

# Odpovídají sociální služby v ČR současným evropským trendům?

Ladislav Průša

***Prodlužování lidského věku, přenášení požadavku na životní standard v produktivním věku i do období, kdy je člověk postupně stále závislejší na pomoci jiné osoby, a z toho vyplývající nákladnost kompenzace narůstající závislosti na vnější pomoci vedly a nadále vedou k hledání nových cest a možností transformace systému sociálních služeb.***

V rámci jejich transformace byly v souladu s hlavními vývojovými trendy v evropských zemích<sup>1</sup> definovány základní principy jejich rozvoje. K nim patří:

- nezávislost a autonomie pro uživatele služeb - nikoli jejich závislost,
- začlenění a integrace - nikoli sociální vyloučení,
- respektování potřeb - služba je určována individuálními potřebami a potřebami společnosti, neexistuje model, který by vyhovoval všem,
- partnerství - pracovat společně, nikoli odděleně,
- kvalita - záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem,
- rovnost bez diskriminace,
- standardy národní, rozhodování na místě<sup>2</sup>.

Důvodem výše zmíněného hledání nejsou jen ekonomické aspekty, ale jde o přiblížení života ve stáří, popř. života se zdravotním postižením nebo jiným sociálním problémem, podporovaného sociálními službami, normálnímu životu. Zvýšený důraz je přitom kladen na občanská práva obecně a s nimi související práva klientů a na potřebu jejich větší autonomie. Na tomto základě lze charakterizovat následující trendy, které se ve vyspělých evropských zemích v současném období prosazují<sup>3</sup>:

1. potřeby rozvoje činností v sociální oblasti jsou zajišťovány s využitím dynamizujících schopností trhu (tam, kde působí trh, není třeba organizovat, plánovat ani řídit, ale pouze účelně korigovat),
2. financování sociálních služeb je založeno na participaci více subjektů (přispívají občan, rodina, stát, obec, provozovatel, zdravotní pojišťovna apod.), neboť k tomu, aby zákonitosti trhu mohly fungovat, je nutno vytvořit koupěschopnou poptávku, proto je potřebné určit, kdo rostoucí náklady na služby zaplatí,
3. k ekonomické i sociální stránce se přistupuje racionálněji, dochází tedy ke hledání optimální varianty zabezpečení sociálních potřeb jak z humánního, tak technického, technologického, a tedy i ekonomického pohledu,
4. v návaznosti na to probíhá proces deinstitutionalizace v oblasti sociálních a zdravotních služeb především pro staré občany, který je doprovázen stíráním resortních rozdílů mezi službami sociálního a zdravotního charakteru, služby obojího typu jsou přitom posky-

továny zpravidla jednou agenturou, 5. roste význam sociálního poradenství a aktivit směřujících ke koordinaci péče o osoby v sociální nouzi.

## Jaké principy determinují možnosti uplatnění těchto trendů v praxi?

V první řadě jde o princip subsidiarity, který je v sociální politice definován jako rozvrstvení solidarity. Každou konkrétní sociální aktivitu by měl tedy provozovat ten subjekt, který má nejbližší k řešení daného sociálního problému a který je schopen tento problém řešit (tzn. že má pro jeho řešení dostatečné kompetence). V těch případech, kdy k jeho vyřešení stačí síly obce nebo kraje, tam není třeba mobilizovat solidaritu všech občanů státu, tedy stát.

Druhým principem je princip uniformity, který vychází z toho, že určité aktivity je třeba na celém území státu zabezpečovat stejně, protože se tím realizuje zájem státu (např. ochrana práv občanů, sociální ochrana, garance životního minima). Jedná se tedy pravidlo, že v této oblasti se musí angažovat stát a pouze ve výjimečných případech může tyto aktivity zabezpečit smluvně prostřednictvím jiného subjektu.

Třetím principem je princip variability. Vedle aktivit, které musí zabezpečovat stát na celém území stejně, existují i takové aktivity, které musí naopak odrážet místní podmínky a potřeby. Aktivity tohoto typu, k nimž beze sporu patří i sociální služby, patří do kompetence samosprávních obcí a krajů.

