

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA EKONOMICKÁ

Diplomová práce

Sociální služby – Komparace ve vybraných zemích
Social Services – Comparison of Selected Countries

Bc. Sandra Kahovcová

Plzeň 2014

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta ekonomická
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Sandra KAHOVCOVÁ**
Osobní číslo: **K12N0065P**
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Podniková ekonomika a management**
Název tématu: **Sociální služby - Komparace ve vybraných zemích**
Zadávací katedra: **Katedra financí a účetnictví**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

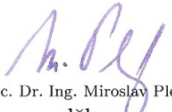
1. Charakterizujte základní prvky sociálních služeb ve vybraných zemích.
2. Vymezte postavení sociálních služeb v jednotlivých sociálních politikách.
3. Analyzujte způsob financování systému sociálních služeb.
4. Porovnejte systémy sociálních služeb vybraných zemí a vytyčte základní rozdílnosti.
5. Zhodnoťte řešenou problematiku.

Rozsah grafických prací: **neuveden**
Rozsah pracovní zprávy: **60 - 80 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:


- **MATOUŠEK, Oldřich, a kol.** *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 2. vydání.* Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3
- **MUSIL, Libor.** *Vývoj sociálního státu v Evropě. 1. vydání.* Brno : DOPLNĚK, 1996. ISBN 80-85765-62-4
- **OLÁH, Michal; ROHÁČ, Ján.** *Atribúty sociálnych služieb. Čo treba vedieť o sociálnych službách. 1. vydání.* Bratislava: VŠZaSP sv. Alžběty, n.o., Katedra sociálnej práce, 2010. ISBN 978-80-89271-88-7
- **PRŮŠA, Ladislav.** *Ekonomie sociálních služeb, 2.vydání.* Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-255-6

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Jitka Zborková**
Katedra financí a účetnictví

Datum zadání diplomové práce: **25. října 2013**
Termín odevzdání diplomové práce: **25. dubna 2014**


Doc. Dr. Ing. Miroslav Plevný
děkan




Prof. Ing. Lilia Dvořáková, CSc.
vedoucí katedry

V Plzni dne 25. října 2013

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma

„ Sociální služby – Komparace ve vybraných zemích“

vypracovala samostatně pod odborným vedením Ing. Jitky Zborkové, Ph. D.

za použití pramenů uvedených v příložené bibliografii.

Plzeň dne:

.....

podpis autorky

Poděkování

Na tomto místě bych ráda vyjádřila dík Ing. Jitce Zborkové, Ph. D. za její odborné vedení a připomínky, kterými přispívala k vypracování této diplomové práce.

Obsah

Úvod.....	7
1 Cíl a metodika.....	9
2 Vymezení sociálních služeb	11
2.1 Sociální problematika.....	11
2.2 Historie vývoje sociálních služeb.....	16
2.3 Modely sociálního státu	17
2.4 Vývoj hlavních modelů	20
2.4.1 Německo – Korporativní model	20
2.4.2 Francie - Vzájemnostní model.....	23
2.4.3 Dánsko – Skandinávský model.....	25
2.4.4 Británie – Anglosaský model.....	26
3 Financování sociálních služeb.....	29
3.1 Zdroje vynakládané státy v sociální oblasti	30
4 Komparace systémů sociální ochrany zemí	41
4.1 Modely sociální politiky zemí.....	42
4.1.1 Německo	42
4.1.2 Francie	44
4.1.3 Velká Británie	47
4.1.4 Dánsko	49
4.1.5 Komparace sociální politiky	52
4.2 Současná úprava systémů.....	54
4.2.1 Německo	54
4.2.2 Francie	56
4.2.3 Velká Británie	59

4.2.4	Dánsko	61
4.2.5	Komparace současného právního systému	63
4.3	Poskytovatelé sociálních služeb.....	64
4.3.1	Německo	64
4.3.2	Francie	66
4.3.3	Velká Británie	68
4.3.4	Dánsko	70
4.3.5	Komparace poskytovatelů a zřizovatelů sociálních služeb.....	72
4.4	Financování sociálních služeb.....	74
4.4.1	Německo	74
4.4.2	Francie	78
4.4.3	Velká Británie	80
4.4.4	Dánsko	84
4.4.5	Komparace financování sociálních služeb.....	87
5	Zhodnocení vybraných částí.....	90
	Závěr	100
	Seznam tabulek	105
	Seznam obrázků.....	106
	Seznam použitých zkratk	107
	Seznam použité literatury	109
	Seznam příloh	120
	Abstrakt.....	131
	Abstract.....	132

Úvod

„Ubi societas, ibi ius.“

„Každá společnost si vytváří vlastní systém spravedlnosti.“

(Slov. Benedikt XVI., 2009, s. 13)

Nárůst sociálních rizik, změn životního prostředí, životních podmínek a pracovních návyků s sebou přináší jak kladné, tak záporné efekty na společnost jako celek. Jedinci je každodenně předkládána řada rizikových situací, se kterými se musí vyrovnávat. Může docházet k tomu, že tyto situace jsou nad samotné síly jednoho člověka nebo je jedinec natolik indisponovaný, že se s danou situací nemůže vyrovnat sám, jako to zvládají ostatní neznevýhodnění členové společnosti. Právě kvůli vlivu těchto faktorů se stává role státu v oblasti sociální pomoci pro některé jedince životně důležitou a pro společnost jako celek představuje tmel, držící ji pohromadě v určité fungující symbióze.

Systémy sociálních služeb se v jednotlivých zemích řadí do různých kategorií sociální politiky, ale zpravidla představují část sociálního zabezpečení té které země. Jedná se o soubor aktivit či opatření, které mají zajišťovat občanům jistý životní standard a plnění základních životních potřeb v dobách sociální nouze či potřeby. Úroveň poskytovaných sociálních služeb se vymezují jako **státní, obecní nebo nestátní institucí poskytované služby ve prospěch další osoby, která se ocitne v nepříznivé či krizové životní situaci.**

Dnešní společnost vykazuje v čím dál patrnější míře jí vlastní postupující individualizaci. Stále více se klade důraz na rostoucí kvalitu života, s níž se ale spojují vysoké náklady na realizaci koncepcí sociálního státu, o kterém bude pojednáno v první části práce. Sociální politika se v době vzrůstajícího počtu sociálně nepříznivých problémů dostává na přední příčky hlavních aktérů politického a společenského života současných společností. Pro jednotlivé země se charakteristické tradiční prvky života společnosti zasadily o fungování určité vnitřní solidarity, tyto prvky se stávají nutností, což vyplývá i z tzv. krize rodiny, která postihla i samotnou Českou republiku. Vlastní mezigenerační vztahy v rodině postupně upadají a vnitřní solidarita je značně oslabena, obdobně jako vztahy v rámci širší rodiny. Tato transformace společnosti přenesla tak

individuální odpovědnost za sebe samé či za své nejbližší až na stát, respektive nedostačující institucionalizovaný způsob péče. (ČÁMSKÝ, 2011)

V dnešních dnech dochází stále k dalšímu rozvoji poskytovatelů sociálních služeb. Touto cestou dochází k osvobození jedince. Jednotlivé země v posledních letech zavádějí nové změny do systému sociálních služeb, které dávají šance bezmocným jedincům a jejich rodinám, aby si sami volili způsob zajištění potřebných sociálních služeb, a to také díky široké škále vznikajících poskytovatelů služeb. Změny týkající se vlastní odpovědnosti za výběr služby pak napomáhají naplnění sociálně politického principu subsidiarity, decentralizují využívání služeb a otevírají třetí sektor, tedy trh sociálních služeb, všem relevantním poskytovatelům státního, ziskového i neziskového sektoru trhu.

V jednotlivých částech práce jsou přiblíženy jednotlivé pojmy související s problematikou sociálních služeb, která je dle provedeného výzkumu, velice rozmanitá a členitá zemi od země. Důležitou součástí práce je i rozebrání historického vývoje jednotlivých systémů sociální péče zemí, které jsou zásadními pro formování politiky sociálních služeb států. Dále je rozebráno financování sociálních služeb, především z titulu celkově poskytovaných prostředků vládními orgány v komparaci s ostatními zeměmi volené problematiky. Financování je sledováno v rámci předem vytyčených oblastí právě s ohledem na rozsáhlost jednotlivých systémů.

Samotná kapitola komparace systému sociálních služeb ve vybraných zemích, je také rozebrána dle struktury sledovaných oblastí problematiky. Zvlášť jsou porovnány jednotlivé systémy ve své funkčnosti obecně, dále je provedena komparace právní úpravy sociálních služeb zemí, poskytovatelé daných služeb a forma financování. Závěrečné zhodnocení práce je provedeno na, v současnosti nejdiskutovanějším okruhu příjemců péče formou sociálních služeb, seniorské péči poskytované jednotlivými zeměmi z titulu dlouhodobé péče (LTC) a tato je pak mezi sledovanými zeměmi porovnána. Autorka dále přistupuje ke krátkému budoucímu výhledu zkoumané oblasti v porovnání s predikcemi odborné veřejnosti.

1 Cíl a metodika

Cílem předkládané práce je **analyzovat problematiku sociálních služeb v Německu, Francii, Velké Británii a Dánsku, následné vytvoření komparativního profilu všech systémů sociálních služeb a výsledné zhodnocení, jak je systém sociálních služeb nastaven ve výše uvedených státech pro péči o zvyšující se procento seniorů ve společnosti.**

Jednotlivé kapitoly mají stanoveny své dílčí cíle. První kapitola, zaměřená na vymezení sociálních služeb, má za cíl *analyzovat problematiku sociálních služeb v jejím zahrnutí do sociální politiky států a dále definovat základní modely sociálního státu v Německu, Francii, Velké Británii a Dánsku a vytvořit jejich srovnávací model.*

Kapitola o financování sociálních služeb má za cíl *rozebrat a analyzovat prostředky vynakládané jednotlivými státy na poskytování sociálních služeb.* Tyto zdroje dle předem stanovených oblastí porovnat a zhodnotit.

Třetí praktická kapitola o komparaci systémů sociální ochrany již aktivně plní hlavní cíl práce *spolu s vytvořením dílčích komparativních modelů* v předem vytyčených oblastech.

Cílem poslední kapitoly je *zhodnocení služeb v pojetí LTC péče o osoby starší 65 let* jako reakce na rapidně rostoucí zastoupení seniorů v celkové populaci společnosti.

Vzhledem k teoretické povaze práce byla zvolena **kvalitativní metoda výzkumu.** V rámci analýz sociálních systémů má tato metoda dlouhodobou tradici a je činěna formou komparativních výzkumů, které také vedou k vytváření modelů sociálního státu. (MUNKOVÁ, 2005)

Kvalitativní výzkum je nenumерické šetření a interpretace zjištěných sociálních skutečností. Cílem tohoto výzkumu je především porozumění. (DISMAN, 2002) Problémem výzkumu je stanovení relevantních proměnných pro možné zhodnocení práce. Práce nemá k dispozici ucelený teoretický základ, proto se nevěnuje potvrzování nebo vyvracení stanovených hypotéz, ale je zaměřena na poznání současné situace ve vybraných zemích, jejím popisu a výsledné komparaci.

Kvalitativní výzkum se vyznačuje také snahou získat integrovaný pohled na zkoumanou problematiku a jeho kontextovou logiku. Techniky sběru dat jsou relativně málo standardizované, a tak je hlavním instrumentem výzkumu sám výzkumník.

Výzkumník, autor práce, získává obraz o stávající situaci až v průběhu práce a data analyzuje induktivně, teprve poté dochází k jejich interpretaci. Rizikem je snadné ovlivnění výstupů práce výzkumníkovými osobními preferencemi či stanovisky. (HENDL, 2012)

Dále byla zvolena technika sekundární analýzy dostupných domácích a zahraničních zdrojů (literatura, výzkumné zprávy, oficiální stanoviska zemí, dokumenty, legislativa apod.). V dalších dílčích částech bylo přistoupeno ke statistické analýze dat jednotlivých národních ekonomik, zejména využitím statistik národních úřadů zemí, EUROSTAT, ESSPROS a OECD.

Kvalita výzkumu je klasicky posuzována pomocí konceptů reliability a validity. Reliabilitou je rozuměna přesnost, konzistentnost měření a validitou schopnost měřit koncept, který skutečně zamýšlíme měřit. Dle DISMANA není možné pro jistý stupeň kontroly reliability aplikovat standardní postupy, protože cílem kvalitativního výzkumu je vytvoření názoru, ne ověření teorie. Věrohodnost práce je tak postavena na základě jasnosti a srozumitelnosti analytického procesu. Nižší stupeň reliability práce je vyvážen vyšším stupněm validity dat.

2 Vymezení sociálních služeb

V rámci sociální ochrany dle MATOUŠKA funguje systém na dvou formách jejího poskytování. První je **povinné pojištění občanů** pro případ nastalé sociální události, kterou nebude občan schopen řešit vlastními silami. K tomuto základnímu pojištění má občan možnost i dobrovolného připojištění či v některých státech odvádí zaměstnavatel příspěvky na sociální pojištění zaměstnanců. Dalším způsobem sociální ochrany jsou **dávky poskytované státem znevýhodněným skupinám obyvatel** (skupinám na rodičovské dovolené, lidem v důchodovém věku, dále studentům, handicapovaným, nezaměstnaným a obyvatelům z nízkopříjmových a nezačlenitelných skupin). Takto udělované sociální dávky mohou být poskytovány každému bez nutnosti splnění zákonem daných podmínek, či na základě vyhodnocení nutnosti a pobíraného příjmu potencionálního pobíratele dávky. Ve většině států dochází k sladování a vzájemnému propojení výše uvedených způsobů státní ochrany sociálně znevýhodněných občanů.

Sociální služby lze zařadit do systému sociální pomoci. V ČR jsou například součástí **sociálního zabezpečení**. Dle MATOUŠKA zahrnuje sociální pomoc kromě služeb také věcné a finanční dávky poskytované lidem v hmotné nouzi. Služby komerčního charakteru, uzavřené za základě kontraktu s poskytovatelem, si klient jako příjemce hradí sám a jejich poskytovatelem nemusí být čistě státní orgán. V dnešní době je naopak pravděpodobné, že vámi vybraná sociální služba je poskytována mimostátním zřizovatelem. Poskytovaná ochrana v tomto pojetí pak pracuje na principu poskytování a konání specifické služby pro klienta služby. I když je však služba poskytována nestátním subjektem, stále spadá pod pravidelné kontroly ze strany státu a musí splňovat základní právní normy a dodržovat základní lidská práva.

2.1 Sociální problematika

Pojem **sociální politika** je nutno vymezit hned na začátku, neboť úzce souvisí s celou problematikou sociálních služeb a sociálního zabezpečení vůbec. Tento termín je využíván velice často a všemožnými způsoby překrucován dle konkrétní situace, a proto je jeho definice složitá. Důvodem také mohou být odlišné přístupy k definování napříč jednotlivými zeměmi. Rozdělením pojmu je možno přiblížit se k pochopení jeho hloubky:

1. v nejširším slova smyslu znamená sociální, společenský;
2. v užším slova smyslu, je sociální pak určitá napojená stránka mezilidských vztahů na konkrétní vznikající bytostně tíživé a společensky nežádoucí situace, jejichž řešení si vyžádá více než síly samotného jedince, či jeho nejbližšího okolí;
3. v tom neušším slova smyslu, tzv. kurativním, se přistupuje k řešení problematiky konkrétních nepříznivých či kritických sociálních situací.
(KOTOUS, 2003)

Dle Krebse je sociální politika vymezována jako „*soubor aktivit, které promyšleně (cílevědomě) směřují ke zlepšení základních životních podmínek obyvatelstva jako celku, resp. určitých skupin obyvatelstva, k zabezpečování sociálního bezpečí a sociální suverenity v rámci daných hospodářských a politických možností země.*“ (KREBS, 2010, s. 24)

Základním principem sociální politiky je **sociální spravedlnost**, která představuje pravidla, dle nichž jsou ve společnosti rozdělovány předpoklady a prostředky veřejného blahobytu mezi konkrétní jednotlivé subjekty. Prakticky jde tedy o uplatňování zásad každému jedinci ve stejné míře, podle jeho individuálních potřeb a každému dle jeho zásluh. Obecným cílem sociální politiky by mělo být dle KOLIBOVÉ v určité míře vytvoření lidsky důstojných podmínek života jedince a zajištění rovných příležitostí mezi jednotlivci. Nedílnou součástí je pak **sociální solidarita**, tedy vzájemná podpora, sounáležitost jedinců a skupin při utváření a sdílení životních podmínek a prostředků. Dalším pojmem často spojovaným se sociální oblastí je **subsidiarita**. Ta je založena na požadavku spojení osobní odpovědnosti jedince se solidaritou. Člověk jako lidská bytost nejprve pomáhá sám sobě a až po uspokojení svých životních potřeb nastupuje rodina, dobrovolnictví, charitativní organizace atd. Naplňování tohoto principu sociální politiky probíhá prostřednictvím jakési výchovy obyvatelstva k převzetí vlastní odpovědnosti v rámci současné tvorby prostoru pro samostatné jednání a při **participaci** v dalších oblastech bytí. (KOTOUS, 2003)

Nejdůležitějším nástrojem sociální politiky je v dnešní době **sociální zabezpečení**. Nástroj jako takový pak slouží k naplňování nezadatelných sociálních práv lidí a většinou zachycuje obraz sociálně-politických snah ve společnosti. Dle TRÖSTERA lze sociální zabezpečení vymezit jako souhrn vztahů, institucí, nástrojů a dalších prostředků, jejichž prvotním účelem je prevence sociálních rizik a jejich následné

odstraňování, jakož i vypořádání se s již vzniklými negativními následky sociálních událostí.

