy. Do roku 1982 byly regulovány trojicí zákonů (zákonem o péči o děti a mládež z roku 1961, o péči o drogově závislé z roku 1955 a o sociální pomoci z roku 1957). Od roku 1982 platí Zákon o sociálních službách, který nyní legislativně upravuje tuto oblast.

Přílišná a neselektivní štedrost systému se projevuje zejména v oblastech zdravotní kompenzace nebo výše podpory v nezaměstnanosti. Řešením by mělo být zvýšení nároků a snížení kompenzační částky.

Odpovědnost za sociální služby

Finanční a administrativní odpovědnost za provedení systémových změn spočívá na státu, avšak výkon sociálních služeb je v kompetenci převážně místních úřadů.

Subjekty místní správy jsou odpovědné za péči (převážně nemedicínskou) o staré občany, o děti, a individuální sociální služby (důraz na lokální sektor ve Švédsku převyšuje ostatní země).

Poskytovatelé sociálních služeb

V rámci sociálních služeb hraje soukromý a dobrovolný sektor roli zanedbatelnou, nejvýznamnější složku zde tvoří stát a zejména místní orgány, které jsou také zdrojem vysoké zaměstnanosti žen právě v oblasti sociálních služeb. [7]

V oblasti péče o staré lidi poskytovalo Švédsko státní granty, což je vysoce institucionalizovaná forma péče, v současné době je však prosazován trend deinstitucionalizace, v rámci které přijal parlament rozhodnutí o státních grantech pro služby domácí péče a upravil zákonem podmínky pro poskytování finanční podpory k zajištění dobré úrovně bydlení seniorů.

Financování sociálních služeb

Sociální služby jsou financovány ze státního rozpočtu, na jejich financování se samozřejmě podílí i komunální místní samospráva, kterých je ve Švédsku 286. Kromě centrálně poskytnutých peněz jsou tedy sociální služby decentralizovány.

Náklady místních úřadů na sociální služby běžně tvoří jednu třetinu všech výdajů; vedle výdajů na vzdělávání, infrastrukturu a rekreační a kulturní aktivity. Největší důraz v rámci sociálních služeb je kladen na poskytování péče seniorům a lidem zdravotně postiženým (cca 49% celkových výdajů), péči o děti (32%), a individuální a rodinné služby (18%). [9]

Budoucnost sociálních služeb

V prognózách z roku 1995 předpovídá Národní asociace místních úřadů kontinuální pokles objemu obecních fondů, pokračující i přes počátek příštího století, který by se měl stabilizovat či alespoň zmírnit. Tato predikce ovšem předpokládá snížení míry nezaměstnanosti a ekonomický růst na celostátní úrovni.

Prognózy týkající se oblasti péče o děti vycházejí z odhadů míry porodnosti a vývoje trhu práce. Je předpokládána konstantní úroveň nákladů na sociální služby do konce století, které by měly v další dekádě klesat až o 10%.

V oblasti péče o seniory se očekává nárůst počtu osob starších osmdesáti let (asi o 17%), který vyvolá zvýšenou potřebu různých typů sociálních služeb.

Nejobtížněji lze předvídat vývoj v oblasti individuálních a rodinných služeb. Historicky se právě zde odehrávaly nejneočekávanější a nejvýraznější změny a totéž lze očekávat

i do budoucnosti. I když se většina prognóz shoduje v bodě očekávaného hospodářského růstu a poklesu míry nezaměstnanosti, jejich důvěryhodnost ve vztahu k předpokládanému snižování výdajů sociální pomoci není příliš velká.

V oblasti sociálních služeb vystupuje potřeba vymezit základní priority celého systému sociální péče. Bergmark nabízí čtyři alternativy, kterými jsou buď zvýšení příjmů obecních rozpočtů, zvýšení efektivity systému sociální péče, udržení na stejné úrovni dostupnost služeb, a zároveň snížit či radikálně změnit kvalitu poskytovaných služeb, či zrušit nebo zredukovat určité typy služeb. [9]

3.3.11 Velká Británie

Územně je rozčleněna na Anglii a Wales, Skotsko a Severní Irsko, které mají podobné formy poskytovaných sociálních služeb, ale odlišnou legislativní úpravu a způsob organizace.

Zařazení sociálních služeb

V roce 1990 vstoupily v platnost Zákon o národních zdravotních službách a Zákon o komunitní péči, které mění tradiční roli oddělení sociálních služeb místní správy od převážně přímého poskytovatele k „úřadu, umožňujícího služby“, tedy dochází ke směřování ke smíšené ekonomice sociální péče.

Současný systém sociálních služeb

Velká Británie disponuje rozsáhlým a rozvinutým systémem sociální péče, má dobře fungující legislativu a síť nezávislých sociálních služeb.

Pro Velkou Británii je charakteristický ambivalentní postoj vlády k členství v Evropské unii. Tradičně byla považována za průkopníka v oblasti sociální péče a sociálních služeb.

Hlavními charakteristikami britského sociálního státu je velký důraz na participaci jedince na trhu práce a z něj odvozenou sociální ochranu. Sociální stát se snaží spíše kompenzovat následky sociálních událostí, než se zaměřit na jejich prevenci. V rámci tohoto modelu je kladen relativně velký důraz na záchrannou sociální síť a relativně menší důraz na státní sociální zabezpečení. Veřejné sociální služby jsou zaměřeny výlučně na příjemce s limitovanými prostředky. Britský model býval až do osmdesátých let podobný

skandinávskému, avšak později se přiklonil k **reziduálnímu** pojetí financování, zatímco skandinávské země se přibližují principu univerzality. [9]

V rámci komunitní sociální péče dochází k testování příjmu (tento prvek je kontroverzní a často předmětem kritiky), preventivní péče a zařízení první krizové pomoci jsou (na rozdíl od jiných zemí, např. Belgie) spíše na okraji pozornosti statutárních vládních organizací a preventivní sociální služby zajišťuje především nezávislý sektor.