Tyto principy působí ve vzájemné jednotě a navzájem se doplňují, vyjadřují roli, jakou mají jednotlivé subjekty při realizaci sociální politiky. Např. stát určité činnosti garantuje (tzn. že určité aktivity vycházejí „shora“), zatímco konkrétní zabezpečení těchto aktivit je důsledkem působení např. nestátních neziskových organizací (tzn. že tyto aktivity vycházejí „zdola“).

## Projevují se nové trendy i v ČR?

Jednu z možných odpovědí získáme z výsledků analýzy vybavenosti jednotlivých regionů sociálními službami.

Významnou pomůckou při hodnocení vývoje sociálních služeb jsou návrhy úrovně normativů vybavenosti jednotlivých

regionů službami sociální péče. Tyto normativy byly zpracovány bývalým FMPSV v polovině 80. let<sup>4</sup>, do praxe však nikdy nebyly zavedeny, neboť existovaly obavy z jejich zneužití v plánovací praxi jako nástroje neúměrného dlouhodobého zatížení státního rozpočtu. Jako orientační nástroj hodnocení dlouhodobých trendů v sociální oblasti je však třeba tyto normativy<sup>5</sup> ocenit, neboť až do dnešních dnů představují jediné srovnatelné měřítko kvantitativní úrovně sociálních služeb v jednotlivých územních celcích.

Poprvé byla analýza vývoje vybavenosti územních celků službami sociální péče pro staré a zdravotně postižené občany zpracována v polovině 90. let<sup>6</sup> (analyzovány byly údaje za r. 1995), důraz byl přitom kladen na analýzu vybavenosti jednotlivých okresů místy v domovech důchodců, v domovech-penzionech pro důchodce, v domech s pečovatelskou službou a dále pečovatelskou službou. V následujícím období byla analýza vybavenosti regionů službami sociální péče realizována v r. 2002<sup>7</sup> (analyzovány byly údaje za r. 2000).

Při hodnocení rozsahu poskytovaných sociálních služeb v jednotlivých regionech je nutno brát v úvahu, že při hodnocení jejich vybavenosti nelze uplatňovat stejná hlediska na celém území. Je třeba mít na zřeteli řadu objektivních charakteristik determinujících určité rozdíly, např.:

- míru urbanizace,
- věkovou, kvalifikační, profesní a sociální strukturu obyvatelstva na daném území,
- strukturu osídlení jednotlivých územních celků, velikost obcí, charakter krajiny,
- míru plnění tradičních funkcí rodiny v péči o staré občany,
- nejruznější sociologické změny probíhající ve společnosti, zejména rozpad vícegeneračního soužití rodin<sup>8</sup>.

Opomenout rovněž nelze dlouhodobou absenci jakékoliv koncepce rozvoje sociálních služeb. Jako první konceptní materiál můžeme označit Bílou knihu v sociálních službách. Stávající struktura zařízení sociální péče a poskytovaných služeb v jednotlivých krajích a okresech není proto výsledkem promítnutí deklarovaných koncepcí do praktického života, ale výsledkem téměř živelného vývoje. Jednotliví aktéři v rámci svých možností a podle svého zájmu reagovali na nutnost zabezpečit potřeby starých a zdravotně postižených občanů (viz např. historie vzniku domů s pečovatelskou

službou nebo rozvoj nových forem sociálních služeb - především služeb sociální prevence - v 90. letech<sup>9</sup>.

Dosavadní způsob financování navíc zpravidla konzervoval existující rozdíly ve vybavenosti jednotlivých územních celků sociálními službami a tím se nevytvářelo dynamizující konkurenční prostředí. Změněné politické, ekonomické a společenské podmínky významným způsobem ovlivňují přístup zainteresovaných subjektů k této oblasti sociální ochrany obyvatelstva. Odlišný způsob financování jednotlivých typů zařízení se promítl do zájmu jednotlivých zřizovatelů o budování nových kapacit i do forem zabezpečení potřeb občanů (např. od okamžiku, kdy v polovině 90. let MF přestalo poskytovat dotace na výstavbu domovů-penzionů pro důchodce, se kapacita těchto zařízení prakticky nevyšla). Na základě zahraničních poznatků<sup>10</sup> lze předpokládat, že zavedení příspěvku na péči může přispět k odstranění těchto problémů.