Do sociální politiky mimo jiné neodmyslitelně patří **sociální služby**. Při pokusu kategorizovat sociální služby ve společnosti se mnoho autorů shoduje na tom, že sociální služby spadají v určité rovině do veřejných služeb. (MATOUŠEK, 2011) Jsou poskytovány veřejnosti s určitými účely a jasně definovanými cíli (účelem je například postupné začleňování handicapovaných do společnosti, pomoci navrátit rodinám stabilitu a schopnost společenského života, pomoci dětem a rodinám z nízkopříjmových či problémových oblastí, dále skupinám závislým na návykových látkách a další). Na rozdíl od komerčně poskytovaných služeb jsou sociální služby poskytovány zpravidla na základě financování veřejnými rozpočty spolu se spolufinancováním z dalších zdrojů a jsou legislativně jasně vymezené a upravované.

Na základě právního vymezení sociálních služeb jsou určeny i osoby, kterým jsou služby poskytovány a za jakých podmínek. Sociální služby využívají osoby společensky znevýhodněné, které sledují jasný cíl využívání služby, a to zlepšit kvalitu jejich života, v co nejvíce možné míře se účastnit normálního společenského života, začlenit se do společnosti, ochraňovat společnost před riziky atd.

V České republice právem vymezené sociální služby zpravidla spadají do oblastí řízených Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, ale jsou zde i oblasti, u kterých tomu tak není, jako například kojenecké ústavy, které spadají pod správu ministerstva zdravotnictví, dále například také léčebny dlouhodobě nemocných, jejichž klienti spadají do skupiny obyvatel značně znevýhodněných, a z velké části využívají sociálních služby, ale jejichž správa spadá opět do působnosti ministerstva zdravotnictví.

Co se rozumí **sociálními službami v Evropské unii**? EU rozděluje sociální služby do dvou obsáhlých oblastí. (KOM ES, 2006) První oblastí jsou **zákonné systémy a doplňkové systémy sociální ochrany**. Mají rozmanité formy organizace služeb a spadají do částí života obyvatel (životní rizika, zdravotní rizika, rizika spojená se stářím, nezaměstnaností, zdravotním postižením a další). Druhou oblastí jsou poté **ostatní základní služby** poskytované přímo osobě. Hlavním účelem těchto služeb je prevence a sociální soudržnost. Poskytují **individualizovanou pomoc** s jasnými cíli

(usnadnit začlenění osob do společnosti, zaručit plnění a neporušování jejich základních práv, pomoci znovunabytí schopností ke zvládnání každodenních činností a vypořádání se s riziky či problematika sociálního bydlení a další).

Služby lze zařadit do systému sociální ochrany státu pro znevýhodněné občany. V této souvislosti se často uvádí pojem **sociální stát**. Sociálním je stát označován, pakliže usiluje o zajištění celkového blaha svých obyvatel. Originálním anglickým překladem je sociální stát popisován jako welfare state, což jasně ukazuje, že definovat sociální stát pojmy je velmi obtížné.

Liberální definice: „*Sociální stát změkčuje rizika moderního života, realizuje opatření k zajištění bezpečnosti všech občanů, zvyšuje rovnost příležitostí, a tím tlumí třídní konflikt a podporuje sociální spravedlnost.*“

Další definicí hojně uváděnou v mnohých literaturách je: „*Sociální stát je stát, v němž se v zákonech, ve vědomí a postojích lidí, v aktivitách institucí a v praktické politice prosazuje myšlenka, že sociální podmínky, v nichž lidé žijí, nejsou jen věcí jedinců či rodin, nýbrž i věcí veřejnou.*“ (POTŮČEK, 1995, s.35)

Sociální služba je brána jako odborná činnost, obslužná a další činnost či jako soubor těchto činností, které se zaměřují na:

- prevenci vzniku nepříznivé sociální situace,
- řešení nepříznivé sociální situace anebo zmírnění nepříznivé situace jedince, rodiny či komunity,
- zachování, obnovu a rozvoj potřebných schopností jedince vést samostatný společensky uznávaný život či podporu znovuzачlenění do společnosti,
- zabezpečení podmínek nutných na uspokojení základních životních potřeb jedince,
- řešení krizové sociální situace jedince či rodiny,
- prevenci jejich sociálního vyloučení. (OLÁH, ROHÁČ, 2010)

V definicích sociálních služeb či sociálního zabezpečení se velice často vyskytuje pojem **nepříznivá sociální situace**. Touto situací se myslí jakékoli ohrožení jedince sociálním vyloučením či omezení jeho schopnosti se začlenit do společnosti. Danou situaci není jedinec schopen vyřešit vlastními silami. Neschopnost řešit vlastní nepříznivou situaci vyvolávají zejména následující problémy:

- způsobené nedostupností zabezpečení jedince v základních životních podmínkách, jako je ubytování, strava, šacení, hygiena a další,
 - vycházející ze stávajícího způsobu života či vzniklých návyků,
 - způsobené těžkým zdravotním postižením či nepříznivým zdravotním stavem,
 - vyplývající z pokročilého věku,
 - vyvolané krizovou životní situací,
 - vzniklé při ošetřování osoby s těžkým zdravotním postižením a mnoho dalších.
- (OLÁH, ROHÁČ, 2010)

Kromě nepříznivé sociální situace je dalším rozebíraným pojmem i **krizová sociální situace**. Je to situace, která představuje ohrožení života, zdraví jedince či rodiny, a která vyžaduje neodkladné řešení konkrétní sociální službou.

Se sociálními službami je spojen i **výkon sociální služby**. Sociální služby se vykonávají prostřednictvím sociální práce, a to postupy odpovídajícími poznatky společenských věd, odpovědných orgánů a poznatkům o stavu poskytování sociálních služeb. (OLÁH, ROHÁČ, 2010)

Jednotlivé služby jsou předávány klientům **poskytovateli sociálních služeb**. Dle různých právních vymezení jednotlivých zemí mohou být poskytovatelé sociálních služeb:

- stát,
- obce,
- jiná regionální zřízení,
- právnické osoby zřízené místní samosprávou,
- veřejní či neveřejní poskytovatelé sociálních služeb.

Uživatel sociální služby je jedinec využívající služby, který se bez vlastního přičinění ocitl v nepříznivé situaci a který není schopen tuto situaci bez další pomoci vyřešit. Postavení uživatele k poskytovatelům sociálních služeb by mělo být zcela rovnocenné. Jako takové bývají vztahy mezi těmito subjekty upravované jednotlivými právními předpisy. Možnost užívat sociální službu vychází již v základu ze sociálního práva jedince, tj. práva člověka na důstojné materiální podmínky života, sebeuplatnění a práva na přiměřené životní podmínky.

2.2 Historie vývoje sociálních služeb

Sociální systémy se vyvíjejí postupně, jsou vytvářeny dlouhodobě s většími, komplexnějšími nebo menšími, dílčími reakcemi na změny sociálního prostředí a vývoj potřeb lidí. (KOLIBOVÁ, 2011) Fungující sociální systém vyžaduje ve své podstatě uplatnění charakteristik jako je **přiměřenost, dostupnost, finanční udržitelnost** (což je problémem především v dnešních dobách dlouhověkosti) **a efektivnost**. S problematikou financování sociálních systémů se s větší či menší úspěšností potýká většina států světa.

Vývoj jakýchkoli souvztažných služeb navazujících na sociální systém státu je pak neodčitelně závislý také na respektování základních a ekonomických možností dané země. Každá tržní ekonomika však nese určité známky odlišnosti v jednotlivých kategoriích, jako je vykazovaný příjem na jedince, a to i v porovnání mezi jednotlivými osobami daného státu. Pokud takovéto v zásadě přirozeně vznikající rozdíly přetrvávají dlouhodobě, prohlubují se rozdíly v osobním vlastnictví majetku. Proč v zásadě přirozeně? Tyto rozdílnosti vznikají jako přirozená součást **konkurenčního prostředí**. Vznikají tak příjmové nerovnosti mezi jednotlivými občany v zemi. Jejich možnými krátkodobými nápravami se zabývá právě sociální politika státu, jakožto i prevencí negativních sociálních jevů ve společnosti.

Prvotním počinem proč zřídit institut sociálních služeb, byla pomoc chudým, případně jinak slabým lidem, a také zájem na udržení společenské rovnováhy. Jako každý správný vládce se musel panovník starat i o ty nejchudší ve svém království, neb ti byli základy, na kterých říše stála. Smutným faktem je, že ve starověku a části středověku byla chudina za svou ubohost spíše trestána. Chudoba se začala řešit až ve chvíli, kdy přerostla ve společenskou hrozbu, jako tomu bylo například v případě Starověkého Říma. Rané sociální služby se začaly objevovat **s přijetím a šířením křesťanství**. Zde platilo na základě příkázání pomoci chudým také konání filantropických a milosrdných skutků. Takto „poskytované“ služby ovšem probíhaly formou jednorázových záchranných akcí, na které potřebný neměl žádný právní nárok. (MATOUŠEK, 2011) Církevní organizace jsou i v dnešní době jedněmi z hlavních poskytovatelů sociálních služeb.

Modernizace a udržitelnost je nyní středem pozornosti většiny evropských zemí. Potřebu vnitřní funkčnosti celého sociálního systému, nevyjímaje sociální služby, uvedl již závěr ze zasedání Evropské rady v březnu roku 2006. Tímto bylo navázáno na Bílou

knihu o službách obecného zájmu, která uvádí nutnost systematického přístupu k jasné identifikaci specifických sociálních a zdravotních sociálních služeb obecného zájmu, kterými sociální služby bezesporu jsou. Přičemž členské státy mohou svobodně definovat, čím rozumějí služby veřejného zájmu nebo tedy především sociální služby veřejného zájmu. Tímto je také objasněna odlišnost v zařazení jednotlivých služeb mezi sociální systémy států. (KOM ES, 2006)

2.3 Modely sociálního státu

V evropských zemích jsou sociální služby povětšinou součástí běžných právních řádů. Toto legislativní upevňování a doplňování se vyvíjelo s postupem vývoje sociálního státu. Tak jako se jednotlivé právní řády rozvíjely různými způsoby, tak se také vyvíjely jednotlivé právní úpravy sociálních služeb v zemích. Asi nejznámější odlišení jednotlivých modelů sociálního státu podal G. Esping-Andersen, když provedl definování základních modelů sociálního státu. (ESPING-ANDERSEN, 1990) Je nutno upozornit na fakt, že Evropské sociální systémy jsou odlišné od systému např. v USA. Sociální model USA je založen hlavně na individuální odpovědnosti a není ve své podstatě natolik štědrý jako evropské systémy. Také mezi jednotlivými evropskými systémy existují rozdíly, podobně jako je tomu v USA.

Níže jsou popsány modely anglosaský, skandinávský, korporativní a vzájemnostní. Avšak sám Esping-Andersen rozebírá tři hlavní modely, kterými jsou **sociálně-demokratický, liberální a konzervativně-korporativní**. Modely jsou pojmenovány podle politických systémů platných v daných společnostech. Dalším v odborné praxi používaným dělením sociálních systémů jsou modely sociální politiky **nedistributivní, korporativní a reziduální**. Autorkou práce bylo vybráno označení publikované a používané Matouškem, který vycházel ze základních tří modelů definovaných Esping-Andersenem, nicméně dle autorky zavedl jasněji zařaditelné a využitelné pojmenování.

Dle MATOUŠKA rozlišujeme:

- **Anglosaský model**, jenž se rozvinul v anglickém prostředí, kde nepočtená střední vrstva neměla zase tak vysoký vliv na společnost, ale kde bylo naopak mnoho pracujících dělníků a chudých. V anglosaském modelu se stát ujal role odpovědného za organizování sociálního zabezpečení v té nejmenší možné přijatelné míře. Tedy

na úrovni jakýchsi minimálních standardů. Za další zabezpečení odpovídají místní orgány a neziskové organizace.

- Dalším modelem je **model skandinávský** (také uváděn jako Beveridgeovský model či liberální model), který se úzce váže na sociální demokracii a luteránské církevní tradice, působící v tomto regionu. Skandinávské modely sociálního státu kladou veliký důraz na vzájemnou štedrost i přes značnou nákladnost takového modelu. Dalším významným aspektem je široká paleta rozvíjejících se druhů sociálních služeb, které jsou poskytovány veřejným sektorem, a dále je pak veliký důraz kladen na všestrannou podporu a pomoc rodinám.
- Poslední modelem je **model korporativní** (jinde uváděn jako Bismarckovský), který byl naopak velmi ovlivněn početnou střední vrstvou obyvatelstva a jehož nejvýznamnějšími představiteli je Německo a Rakousko. Rozvoj tohoto modelu byl živěn především snahou o udržení stability a jisté síly státní kontroly nad rozvíjejícím se sociálnědemokratickým dělnickým hnutím. Vyvrcholením bylo zřízení státního sociálního pojištění. Poskytování sociálních služeb je v této oblasti zcela ponecháno v rukou nestátního sektoru.

Pokud se zaměříme na tyto tři modely, je patrné, že v Evropě byl nejúspěšnější korporativní model, který se vyvíjel v industriálních společnostech se silnou celospolečenskou podporou, a to také díky podpoře katolické církve, která se s tímto směrem sociálního státu identifikovala. (MATOUŠEK, 2011) S vývojem sociálního státu docházelo v průběhu také k vývoji samotných modelů sociálního státu, a tak přibýly i další modely, které jsou v literatuře rozebrány následovně:

- **Vzájemnostní model**, který je znám z Francie a který se vyvíjel na základě silné působnosti družstev, vzájemnostních spolků i dalších sociálních partnerů. Vzájemnostní model je v určitých ohledech příbuzný korporativnímu modelu, hlavně co se týče zájmu o rodinu a její podporu.
- Nově vzniklým modelem je **model reziduální**, známý ze Spojených států amerických. Zde se v oblastech sociální ochrany klade důraz na maximální odpovědnost samostatného jedince, která je za určitých podmínek doplňována minimální iniciativou státního aparátu.

Shrnutí uvedených modelů je znázorněno v následující tabulce.

Tabulka č. 1: Znaký základních modelů

Model	Znaký
<i>Anglosaský model - Velká Británie</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Stát nese minimální odpovědnost (garant) - Poskytovateli jsou místní orgány a nestátní organizace - Systém kvazi-trhů¹ - Tržní mechanismy při poskytování služeb - Financování ze státního rozpočtu, místních rozpočtů a klienty
<i>Skandinávský model – Dánsko</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Štědrý a nákladný sociální stát - Široká škála poskytovaných služeb veřejným sektorem s podporou rodiny - Hlavními poskytovateli jsou místní samosprávy - Financováno státním rozpočtem s účastí klienta - Důraz na domácí péči a péči o pečující - Počátek reformy deinstitucionalizace - Velmi nákladný systém
<i>Korporativní model – Německo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Poskytovateli především nestátní sektor - Státní sociální pojištění - Financování prostřednictvím příspěvků státu, zemí a obcí a neregionálních poskytovatelů, platbami za služby, členskými příspěvky - Vícezdrojové financování – sponzoring, sbírky, loterie, výnosy z majetku, příjmy z pronájmu a další
<i>Vzájemnostní model – Francie</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Podobné korporativnímu modelu ovšem s důrazem na rodinu a její podporu - Rozvinutá péče o děti, poněkud zanedbána péče o seniory - Povinné sociální pojištění na péči (součástí důchodového pojištění) - V obcích zakládána centra sociálních činností - Financování služeb státním rozpočtem, povinným sociálním pojištěním na péči

Zdroj: vlastní zpracování dle MATOUŠKA 2011, 2014

¹ KVAZI-TRHY – quasi-markets – znamená, že soukromý sektor má při poskytování sociální služby větší podíl a stát plní především funkce garanční, kontrolní a finanční.

Dále je provedeno srovnání jednotlivých modelů v základních charakteristikách.