Odpovědnost za sociální služby

V Británii platí princip pomoci podmíněný ověřením výše majetku, stát přijímá odpovědnost za poskytnutí služby, avšak zároveň se snaží navrátit odpovědnost příjemci a zmenšit rozsah sociálních služeb.

Na úrovni centrální vlády odpovídá za systém sociálních služeb Ministerstvo zdravotnictví a státní tajemník, který řídí Inspektorát sociálních služeb. Tři typy místní správy: rada hrabství, metropolitní oblasti a Správní obvod Londýna, jsou kompetentní k poskytování sociálních služeb v regionech. [7]

Poskytovatelé sociálních služeb

Poskytovateli sociálních služeb ve Velké Británii jsou statutární vládní organizace i nezávislý sektor na což je v současnosti kladen velký důraz.

Financování sociálních služeb

Sociální služby jsou financovány **kombinovaným systémem** složeným ze státních financí (daňové poplatky), financí místní správy a zvyšujícího se podílu plateb uživatelů služeb. Systém zdravotní péče je bezplatný.

Budoucí systém sociálních služeb

Základní tendencí je oddělení organizačního managementu poskytování sociálních služeb od plánování a „nakupování“ služeb. Regulátory kvality poskytované péče různými subjekty jsou tzv. statutární organizace. Mezi základní trendy sociálního zabezpečení je rostoucí zaměření systému na chudé a zvýšení důrazu na aktivní participaci na trhu práce.[7]

4 ZÁKLADNÍ TRENDY POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE A ZEMÍCH EVROPSKÉ UNIE

4.1 Základní trendy v poskytování sociálních služeb v České republice

Za posledních 10 let se nabídka sociálních služeb v České republice stala pestřejší. Kromě tradičních rezidenčních služeb jsou k dispozici služby azylových domů, různých denních center, stacionářů, poraden, osobní asistence, ranné péče atd.. Přes tento pozitivní vývoj však sociální služby stále nejsou dostupné všem, kteří je potřebují.

Předpokládaný trend stárnutí populace a s tím spojená vyšší poptávka po sociálních službách bude jedním z klíčových faktorů. Mezi lety 2005 až 2015 má dojít k celkovému nárůstu věkové skupiny nad 65 let až o 600 tisíc osob. Současně je nezbytné přihlížet k trvalému počtu osob se zdravotním postižením, tj. 50 až 100 tisíc osob. [16]

Vybavenost jednotlivých regionů sociálními službami je v převážné míře ovlivněna demografickým vývojem. Právě charakter tohoto vývoje a jeho regionální diference, které jsou způsobené především historickými aspekty jsou příčinou výrazných výkyvů ve vybavenosti regionů sociálními službami. Jedním z důležitých faktorů, které budou značně ovlivňovat charakter i konkrétní podobu sociální služby je tedy demografický vývoj a některé demografické ukazatele (porodnost, kojenecká a celková úmrtnost, počet obyvatel a jeho vývoj, střední délka života a věková struktura). Zde je důležité upozornit na vážnou situaci, kterou je výrazné urychlení stárnutí obyvatel v devadesátých letech, což je způsobené poklesem počtu obyvatel a podílu dětí. V roce 2015 se očekává, že počet obyvatel v ČR poklesne pod 10 milionů obyvatel.

Podle projekce obyvatelstva v ČR do roku 2020 bude obyvatelstvo v ČR dále výrazně stárnout. Průměrný věk obyvatel se zvýší, osob ve věku 60 let a více bude již trvale více než dětí ve věku 0 až 14 let a jejich podíl se bude zvyšovat. Dojde také k dlouhodobému poklesu podílu věkové skupiny 15 až 59 let a mělo by dojít k výraznému nárůstu podílu osob ve věku nad 60 let (v roce 2020 na 27 %).

Počet a podíl osob starších 60 let se zatím nachází na úrovni 18 %, ale v nejbližší době se bude zvyšovat a předpokládá se, že do roku 2020 podíl těchto osob vzroste na 27 %. Dalšími předpoklady jsou, že v roce 2050 bude podíl seniorů starších 60 let v populaci

České republiky zastoupen hodnotou 41 %, což by představovalo první až třetí místo na světovém žebříčku v podílu seniorů v populaci. Tato změna věkové struktury proběhne na úkor podílu dětí do 15 let, který klesl v letech 1992 až 1997 z 20 % na 17,9 % a pro rok 2020 je odhadován na 14,4 %. Tyto dynamické proměny, ke kterým došlo v České republice v devadesátých letech jsou negativními dopady transformace ekonomického a politického systému v těchto letech. Do popředí se dostává nový model reprodukčního chování, který je charakterizovaný odkladem prvních sňatků a narození dětí do vyššího věku z důvodu nedostatečné bytové výstavby a finanční nedostupnosti nových bytů pro mladé manželství. Negativní vliv má i rostoucí nezaměstnanost mladých lidí, kteří v případě jakékoliv nejistoty narození dítěte oddálí nebo vůbec neplánují. [9]

Z toho důvodu dochází ke stárnutí populace a k invalidizaci osob (ta souvisí s neustále se zhoršujícím životním prostředím, rostoucí závislostí lidí na škodlivých látkách a rostoucím ohrožením života a zdraví v důsledku další technizace života), což obecně vede ke zvyšování požadavků na zdravotní a sociální péči. Z tohoto důvodu lze tedy předpokládat i zvýšenou potřebu sociálních služeb v budoucnosti a je nutné si uvědomit, že sociální služby pro staré občany současně kryjí významný podíl potřeb osob označených za zdravotně postižené. Dále probíhají změny ve struktuře rodiny. Přibývá lidí žijících osaměle, v netradičních partnerských svazcích, či v neúplných rodinách, mnoho lidí zakládá během svého života rodinu několikrát, což snižuje schopnost rodiny postarat se o své blízké. Tuto situaci umocňuje i vysoká účast žen na trhu práce. Tradiční rodiny, kde muž je živitelem a žena v domácnosti pečuje o děti a příbuzné, jsou spíše ojedinělé. [8]

Z výše uvedených důvodů, které ovlivňují potřebu jednotlivých druhů sociálních služeb s přihlédnutím k současné úrovni vybavenosti jednotlivých územních celků těmito službami lze předpokládat určité základní trendy ve vývoji sociálních služeb. Tyto trendy přehledně znázorňuje níže uvedená tabulka (Tab. 2).