## Hodnocení vybavenosti sociálními službami

Je tedy zřejmé, že jinak je třeba hodnotit vybavenost zemědělských oblastí a městských aglomerací, jinak vybavenost Prahy a ostatních velkých měst a jejich přilehlých aglomerací, jinak je nutno přistoupit k hodnocení vybavenosti např. horských a podhorských oblastí. Protože se však ve vybavenosti jednotlivých okresů výrazně odrážela také celková pozornost a zájem, s nimiž příslušné okresní úřady dříve přistupovaly k zabezpečení potřeb občanů v této oblasti, má pouhé porovnání číselných hodnot bez znalosti těchto širších souvislostí pouze informativní význam a je nutno ho chápat jen jako jedno z východisek analýzy optimální struktury forem sociální péče v jednotlivých regionech.

Při hodnocení vybavenosti regionů je navíc nezbytné mít na zřeteli skutečnost, že stávající statistické podklady jsou neúplné:

- oficiální statistické podklady MPSV v oblasti poskytování sociálních služeb nezahrnují všechny aktivity, které jsou realizovány nestátními neziskovými organizacemi<sup>11</sup>, popř. neumožňují charakterizovat intenzitu poskytování pečovatelské služby<sup>12</sup>,
- řada subjektů v oblasti zdravotní péče - především zřejmě podnikatelského charakteru - nedává dlouhodobě souhlas s publikováním jakýchkoli údajů o rozsahu poskytovaných služeb.

Přes tyto skutečnosti však lze na základě podrobného rozboru oficiálních dat MPSV a ÚZIS o rozsahu poskytovaných sociálních a navazujících zdravotních služeb za r. 2005 vyslovit tyto stěžejní závěry<sup>13</sup>:

1. Vyšších hodnot vybavenosti místy v domovech důchodců dosahují zpravidla okresy, kde je „narušena“ původní struktura osídlení a v důsledku toho zde neexistují úzké rodinné a příbuzenské svazky (viz např. okresy Příbram nebo Chomutov), a horské, popř. podhorské

regiony (viz např. okresy Jeseník, Pouchov, Bruntál), zatímco nižší hodnoty vybavenosti jsou dosahovány zpravidla v okresech s vysokou mírou vzájemné rodinné solidarity a sounáležitosti (např. Břeclav, Hodonín, Jihlava) nebo v magistrátních městech (zejména hl. m. Praha a Brno); v těchto městech, stejně jako v některých dalších okresech (např. Plzeň-sever a Rokycany) je nízká úroveň ukazatelů vybavenosti, popř. absence těchto zařízení zřejmě způsobena především nízkým zájmem potenciálních zřizovatelů o tyto formy péče o staré občany, vyloučit však nelze ani skutečnost, že toto tvrzení by bylo možno korigovat, pokud by statistické podklady byly úplné a věrohodné.

2. Chybějící kapacity v domovech důchodců nejsou saturovány ani péčí poskytovanou v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, ani v jiných formách pobytových zařízení pro staré občany (domovy-penziony pro důchodce, domy s pečovatelskou službou), ale ani v domácnostech jednotlivých občanů - hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu, který charakterizuje míru závislosti mezi hodnocenými veličinami ukazují, že

- mezi vybaveností jednotlivých okresů místy v domovech důchodců a počtem osob, jimž je poskytována pečovatelská služba v jejich domácnostech, v relaci na 1000 osob starších 65 let existuje nepřímá úměra, hodnota Pearsonova korelačního koeficientu  $r = -0,1835$  však ukazuje, že rovněž tato vazba je velmi slabá (toto tvrzení podporuje rovněž klesající objem výdajů na pečovatelskou službu).