Tabulka č. 2: Srovnání modelů

Ukazatel	Německo	Francie	Velká Británie	Dánsko
<i>Financování</i>	Pojištění + dotace + další	Pojištění + státní rozpočet	Státní rozpočet + úhrada klienta	Státní rozpočet
<i>Pestrost nabídky služeb</i>	Vyhovující	Dostatečná, malá pro seniory	Malá	Velká
<i>Role státu</i>	Malá	Velká	Minimální	Maximální
<i>Role soukromého sektoru</i>	Většinová	Malá	Rostoucí	Malá

Zdroj: vlastní zpracování, 2014

2.4 Vývoj hlavních modelů

Vývoj hlavních modelů je popsán dle skutečností souvisejících jak se sociálním systémem dané země, tak se zásadními skutečnostmi týkajícími se sociálních služeb státu. Pro ucelený popis systémů by v této práci nebyl dostatečný prostor, proto bylo přistoupeno k výběrové metodě základních souvislostí týkajících se zkoumaných oblastí. První charakterizovaný model dle svého vývoje je Korporativní model, který se vyvinul v Německu. Navazujícím modelem je Vzájemnostní model Francie. Kontrastem k těmto dvěma modelům je jako třetí sledován vývoj Skandinávského modelu aplikovaný v Dánsku. Posledním popisovaným modelem je Anglosaský model, který se vyvinul ve Velké Británii.

2.4.1 Německo – Korporativní model

Německo je zemí, ve které se sociální systém vyvíjel obdobně jako ve velké části Evropy. S důrazem prvotně na sociální a zdravotní péči byly první služby zajišťovány především církví či soukromou iniciativou samotných občanů. Hlavním nástrojem podpory v této době byly vybírané almužny. Od církví přešla povinnost péče na obce a města. Část potřebných byla zajišťována dle místní příslušnosti a část spadala pod

celkovou péči státu. Prvky moderního sociálního zabezpečení se začínaly projevovat v 16. století. Pro správu a výplatu zde byly zřizovány bratrské pokladny, které fungovaly na principu příspěvkovém. Ke konci bylo poskytování příspěvků do těchto pokladen povinné. První potřeby nových forem kolektivního sociálního zabezpečení v zemi se začaly citelně projevovat ve čtyřicátých letech 19. století. Potřeby změny byly vyvolány především společenskými bouřemi slezských tkalců v létě roku 1844. Jejich morální dopad i výsledek nemilosrdného potlačení byl obrovský. (MUSIL, 1996)

Řešení v té době přicházela v různých podobách, například ve formě **programů svépomoci dělníků** prostřednictvím spořitelů a spolků vzájemné výpomoci nebo dále prostřednictvím zvýšené podpory a důrazu na vzdělávání. Jakýsi průlom v sociální sféře přichází s **Bismarckem**, který se v roce 1862 stal ministerským předsedou a který požadoval státní ochranu řemeslníků. Další vývoj sociální politiky v Německu přineslo založení **Sociálně demokratické dělnické strany**, která byla svým programem oddána programu Karla Marxe. V tomto období, tedy v roce 1869, bylo nutné znovu získat loajálnost dělníků na stranu státu. V roce 1873 vypukla hospodářská krize, která zasáhla svou silou celé Německo. Na světlo světa se dostává silné protekcionistické hnutí a celková nálada postupuje směrem k plánovanějšímu hospodářství. (MUSIL, 1996)

Kampaně za **sociální pojištění** rozvíjel i **Otto von Bismarck**, podle něhož bylo základním smyslem sociálního pojištění zmírnit chudobu, a tudíž i sociální nerovnost. Zřízením sociálního pojištění mělo dojít k opětovnému přiblížení dělníků blíže ke státu. Bismarck věřil, že toto přiblížení se uskuteční prostřednictvím systému pevných dávek státních příspěvků dělníkům. (MATOUŠEK, 2011) Neboť na penzi se těšící dělník je mnohem spokojenější a zvládnutelnější, než člověk bez této vyhlídky. Za hospodářskou krizi v tomto období mohly podle Bismarcka především socialistické a demokratické aktivity, které snižovaly výkonnost německých dělníků a prohlubovaly stoupající nezaměstnanost. V tomto případě se ale jednalo spíše o potřebu najít příslovečného kozla, na kterého by se mohly hodit hříchy hospodářské deprese. (MUSIL, 1996)

Počátek systému sociálního zabezpečení z pohledu celostátního zabezpečení spadá tedy do období vlády Bismarcka, který reagoval těmito opatřeními na narůstající politická nebezpečí. Roku 1911 byla některá ustanovení uceleného sociálního zabezpečení integrována do říšského pojišťovacího řádu. Mezníkem se stává rok 1918, kdy došlo po první světové válce k rozpadu monarchie.

S příchodem další hospodářské krize způsobené krachem na burze roku **1929** stály ovšem veškeré programy sociálního zabezpečení a podpory na pokraji zhroucení. Mezi léty 1930 – 1932 byly nejen sociální programy podrobeny zásadním redukcím, a to především vlivem vysoké nezaměstnanosti. Další ránou pro pojištění byl Hitlerův nástup. Jeho nacistický režim provedl drastické zásahy do jednotlivých programů a využíval prostředky jednotlivých fondů spíše na zbrojení a později k vedení války. V poválečném období se země dostala do kritické situace, kdy cca 10 miliónů obyvatel stálo na pokraji osobních, sociálních a společenských krachů. (MUSIL, 1996) V této kritické situaci došlo k rychlému obnovení programů a před rokem 1949 byly uzákoněny programy **zdravotního, úrazového a sociálního pojištění spolu s pojištěním proti nezaměstnanosti**. Došlo k zavedení nemocenských fondů (někdy označované také jako pokladny) a ty se spolu s fondy zdravotního pojištění staly a dodnes jsou zodpovědné za vybírání povinných příspěvků.

Z poválečného období je blíže popsán program sociálního pojištění, neboli plán starobních a invalidních důchodů, který byl uzákoněn roku 1889. Tento program poskytoval ochranu v případě dočasné nebo trvalé pracovní neschopnosti a také zajišťoval důchodcovský příjem. Program je od začátku financován vloženými příspěvky zaměstnavatelů i zaměstnanců. Procentní sazba se vypočítává na základě hrubého výdělku a postupně dochází k jejímu zvyšování. Mimo příspěvků od zaměstnavatelů a zaměstnanců byl program financován centrální autoritou, která postupem času vykazovala klesající trend.

Je až s podivem, že si Spolková republika udržela tradici sociální politiky, jejíž kořeny lze hledat v Německé říši. Přičemž základní ideou německého státu je, že k povinnostem státu bezesporu patří **garantovat slušnou životní úroveň a sociální spravedlnosti**. Toto se pojí s: 1) **solidaritou** a nápomocí členům asociací, 2) **subsidiaritou**, tedy umožněním malým jednotkám hrát svou roli, 3) jistou povinností **svépomoci**.

Sociální zabezpečení má v Německu jako celek celonárodní charakter a zatěžuje především zaměstnavatele a pracující. Německý systém se hojně opírá o roli rodiny a ze zákona také vyhrazuje místo dobrovolným, neziskovým a zejména církevním organizacím. (MATOUŠEK, 2011)

Rokem 1992 začaly probíhat reformy důchodového pojištění. Hlavním znakem reformy byl posun věkové hranice pro odchod do důchodu. Tento krok byl stanoven v základě

na reakcích na stárnutí populace. Sociální pojištění dostalo roku 1995 novou podobu, formou zřízení **pojištění na sociální péči**, tzv. **Pflegeversicherung**. (MATOUŠEK, 2011) Toto pojištění představuje specifický prvek ve financování sociálních služeb v Německu. V systému sociální ochrany je představován jako čtvrtý pilíř, který je svou podstatou povinný. Prostředky tohoto pojištění jsou spravovány nemocenskými pokladnicemi, které také rozdělují případné dávky potřebným, spolu se správou těchto prostředků.

2.4.2 Francie - Vzájemnostní model

Politika sociální ochrany byla ve Francii od prvopočátků směřována spíše na **děti a podporu rodin s dětmi**. Tato podpora byla organizována zpravidla různými formami denní péče o děti. Zde se také problematika ochrany rodiny spojuje dle literatury s faktem nárůstu zaměstnanosti matek a jejich předčasného návratu na zaměstnání. V oblasti seniorů se klade silný důraz na vytváření možností, aby mohli co nejdéle setrávat ve svém domácím prostředí. Handicapovaní si mají prostřednictvím finančních dávek zaplatit právě jimi potřebné, na míru určené sociální služby. (LEWIS, 1998)

Francouzský systém sociálního zabezpečení je mladším modelem, než je například model Německa nebo Velké Británie. Počátek zákonného pojištění byl v této zemi **v meziválečném období**. Po první světové válce, oživením Alsaska a Lotrinska, které do té doby operovaly jako regiony dle německého sociálního pojištění, vznikly nové problémy. Ještě v roce 1918 neexistoval ve Francii systém sociálního pojištění ve smyslu dnešních právních úprav, ale spíše byly upravovány oblasti jako neschopnost vlivem úrazu na pracovišti a ve velmi omezené míře důchodový systém. Nově oživené regiony si musely vybrat mezi zvláštními pravidly pro ně ustanovenými nebo obecným celoplošně zaváděným sociálním pojištěním. Druhé řešení bylo nakonec vybráno vládou v rámci centrálního rozhodnutí. (ARCHAMBAULT, 2006)

První sociální systém byl spíše následovatelem toho německého, především v oblastech povinného nemocenského pojištění, invalidního a starobního pojištění. Určující specifická charakteristika odlišující francouzský systém od německého je především **štedrost systému rodinné podpory**, ve smyslu univerzálních rodinných přídatků,

podpora porodních dávek při péči o děti. Tento specifický prvek sociální podpory je také v jisté míře vysvětlujícím vzhledem k vysoké porodnosti ve Francii.

Dle ARCHAMBAULTOVÉ byl po druhé světové válce Bismarckovský systém sociálního pojištění nahrazen komplexnějším systémem sociálního zabezpečení. Nový systém vycházel v jistých aspektech z pilířů Beveridgeovského modelu Velké Británie. Model byl původně zamýšlen pro čistě zaměstnaneckou sféru, ale kolem roku 1970 byl rozšířen na celou populaci.

Vytvořením systému sociálního zabezpečení v roce 1945 byla určitým způsobem zpochybněna role **vzájemných pojišťovacích společností** (mutual societies), které byly základnami v poskytování sociální ochrany ještě před zavedením sociálního zabezpečení. Dnes jsou stále v této oblasti činné a hrají významnou roli v oblasti dobrovolnictví a doplňkového zdravotního pojištění, zdravotní a sociální prevenci, stejně jako v oblasti zneužívání návykových látek a další. (ARCHAMBAULT, 2006)

Dnešní systém osobních sociálních služeb ve Francii je založen na pluralitě odpovědnosti státu za veřejné blaho, které je ve společnosti hluboce zakořeněno. Ve francouzské společnosti byl vždy určitý rozpor mezi funkcí státu a jakýchkoli jiných zprostředkujících orgánů, a to zejména těch, které byly členy církví. Tyto neshody v různých oblastech, sociální nevyjímaje, jsou vysvětlujícími pro silnou centralizaci, i když současné trendy jsou spíše decentralizovat. Trend centralizace se naštěstí nedotýká sociálních služeb. V kontrastu se spory vlády a církve v jiných oblastech zde naopak dominuje mírové chování a shody.

Mezi léty 1950 a 1960, v období ekonomického růstu a demografických sociálně-kulturních změn, začala společnost více toužit po fungujícím systému sociálních služeb. V letech 1970 nastávaly také četné debaty v politické oblasti na téma zpochybnění centrální moci vlády ve všech veřejných oblastech. Veřejná politika byla v některých oblastech, především sociálních, označována za neefektivní a neflexibilní vzhledem k měnícím se podmínkám. Delegace moci k neziskovým organizacím byla v té době jasným krokem ze strany politických elit ke zlepšení fungování a rozšíření působnosti i poskytování sociálních služeb a také francouzské demokracie. (ULLMAN, 1993) Nastupující decentralizace tak reagovala na problémy státu blahobytu a také na zvyšující se požadavky v oblasti poskytování sociálních služeb.

S novou problematikou sociální oblasti vznikly i nové právní úpravy. Například v roce 1989 vznikl **Zákon o podpoře „zprostředkovatelů“ sdružení**, umožňující pracovat lidem, kteří se nacházejí ve složité sociální či životní situaci (nekvalifikovaným mladým lidem, potenciálním či bývalým delikventům, narkomanům a dalším). Dále v letech 1992 a 2004 vznikaly zákony pro **Podporu tvorby „neighbourhood jobs“** („sousedských prací“), jako je úklid, ošetrovatelská péče o děti, zdravotně postižené osoby, seniory. Stát se zaměřil i na podporu školení a pomoc v administrativní činnosti pro starší či handicapované občany.

2.4.3 *Dánsko – Skandinávský model*

Po velice dlouhou dobu byl dánský model sociálního zabezpečení považován za nejtědřejší, ale také za nejnákladnější. Jaké vlivy způsobily, že se zde rozvinul takto bohatý sociální systém? Měly na tom zásluhu především luteránské církve, které v zemi působily, a také velice příznivý postoj politiky k sociálnědemokratickému hnutí. Poskytování sociálních služeb zde ze zažitých tradic a očekávání měl poskytovat výlučně stát. (MATOUŠEK, 2011)

Mimo tradičního přístupu sociální politiky k poskytování sociálních služeb byl systém ovlivněn také časným vstupem ženské pracovní síly na trh, což bylo spojeno s redukcí podílu žen na péči o potomky či seniory. Příchod žen na pracovní trh, měl mimo snížení podílu matek na rodičovské dovolené, také druhý efekt, a to nárůst ženských pracovnic v dosud mužských oblastech zaměstnání, např. politice, veřejné správě atd. Za takto příznivých okolností se v Dánsku rychle rozvíjel systém místních samospráv, které se velmi brzy staly poskytovateli i provozovateli sociálních služeb, financovaných z místních rozpočtů a veřejných zdrojů.

Takto tradičně vzniklý systém sociálních služeb nabízel klientům opravdu širokou paletu rozvinutých sociálních služeb v mnoha oblastech, čímž se zařadil mezi nejpokrokovější systémy vůbec. (MATOUŠEK, 2011) Důležitým znakem poskytovaných služeb je, že většinou je snaha o jejich poskytování v **domácí péči**, než- li péči ústavní, což je inovativní prvek poskytovaných služeb. V ostatních evropských zemích bylo spíše nasnadě umístit uživatele sociálních služeb do různých zařízení ústavní péče. Skandinávské modely sociálního zabezpečení se velmi orientují na podporu rodiny a na její zabezpečení nejlepším možným způsobem.

V dánském systému sociálního zabezpečení se vyskytují určité prvky modelu anglosaského, ale je evidentní rozdíl v pojetí role samotného státu. Anglosaským modelem stát zajišťuje nutné minimum, zatímco skandinávským modelem zabezpečuje veškeré obyvatelstvo ve většině životních aspektů.

2.4.4 Británie – Anglosaský model

Počátky sociálního zabezpečování v Británii se shodují s nástupem merkantilismu, jehož nejpříznačnějším prvkem byla víra, že **vláda je schopná organizovat a spravovat lidské záležitosti**. V období 16. století se to dá brát jako naivní přesvědčení o schopnosti centralizované vlády dosáhnout svých vytyčených cílů. Středem merkantilistické vlády jsou především **zájmy státu**. Pak nelze nepostřehnout, že otázky ochrany chudých a sociálně slabých skupin obyvatel představují spíše prostředky upevnění moci a pozice státu. V životě společnosti hrálo hlavní roli **zaměstnání** jedince. Ideologie práce a dosahované produktivity zaujímala ústřední postavení. Práce byla brána jako povinnost člověka vůči sobě, svým bližním i své vlasti. V průběhu merkantilistického období se na chudobu pohlíželo stále s menším a menším soucitem. (MUSIL, 1996)

Zlom přichází v roce 1834, kdy vláda upřednostňuje reformu chudinských zákonů na základě dospění k závěru, že nejožehavější neduhy společnosti jsou takové, které souvisí s podporou práceschopných obyvatel. Starostí vlády by měla být **podpora v nouzi**, ne podpora chudých. (MUSIL, 1996) Začalo se rozlišovat mezi nouzí a chudobou, kdy **nouze** je stavem člověka neschopného pracovat či si touto formou činnosti vyzískat prostředky na život. **Chudoba** si jako výsledek podmínek na trhu nezakládala na nutnosti zásadních a upřednostňovaných intervencí.

Rokem 1906 přicházejí k moci liberálové. Zároveň se začaly silně projevovat tlaky na sociální reformy. Výsledkem pomalých reforem bylo ustavení systému **národního pojištění**, které bylo do praxe uvedeno v roce 1912. Program pojištění se skládal z částí pojištění proti nezaměstnanosti a systému zdravotního pojištění.