Tab. 2. Základní trendy v sociálních službách v ČR

Trend	Důvod
Rozvoj péče o občany v jejich vlastních domácnostech.	Kvalita bydlení spolu s technologickým pokrokem vytváří možnosti pro stále větší rozsah péče také v domácnostech občanů, kterou bylo dříve možno poskytovat pouze v ústavních zařízeních.
Domácí péče bude stále více nahrazovat kapacity ústavní péče.	Za výrazně vyššího standardu úrovně péče a za nižších veřejných výdajů.
Dojde k efektivnějšímu využívání jednotlivých sociálních služeb.	Na základě návrhu struktury konkrétních požadavků na péči vycházejících z objektivních kritérií pro kategorizaci závislosti podle stupně zdravotního postižení občana bude možné přesněji definovat potřeby občanů a hledat způsoby jejich uspokojování. Jejich uspokojování nebude ve zcela překonaném dvoupólovém systému, ale poskytováním konkrétních úkonů občanu podle jeho potřeb mimo ústav i péči ústavu.
Potřeba zřizovat ošetrovatelské ústavy pro staré občany.	Potřeba skutečně komplexní ústavní péče.

Zdroj: [8], [9] – vlastní úprava

Je tedy potřeba nejvíce reagovat na demografické a ekonomické změny a brát v úvahu i společensko-politické podmínky a nové vývojové trendy v poskytování sociálních služeb. Koncepce sociálních služeb musí do budoucna počítat s omezováním ústavních sociálních služeb. Z toho důvodu se předpokládá, že hodnoty ukazatelů se budou zvyšovat u těch forem, které jsou zaměřeny na poskytování sociální péče v domácnostech občanů, zatímco vybavenost územních celků místy v ústavních zařízeních by mohla v budoucnu klesat. Tyto trendy se odráží v jednotlivých ukazatelích. Hodnoty ukazatelů vybavenosti je možné chápat jako minimální pro služby, které lze zabezpečovat v domácnostech jednotlivých klientů, nebo jako maximální pro služby, které jsou poskytovány v ústavních zařízeních.[9]

V současné době jsme svědky obrovských změn v sociální oblasti v celé Evropě. Vyspělé systémy sociálního zabezpečení se transformují na systémy sociální ochrany. Nejrychleji rostoucí a měnící se součástí těchto systémů, ať už je nazýváme jakkoli, jsou sociální služby. Mění se cíl a způsob poskytování služeb, jejich skladba a zejména jejich úkoly v systému sociální ochrany. Téma kvality služeb je nedílnou součástí probíhajících změn.

4.2 Základní trendy v poskytování sociálních služeb v zemích Evropské unie

Členské země Evropské unie s nejvyšší životní úrovní (Belgie, Dánsko, Francie) mají zároveň nejvíce rozvinutý systém sociálních služeb. Lze tedy konstatovat, že rozhodujícím faktorem ovlivňujícím politiku sociální péče je dosažená úroveň hospodářského rozvoje spíše, než sociálně politická a ekonomická ideologie.

Dalším faktorem, ovlivňujícím politiku sociální péče, jsou **demografické změny**. Budoucí požadavky na služby sociální péče musí vycházet z následujících trendů v zemích EU:

- poklesu porodnosti (souvisí také s růstem počtu aktivních žen na trhu práce),
- menší rodiny (ovlivní rozsah péče o rodiny),
- stárnutí populace (vyšší počet seniorů se bude spoléhat na podporu snižujícího počtu lidí v produktivním věku),
- prodlužování lidského věku (přičemž, se prodlužuje období života, v němž člověk potřebuje pomoc jiné osoby),
- přenášení standardu života v produktivním věku (a to i do období, kdy je člověk postupně stále více závislý na pomoci jiné osoby),
- rostoucí nákladnost kompenzace narůstající v závislosti na vnější pomoci. [4]

Tyto trendy, které jsou podmíněny nutností zabezpečit přiměřený komfort života ve stáří, jsou doprovázeny hledáním možností transformace celé oblasti sociálních služeb. Důvod jejich hledání nejsou jen ekonomické aspekty, ale jde také o přiblížení života ve stáří, popřípadě života ve zdravotním postižení, které je podporováno sociálními službami, k normálnímu životu. Tak roste zájem o občanská práva a s nimi i o práva klientů a o potřebu jejich větší autonomie. Z toho nám vyplývá, že můžeme charakterizovat trendy, které se v současné době ve vyspělých evropských zemích projevují. Tyto základní trendy jsem uvedla v tabulce (Tab. 3).