- mezi vybaveností jednotlivých okresů místy v domovech důchodců a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné v relaci na 1000 osob starších 65 let existuje přímá úměra, hodnota Pearsonova korelačního koeficientu  $r = 0,1054$  však ukazuje, že tato vazba je velmi slabá,

- mezi vybaveností jednotlivých okresů místy v domovech důchodců a v domovech-penzionech pro důchodce a domech s pečovatelskou službou v relaci na 1000 osob starších 65 let existuje nepřímá úměra, hodnota Pearsonova korelačního koeficientu  $r = -0,2113$  však ukazuje, že i tato vazba je velmi slabá,

3. Počet neuspokojených žadatelů o umístění do domovů důchodců není pomocným kritériem pro určení skutečné potřeby kapacit v těchto zařízeních - hodnota Pearsonova korelačního koeficientu  $r = -0,0274$  ukazuje, že mezi těmito údaji neexistuje prakticky žádná vazba.

4. Rozsah pečovatelské služby poskytované v domácnostech jednotlivých klientů je významným způsobem závislý na regionálním profilu - zatímco nejvyšších hodnot dosahují zpravidla regiony s převážujícím rovinným profilem (Středočeský a Jihomoravský kraj, okresy Kutná Hora, Nymburk, Chrudim, Brno-město<sup>14</sup>), nejnižší hodnoty dosahují zpravidla regiony s převážujícím hornatým povrchem

(kraje Liberecký, Ústecký a Královéhradecký, okres Jeseník), popř. okresy s relativně vyšší úrovní infrastruktury (okresy Kladno, Mladá Boleslav, Hradec Králové).

5. Ve vybavenosti jednotlivých krajů místy v léčebnách pro dlouhodobě nemocné existují značné rozdíly, mezi krajem s nejvyšší (kraj Karlovarský) a nejnižší vybaveností (kraj Liberecký) jsou cca desetinasobné (v relaci na 1000 osob starších 65 let). Tyto rozdíly jsou způsobeny mj. i tím, že se na rozdíl od domovů důchodců léčebny pro dlouhodobě nemocné nenacházejí ve 30 okresech republiky.

6. Chybějící kapacity v léčebnách pro dlouhodobě nemocné v jednotlivých regionech nejsou saturovány větším rozsahem poskytované domácí zdravotní péče, mezi hodnotami obou ukazatelů existuje přímá úměra, z hlediska těsnosti závislosti podle Pearsonova korelačního koeficientu ( $r = 0,4254$ ) se jedná o mírně podprůměrnou úroveň. Tato skutečnost svědčí o tom, že dostupnost některých segmentů zdravotní péče není stejnoměrná na celém území republiky, což je velmi závažný poznatek především z hlediska prevence sociálního vyloučení.

7. Na regionální úrovni nedochází k propojování sociální a zdravotní péče. Mezi vybaveností jednotlivých krajů domácí zdravotní péčí a pečovatelskou službou poskytovanou v domácnostech jednotlivých klientů je nepřímá úměrnost, z hlediska míry závislosti podle Pearsonova korelačního koeficientu ( $r = -0,4677$ ) lze hovořit její průměrné úrovni.