Británie vydává na sociální programy menší prostředky (menší část svého hrubého produktu) než většina jiných industrializovaných demokracií. (MUSIL, 1996) Dávky sociálního zabezpečení jsou v Británii univerzálního charakteru a mnohé z nich jsou vcelku nízké v porovnání s ostatními evropskými zeměmi. Jak již bylo zmíněno

v úvodu práce, je systém sociálního zabezpečení ve Velké Británii spojován se jménem lorda Beveridge, který také navrhoval zásadní body reformních programů. Z těch nejhlavnějších bodů Beveridgeova programu jsou nejčastěji zdůrazňována opatření zaváděná pod záštitou rovnostářství. Všestranné sociální zabezpečení je dle jeho koncepcí neodmyslitelnou součástí práv každého občana demokratické země, a jakékoli jeho zajištění je tedy věcí státní. Jeho program se tak stal plánem povinné svépomoci organizované vládními silami ovšem v celostátním měřítku. Sociální pojištění vyžadovalo příspěvky od samotných pojištěnců, které jsou dále používány pro jejich ochranu před nepříznivými životními situacemi. V zájmu rovnostářství se mělo každému účastníkovi dostat stejného přístupu, nikdo neměl být vyzdvihován na úkor jiných.

Jádrem britského sociálního státu v poválečném období se stala koncepce politiky **sociálních dávek národní veřejné pomoci**, která byla adresována především narůstajícím skupinám důchodců a osob považovaných za ekonomicky neproduktivní. Poválečné období neslo břímě stávající inflace, nízké nezaměstnanosti, demografických změn a rostoucího blahobytu ovšem v relativně pomalu rostoucí ekonomice a v atmosféře nechuti ke zvyšování veřejných výdajů a daňového zatížení. V sedmdesátých letech tak přichází další důležitá sociální reforma, na jejímž základě došlo k navýšení některých hotovostních dávek, zavedení nových dávek a odvozování příspěvků od výše výdělku.

Roku 1942 byla lordem **Beveridgem** ve Velké Británii přednesena zpráva o rozvoji koncepce sociálního státu. V této zprávě mimo jiné navrhoval, aby bylo zřízeno národní sociální pojištění, které by zahrnovalo všechny občany a jež by působilo proti všem druhům sociálních zel (nevědomosti, nečinnosti, nemoci, potřebnosti a zanedbanosti). (MATOUŠEK, 2011) Díky Beveridgeově zprávě začaly být veřejností chápány vazby mezi různými oblastmi společenského života, jako například mezi zdravím, vzděláním a sociálním zabezpečením. Beveridgeovské sociální zabezpečení je komplexním zabezpečením, uplatňovaným na všechny občany, kteří by potřebovali v budoucnu zaopatřit.

Tímto způsobem vznikl v Británii komplexní systém **univerzálního, centrem řízeného systému sociálního zabezpečení**. Tento systém byl plně financován z veřejných zdrojů, řízen místními úřady a podléhal kontrole Národní pojišťovny. Nástupem M. Thatcherové došlo během osmdesátých let k zásadním reformám, jejichž hlavním

předmětem byla změna financování a uskutečnění privatizace této společenské oblasti. V době reforem za moci Thatcherové se tato opatření jevila jako nutné zlo, neboť veřejně poskytované služby byly poskytovány neefektivně, nekvalitně a v nedostatečném rozsahu.

V zájmu řešení nedostatečnosti a neefektivnosti byly v Británii zřízeny tzv. quasi-markets pro trhy sociálních služeb, kam se již počítaly i zdravotní služby. K tomuto zařazení do kvazi trhů došlo na základě **zákona o národní zdravotní službě** a **zákona o komunitní péči** (National Health Service and Community Care Act 1989). (MATOUŠEK, 2011) **Quasi trhy** fungují na principech zavedení jistých tržních mechanismů do soukolí netržně poskytovaných sociálních služeb, s jasným cílem zvýšení kvality poskytovaných služeb prostřednictvím tvorby konkurenčního prostředí. Teorie quasi trhů se dále rozvinula také v Německu a částečně ve Francii. Samotné vytvoření konkurenčního prostředí by ovšem nestačilo bez soustavné státní podpory, a tak byly zavedeny jednotlivé příspěvky na sociální služby určené přímo občanům, kteří je opravdu potřebují. Došlo k rozdělení poskytovatelů sociálních služeb na stát a poskytovatele sociálních služeb. Stát se stal subjektem nakupujícím služby od poskytovatelů, nestátních organizací. Jeho role v oblasti sociálního zabezpečení a poskytování sociálních služeb se stala méně výraznou a naopak stát více přebíral roli kontrolní a donátorskou. Samotný rozvoj oblasti nestátních neziskových organizací nelze opomenout ve výčtu následků sociální reformy.

Samotná reforma neproběhla bezproblémově. Oslabení státní role vyvolávalo problémy především u služeb, které jsou zaměřeny na méně lukrativní skupiny obyvatel (menšiny a imigranty), či problémových situací, kterým se nechtěly věnovat nestátní organizace. Některé takovéto služby začaly zanikat, což vedlo ke snížení kvality poskytovaných sociálních služeb. Klienti služeb byli nespokojeni s rozsahem služeb. Například v současnosti stále ve Velké Británii ještě chybí některé zdravotnické služby, což vede k migraci obyvatelstva za touto péčí do jiných zemí.

V závěru lze konstatovat, že vznikající neefektivnosti v poskytování sociálních služeb, by neměly být řešeny úplným privatizováním těchto služeb na nestátní organizace ve víře, že konkurenční prostředí vyřeší všechny vzniklé problémy, ale stát by měl zůstat alespoň coby garant kvality a správce prostředků poskytovaných na financování této oblasti.

3 Financování sociálních služeb

Jednotlivé systémy se vyznačují značnou rozdílností v získávání a používání finančních zdrojů v oblasti sociálních služeb. Je důležité znovu upozornit na fakt, že sociální služby jsou v evropských zemích chápány jako více komplexní oblast, než je tomu v českém právním řádu. Evropské právní pojetí sociálních služeb je chápáno v pojetí zdravotnictví, sociální ochrany jednotlivců, rodin a skupin, bydlení a zaměstnanosti. V českém právním řádu jsou sociální služby striktně vymezeny jako služby zlepšující kvalitu života jedince, který se ocitl ve společensky nevyhovující situaci, kterou není schopen řešit vlastními silami.

Při komparaci systému sociálních služeb mezi zeměmi je nutno sledovat jisté okruhy, které se zdají být nejproblémovějšími. Zde lze uvést:

- konkrétní služba spadá v jednotlivých zemích do odlišných kategorií, např. velice často jsou služby poskytované seniorům zařazeny buď do sociálního systému, nebo do systému zdravotnictví.
- vymezení dobrovolnosti využívání služby je obtížné a nikdy nebude takto vymezena přesně. Jsou země, kde je základem umístit seniora do ústavní péče, jindy proti tomuto stojí tradiční založení společnosti.
- kategorizace typů sociálních služeb je náročná, neboť každá země si tuto kategorizaci může určit jinak.

Dle MATOUŠKA lze vymezit dva pevné modely financování sociálních služeb. Prvním modelem je model fungující na **principu univerzality**, kam lze zařadit země jako Německo, Rakousko, Nizozemsko a skandinávské země. Prostředky jsou v tomto systému poskytovány občanovi po zhodnocení jeho individuálních potřeb. Druhým typem je způsob financování založený na **principu příjmově testovaných dávek**, kterého využívají Francie a Británie.

Ovšem pravdou je, že ve většině zemí je využívána kombinace výše uvedených modelů financování, a to jak v kombinaci se sociálním zabezpečením, tak v kombinaci se zdravotní oblastí. Dle demografického vývoje se tak například v poslední době stává velkou zátěží pro financování sociální i zdravotní oblasti problematika dlouhodobé péče o rostoucí populaci seniorů, která svým charakterem spadá jak do oblasti sociální, tak i do oblasti zdravotnických služeb. Proto se většina poskytovatelů sociálních služeb

kloní k vícezdrojovému financování sociálních služeb namísto spolehnout se na financování z jednoho konkrétního zdroje.

3.1 Zdroje vynakládané státy v sociální oblasti

Pro rozmanitost v pojetí jednotlivých oblastí sociálních služeb ve vybraných zemích byly čerpány informace a statistiky dostupné na oficiálních stránkách EUROSTATU. Prvotní výzkumná část se věnovala zkoumání problematiky prostřednictvím analýz OECD. OECD sleduje výdaje vlád na podporu a pomoc standardního žití znevýhodňovaných zranitelných skupin. Sociální výdaje zahrnují přímé platby, věcné druhové dávky na zboží a služby, také daňové úlevy ze sociálních důvodů. Tyto dávkové benefity jsou orientovány na nízkopříjmové skupiny, seniory, handicapované, nemocné, nemohoucí, nezaměstnané nebo mladé jednotlivce či rodiny nacházející se v těžké životní situaci, kterou nejsou schopni vyřešit vlastními silami. Ovšem z důvodu časové zaostalosti shromažďovaných dat na OECD, kde nejnovější statistiky pocházely z roku 2009, byly pro práci vybrány novější statistiky EUROSTATU z roku 2011.

Sociální podpory ve formě dávek a vládou poskytovaných příspěvků na péči jsou klasifikovány jako veřejné, když má centrální vládní orgán možnost kontrolovat relevantní peněžní toky. Všechny ostatní dávky jsou považovány za soukromé. V práci jsou uvažovány veřejné výdaje. Pro mezistátní srovnání sociální podpory je nejčastěji využíván indikátor hrubých sociálních výdajů (před zdaněním) z HDP. Pro komparaci nákladovosti jednotlivých systémů byl i v této práci zvolen indikátor sociálních výdajů jako % z HDP. Samozřejmě při porovnání existují i problémy v měření, zvláště týkající se financování nižších výdajových položek, těžce zachytitelných ve statistikách, které nejsou některými zeměmi považovány za významné či naopak redundantnosti dat, která se mohou vyskytovat jak v sociální sféře, tak i oblasti zdravotnictví některých zemí, například Francie.

Pro Dánsko jsou jednotlivé statistiky z oblasti sociálních výdajů vypracovávány kromě OECD také EUROSTATEM, který vyvinul jednotný srovnávací systém ESSPROS. Nejzazší revizí prošel systém ESSPROS v roce 2008. Nejnovější statistická data jsou získána z roku 2012. V dánském pojetí zahrnují sociální výdaje na služby v měření pro evropské statistiky kromě nemocných, handicapovaných, rehabilitujících, seniorů, nezaměstnaných, lidí v domácnosti, také zdraví, péči doma, rodiny a děti a sociální

asistenci. Určité rozdíly ve srovnání financování mohou plynout z rozdílných definic jednotlivých služeb jak v rámci systému ESSPROS, tak v rámci národních účtů, které provádějí vlastní sledování v zemi. Tyto rozdíly jsou však minimální.

Níže uvedené tabulky a grafy obsahují informace o vybraných skupinách sociálních služeb, které jsou v zemích nejčetnější. K vybrání a vyselektování pěti skupin sociální péče bylo také přistoupeno z důvodu tohoto definování dle EUROSTAT a OECD, které byly využity jako zdroje statistických dat. Vybraná data znázorňující sociální výdaje na detailnějších úrovních jsou v práci popsána základními oblastmi – senioři, zdraví, handicapovaní, rodiny, bydlení a další sociální oblasti. Na stránkách EUROSTAT a ESSPROS jsou uvedeny i jednotlivé klasifikace pro každou oblast, které jsou vloženy ve svém původním znění do **přílohy B** této práce.

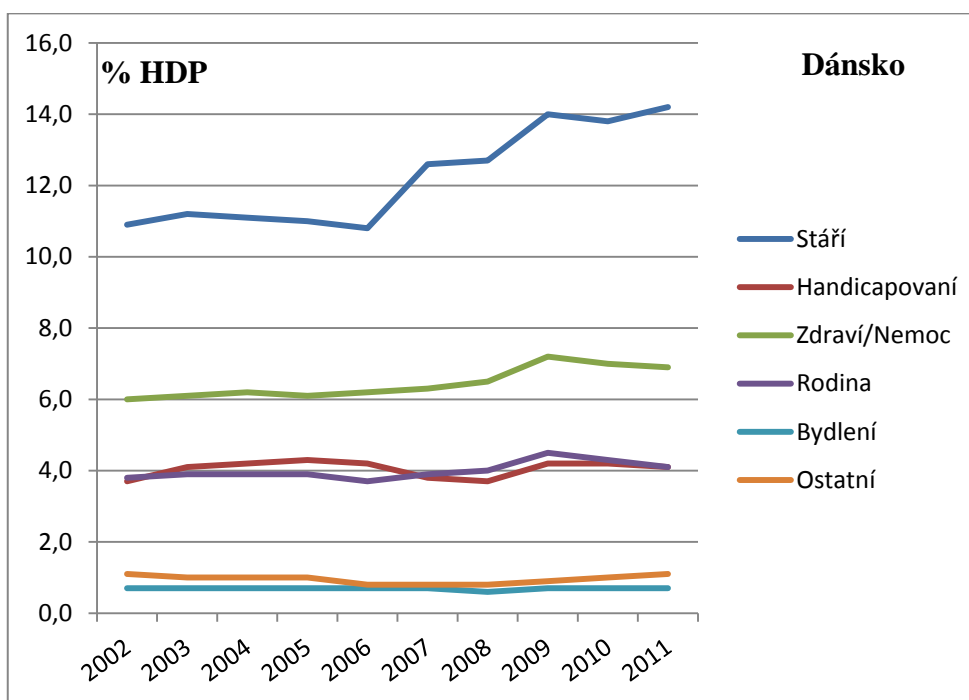
Data vycházejí z tabulky celkových vynaložených veřejných zdrojů na sociální oblast v % z HDP země v **příloze A** dle EUROSTAT.

Tabulka č. 3: Dánsko - výdaje vynaložené na oblasti sociální péče v % z HDP

Země	Oblast	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Dánsko	<i>Stáří</i>	10,9	11,2	11,1	11,0	10,8	12,6	12,7	14,0	13,8	14,2
	<i>Handicapovaní</i>	3,7	4,1	4,2	4,3	4,2	3,8	3,7	4,2	4,2	4,1
	<i>Zdraví/nemoci</i>	6,0	6,1	6,2	6,1	6,2	6,3	6,5	7,2	7,0	6,9
	<i>Rodina</i>	3,8	3,9	3,9	3,9	3,7	3,9	4,0	4,5	4,3	4,1
	<i>Bydlení</i>	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7
	<i>Další sociální oblasti</i>	1,1	1,0	1,0	1,0	0,8	0,8	0,8	0,9	1,0	1,1

Zdroj: vlastní zpracování dle EUROSTAT, 2014

Obrázek č. 1: Dánsko – veřejné zdroje vynaložené na sociální oblasti (v % HDP země)



Zdroj: vlastní zpracování dle EUROSTAT, 2014

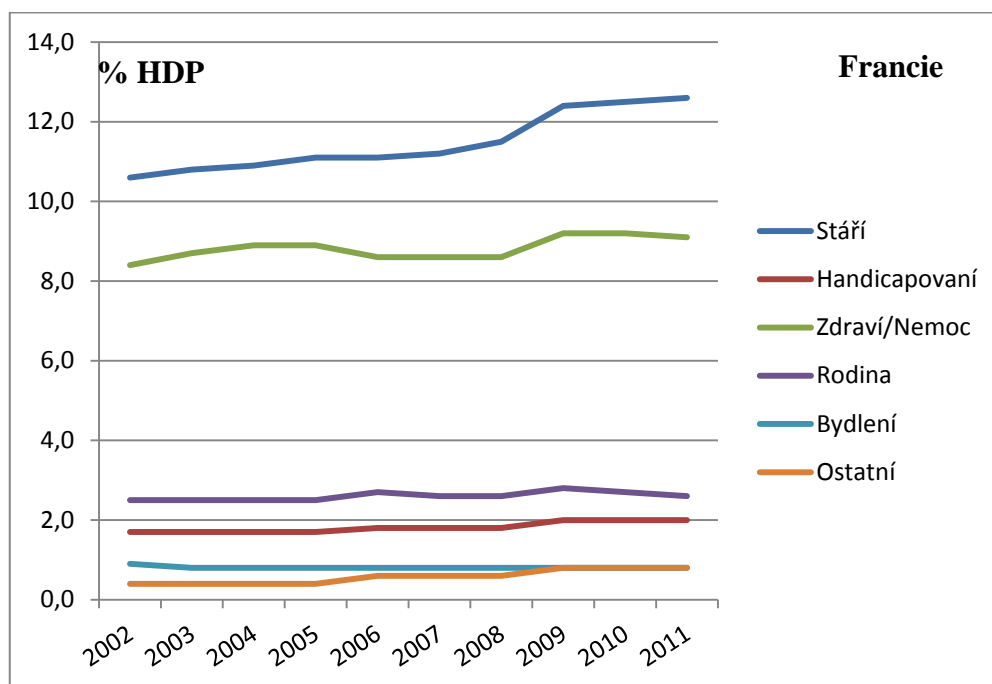
V Dánsku je nejvíce nákladnou na veřejné zdroje oblast seniorů a stáří. Nejvyšší číslo procenta z HDP 14,2 % v roce 2011. Výdaje v průměru během období narůstaly a tento trend se drží do dnešních dnů. Výdaje v předchozím století činily částky ztelně nižší. Po přelomu tisíciletí se procento zdrojů pohybovalo na hranici 10 % s rostoucí tendencí. Druhou nejvíce financovanou oblastí je zdraví, které převážně v posledních letech, se vzrůstajícími požadavky na lékařskou péči a farmacii, narostlo z 6 % z roku 2002 na 7,2 % v roce 2009. Výdaje na zdraví dále vykazují stabilní vývoj, avšak dle předpokládaného prodlužování života obyvatel země, a tak rostoucím nárokům na zdravotní péči, se v budoucnu předpokládá nárůst těchto zdrojů. Třetí oblastí jsou fyzicky a duševně postižení. Tato oblast se prolíná s oblastí rodina, ale dle problematiky jí byla přisouzena autorkou větší váha. Výdaje vykazovaly klesající charakter na tuto oblast. Avšak s novým tisíciletím a novými problémy tohoto věku nastal dle EUROSTATU obrat a z 3,7 % v roce 2002 výdaje vzrostly na 4,1 % z HDP v roce 2011. Čtvrtou oblastí z šesti uvažovaných je rodina, která vyžaduje prakticky po celou dobu nutnost zvyšování se zdrojů financování. Další sociální oblasti a bydlení spotřebovaly v průměru 0,8 % z HDP veřejných zdrojů.