Tab.3. Základní trendy v sociálních službách v EU

Trend	Vysvětlení
Dochází ke konfrontaci zákonitosti trhu s potřebami rozvoje činností v sociální oblasti, kde se využívají dynamizující schopnosti trhu.	To znamená, že tam kde působí trh, není potřeba organizovat, plánovat ani řídit, ale pouze účelně korigovat.
Ústup od paternalistické státní péče k posilování neformálního sektoru komunit, rodin a nezávislých organizací (neziskových i komerčních).	To znamená, přenesení odpovědnosti za své závislé členy přímo na rodiny.
Sociální služby jsou financovány na základě participace více subjektů.	K financování přispívají také občané, rodina, stát, obec, provozovatel, zdravotní pojišťovna, vlastní pojištění a podobně. K tomu, aby mohly zákonitosti trhu fungovat, je nutno vytvořit koupěschopnou poptávku, tedy je potřeba určit, kdo rostoucí náklady na služby zaplatí.
Dochází ke zvýšení integrace ekonomické a sociální racionálnosti.	To znamená, že dochází ke hledání optimální varianty zabezpečení sociálních potřeb jak z humánního, tak technického, technologického a tedy i ekonomického pohledu.
Probíhá proces deinstitucionalizace v oblasti sociálních a zdravotních služeb především pro staré občany.	Proces doprovází odstraňování resortních rozdílů mezi službami sociálního a zdravotního charakteru. Služby obojího typu jsou poskytovány zpravidla jednou agenturou.
Roste význam sociálního poradenství.	Zvyšuje se význam aktivit směřujících ke koordinaci péče o osoby v sociální nouzi.

Zdroj: [4] – vlastní úprava

Evropská komise vydala v roce 1993 tzv. „**Green Paper**“ o budoucích trendech evropské sociální politiky, kde reflektuje výše uvedené demografické faktory a komentuje jejich reálné dopady v sociální oblasti. V roce 1994 vydala také „**White Paper**“ studii zaměřenou na mapování ekonomických priorit dalšího rozvoje států EU. Oba dokumenty kladou důraz v sociální sféře především na hledání účinných způsobů řešení problému zaměstnanosti a nezaměstnanosti (upozorňují na vysoký podíl dlouhodobé nezaměstnanosti – až 45% nezaměstnaných v roce 1991 a nezaměstnanost mladých lidí do 25 let). Dokument Green

Paper poukazuje také na absenci komparativních dat u výdajů na sociální péči na osobu, které jsou vhodným měřítkem stupně rozvoje sociálních služeb.

V oblasti sociálních služeb lze sledovat v některých zemích EU přechod od původního zaměření na substituční péči, přímou pomoc a sociální kontrolu spojenou s poskytováním sociální pomoci k rozvojovým a socializačním programům. Zejména Belgie poskytuje otevřenou preventivní sociální péči, nevyžadující, aby se uživatelé zařadili do nějaké předem vymezené kategorie klientů. Ale v jiných zemích (např. ve Velké Británii) je sociální péče zaměřena na nejpotřebnější a preventivní sociální služby jsou považovány za nedostupný „luxus“.

Nejvýraznějším trendem v rámci EU je však **konvergence** systémů sociální péče jako proces nalézání podobností spíše než rozdílů mezi jednotlivými státy. Většina z nich rychle přejímá také princip **plurality** sociální péče, který mění systém sociálních služeb. Klade důraz na příspěvky od nezávislých organizací, dobrovolných pracovníků a rodin v souvislosti s další redukcí role státu jako přímého poskytovatele finančních příspěvků (jak na úrovni centrální, tak místní správy). Lokální správa zůstává právně odpovědná za sociální služby, ale není jejich přímým poskytovatelem, kontrahuje nezávislé organizace neziskové i komerční (zvyšuje se jejich zastoupení a význam v oblasti soc. péče), které zajišťují vlastní služby a sami uživatelé se také finančně podílejí na jejich financování.

5 ZHODNOCENÍ SYSTÉMU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE VE SROVNÁNÍ S EVROPSKOU UNIÍ

Dříve než se budu zabývat samotným zhodnocením systému sociálních služeb v České republice ve srovnání s Evropskou unií, bych chtěla výsledky své komparativní studie stručně shrnout do přehledné tabulky (Tab.2), která obsahuje mnou zvolená kritéria (zařazení, odpovědnost, poskytovatelé a financování sociálních služeb) a to pro všechny vybrané země Evropské unie (Belgie, Dánsko, Francie, Itálie, Irsko, Německo, Portugalsko, Řecko, Španělsko, Švédsko, Velká Británie) včetně České republiky.

Tab.4. Srovnání kritérií v jednotlivých zemích

Země	Kritéria			
	Zařazení	Odpovědnost	Poskytovatelé	Financování
Belgie	Sociální služby (SS) jsou součástí systému sociální ochrany.	Regionální státní úřady.	Zřizovatelé, veřejné instituce, neziskové organizace.	Smíšená forma grantů, platby od obecních zastupitelstev, od nadřízených orgánů a klientů.
Dánsko	SS jsou zajištěny v rámci sociální a zdravotní péče.	Obec (městská část).	Veřejné nebo veřejně financované instituce.	Formou daňových úlev.
Francie	SS jsou samostatné.	Ministerstvo solidarity, zdraví a sociální ochrany; regionální prefekti; předseda "Generální rady"; zástupce státu.	Státní a neziskový poskytovatelé.	SS jsou financovány oblastí (departement), uživateli, příbuznými uživateli.
Itálie	Některé SS jsou v rámci zdravotních služeb jiné nikoliv.	Stát, Ministerstvo pro vnitřní záležitosti, samosprávné obce.	Zajišťováno většinou rodinami a nestátními organizacemi. Stát jen v nutných případech.	Především státem. Zodpovědná za financování je místní správa. Financování nevládními organizacemi omezeně.