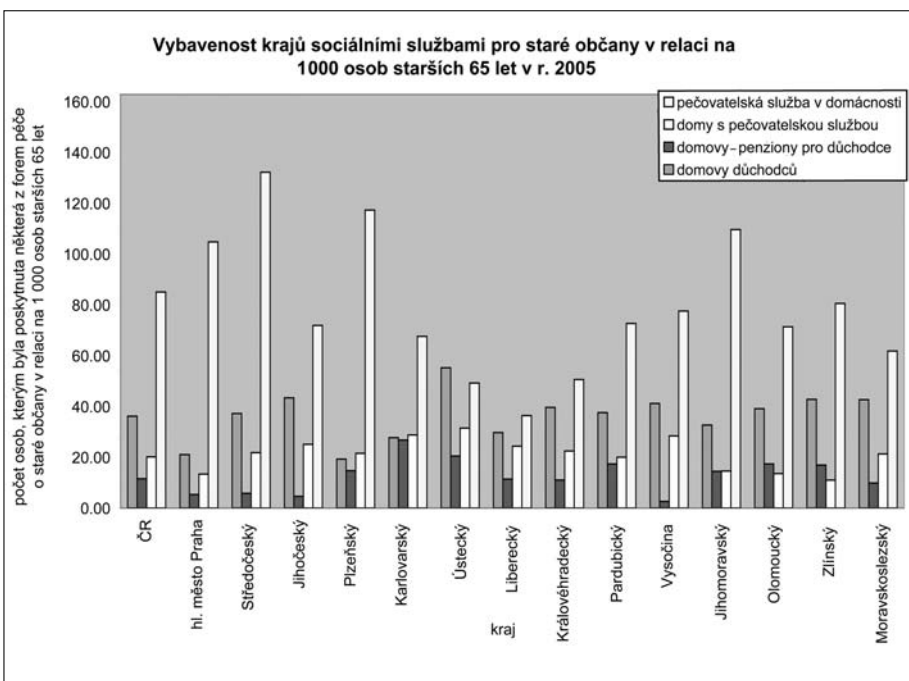
8. Ve vybavenosti jednotlivých krajů místy v ústavech sociální péče pro dospělé občany i mládež existují značné rozdíly, které jsou pravděpodobně důsledkem živelného vývoje sociálních služeb v minulosti. Nejnižších hodnot dosahují ukazatele vybavenosti v obou případech v hlavním městě Praze, nejvyšších hodnot v Plzeňském kraji. Při hodnocení vybavenosti jednotlivých okresů těmito místy je velmi zajímavou skutečností jednoznačně nejvyšší vybavenost okresu Rokycany místy v ústavech sociální péče pro dospělé občany v relaci na 1000 osob celkem (je více než 3x vyšší než vybavenost na okrese Litoměřice, který je v tomto porovnání druhý v pořadí), a to zejména proto, že se v tomto okrese nenachází žádné lůžko v domově důchodců. Vzhledem k dlouhodobě vyšší úrovni státní dotace na lůžko v ústavech sociální péče v porovnání s domovy důchodců nelze vyloučit, že péče o staré občany byla v tomto okrese zabezpečována v ústavech sociální péče.
9. Ve vybavenosti jednotlivých krajů sociálními službami pro staré občany nedošlo v posledních 5 letech k výrazným změnám z hlediska rozsahu péče v rezidenčních zařízeních, negativně je však nutno ohodnotit snižující se rozsah

pečovatelské služby poskytované v domácnostech jednotlivých občanů ve většině krajů.

10. Změny, k nimž došlo ve vybavenosti jednotlivých okresů v letech 1995–2005, jsou objektivně vyšší, neboť zpřůměrování hodnot na úrovni krajů neumožňuje podchytit konkrétní změny v nižších regionálních celcích, a to jak z hlediska demografického, tak i z hlediska investičního. Z tohoto porovnání je rovněž patrné, v kterých oblastech je možno vyslovit pochybnost nad věrohodností statistických ukazatelů.

Graficky je vybavenost jednotlivých regionů sociálními službami znázorněna v grafu č. 1.

Na základě těchto hodnocení lze konsta-



tovat, že současné evropské trendy, projevující se v odklonu od péče poskytované v rezidenčních zařízeních k péči poskytované v přirozeném domácím prostředí jednotlivých klientů, se v naší zemi zatím patrně uplatňují pouze ve velmi omezeném měřítku. Tato skutečnost je velmi alarmujícím poznatkem především pro samosprávné orgány krajů a měst při přípravě vlastních plánů rozvoje sociálních služeb na následující období.

1 viz *The role of local and regional authorities in the provision of local social services*. Council of Europe. Strasbourg: 2000. 158 s.  
 2 viz *Bílá kniha v sociálních službách*. Praha: MPSV 2003. 52 s.  
 3 blíže viz kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. 272 s. ISBN 80-902260-1-9  
 4 viz *Návrh normativů vybavenosti územích celků službami sociální péče*. Praha: FMPSV, 1987.  
 5 výraz „normativy“, který má silný nádech centrálně direktivního systému řízení, je nutno chápat jako určitý „kvantitativní standard“ vybavenosti regionu.