Tabulka č. 4: Francie - výdaje vynaložené na oblasti sociální péče v % z HDP

Země	Oblast	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Francie	Stáří	10,6	10,8	10,9	11,1	11,1	11,2	11,5	12,4	12,5	12,6
	Handicapovaní	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	2	2	2
	Zdraví/nemoci	8,4	8,7	8,9	8,9	8,6	8,6	8,6	9,2	9,2	9,1
	Rodina	2,5	2,5	2,5	2,5	2,7	2,6	2,6	2,8	2,7	2,6
	Bydlení	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
	Další sociální oblasti	0,4	0,4	0,4	0,4	0,6	0,6	0,6	0,8	0,8	0,8

Zdroj: vlastní zpracování dle EUROSTAT, 2014

Obrázek č. 2: Francie – veřejné zdroje vynaložené na sociální oblasti (v % HDP země)



Zdroj: vlastní zpracování dle EUROSTAT, 2014

Ve Francii, také jako v Dánsku, je nejnákladnější oblastí dle sledování stáří a seniorská problematika. Zde zcela bez výjimky náklady rostly z 10,6 % HDP z prvního roku sledování na 12,6 % v roce 2011 dle EUROSTATU. Výdaje na tuto oblast rostou a to velice rovnoměrně v průměru o 0,2 % meziročně. Druhou významnou oblastí, která vyžaduje veřejné zdroje dle základního modelu sociálního státu smíšeného charakteru, je zdraví a v závěsu význačná rodina. Zdravotní služby vykazují stabilní nárůst požadavků na financování a nejvíce zdrojů bylo vynaloženo v roce 2011, tedy v posledním roce sledování, a to v celkové výši 9,1 %. Stejně tak oblast dětí a rodiny,

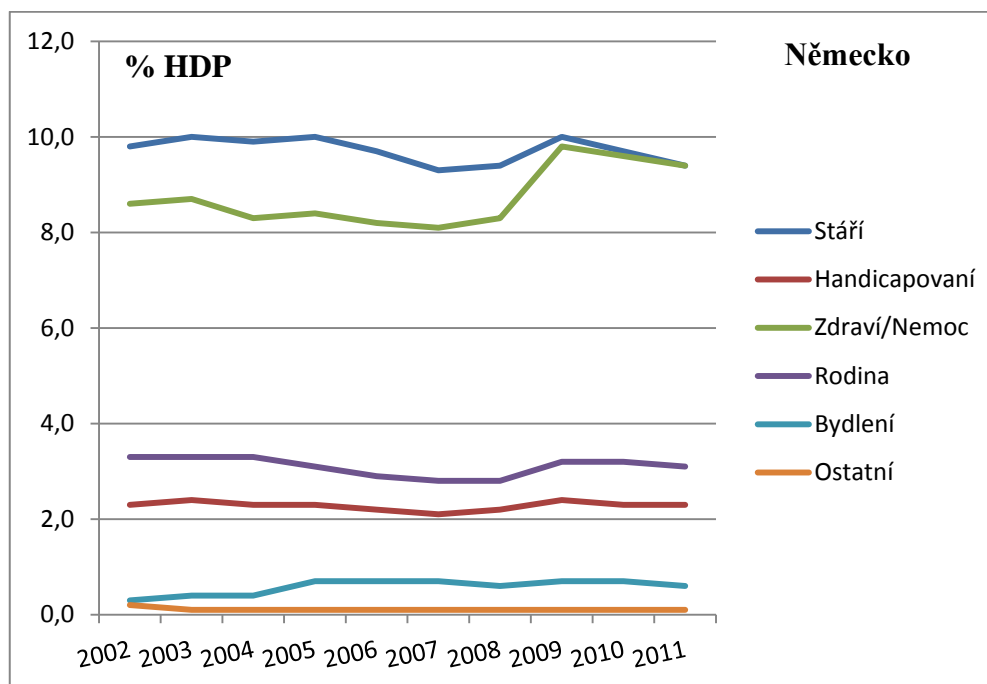
kde se částky zdrojů pohybovaly v rozmezí 2 – 3 %. Na oblast handicapovaných bylo vynakládáno ustálené množství prostředků s nejvyšší hodnotou 2 % HDP v posledních letech. Je patrné, že politika země v oblasti postižených nereaguje na požadavky trhu tak flexibilně, co se financování týče, jako například v oblasti seniorské péče. Na zbývající oblasti bydlení a dalších nebylo ve Francii věnováno ani 1 % z HDP po celou sledovanou dobu.

Tabulka č. 5: Německo - výdaje vynaložené na oblasti sociální péče v % z HDP

Země	Oblast	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Německo	Stáří	9,8	10,0	9,9	10,0	9,7	9,3	9,4	10,0	9,7	9,4
	Handicapovaní	2,3	2,4	2,3	2,3	2,2	2,1	2,2	2,4	2,3	2,3
	Zdraví/nemoci	8,6	8,7	8,3	8,4	8,2	8,1	8,3	9,8	9,6	9,4
	Rodina	3,3	3,3	3,3	3,1	2,9	2,8	2,8	3,2	3,2	3,1
	Bydlení	0,3	0,4	0,4	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7	0,6
	Další sociální oblasti	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Zdroj: vlastní zpracování dle EUROSTAT, 2014

Obrázek č. 3: Německo – veřejné zdroje vynaložené na sociální oblasti (v % HDP země)



Zdroj: vlastní zpracování, dle EUROSTAT 2014

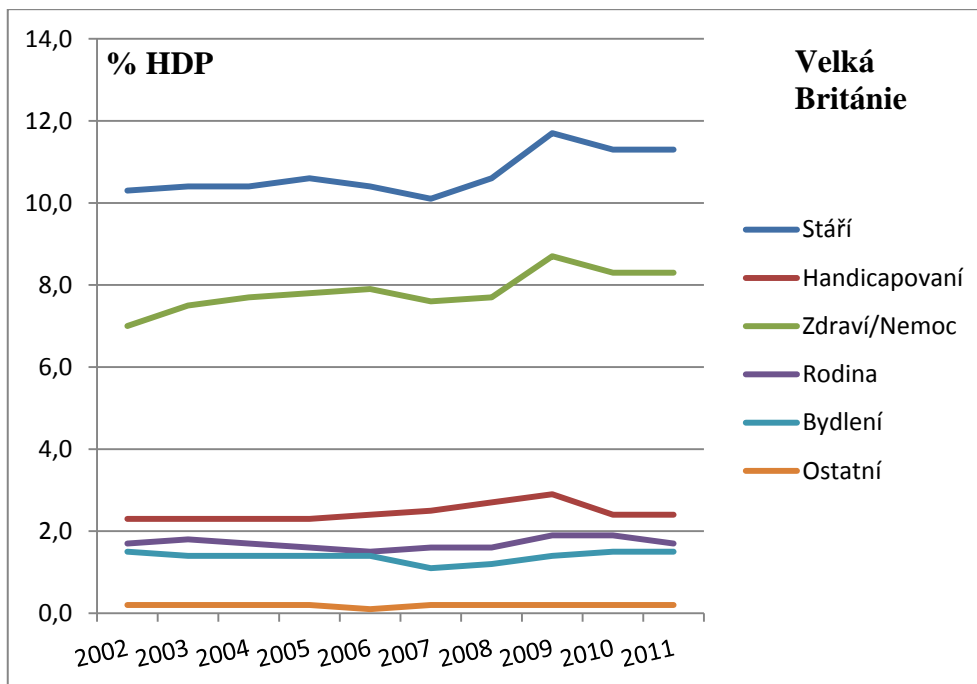
Německo je zemí známou výbornou péčí o seniory, a to jak ze sociálního, tak ze zdravotního hlediska. Tato oblast vyžadovala ve sledovaném období nejvyšší prostředky. Procento nákladů bylo v průměru, na rozdíl od ostatních zemí, udržováno na vyrovnaných hodnotách 9,7 %. Zde je otázkou, zda je to díky stabilně nastavenému systému sociálního zabezpečení nebo vyrovnaným politickým zásahům v této oblasti. Druhou sférou služeb je německé zdravotnictví. Zde oproti oblasti seniorů veřejné zdroje stoupaly a nadále se udržují na velice stabilním mírně rostoucím trendu. Dalšími oblastmi jsou rodina s průměrnou hodnotou výdajů 3,1 % a handicapovaní s průměrnou procentuální hodnotou 2,3 % z HDP. Vývoj poukázal spíše na vyrovnanou proměnlivost, kterou je možno přisuzovat střídavým politickým náladám v zemi a stabilnímu vývoji v této oblasti. Stejně vyrovnanými oblastmi jsou i bydlení a ostatní sociální oblasti. Jako důležitý fakt lze, jak z tabulky, tak z grafu vyčíst fakt přibližování vynakládaných zdrojů na oblast seniorů a zdraví, neboť v Německu dochází k největšímu propojování těchto dvou oblastí.

Tabulka č. 6: Velká Británie - výdaje vynaložené na sociální oblasti v % z HDP

Země	Oblast	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Velká Británie	<i>Stáří</i>	10,3	10,4	10,4	10,6	10,4	10,1	10,6	11,7	11,3	11,3
	<i>Handicapovaní</i>	2,3	2,3	2,3	2,3	2,4	2,5	2,7	2,9	2,4	2,4
	<i>Zdraví/nemoci</i>	7,0	7,5	7,7	7,8	7,9	7,6	7,7	8,7	8,3	8,3
	<i>Rodina</i>	1,7	1,8	1,7	1,6	1,5	1,6	1,6	1,9	1,9	1,7
	<i>Bydlení</i>	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,1	1,2	1,4	1,5	1,5
	<i>Další sociální oblasti</i>	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

Zdroj: vlastní zpracování dle EUROSTAT, 2014

Obrázek č. 4: Velká Británie – veřejné zdroje vynaložené na sociální oblasti (v % HDP země)



Zdroj: vlastní zpracování dle EUROSTAT, 2014

Spojené království je zemí silně orientovanou na zdravotnictví, jak vyplývá z agregovaných dat sbíraných v průběhu desetiletí jak OECD, tak EUROSTATEM. Zde je nejvíce financovanou oblastí oblast stáří a zdraví. V oblasti stáří i zdraví je vývoj veřejných zdrojů téměř srovnatelný. U zdraví veřejné zdroje narůstaly po celou dobu sledování. Nejvyšší hodnota činí 8,7 % HDP. Pro oblast služeb poskytovaných seniorům je dle vývoje hodnot patrné, že se vynakládané prostředky rychle vyšplhaly na 11,7 % a 11,3 % v roce 2009 a 2011. Třetí oblastí v poskytovaných zdrojích je oblast handicapovaných, kde se hodnota v průměru udržela i v novém tisíciletí. Rodině je v Británii věnováno stále stejné množství prostředků. Z 1,7 % v roce 2002 na stejnou částku 1,7 % v roce 2011 je patrné, že tato oblast není tolik podporována, jako například oblast zdraví. Poslední dvě oblasti vykazují zhruba vyrovnané čerpání zdrojů.

Ve Velké Británii činily mezi léty 2012-2013 celých 51 procent (cca £ 8,8 billion) z celkových výdajů na sociální služby jen výdaje na služby pro seniory (ve věku 65 let a více). Mezi léty 2011-2012 bylo toto číslo menší o procento. Výdaje na osoby ve věku 18 – 64 s lehkou závislostí činily kolem 30 % (cca £ 5,2 billion), pro osoby ve věku 18 – 64 s pohybovou neschopností činily 9 % (cca £ 1,6 billion) a pro mentálně postižené občany dosáhly výdaje částky 7 % (cca £ 1,1 billion). Ostatní sociální služby

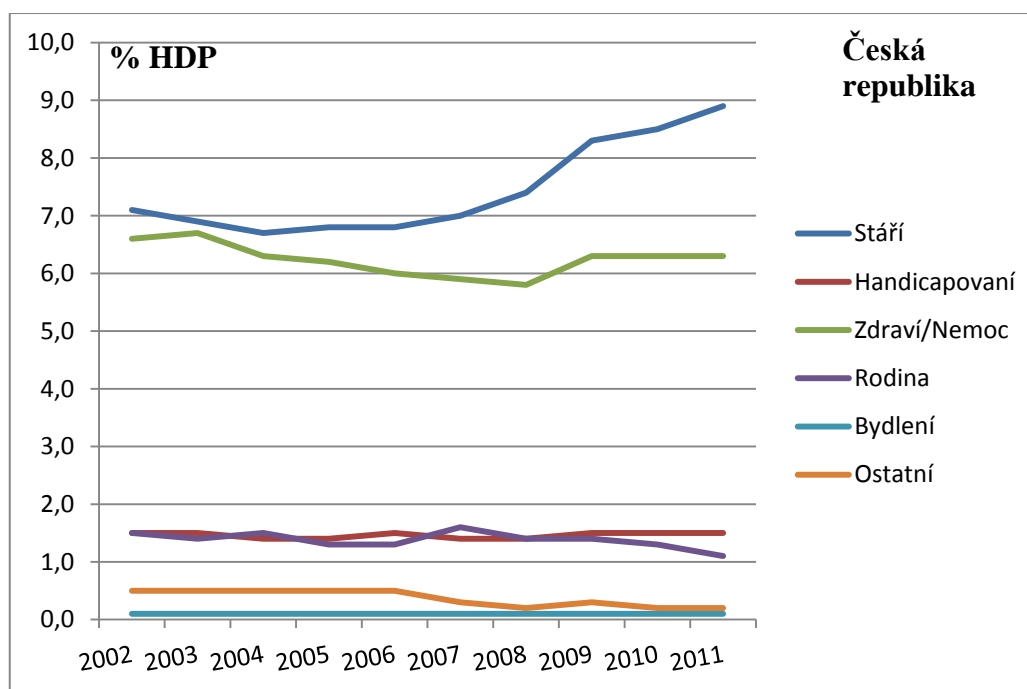
čítaly 2 % (cca £ 310 million) a méně než 1 % (cca £ 10 million) pro bezdomovce a přistěhovalecké skupiny. Výdaje na rezidentní péči poklesly mezi léty 2012-2013 ze 46 % na 44 % (cca £ 7,4 billion). Za stejné období naopak vzrostly výdaje na denní péči či domácí péči z 42 % na 45 % (cca £ 7,7 billion) z celkových výdajů, což ukazuje znovu na fakt rostoucích snah společnosti přesunout ústavní péči na péči domácí, v přirozeném prostředí potřebného. (HSCIC, 2014)

Tabulka č. 7: Česká republika - výdaje vynaložené na sociální oblasti v % z HDP

Země	Oblast	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Česká republika	Stáří	7,1	6,9	6,7	6,8	6,8	7,0	7,4	8,3	8,5	8,9
	Handicapovaní	1,5	1,5	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5
	Zdraví/nemoci	6,6	6,7	6,3	6,2	6,0	5,9	5,8	6,3	6,3	6,3
	Rodina	1,5	1,4	1,5	1,3	1,3	1,6	1,4	1,4	1,3	1,1
	Bydlení	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Další sociální oblasti	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2

Zdroj: vlastní zpracování dle EUROSTAT, 2014

Obrázek č. 5: Česká republika – veřejné zdroje vynaložené na sociální oblasti (v % HDP země)



Zdroj: vlastní zpracování dle EUROSTAT, 2014

Prostředky vynakládané Českou republikou se pohybují na nižších hodnotách než ve vybraných zemích. Nejvyšší hodnoty jsou v oblasti stáří v průměru 7,4 %, zároveň vykazují rostoucí tendence. Druhou, na prostředky náročnou oblastí, je u nás zdraví s průměrnou procentuální hodnotou 6,5 % z HDP. Oblasti postižených a rodiny spotřebovávaly v souhrnu stejně vysoké procento veřejných zdrojů dle HDP. Na handicapované byly vynakládány klesající objemy prostředků. Stejný klesající trend vykazují také služby pro děti a rodiny s hodnotou 1,4 % v roce 2009 a 1,1 % v roce 2011. Sféry bydlení a další sociální oblasti vykazují mizivé 0,2 %, udržující se také v posledních letech. Přitom výdaje na ostatní oblasti v minulých letech činily i 0,5 %, pokles prostředků je spojován s celosvětovou finanční krizí z roku 2008 a národními tendencemi k seškrťování některých položek vládních výdajů.