Irsko	SS jsou v rámci resortu zdravotnictví.	Stát má omezenou roli kompenzovanou náboženskými a dobrovolnickými organizacemi.	Role subsidiarity – stát, rodina, náboženské a politické organizace.	Státem, neziskovými organizacemi, uživatelem. Financovány také z fondu Evropské unie.
Německo	SS jsou součástí „welfare“, který je podoblastí sociálního systému.	Odpovědnost občanů za sama sebe i za svoji rodinu. Stát vstupuje až rodina selhává.	Stát, nižší územně správní celky, neziskové a církevní organizace.	Z místních daní tedy ze státního rozpočtu. Případně z různých loterií nebo z národních církevních daní.
Portugalsko	SS jsou součástí sociální činnosti.	Ministerstvo zaměstnanosti a sociálního zabezpečení spolu s Ministerstvem řízení sociálních věcí.	Neziskový sektor (církev). Stát jen výjimečně.	Především z vládních prostředků, částečně i nezávislým sektorem.
Řecko	SS jsou součástí systému sociální ochrany.	Ministerstvo zdravotnictví, sociální péče a sociálního zabezpečení. Největší odpovědnost, ale nese rodina a soukromý sektor.	Státní správa, tradičně je však největším poskytovatelem ortodoxní církev a Červený kříž.	Většinou rodinami uživatelů a uživateli. Státním sektorem jen v případě potřeby.
Španělsko	SS jsou součástí sociálního zabezpečení.	Centrální vláda, města, oblastní správa a nižší správní jednotky.	Vláda, Červený kříž a Charita.	Z daní. Jen výjimečně se na financování podílí uživatelé. Popřípadě z vlastních zdrojů poskytovatele nebo z darů.
Švédsko	SS jsou samostatné.	Stát, místní úřady, subjekty místní správy.	Převážně stát a místní orgány, soukromý sektor hraje roli zanedbatelnou.	Ze státního rozpočtu. Na financování se podílí i komunální místní samospráva.

Velká Británie	Sociální služby jsou součástí komunitní péče.	Stát, ale snaží se navrátit odpovědnost příjemci. Ministerstvo zdravotnictví a státní tajemník.	Statutární vládní organizace i nezávislý sektor.	Kombinovaným systémem složeným ze státních financí, financí místní správy a plateb uživatelů.
Česká republika	SS jsou součástí systému sociální pomoci.	Jednotlivci, obce, kraje, občanská společnost a stát.	Stát, města, obce, okresní úřady, církve, občanská sdružení, neziskové organizace i FO.	Vícezdrojové – veřejné zdroje, spoluúčast uživatele, prostředky poskytovatele, ostatní.

Zdroj: [7], [9] - vlastní úprava

Z tabulky (Tab. 2) je zřejmé, že většina zemí se zaměřuje na vytlačování poskytování sociálních služeb státem, k posilování neformálního sektoru. Nejen v České republice, ale i v řadě členských zemí je financování vícezdrojové, díky němuž země snižují fiskální výdaje na sociální služby. Tento trend deinstitucionalizace bude podle mého názoru nadále pokračovat a to i u těch zemí, které se ještě v současnosti orientují spíše na poskytování sociálních služeb státem.

Co se týče zhodnocení České republiky s ostatními zeměmi Evropské unie, došla jsem k následujícím poznatkům.

Jednotlivé oblasti v České republice nejsou sociálními službami vybaveny podle potřeby (rozmanitosti i kapacitou) a liší se výrazně ve schopnosti uspokojovat poptávku, a to je jeden z důvodů pro změnu systému, jak ho to taky uvádí překládací zpráva pro Návrh věcného záměru zákona o sociálních službách. V České republice je sociálním službám poskytován nejmenší prostor (což dokládá Tab. 5), i když světový trend je zcela opačný, tzn. směřuje ke značné podpoře sociálních služeb, a je třeba tedy na tomto poli přijmout zásadní změny.

Níže uvedená tabulka (Tab. 3) ilustruje jednotlivé výdaje na sociální ochranu a sociální pomoc v zemích EU a v České republice jako procentický podíl z HDP. Bohužel jsem pro všechny státy sehnala údaje jen pro rok 2000, ale doufám, že pro naše srovnání s Českou republikou nám to postačí.

Tab.5. Výdaje na sociální ochranu a sociální pomoc v EU a ČR jako % HDP v roce 2000

Země	Sociální ochrana	Sociální pomoc
Belgie	29,7	0,7
Dánsko	34,3	1,5
Německo	29,4	0,6
Španělsko	21,8	0,1
Francie	30,6	0,5
Irsko	19,9	0,4
Itálie	24,6	0,0
Portugalsko	20,7	0,1
Švédsko	35,6	1,1
Česká republika	20,7	0,8

Zdroj: MPSV ČR. Poznámka sociální pomoc je součástí sociální ochrany.

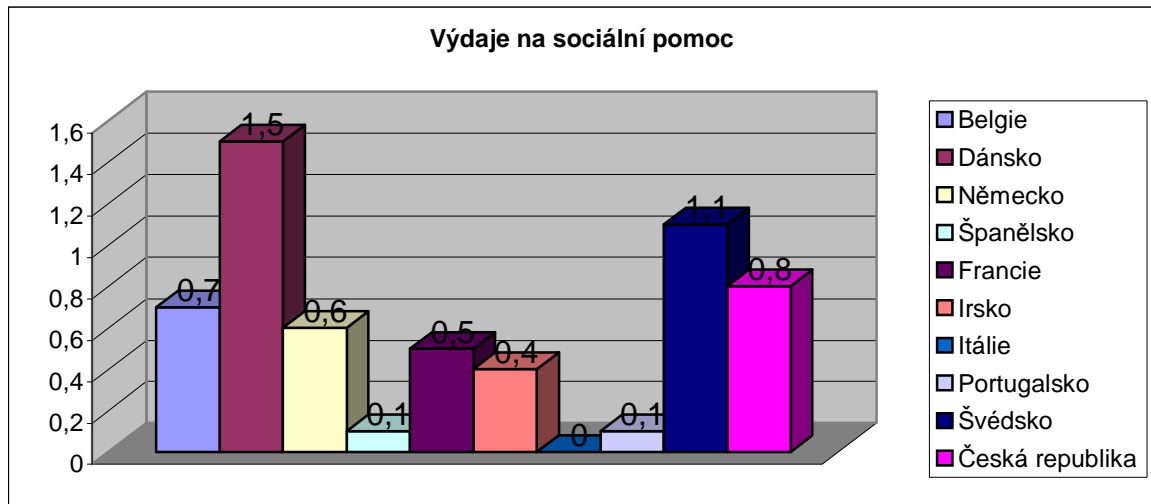
Z tabulky (Tab. 3) můžeme vyčíst, že Česká republika vynakládá výdaje na sociální ochranu ve výši 20,7 %, což je při srovnání s ostatními vybranými zeměmi Evropské Unie spolu s Portugalskem druhou zemí s nejnižšími výdaji. Podle mého názoru jsou výdaje na sociální ochranu naší země tak nízké z toho důvodu, protože jednotlivé oblasti v České republice nejsou službami vybaveny podle potřeby (rozmanitostí i kapacitou). V České republice je sociálním službám poskytován nejmenší prostor, a to i přesto, že světový trend směřuje ke značné podpoře sociálních služeb. Systém financování státních a nestátních subjektů poskytujících sociální služby je oddělený, poskytovatelé nemají stejný přístup k finančním prostředkům.