6 viz kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. 272 s. ISBN 80-902260-1-9  
 7 blíže viz Průša, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing, 2003. 152 s. ISBN 80-86395-69-3  
 8 blíže viz PRŮŠA, Ladislav. Optimalizace struktury forem sociální péče s přihlédnutím ke specifickým jednotlivých oblastí. In *Sborník referátů z konference Metody regionální demoeconomické analýzy a prognózy*. České Budějovice: Dům techniky ČSVTS, 1987.  
 9 viz Kotíková, Jaromíra - Průša, Ladislav - Vlach, Jan. *Regionální analýza zaměstnanosti, trhu práce a sociální péče*. Praha: VÚPSV, 2001.  
 10 Hauschild, R. Die Erfahrungen mit dem deutschen Pflegeversicherungssystem. In *Soziale Sicherheit in Europe*. Bad Boll: 1998.  
 11 viz Průša, Ladislav. *Rozbor ekonomických aspektů ovlivňujících stávající a nově navrhovaný systém sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2001.

12 statistika neumožňuje identifikovat, zda z celkového počtu 91 306 tis. osob, jimž byla tato forma pomoci v r. 2005 poskytována v jejich vlastních domácnostech, byla tato pomoc poskytována každý den (1x či vícekrát), několikrát v průběhu týdne či měsíce či dokonce pouze 1x ročně.  
 13 viz Průša, Ladislav. *Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni*. Praha: VÚPSV, 2006.  
 14 nejvyšších hodnot vybavenosti dosahuje okres Praha-východ, vzhledem k tomu, že vykázaná hodnota více než 2x převyšuje další okresy, lze předpokládat, že hodnota tohoto ukazatele není vypovídající, a proto tento okres není explicitně zmiňován ve výčtu, otázkou zůstává, do jaké míry tento ukazatel ovlivnil úroveň ukazatele za celý Středočeský kraj.

*Autor je ředitelem Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, věnuje se především otázkám regionální sociální politiky a sociálních služeb, je autorem řady statí a výzkumných studií, pravidelně publikuje v odborné literatuře. V letošním roce vyšla ve druhém přepracovaném a rozšířeném vydání jeho významnější publikace *Ekonomie sociálních služeb*.*

**Demografická struktura obyvatelstva je ve většině zemí EU charakterizována rostoucím podílem stárnoucí populace. Tato skutečnost s sebou přináší ekonomické problémy. Postupné zvyšování hranice penzijního věku znamená aktivizaci pracovního potenciálu stále starších populačních ročníků. Vzhledem k tomu, že Rakousko i ČR vykazují mnoho podobných rysů ve struktuře i mentalitě obyvatelstva, lze v obou zemích problémy související se stárnutím populace řešit obdobně. Rakouská podpora stárnoucí populace se neomezuje jen na oblast legislativy, ústředních orgánů, národních strategií, ale je uplatňována i v činnosti zájmových sdružení (odborů a sdružení zaměstnavatelů) a v neposlední řadě je náplní činnosti i podniků poskytujících komerční služby, výzkumných institucí a podnikové sféry. Pro řešení ekonomické aktivity starších pracovníků v ČR a pro posílení jejich uplatnění a setrvání na trhu práce je třeba maximálně využívat zejména zkušeností rakouských podniků.**

## Vymezení problematiky

Evropa stárne. Podíl seniorů (osob nad 65 let) v populaci v posledních letech téměř ve všech evropských zemích roste. Statisticky lze tento jev souhrnně doložit tzv. indexem stáří, což je počet obyvatel ve věku nad 65 let k počtu dětí 0–14 let (v %) Jak vidíme z tabulky č. 1 a na grafu č. 1, index stáří v průměru 25 zemí EU již překročil 100 %; nejvyšší je v Itálii, nejnižší v Irsku.

**Tabulka č. 1: Struktura obyvatelstva vybraných států EU podle věku 2005**

	věkové rozhraní			index stáří
	0 - 14	15 - 64	65 +	
Itálie	14,1%	66,7%	19,2%	136,2
Německo	14,5%	66,9%	18,6%	128,3
Švédsko	17,6%	65,2%	17,3%	98,3
Francie	18,5%	65,1%	16,4%	88,6
Rakousko	16,1%	67,9%	16,0%	99,4
Maďarsko	15,6%	68,8%	15,6%	100,0
EU 25	16,4%	67,2%	16,5%	100,6
ČR	14,9%	71,1%	14,0%	94,0
Polsko	16,7%	70,2%	13,1%	78,4
Slovensko	17,1%	71,3%	11,7%	68,4
Irsko	20,7%	68,1%	11,2%	54,1

Zdroj: EUROSTAT