Hrubé vládní výdaje v jednotlivých letech postupně narůstají. Z 16 % z HDP v roce 1980 na 18 % v roce 1990 a posledním měřením byl údaj celých 22 % z HDP v roce 2009 napříč zeměmi OECD, kam patří i všechny v práci uvažované země. V analýze celkových nákladů byla zvolena statistika vedená OECD, neboť poskytovala aktuálnější informace než dostupná statistika EUROSTATU. Nejvyšší výdaje do sociální oblasti pak představují hranice 30 % z HDP ve Francii a Dánsku. Pro zajímavost nejnižší čísla dosahují Korea a Mexiko s necelými 10 % z HDP. (OECD, 2014) Třemi největšími a nejnákladnějšími kategoriemi zpravidla ve všech státech, což vyplývá i z grafů a tabulek uvedených v práci a přílohách, jsou senioři, zdraví a transfery na podporu rodiny. Při uvažování transferů pro nepracující skupiny obyvatel jsou do těchto kategorií brány i tyto v úvahu. Výdaje na další sociální služby/oblasti převyšující hranici 5 % z HDP jsou měřitelné pouze v severských zemích, kde hraje stát významnější roli v oblasti sociálních služeb. Patří sem další služby pro seniory, handicapované a rodiny.

Tabulkou číslo 8 a grafem jí následujícím jsou znázorněny celkové výdaje vlád jednotlivých zemí na sociální sféru v širším pojetí, kam spadají i sociální služby. Opět pro možné srovnání bude využit ukazatel HDP. Jako problém jeví se ve srovnávání pak mohou být velikosti jednotlivých zemí a počty celkového obyvatelstva, které mají přímou vazbu na objem vynakládaných prostředků. Pro srovnání dle velikostního charakteru zemí jsou komparovány Francie, Německo a Velká Británie. Z těchto tří interpretů, každý za jiný sociální model, přičemž Francie je pak jakýmsi hybridem, vynakládá největší prostředky do sociální sféry právě Francie. Druhou „pro-sociální“

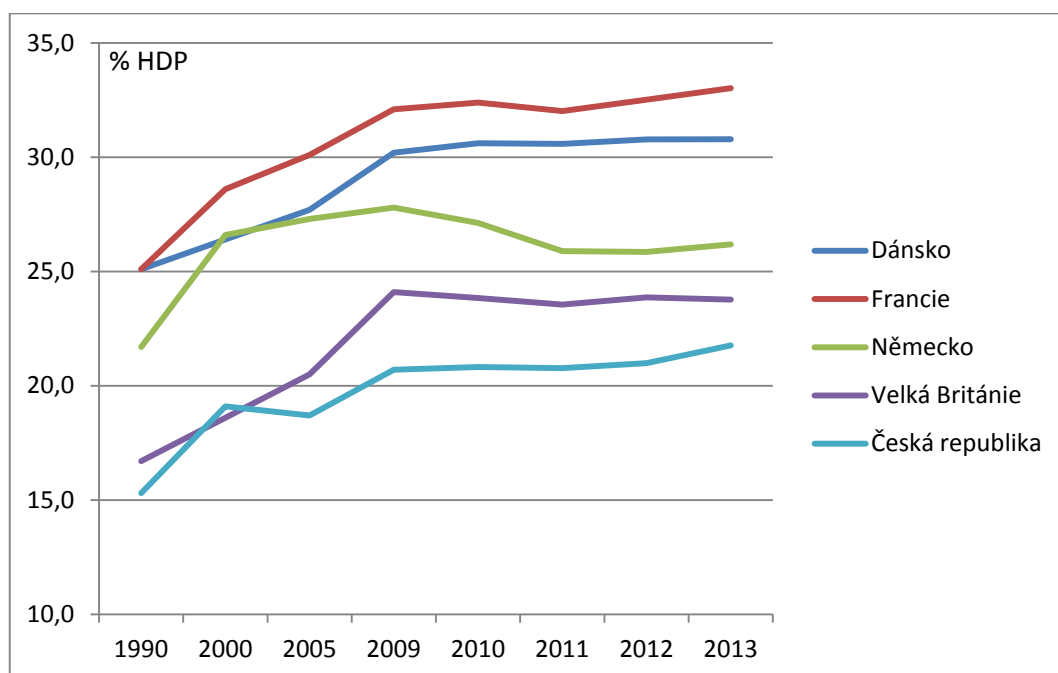
zemí je Německo a nakonec Velká Británie. Rozdíly ve vynakládaných prostředcích nejsou však tak markantní. Francie v roce 2009 přerozdělila prostředky z veřejných zdrojů ve výši 32,1 % z HDP, zatímco Německo 27,8 % a Británie 24,1 % HDP. Pokud jde o srovnání Dánska, co do velikostních parametrů země, byla použita Česká republika také pro znázornění rozdílů ve sféře dotování sociální oblasti těchto dvou zemí. Zde jednoznačně zastupuje pomyslné prvenství Dánsko, které profinancovalo sociální sféru v roce 2009 celými 30,2 % HDP. Je vidět, že toto číslo se velice blíží číslům větších kolegů, uvažovaných výše. Zatímco Česká republika vynaložila ve stejném roce necelých 20,7 % HDP. Rozdíly ve vývoji vynakládaných prostředků jsou patrné i níže v grafu níže dle vývoje mezi jednotlivými sledovanými roky. V roce 2013 se čísla veřejných zdrojů potřebných na financování sociální sféry pohybovala ve vyšších procentech. Jediné Německo vynakládalo v tomto roce 26,2 %, což je o 1,6 % nižší než v roce 2009. Další zemí, která snížila své výdaje na sociální oblast o 0,33 %, je Velká Británie. Dánsku mezi rokem 2009 a 2013 vzrostly výdaje o 0,59 %, Francii se výdaje navýšily o 0,92 %. Nejvyšší nárůst vykazuje Česká republika, kde toto navýšení činilo pro zajímavost celé 1,07 %.

Tabulka č. 8: Celkové sociální výdaje jednotlivých zemí

Země	Celkové sociální výdaje země v % z HDP							
	1990	2000	2005	2009	2010	2011	2012	2013
Dánsko	25,1	26,4	27,7	30,2	30,6	30,6	30,8	30,8
Francie	25,1	28,6	30,1	32,1	32,4	32,0	32,5	33,0
Německo	21,7	26,6	27,3	27,8	27,1	25,9	25,9	26,2
Velká Británie	16,7	18,6	20,5	24,1	23,8	23,6	23,9	23,8
Česká republika	15,3	19,1	18,7	20,7	20,8	20,8	21,0	21,8

Zdroj: vlastní zpracování dle OECD, 2014

Obrázek č. 6: Znázornění celkových veřejných výdajů v % HDP zemí



Zdroj: vlastní zpracování, 2014

4 Komparace systémů sociální ochrany zemí

Pro komparaci rozsáhlého sociálního systému, jehož součástí jsou sociální služby, bylo zvoleno selektování jednotlivých oblastí týkajících se dané problematiky. V úvodu práce byl nastíněn hlavní popis základních modelů a vývoj jednotlivých systémů analyzovaných států. V další části práce je již přistoupeno ke komparaci popsaných systémů zemí formou postupného popisu. Nakonec je sestaveno celkové shrnutí srovnávané oblasti. Prvotním srovnáním je krátké shrnutí a vytyčení základních rozdílů nalezených v předchozí kapitole vývoje jednotlivých systémů ve vybraných zemích.

Jedním ze základních rozdílů mezi všemi uvažovanými zeměmi je jejich **celkový rozdílný přístup k sociální politice**. Ten je zapříčiněn především rozličným vývojem zemí v několika oblastech (sociální, pracovní, politické a další). Další důležitý rozdíl je například nalezen i v jednolitéch oblastech sociální politiky, které jsou v zemích jinak členěny, a kterým je v zemích kladen zvláštní důraz. Francie se vyznačuje především silným důrazem na pomoc dětem a rodině, základní oblasti směřované péče se vyvíjely od tohoto modelu. Dánský model je vyznačován velkým důrazem na prarodinné vztahy, co se péče o osoby blízké týče. Také Německo klade velický důraz na péči o nejbližší, i když v menší míře než předchozí země, velice brzy se zde také rozvinul dobrovolnický sektor, který neustále narůstá. Velká Británie spoléhá na občany jako individuality a sociální politika se zde vyvíjela především na základě pomoci zaměstnanecké a dělnické třídě.

Dalšími rozdíly mohou být i vlivy vývoje povinného zdravotního pojištění vzhledem k populaci. Například v České republice se tato povinnost vztahuje bez rozdílů na celé obyvatelstvo, v Německu jsou takto vázáni jednotlivci s vysokými příjmy či osoby samostatně výdělečně činné a je zde také rozšířena sféra soukromého pojištění či možnosti zdravotního připojištění. (GKV, 2014) Ve Francii je zdravotní pojištění povinné, plus samotní pacienti si za některé výkony sami připlácejí, tyto náklady jim mohou být částečně navraceny od jejich pojišťovny. (RODWIN, 2003) Ve Velké Británii je také zaveden systém zákonného pojištění spolu se soukromým připojištěním. (LIGHT, 2003) Dánské zdravotní pojištění není zákonné, ale zdravotně pojištění jsou všichni obyvatelé, tento systém je hrazen z daní. (ANGLOINFO, 2014) Veliký rozdíl je možné spatřovat už jen v počtu pojišťoven (pokladen v případě Německa), kterých je mnohonásobně více než například v Dánsku a České republice. Dalším aspektem

formulujícím sociální politiky je i samostatné vnímání vlastní odpovědnosti občanů samých za sebe. Němečtí a britští občané byli od začátku vedeni k takovému zodpovědnosti. Tento společenský vliv je pak méně patrný ve Francii a nejslabší v Dánsku, kde se většina obyvatel spoléhala v případě nepříznivé životní a sociální situace především na zajištění státem. V jednotlivých státech se také rozdílnými mírami vyvíjí soukromé pojištění, resp. připojištění. V Německu je tento stupeň celkem zavedený a rozsáhlý, stejně tak jako ve Velké Británii. Dle autorky v tom mimo jiné hraje také roli právě sebezodpovědné jednání občanů. V Dánsku a Francii je nicméně systém zaveden také na dobré úrovni, ale třeba v Dánsku se lidé stále ještě (především starší populace) spoléhají více na pomoc státu. Proto zde také systém připojištění stojí ve stínu téměř všeobjímajícího státního.

4.1 Modely sociální politiky zemí

V následující kapitole je přistoupeno k charakteristice jednotlivých typů modelů prostřednictvím aplikace na uvedené příklady zemí z kapitoly jedna. V první části práce byly k základním modelům přiřazeni typičtí zástupci a v kapitole 3 budou tito podrobněji specifikováni.

4.1.1 Německo

Německý model vychází z **Bismarckova systému** povinného sociálního pojištění a sociálního zabezpečení. Na těchto základech bylo možné vybudovat vcelku štědrý sociální systém obsahující a rozvíjející různé druhy sociálních služeb. (MUNKOVÁ, 2005) Povinnosti státu jsou plněny především formou dávek, které byly původně financovány místními samosprávami a později z celkových spolkových zdrojů.

Sociální péče v Německu měla ze samých začátků podobu snah v pojetí **subsidiarity** obnovit roli žen jako pečovatelek a opatrovnic, tuto péči deprofesionalizovat a spojit s jistou dávkou svépomoci. Část práce vykonávaná profesionálními pracovníky v organizacích poskytujících služby by se měla dát převést na členy rodiny. Osobní sociální služby jsou v Německu poskytovány odborně kvalifikovanými placenými zaměstnanci a dobrovolníky. Tato forma subsidiarity v Německém systému péče má poté dva důsledky. Prvním je uvedení velkého počtu dobrovolníků do organizací sociální péče bez odborného školení, což péči o potřebné přibližuje blíže k rodinám. Za

druhý důsledek je poté považován fakt dominantního postavení církevních organizací v pomoci institucionalizace upjatých a konzervativních představ o závazcích a povinnostech. Prvořadým útočištěm osoby v nouzi, nemohoucího, by měl být jeho domov. Zde se již objevovaly úvahy o tom, že by stát ženám, které se v domácnosti starají o osobu využívající sociální služby, začal poskytovat příspěvky. Stát tak touto cestou odrazoval jednu skupinu účastníků pracovního trhu (a to především ženy) formou **dostatečné kompenzace**.

V oblasti sociálních služeb je systém postaven na významném působení nestátních poskytovatelů služeb a sociálním pojištění. Systém sociálního pojištění je dodnes nejsilnější složkou ochrany občanů. Pojištění je na rozdíl u ČR také využíváno v oblasti sociální péče, a to jako významný prvek při řešení problematiky financování sociálních služeb, na něž neustále rostou nároky nejenom v Německu. Významnými faktory rostoucích požadavků na zvyšující se zdroje financování jsou i zde demografický vývoj obyvatelstva a nárůst podílu seniorů na celkovém počtu obyvatel země.

Systém sociálního pojištění je v Německu postaven na struktuře důchodového pojištění, zdravotního pojištění, pojištění pro případ nezaměstnanosti, úrazovém pojištění a pojištění na péči. Jednotlivá pojištění jsou realizována pojišťovnami. Pro pojištění byl jako základním dokumentem stanoven spolkový **Sociální zákoník** (Sozialgesetzbuch), který spolu s dalšími vládními normami na něj navazujícími určuje typické schéma celkového sociálního zabezpečení Německa. Sociální zákoník má celkem 12 knih. (KLOUDA, 2012)

Plošná sociální politika Německa je v dnešní době realizována prostřednictvím mnoha sociálních programů. Sociální programy mají jako základní prvek klasické sociální pojištění, které se týká hlavní skupiny obyvatel, a to zaměstnanců. To zahrnuje základní čtyři oblasti (důchody, nemoc, úraz a případy nezaměstnanosti). (MUNKOVÁ, 2005) Obyvatelé, kteří nejsou v pracovním poměru, jsou zajištěni doplňkovými programy sociální pomoci či formou dostupného připojištění, které je státem podporováno. Hlavními druhy sociálního připojištění jsou připojištění životní a nemocenské, na které stát umožňuje občanům uplatnit si jisté daňové úlevy.

V roli hlavních subjektů v rámci sociálního pojištění v Německu si stojí zdravotní pojišťovny, tzv. **nemocniční fondy** (Krankenkassen). Fondy proplácují poskytovanou péči, vyjednávají za své pojištěnce výši úhrady, standardy, rozsah a kvalitu poskytovaných služeb. (GKV, 2014) V roce 2014 bylo těchto fondů registrováno

v Německu 132. Ještě v roce 2009 to bylo 202, například v roce 2000 zde působilo celých 420 fondů. Jejich počet se neustále snižuje. Hlavním důvodem jsou plánované fúze pro dosažení lepší dynamiky v tomto oboru. Mimo zákonného pojištění je v Německu rozvinutý i sektor soukromého pojištění. Za tímto účelem vznikl Svaz soukromých nemocničních pokladen, který nyní sdružuje kolem 42 pravidelných členů a 7 členů přidružených. (PKV, 2014) Soukromé pojištění se týká občanů, kteří z nějakého důvodu nespádají do státního systému pojištění. Pojištěnec například dosahuje mzdy vyšší než je stanovená hranice pro aktuální rok, je osobou samostatně výdělečně činnou, pracuje ve sféře svobodných povolání, je studentem či ženou v domácnosti. Z předešlého vyplývá, že zákonné sociální pojištění se týká především zaměstnanců, kde část pojištění odvádí zaměstnavatel a část zaměstnanec.

4.1.2 Francie

Sociální oblast je ve Francii charakterizovaná smíšenou strukturou – **vzájemnostním modelem sociálního státu**. Základními oblastmi v sociální péči jsou bezesporu senioři a oblast zdraví, avšak Francie je význačná také velmi dobrou podporou dětí a rodin. Hlavní oblastí zájmu je zapojení neziskového sektoru, a to i přes dlouhotrvající vládu veřejného státního sektoru. Sociální sektor tvořil ve Francii v roce 2002 celkem 42 % celkových výdajů a bylo zde zaměstnáno z celkové populace zaměstnaných cca 47 %.