Největší výdaje na sociální ochranu má Švédsko spolu s Dánskem, které se pohybují kolem 35 %. Je to z toho důvodu, že je většina sociálních služeb poskytována nebo financována veřejnými institucemi. U Švédska jsou hlavním problémem vysoké náklady v oblasti péče o seniory, což je vysvětlováno vysoce institucionalizovanou formou péče způsobenou poskytováním grantů od státu na zřizování domovů pro seniory od počátku padesátých let.

Nejnižší výdaje na sociální ochranu má Irsko a to ve výši 19,9 %. Je to z toho důvodu, že Irsko má sociální služby založeny na principu subsidiarity (tzn. stát nenaplňuje funkce, které mohou individuálně zajišťovat občané sami v rámci místních komunit) a na omezené roli státu, která je kompenzována rolí náboženských a dobrovolnických organizací.

Graf (Graf 2), který je uveden níže, nám graficky znázorňuje, jaké byly vynaloženy výdaje na sociální pomoc ve vybraných zemích Evropské Unie a České republiky jako % z HDP v roce 2000.

Graf 2. Výdaje na sociální pomoc v EU a v ČR jako % z HDP v roce 2000



Zdroj: MPSV ČR

Tyto rozdíly, které jsou z grafu (graf 2) patrné, vyplývají z odlišného financování systému sociálních služeb. To znamená, že některé země jsou financovány ze státního rozpočtu, v některých zemích se na financování podílí více subjektů (přispívají občané, rodina, stát, obec, provozovatel, zdravotní pojišťovna, vlastní pojištění). To tedy znamená, že největší výdaje na sociální pomoc mají Dánsko a Švédsko a nejnižší výdaje na sociální pomoc má Řecko spolu s Portugalskem a Španělskem. Česká republika je třetí zemí, která má největší výdaje na sociální pomoc, je to z toho důvodu, že sociální pomoc je poskytována většinou veřejnými nebo veřejně financovanými institucemi. Dalším důvodem může být i fakt, že služby, které jsou poskytovány jsou financovány podle kapacity a nikoliv podle potřeby, kvalita služeb není kontrolována a kontrola efektivity poskytnutých služeb se neprovádí.

Dalšími důvody pro reformu sociálních služeb v České republice je ta situace, že v celé naší zemi nebyla dosud oblast sociálních služeb řešena koncepčně a komplexně, a to jak z hlediska financování, odborného vedení, vývoje metod práce s klienty, tak zejména z hlediska potřeby deinstitucionalizace péče o klienty.

Jednotlivé okresy v naší zemi jsou v oblasti sociálních služeb vybaveny dle potřeb a liší se schopností uspokojovat jejich poptávku. Právní normy jsou zastaralé a neodpovídají současnému vývoji, nejsou vyvinuty účinné nástroje na prosazování sociální politiky státu,

odpovědnost a kompetence jednotlivých subjektů není jasně definována. Chybí ucelený a provázaný komplex nástrojů k provádění sociální politiky obce a regionu. Profesionalita sociálních pracovníků ve veřejné správě je nízká, což je způsobeno absencí systému jejich kontinuálního vzdělávání a systému celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků obecně. Systém financování státních a nestátních subjektů poskytujících sociální služby je oddělený, poskytovatelé nemají stejný přístup k finančním prostředkům. Služby, které jsou poskytovány jsou financovány podle kapacity a nikoliv podle potřeby, kvalita služeb není kontrolována a kontrola efektivity poskytnutých služeb se neprovádí. Neexistují komplexní data o sociálních službách a nejsou prováděny kvalitativní analýzy. Uživatelé mají velmi malý podíl na rozhodování o způsobu a formě poskytnuté sociální služby a téměř žádný podíl na jejich kontrole. Meziresortní a mezioborová spolupráce a koordinace aktivit je nedostatečná, používaná terminologie je nevyjasněná a nejednotná.

Cílem reformy sociálních služeb by tedy mělo být vytvoření a postupné zavedení takového systému sociálních služeb, který bude respektovat důstojnost uživatelů a podporovat jejich nezávislost, zvýší společenskou a ekonomickou spoluúčast uživatelů, a to zejména upřednostněním individuálních potřeb oprávněného jedince a přímým adresným směřováním finančních prostředků k oprávněným osobám. Nový systém sociálních služeb by měl včasným rozpoznáním potřeb obcí, měst a regionů v oblasti sociálních služeb a jejich flexibilním zabezpečením předcházet sociálnímu vyloučení jednotlivých osob nebo skupin.

Je důležité upozornit na skutečnost, že v evropských zemích a také ve Spojených státech je běžnou praxí časté provádění výzkumného hodnocení potřeb určitých cílových skupin obyvatelstva. Důvodem takového hodnocení je maximalizace efektivity existujících sociálních služeb či identifikace těch potřeb, které nejsou v dané lokalitě obslouženy.

Charakteristickým rysem celé oblasti sociálních služeb je podle mého názoru trvalé rozšiřování jejich nabídky a vytváření nových typů a forem. Lze tedy celkově konstatovat odklon od ústavní péče a příklon k péči neinstitucionalizované, osobní, v domácím prostředí občanů. Je to z toho důvodu, že populace stárne a roste počet potencionálních klientů a stejně tak různorodost nabízených služeb. Mění se chápání klienta od pouhého pasivního příjemce k aktivnímu aktérovi, posouvají se preference od ústavní péče k péči v menší komunitě či rodině. Od oddělování sociální a zdravotní složky péče se postupně přechází ke komplexní alternativní organizaci služeb.

Dále se domnívám, že v současné době je taktéž důležité zohlednit faktory ovlivňující rozvoj sociálních služeb a reagovat na ně. Je důležité zvýšit míru decentralizace a posílit roli samosprávních celků. Mým doporučením je financování sociálních služeb v tzv. smíšené ekonomice. Tato koncepce se odklání od absolutního monopolu financování státu, ale i od ponechání financování zcela na principu volného trhu, kdy k účasti na financování jsou motivováni samotní příjemci služeb, jejich rodiny, dobrovolníci, obecně prospěšné společnosti atd.

V současné době je základním trendem Evropské unie pokles státních výdajů na sociální služby. Je možno tedy konstatovat, že mnohé země včetně České republiky se snaží a budou snažit zavádět postupnou decentralizaci sociálních služeb, což je i ve zkratce mým doporučením pro snížení fiskálních výdajů se sociálními službami (tedy s pohledu státu). Jedná se tedy o financování sociálních služeb nejen státem, ale i ostatními subjekty sociální politiky (neziskové organizace, rodina, uživatelé atd.). Kdybych se, ale dívala z pohledu uživatelů, bylo by mým doporučením pro náš stát, aby si vzali příklad z naší sousední země tedy z Německa. A to v tom, že státní a soukromý sektor se zde vzájemně respektují, spolupracují a poskytují volby každé osobě. Systém sociálních služeb je zde založen na principu subsidiarity, který klade hlavní důraz na vzájemnou solidaritu, což je u systému sociálních služeb dle mého názoru velmi důležité.

ZÁVĚR

Porovnáním přístupů Evropské unie a České republiky je patrný základní trend, kterým je proces deinstitucionalizace a snižování fiskálních výdajů na sociální služby. Nejen v České republice, ale i v řadě členských zemí je dle mého názoru patrný ústup od státní péče k posilování neformálního sektoru, tedy rodin, komunit, nezávislých neziskových a v menší míře i komerčních organizací poskytujících sociální služby.

Možností rozvoje nezávislého nevládního sektoru se některé země (například Švédsko a Finsko) včetně České republiky inspirují v jiných státech Evropy.

Momentálně hlavním tématem jednotlivých zemí Evropské unie je úloha trhu. Trh totiž umožňuje uživatelům služeb možnost volby a poskytovatele služeb jsou tedy více odpovědní za preference uživatelů. Problémem v oblasti sociální péče je, že chudí uživatelé nemohou často za služby platit, z toho důvodu tedy není tato výhoda příliš zřetelná.

Co se týká budoucnosti sociální péče v Evropě, bude souviset podle mého názoru se smíšeným ekonomickým systémem. To znamená, že stát nebude hlavním poskytovatelem péče, ale bude dávat prostor k rozvoji nezávislých iniciativ. Mimo trendu poklesu výdajů na sociální služby lze tedy očekávat i převádění odpovědnosti za své závislé členy přímo na rodiny a to především na ženy. Dále usuzuji, že financování sociální péče v Evropě se bude postupně přibližovat k Americkému systému, ve kterém státní organizace poskytují jen jakési poslední útočiště. Je to z toho důvodu, že uživatelé disponují určitými prostředky a jsou si tedy schopni sami koupit na trhu sociální služby nejlepší kvality od nezávislých organizací.

Výše uvedené změny se dotknou i sociálních pracovníků, u kterých podle mně dojde k pozitivním změnám v pracovních příležitostech. Budou mít nové možnosti sociální práce v rámci nevládního sektoru.

Důkazem, že pomocí smíšené ekonomiky sociální péče lze veřejné financování sociálních služeb s úspěchem postupně snižovat jsou poslední změny v komunitní péči ve Velké Británii. Také ve Švédsku, Finsku a Dánsku je politika smíšené ekonomiky orientována především na snižování nákladů a udržení daní na politicky únosné úrovni.

System sociálních služeb EU prošel již řadou změn. Například v roce 1995 přijala Evropská komise střednědobý program sociální činnosti na léta 1995 až 1997. Evropská

Unie vychází zejména z dokumentu White Paper (1994), ve kterém se zdůrazňuje rovnováha mezi principy konkurence, kooperace a solidarity. Mimo jiné Evropská komise podporuje udržení rozmanitosti sociálních služeb, principu subsidiarity a usiluje o sociální pokrok spolu s hospodářským růstem a konkurenčním prostředím. V současné době je jejím cílem vytvoření systému sociální ochrany pro budoucnost, který bude na bázi porozumění tomu, co probíhá v jiných členských zemích. Zatím se to týká pouze sociální ochrany, ale v budoucnu se to bude týkat i sociální péče. V nejbližší budoucnosti se jeví jako hlavní problémem zajištění sociálních služeb pro stále narůstající počet seniorů.