Nyní je sociální sektor více cílenějším na konkrétního uživatele a podíl státu na financování osobních sociálních služeb vykazuje dle ARCHAMBAULTOVÉ postupný pokles. Rozdělení pravomocí v oblasti sociální politiky je soustředěno na ústřední cíle sociální politiky, které mají plnit hlavní funkce sloužící ke krytí rizik prostřednictvím povinného pojištění, dále přerozdělování prostředků mezi skupiny obyvatel a regulaci celého systému. Na místní úrovni jsou veškeré akce svěřeny do pravomoci obcím, které tak mohou individuálně přizpůsobovat své politiky zjištěným nedostatům a poskytovat služby doplňkové k národní pomoci. S ohledem na rozpočtovou krizi týkající se financování oblasti sociálních služeb vzniká ve Francii spolupráce (partnership) vládních a místních organizací s neziskovými institucemi (ve Francii označovanými také jako sdružení) a společně plní některé cíle sociální politiky a politiky zaměstnanosti. (ASSEMBLÉE, 2014) Obecně vychází systém ze čtyř úrovní státní správy a to celostátní – **národní**, na úrovni **regionů, oblastí (département)** a **obecní (communes)**. Stát vykonává hlavní dohled nad oblastmi zdravotními. Za sociální pomoc

zodpovídá na národní úrovni Ministerstvo solidarity, zdraví a sociální ochrany, které koordinuje činnost regionálních a oblastních ředitelství.

Váha a důležitost státního rozpočtu a narůstající role místních veřejných orgánů při zajišťování a financování služeb je v kontrastu s čím dál tím více rostoucí vahou neziskových organizací, které fungují spolu s veřejnými orgány ve vzájemné silné symbióze. Lze proto i dle autorky upozornit na dva aspekty této vzájemné spolupráce státního a neziskového sektoru, a totiž na to, že kromě **ekonomické závislosti** obou sektorů mezi sebou navzájem zde může docházet i k silnému **tlaku politickému**, kterýžto se i z historie neprojevil jako tlak podporující uživatele sociálních služeb, ale spíše jako část lobbystických volebních snah vládní sféry.

Tradičními oblastmi poskytování sociálních služeb jsou služby pro:

- seniory,
- osoby se zdravotním postižením,
- nezaměstnané,
- děti a dospělí v ohrožení,
- rodiny,
- boj s chudobou a sociálním vyloučením.

Do činností pro oblast rodiny spadají dle zákoníku **CdI'S** služby rodinných sdružení, sociální rodiny, vzdělávání a rodinné poradenství, dětské domovy a další ústavní zařízení pro děti, dále sociální asistence v rodinách, orgány opatrovnictví a základní poradenství. Tento zákoník upravuje například i zařízení jako jsou školky či jesle. Pro oblast seniorů jsou zákoníkem upravovány činnosti domácí péče, příspěvek na samostatnost (APA), poradenství, domovy pro seniory, pečovatelské služby a další. Těchto základních pět polí je dále rozšířeno na celkově znevýhodněné a vyloučené občany pocházející z menšin, imigranty, drogově závislé a neseniory (non-elderly), kteří potřebují využívat služeb domácí péče.

U této uvažované země je nutno poukázat na problematiku nejednotnosti terminologie sociálních služeb.

V ryze českém pojetí jsou služby přímo nadefinované dle zákona č. 108 / 2006 Sb., o sociálních službách, tj. sociální služba je činnost pomáhající občanům k sociálnímu začlenění a zmírnění sociálního vyloučení. (ZÁKON č. 108/2006)

Ve francouzském pojetí je tento termín chápán v mnohem širším hledisku a komplexněji než v ČR. Sociální služby se tak dají spíše než jako konkrétní služby, nazývají **sociálními činnostmi** (action sociale) spadajícími do mnoha oblastí, především jsou součástí jak sociální, tak zdravotní péče. Stejně tak německé a anglické pojetí sociálních služeb nezahrnují ryze vymezené služby s konkrétními náplněmi, ale vlévají se do širokých oblastí péče. V Anglii hraje roli odborné pojetí zdravotně sociálních služeb se zaměřením na specializaci. Německé pojetí sociálních služeb je tomu českému zřejmě nejbližší, neboť česká legislativa se v jistých prvcích inspirovala právě v té německé. Primárním činitelem v sociální oblasti je sociální pomoc a za ní stojí sociální činnosti, které jsou dle právního vymezení buď zákonné, nebo dobrovolné. Podle zákoníku sociální činnosti a rodin spadají do povinných činností služby, jako jsou sociální pomoc rodinám, dětem, důchodcům, handicapovaným a další. Nepovinné činnosti jsou ve správách jednotlivých departementů a poskytují se většinou v podobách finančních podpor, podpory k dané činnosti nebo služeb, které jsou departementy zajišťovány. Dobrovolné činnosti tak tvoří doplňující prvek k oblastem, které stojí na pomezí sociální pomoci, ale ještě sem nespádají, například činnosti v oblasti zdraví, zaměstnání, profesního vzdělávání apod.

Celý model sociálního systému vycházel původně z Bismarkova modelu sociálního pojištění. Ve Francii tvoří zastřešující prvek sociálního zabezpečení a zdravotnictví tzv. spolky (mutuelle), které mají v zemi dlouhou tradici. Členové těchto spolků mohou čerpat mnohé výhody. (KOCÁNKOVÁ, 2008) Další tradiční institucí péče byla ve Francii veřejná asistence (assistance publique), poskytovaná především církevními organizacemi a následně i obcemi.

K jedné z zmíněných čtyř úrovněvých systémů sociální ochrany existuje také doplňkový režim poskytující dodatečné krytí rizik, která nejsou pojata systémem sociálního zabezpečení. Některé části mohou být povinné a jiné dobrovolně volitelné. (VIE, 2014) Předposlední zmínka je věnována tzv. UNEDIC, představující Národní unii pro zaměstnanost v průmyslu a obchodu, která spravuje systém pojištění v nezaměstnanosti. Poslední oblastí je sociální pomoc, která zde představuje v rámci státu podporu nejchudším v úrovni národní, regionální, departementální a obecní.

4.1.3 Velká Británie

Velká Británie patří ke světovým leadrům reagujícím na proměnlivé projevy hospodářského pokroku. Britský sociální systém byl již výše nadefinován jako systém, který klade veliký důraz na participaci jedince na trhu práce a z toho odvozenou sociální ochranu. Stát se snaží vykompenzovat následky sociálních událostí spíše, než se zaměřovat na jejich prevenci. (AKSAMÍT, MASAROVICHOVÁ, 2007)

Vliv ideologie a politiky na samotné koncipování sociálního státu a systému v zemi není bohužel záležitostí dní minulých. V současnosti, době plné reform, především těch sociálních, se stávají tato témata hlavními styčnými body volebních kampaní i volebních programů jednotlivých stran. Toto se samozřejmě netýká jen Británie. (GEORGE, WILDING, 1994)

Britský model politického a ideologického zaměření sociální pomoci se od toho českého poměrně výrazně liší.

Dlouhou dobu byla jediným systémem sociální péče **Národní péče** (National Assistance), která podporovala testovací dávkový systém. Tento systém byl vnímán spíše jako stigmatizující než podporující.

Ve Spojeném království se po reformách sociální správy přistoupilo ke sjednocení jednotlivých skupin sociální péče. Oddělení zdravotní péče – zodpovědné za různé aspekty sociální péče, sociálních oddělení – patřící k ústavní péči a pomoci starým a handicapovaným a oddělení péče o děti se sloučila do oddělení sociální práce ve Skotsku, v Anglii pak do oddělení sociálních služeb. (KOLDINSKÁ, 2004) Subjekty poskytující sociální služby mezi sebou začaly soutěžit na quasi markets, což vneslo do poskytování služeb větší orientaci na ekonomické aspekty. Došlo tak k vydělení kompetencí k přiznávání a dále k poskytování sociálních služeb. Dle názorů autorky bylo takovéto vymezení přínosné pro samotný systém především z toho důvodu, že dalo **vzniknout mnoha sociálním službám s jasně nadefinovanými kompetencemi**. S ohledem na efektivní řízení jakékoli organizace je vždy nutné mít jasně specifikované odpovědnosti a kompetence.

Vzniklé oddělení sociální péče jasně analyzují a samy vytvářejí plány pro poskytování a vedení služeb. Dle těchto analýz a připravených plánů pak oddělení uzavírají o poskytování služeb smlouvy s poskytovateli. (KOLDINSKÁ, 2004) V rámci oddělení sociálních služeb byla zavedena pozice „care managera“. Ti nesou odpovědnost za

rozdělování zdrojů a stanovování priorit v aktuálních tématech. Oddělení sociálních služeb jsou hlavním orgánem rozhodujícím o službách a koordinujícím tento sektor. Dle SPICKERA je však možné v současné době vyzorovat určitou míru chaosu, dezorientace a demoralizace tohoto sektoru.

Hlavními oblastmi sociální péče, kam spadají i sociální služby, jsou služby pro **dospělé a seniory, děti a pracovní síly**. V oblasti péče o děti jsou pak poskytovány sociální služby jako prevence rodinné podpory a ochrany dětí, denní centra pro děti, centra pro trávení volného času, ale i ubytovací zařízení a instituce podporující zařazení dospívajících do společnosti. Pro dospělé jsou poskytovány služby starším lidem, občanům s psychickými problémy, osobám s tělesným a jiným postižením, centra pro osoby s návykem k alkoholu či jiným opojným látkám, krizová centra pomoci, pomoc bezdomovcům, azylové domy, prevence zneužívání a domácího násilí a další. Pracovní síly jsou pak služby pro ty, kteří pracují v oblasti sociální péče.

Klientům sociálních služeb se vymezuje v jednotlivých právních úpravách jejich samostatné místo a postavení. Klient může zaujímat v systému celkem tři možné úrovně postavení. Může být poskytovatelem vnímán jako **klient**, dalším postavením je **zákazník** a v neposlední řadě může být vnímán jako **spotřebitel**. (GEORGE, TAYLOR-GOODY, 1996) Klienti sociálních služeb nemají téměř žádnou pravomoc v rozhodování o konkrétní podobě své služby, toto rozhodnutí je zcela na rozhodnutí poskytovatele. Tento systém, kdy je uživatel považován za klienta, je v praktické formě využíván v ČR. Spotřebitel má na druhé straně velikou možnost výběru typu a formy poskytování služby. Mezi těmito dvěma extrémy stojí prostřední postavení zákazníka. Zákazník sociálních služeb si může volit z jednotlivých předkládaných nabídek různých poskytovatelů.

Ze zpracovávaných a dostupných zdrojů se jeví UK spíše jako země, ve které má uživatel sociálních služeb postavení zákazníka. Občan dostal dostatek prostředků na to, aby si sám zvolil službu a způsob jejího poskytování, i když v některých případech není toto financování dostatečné.

V sociálních službách pracuje přes 1,5 milionu lidí. Odhaduje se, že až dvě třetiny pracovní síly jsou zaměstnanci některých z 25 000 zaměstnavatelů v soukromém i neziskovém sektoru ve službách. Zbýlá pracovní síla je ve státních institucích, především ve zmíněných radách. Pracovníci v sociálních službách často pracují ve

spolupráci s mnoha odborníky z jiných profesí. Vzájemná spolupráce byla nastavena také díky zavedení Standardů péče a značky kvality do poskytování sociálních služeb.

V dílčím závěru k popisu systému sociální péče ve Velké Británii je nutno vyzdvihnout fakt, že díky reformám této oblasti došlo ke sjednocení oddělení zdravotní péče (kam spadají i aspekty péče sociální), sociálních oddělení (od ústavní péče po pomoc starším a postiženým občanům) a oddělení péče o děti do oddělení práce ve Skotsku a do oddělení sociálních služeb v Anglii a Walesu. Sociální služby jsou rozvrstveny v průmětu do všech tří oblastí, nemají tedy, jako v ČR, vlastní právní separaci a oddělené vymezení. Došlo tak k profesionalizaci celé sociální práce. Berou se v úvahu při poskytování služeb všechny aspekty sociální pomoci definované v ČR a zároveň není oddělena péče zdravotní, mnohdy tolik potřebná. Vytvořením oddělení došlo k možnosti koordinace konkrétních cílů souvisejících i se zdravotními službami, což je především pro klienty v důchodovém věku prvkem posílení kvality poskytovaných služeb.

Dalším prvkem přispívajícím ke zvyšování kvality a efektivnosti poskytování služeb, bylo vytvoření sociálních agentur a sociálních care managerů. Tato organizace sociální práce s sebou přinesla systém quasi-markets, což mělo přinést další kvalitativní a efektivnostní charakteristiky poskytovaných služeb. Zda je morálně či eticky pro jedince schůdné založit poskytování sociálních služeb na systému tržně fungujících a konkurenčně bojujících poskytovatelů, vzbuzuje v autorce jistý vnitřní rozpor.

4.1.4 Dánsko

Sociální systém služeb je v Dánsku postaven, více než v jiných evropských státech, na dobře dostupné široké nabídce programů pro děti a seniory. Dalším prvkem, lišícím dánský systém, je účast žen na placené práci mimo domov, která byla a je v této zemi na vysoké úrovni. Tzv. **princip univerzality** zajišťuje v tomto systému určitou standardní úroveň služeb. Důraz je kladen mimo jiné i na samostatnost místních úřadů, která vyplývá z titulu výběrčích daní a odpovědnosti lokálním komunitám. (KUNSTOVÁ, 2006) Místní orgány jsou eminentními institucemi plánujícími poskytování a financování služeb sociální péče. Kromě municipalit se na fungování systému podílejí i dobrovolnické instituce, naopak komerční sektor není v této zemi příliš rozvinutý a prakticky neexistují komerční služby, poskytované na základě tržního principu.

Poslední dobou samotný princip univerzality ztrácí na lesku, neboť se zajišťování služeb stává náročnější vzhledem k nedostatečným finančním zdrojům.

Dánsko je zemí s vysokou životní úrovní a nízkou mírou nezaměstnanosti. Vysoká kvalita a okruh veřejných služeb sociální péče je pro Dánsko charakteristická, také proto stojí v tomto směru na nejvyšších příčkách v EU. Zároveň je země dle srovnání zemí OECD řazena mezi jednu s nejvyšší mírou zdanění daní z příjmu, což umožňuje státu zabezpečovat širokou paletu sociálních služeb. V současné době má Dánsko nejvyšší daně na HDP mezi všemi členskými státy OECD, a to na úrovni 48 % v roce 2012. (OECD, 2014) Dle HANSENA lze systém sociálních služeb v Dánsku definovat přes tři základní východiska:

- široké spektrum pokrývající hlavní oblasti sociálních potřeb,
- většina služeb je poskytována veřejnými nebo veřejně financovanými institucemi,
- sociální služby jsou pouze výjimečně sponzorovány přímo, formou daňových úlev (z pohledu fyzických a právnických osob není tento prvek příliš výhodný).

V rámci modernizace systémů dochází k větší snaze zainteresovat a začlenit síť občanů do systému sociální péče, tj. vyskytují se zde snahy o rozvoj nevládního sektoru a nových sociálních pokusů. Vysoká úroveň poskytování služeb je možná dle Hansena vysvětlit zvyšujícím se podílem účasti žen na trhu práce. Tento sociální trend by bylo možné připisovat změněnému postoji k manželství a rodičovství v průběhu posledních 30 let. S tím souvisí i vysoká míra rozvodovosti a nárůst počtu společně žijících nesezdaných párů, spolu se současným trendem nízké míry porodnosti.

Poskytované okruhy sociálních služeb v Dánsku jsou:

- dětem a mládeži,
- těžce nemocným a starým lidem,
- bezdomovcům,
- zdravotně postiženým,
- toxikomanům,
- imigrantům a uprchlíkům.

Typy poskytovaných služeb jsou například, jde-li o děti – poradenství, náhradní rodinná péče, ústavní péče, jako jsou domovy mládeže, centra pro denní péči, a předškolní zařízení (jesle, mateřské školy a další). Důraz je kladen na služby poskytované seniorům, dětem a lidem s handicapem. Služby poskytované těžce nemocným

a seniorům jsou orientovány na stálou pomoc ve snaze poskytovat tuto službu přímo v domově klienta. Tyto služby jsou zajišťovány z důvodu podpory a zlepšení činností souvisejících s běžnou domácí prací a zabezpečením osobních potřeb.

V ČR jsou jednotlivé typy služeb děleny do tří oblastí – **sociální poradenství, služby sociální péče a sociální prevence**. Do sociálního poradenství je možno začlenit konzultační a poradní služby pro rodiny, osoby závislé na návykových látkách a další. Do služeb sociální péče pak například osobní asistenci, pečovatelskou službu, podporou samostatného bydlení, domovy pro seniory, chráněné bydlení, denní a týdenní stacionáře a další. Do služeb sociální prevence patří služby rané péče, krizová pomoc, azylové domy, noclehárny, intervenční centra, terapeutické komunity a další. Tedy služby jsou vymezené spíše podle funkce než oblastí, na kterou jsou zaměřeny jako v případě Dánska. (KAHOVCOVÁ, 2012)

V oblasti péče o seniory vznikly v Dánsku od devadesátých let speciální domovy pro seniory se samostatnými bytovými jednotkami. V těchto domovech je poskytována zároveň zdravotní péče a sociální služby. Klient nemusí za službou cestovat či čekat, kdy při jejím plnění přijde na řadu. Tato zařízení zřizují zpravidla obce a zahrnují jak denní, tak i noční péči. (BRUTHANSOVÁ, 2001) Mimo domovy pro seniory existují také integrovaná centra pro staré lidi. V těchto centrech je pro klienty zřizováno stravování, donáška jídla, úklidové služby, osobní asistence a bezplatná ošetrovatelská péče. Některé služby v těchto centrech jsou zajišťovány bez poplatku, dané služby hradí obec. Pro uživatele s výrazně zhoršeným zdravotním stavem, který vyžaduje celodenní péči a asistenci, jsou mnohdy zakládány domovy s denní péčí.