Na závěr bych chtěla dodat, že v Evropské Unii se v poslední době vytváří nový přístup k sociální péči v rámci sociálních programů, který je zaměřený především na specifické skupiny uživatelů se specifickými potřebami jako jsou lidé vyloučení z trhu práce, lidé se zdravotním postižením a senioři. Mimo jiné je tedy potřeba zaměřit se na širší politická témata, jako je fungování a financování systému sociální ochrany a celková kvalita života.

Při zpracovávání mé diplomové práce jsem se potýkala s nedostatkem materiálů a informací, které by se týkaly oblasti sociálních služeb v zemích Evropské unie. Doufám tedy, že se sociální péče dostane do centra sociální politiky Evropské unie i vedle vysoce prioritních oblastí, jakými jsou sociální ochrana a veřejné zdravotnictví.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] *Aktuální situace v přípravě návrhu věcného záměru zákona* [online], Práce a sociální politika. Dostupný z WWW:
<http://www.noviny-mpsv.cz/clanek.php?id=168>
- [2] *Bílá kniha v sociálních službách* [online], Asociace ústavů sociální péče ČR. Dostupný z WWW: <http://www.auspcr.cz/dokumenty.html>
- [3] BLAŽIČKOVÁ, I. – MACHAČOVÁ, J. *Nové formy řešení nezaměstnanosti ve Francii*. In Sociální politika. Praha: MPSV ČR, březen 2001, roč. 27, č. 3, s. 20-21. ISSN 0049-0962.
- [4] BRDEK, M., JÍROVÁ, H., KREBS, V. *Trendy v evropské sociální politice*. Praha: ASPI 2002. ISBN 80-86395-25-1.
- [5] JABŮRKOVÁ, M. – MEDLÍNOVÁ, I. *Aktivita MPSV v oblasti sociálních služeb* [online]. Poslední aktualizace 22. 7. 2002.
Dostupné z WWW: <http://mpsv.cz/script/tisk.asp?id=2817>
- [6] MERHAUTOVÁ, I. *Sociální služby na přelomu tisíciletí* [online]. Dostupné z WWW:
http://www.osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/11_2001/socialni_sluzby.html
- [7] MUNKOVÁ, G., KOTOUS, J., RYS, V., TOMEŠ, I. *Sociální politika v evropských zemích*. Praha: Karolinum 2004. ISBN 80-246-0780-8.
- [8] PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI 2003. ISBN 80-86395-69-3.
- [9] KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha: Triton 2005. ISBN 80-7254-662-7
- [10] KREBS, V., DURDISOVÁ, J., KOTÝNKOVÁ, M., MERTL, J., POLÁKOVÁ, O., ŽIŽKOVÁ, J., VLČEK, M., VYCHOVÁ, H. *Sociální politika*. Praha: ASPI 2005. ISBN 80-7357-050-5.
- [11] KUX, J. – BAŠTÝŘ, I. – FORMANOVÁ, J. *Vývoj hlavních ekonomických a sociálních ukazatelů České republiky 1990 – I.- II. - (III.) Q 2000* [online]. Poslední aktualizace 4. 5. 2001. Dostupné z WWW: www.vupsv.cz/an35.html

- [12] *Poslanci schválili návrh zákona o sociálních službách* [online], Práce a sociální politika. Dostupný z WWW: <http://www.noviny-mpsv.cz/clanek.php?id=936>
- [13] *Příloha č. 1 – Typologie sociálních služeb* [online]. Poslední aktualizace 2. 8. 2002. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/scripts/tisk.asp?id=2880>
- [14] *Rozdělení sociálních služeb* [online]. Poslední aktualizace 25. 11. 1998. Dostupné z WWW: www.mpsv.cz/scripts/lsocprob/standard/intervence.asp
- [15] *Sociální služby* [online], Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/clanek.php?lg=1&id=9>
- [16] *Standardy – rakovina sociální péče v ČR (1.)* [online] , Informační systém pro zdravotně postižené. Dostupný z WWW: <http://www.infoposel.cz/?idm=clanky&idr=1017&idc=1040140025>
- [17] VESELÁ, J. *Sociální služby ve světle připravovaných reforem: III. Díl* [online]. Poslední aktualizace 19. 12. 2000 (cit. 2002-1-15). Dostupné z WWW: <http://vupsv.cz/zpravy.htm>
- [18] VOJNAR, V. *Deset let rozvoje služeb sociální péče*. Poslední aktualizace 26.12. 2001. Dostupné z WWW: www.mpsv.cz/scripts/tisk.asp
- [19] *Workshop č. 1 – Financování sociálních služeb* [online], Asociace ústavů sociální péče ČR – Sborník. Dostupný z WWW: <http://www.auspcr.cz/sbornik/01/zarsky.rtf>
- [20] *Zákon o sociálních službách* [online], Národní rada zdravotně postižených ČR. Dostupný z WWW: <http://nrzp.cz/upload/ZaksocsluzPSPCR.doc>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR Česká republika

EU Evropská unie

FO Fyzická osoba

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

RMI Revenue minimum d'insertion = program na snížení sociální izolace

SS Sociální služby

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Pečovatelská služba.....	52
Tab. 2. Základní trendy v sociálních službách v ČR.....	83
Tab. 3. Základní trendy v sociálních službách v EU.....	85
Tab. 4. Srovnání kritérií v jednotlivých zemích.....	87
Tab. 5. Výdeje na sociální ochranu a sociální pomoc v EU a ČR jako % HDP.....	90

SEZNAM A SCHÉMAT A GRAFŮ

Schéma 1 Pětistranné partnerství v sociálních službách.....	46
Graf 1. Podíl na poskytování sociálních služeb v roce 2002 (v %).	48
Graf 2. Výdaje na sociální pomoc v EU a v ČR jako % z HDP v roce 2000.....	91