Služby určené bezdomovcům jsou nabízeny jak státními, tak soukromými institucemi s ohledem na aktuální potřeby. Uživatelé mají možnost za malý poplatek, který může být v některých případech prominut, přespávat v zařízení po určitou dobu. Konkrétní podoby zařízení jsou noclehárny, kontaktní centra a útulky, které mimo přespání a jídla poskytují také poradenství. Jedná-li se o potřebu delší pomoci, pak se mohou lidé bez domova obracet na chráněné ubytovny, ve kterých jsou odborníci připraveni poradit klientům, jak se co nejlépe znovu začlenit do společnosti. (KUNSTOVÁ, 2006) Další skupinou uživatelů jsou osoby užívající návykové látky. Ti mají možnost požádat

o služby u místního sociálního a zdravotního správního orgánu, kde jim je nabídnuta péče v léčebném centru či základní a praktické poradenství a pomoc.

Pokud jde o dlouhodobou péči, pak na ni mají nárok všichni občané s pobytem v Dánsku, jestliže nemohou samostatně vykonávat osobní a praktické činnosti. Mají nárok na vlastní osobní a praktickou pomoc, která jim umožní co nejdéle vytrvat v domácí péči v prostředí svého domova a předejít ztrátě fyzických a duševních schopností. Dlouhodobou péčí v Dánsku je zajištěna osobní hygiena a pomoc v domácnosti či asistence. Místní úřady mohou také zajišťovat klientům dočasný pobyt ve zdravotnickém zařízení nebo pečovatelském domě. (EK, 2012) Na dlouhodobou péči nejsou poskytovány však žádné speciální příspěvky a dávky jsou spíše deinstruovány z ostatních oblastí sociálního zabezpečení.

4.1.5 Komparace sociální politiky

Základní rozdíly mezi analyzovanými zeměmi spočívají **v odlišných přístupech k sociální politice**, Ty vyplývají především z rozdílného vývoje daných zemí. Rozdíly lze **dle autorky nejvíce spatřovat v pojetí povinnosti postarat se o příbuzné v hmotné nouzi**, na tuto povinnost je kladen veliký důraz právě v Německu a Dánsku. Další odlišnosti se nacházejí v rozdílném pojetí povinného zdravotního pojištění vztahujícího se na populaci. Proti zemím, kde se toto pojištění bez výjimky váže na veškeré obyvatelstvo (příkladem je Česká republika) stojí země, jako je například Německo, kde se z této povinnosti odkloňují obyvatelé s vysokými příjmy a osoby samostatně výdělečně činné.

Tabulka č. 9: Komparace modelů sociálního systému zemí

	Německo	Francie	Velká Británie	Dánsko
Model	Korporativní / Bismarckovský	Vzájemnostní / Smíšený	Anglosaský / Reziduální	Univerzální / Skandinávský
Zodpovědný orgán	Stát + rodina + jednotlivec + zaměstnavatel	Stát + rodina + jednotlivec	Jednotlivec	Stát
Financování systému	Povinné pojištění + soukromé pojištění	Povinné + soukromé pojištění	Soukromé pojištění + v malé míře z daní	Z daní
Kdo je příjemcem	Nárok na všechny dávky systému, nejvíce lidé s dobrým pracovním příjmem (testované dávky)	Dávkově nárokovatelný systém, odlišeno dle testování příjmů	Pouze ti nejpotřebnější	V podstatě každý, kdo má nárok
Kdo čerpá nejvíce výhod	Zaměstnanci	Zaměstnanci	Lidi s vyššími příjmy	Lidi s nízkými příjmy a nestabilním pracovním zařazením na trhu práce
Stupeň přerozdělování	Střední	Střední	Malý	Velký

Zdroj: vlastní zpracování, 2014

Další rozdíly je možné sledovat v pojetí zodpovědnosti za sociálně slabé vrstvy obyvatel v zemi. Dánský systém je bez výjimky jediný, kde na sebe téměř veškerou odpovědnost bere stát. V Anglii je stát pouze garantem určité minimální péče, nese tedy minimální odpovědnost. Obyvatelé jsou za své zajištění odpovědní nejvíce ze sledovaných zemí. V Německu hraje stát důležitou roli jako odpovědný subjekt za povinné pojištění a s tímto související systém. Aktéry v systému sociálních služeb jsou zde spíše nestátní, církevní subjekty s podporou veřejných orgánů. Odpovědnost za sociální péči se zde proto dělí mezi stát, soukromé subjekty a jedince. Francie je, co se týká odpovědnosti za systém, velmi podobná Německému pojetí. Státní orgány hrají velice důležitou roli (hlavně v oblasti péče o rodinu a děti) s tím, že postupně dochází k decentralizaci odpovědnosti na jednotlivé departementy a obce.

Rozvíjející se oblast soukromého pojištění v rámci nutnosti zaopatřit se na svoji sociální péči sám, se ve všech sledovaných státech vyvíjí přibližně stejným tempem. Hodně rozvinutý sektor soukromého pojištění a připojištění je v Německu a Anglii. V Dánsku se tento systém také vyvíjí, ale jeho nutnost s ohledem na hlavní zabezpečení státem postrádá naléhavost jako v jiných státech. Toto se dle názoru autorky, s ohledem na měnící se demografické složení obyvatel, kdy převážnou část obyvatelstva budou zastupovat hlavně senioři a lidé potřebující využívat systému sociální pomoci, bude v budoucnu rapidně vyvíjet a měnit.

Jednotícím srovnávacím hlediskem se z provedené analýzy systému poskytování sociální péče a služeb jeví **princip národní solidarity**. I když v Anglii je méně patrný, i zde je v jistých jádrech péče zaveden. Srovnávací přehled se zaměřením na hlavní oblasti systému sociální pomoci a poskytování sociálních služeb byl zpracován do tabulky číslo 9.

4.2 Současná úprava systémů

4.2.1 Německo

Německý sociální systém je upravován v Sociálním zákoníku, který obsahuje 12 knih a je doplňován dalšími samostatně stojícími předpisy. Systém sociálního zabezpečení je ustanoven v **XII. knize sociálního zákoníku** (Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe). Tento zákon nabyl platnosti rokem 2005 v průběhu sociální reformy a jeho základní myšlenkou bylo posílení občanské odpovědnosti za sebe sama, dále

upřednostňovat péči ambulantní před péčí stacionární. V této XII. knize je upravena sociální pomoc a péče, na které se nevztahuje obligatorní pojištění na péči, jako existenční minimum, pomoc ve stáří či zabezpečení cizinců. Nejedná se zatím ještě o přímé sociální služby. Sociální služby jako takové v pojetí německé legislativy řeší **XI.** kniha sociálního zákoníku **o pojištění péče** (Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung).

V aktuální úpravě Sociálního zákoníku je pro oblast sociálních služeb, resp. forem poskytování služeb, rozlišováno mezi péčí **ambulantní, částečně stacionární** a **stacionární**. Ze zvykového charakteru péče v této zemi je kladen důraz především na první dvě formy poskytování péče. Zde se odráží prvek snahy o podporu rodiny a její soudržnosti. To ve svém důsledku také přispívá k posilování sebezodpovědnosti.

V případě, že je jedinec odkázán na dlouhodobou péči, je mu tato péče poskytována ve čtyřech oblastech podpory – výživa, mobilita, osobní péče a oblast péče poskytované v domácím prostředí.

V České republice se rozlišují následující druhy sociálních služeb:

- služby sociálního poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence

a tyto druhy služeb mohou být poskytovány následujícími formami:

- **pobytovou** (služby spojené s ubytováním v zařízeních sociální péče),
- **ambulantní** (jsou to takové služby, za kterými klient dochází nebo je doprovázen/dopravován do zařízení sociální péče, a součástí služby není ubytování),
- **terénní** (tyto služby jsou klientovi poskytovány v jemu přirozeném sociálním prostředí).

Za výkon sociálního zabezpečení jsou odpovědní (finančně i věcně) jednotlivé města a kraje. Ty mohou povinnost přenést na jiný subjekt, který s tím musí souhlasit (například církevní a charitativní organizace). Podporovat poskytovatele sociálních služeb mají statutární města a kraje, případně subjekty, na které byla tato povinnost přenesena, dále také nejvyšší orgány sociální správy. (SGB XII, 2014)

Zákonnou formou jsou v SRN upraveny a vymezeny i základní standardy kvality a požadavky péče při poskytování služeb. Tuto oblast upravuje **Zákon o kvalitě péče** (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz). Zdravotnické služby kontrolují zákonné zdravotní pojišťovny, které mají zastoupení v každé spolkové zemi a také tyto služby zřizují. Pojišťovny hlídají jak kvalitu, tak hlavně efektivitu a hospodárnost vynakládání prostředků nemocničních a pečovatelských pokladen.

4.2.2 Francie

V dnešním systému sociální ochrany patří sociální služby jak do oblasti sociální, tak do oblasti zdravotní péče. Sociální služby se vyskytují na úrovni národní, regionální, departementální a obecní. (MATOUŠEK, 2011) Právní úprava sociálních služeb vychází ze **zákona o sociálním zabezpečení** (Code de la sécurité sociale) a ze **zákona o sociální činnosti a rodině** (Code de l'action sociale et des familles). Francouzská legislativa pak upravuje výše zmíněnou definici sociální činnosti v **zákoníku sociální činnosti a rodin** z roku 2000 jako: *činnost sociální i zdravotně-sociální, která usiluje o podporu nezávislosti a ochrany občanů, o sociální kohezi, o konání občanství, takovým způsobem, aby předcházely vyloučení a jeho případným nápravám. Činnosti spočívají v kontinuálním hodnocení potřeb a očekávání členů všech sociálních skupin, zvláště pak osob fyzicky či duševně postižených, starých, zranitelných a rodin v sociální nejistotě či chudobě, a v poskytnutí peněžitých i nepeněžitých dávek těmto osobám. Je prováděna státem, územně samosprávnými celky, jimi zřizovanými veřejnými institucemi, sdruženími a zdravotně-sociálními organizacemi.* (Zákoník sociální činnosti a rodin)

Financování sociálního systému je uzákoněno v **Zákoně o financování sociálního zabezpečení** (La loi de financement de la Sécurité sociale), který vstoupil v platnost v únoru v roce 1996. Cílem tohoto předpisu byla kontrola nad sociálními výdaji a výdaji na zdraví. Zákon a jeho pozdější předpisy jsou schvalovány parlamentem, jehož úkolem je určit množství zdrojů sociálního zabezpečení, jakož i jejich následné přiřazení. (Le FIGARO, 2014)

Vznik neziskového sektoru v oblasti sociálních služeb byl ve Francii umožněn především díky zákonům a novým legislativním úpravám. Příkladem je Zákon z roku 1989 o podpoře zprostředkovatelů sdružení vytvářející pracovní místa lidem, kteří se

nachází v těžké životní situaci. Dále zákony z roku 1992 a 2004 na podporu tvorby pracovních míst v okolí sousedství, především pro rodiny s dětmi, kde si matka (většinou) nemůže dovolit zaměstnání na plný úvazek k úvazku výchovy dětí. Další důležitou legislativní myšlenkou bylo ustanovení zákona o právech osob se zdravotním postižením v roce 2005.

Další právní úpravy jsou děleny dle oblastí sociální pomoci. Pro oblast handicapovaných platí zákon z února 2005 **o rovném přístupu k právům, příležitostem a participaci těchto osob**. Přispěl ke změnám v této oblasti a změnám ve škále jim poskytovaných služeb. Právním občana je v první řadě kompenzovat svůj handicap ve svém okolí. K tomuto jsou mu poskytovány kompenzační dávky a náhrady vymezené v hlavě III. zákona 102, kryjící základní lidské potřeby a další nutné výdaje. Dále jsou handicapovaným občanům a dětem přiznávána práva (školní docházka v nejbližším zařízení postiženého dítěte a další) vymezené v Hlavě IV. zákona. Dalšími základními právy postižených je samozřejmě umožnění volného vstupu do veřejných budov a prostředků hromadné dopravy. Mimo základní práva jsou zde nadefinovány i povinnosti okolí, jako například povinnost zaměstnavatele zaměstnat určité minimální procento handicapovaných v podnicích s počtem zaměstnanců převyšující stanovenou hranici. A také podmínky sankcionovatelnosti v opačném případě. (Loi n°2005-102, 2012) Hlava II. tohoto zákona zmiňuje nutnost prevence, výzkumu a přístupu k péči těchto osob. Co se sociálních služeb pro handicapované týče, je významná pátá hlava tohoto zákona, kde jsou vymezeny departementní domy pro postižené občany (MDPH). Tyto domy představují místa, ve kterých je možno vyřídit si veškeré administrativní úkony. Tyto domy jsou tvořeny zvlášť pro každý departement, kde tvoří informační, doprovodnou a poradenskou bázi služeb pro handicapované.

Pro oblast pomoci dětem jsou vytvářeny v zemi soubory dávek a služeb. Pomoc dětem je základním komponentem sociální pomoci. I služby dětem jsou rozlišovány zákoníkem na služby v místě bydliště a služby v umístěném zařízení. Oblast dětí spadá do činnosti jednotlivých departementů, které jednotlivě provádí vlastní politiku ochrany dětí a poskytování služeb dětem a rodinám. Činnost departementů je přesně definována v Hlavě II. Zákoníku sociální činnosti a rodiny ve článku L 221-1. (Code de l'action social et des familles) Výčetem je možno zmínit podporu materiální, vzdělávací a psychologickou rodinám potýkajícím se s problémy ohrožující zdraví, bezpečnost a mravní výchovu dětí. Dále pořádáním preventivních kolektivních akcí snižovat rizika

sociálně nepřizpůsobivých a další. Díky přesně vymezeným povinnostem a právům jednotlivých departementů, mohou departementy efektivně plánovat a cílovat v této oblasti.

Pro seniory jsou sociální činnosti upravovány zákoníkem sociálních činností a rodiny. Senioři jsou rozlišováni na mladší a starší skupiny seniorů. Mladší senioři jsou ve většině případů schopni nadále fungovat v místě svého bydliště, mohou částečně uspokojovat vlastní potřeby a zapojovat se do společenského života. Faktem je, že někteří se dostávají do nepříznivých sociálních situací, a je proto nutné je podpořit (nedostatečný seniorský důchod). Starší senioři jsou také schopni zůstat v místě svého bydliště a postarat se o své potřeby, kategoricky odmítají umístění v ústavní péči. Tito senioři jsou velice často příjemci domácí péče či služeb poskytovaných v místě bydliště občana. Tyto služby jsou v kompetenci departementů, které se tak podílejí na financování či zajištění naturální kompenzace daných potřeb. Seniorům je poskytována dávka na pokrytí výdajů souvisejících s vlastní autonomií. Dávka se jmenuje **Příspěvek na vlastní autonomii** či nezávislost (L' allocation personnalisée d' autonomie) dále jako APA. Výše příspěvku APA závisí na rychlosti postupující závislosti občana na svém okolí a pomoci druhé osoby a také na výběru zařízení a dostupných zdrojů žadatele. (VOSDROITS, 2014) Kromě maximálních výší příspěvku je stanovena i minimální výše APA, která činí 28,59 € po přezkoumání všech potřebných indikátorů na přidělení příspěvku. Pokud je částka nižší, APA se nevyplácí.

Jako všezahrnujícím legislativní deštník zde působí Zákoník sociální činnosti a rodiny (Code de l' action social et des familles), který ve svých jednotlivých částech odkazuje na výše vytyčené oblasti a základní charakteristiky zkoumané problematiky. V části II. pak vymezuje jednotlivé hlavy (děti, handicapovaní, senioři, či osoby nečerpající dávky všeobecného zdravotního pojištění). Stejně jako v ČR jsou ve Francii upravovány i oblasti, jako jsou sociální pracovníci, zařízení a kvalita poskytovaných služeb, jen s tím rozdílem, že se této problematice věnují jednotlivé legislativní normy zvlášť s propojenými odkazy. Například právě oblast vymezení povinností a požadavků na sociální pracovníky je upravována samostatným zákonem č. 98-657 z července roku 1998, o zaměření vztahujícím se na boj proti sociálnímu vyloučení. (LOI n°98-657, 2000)

4.2.3 Velká Británie

Spojené království je sjednoceným státem, kde centrální část vlády v podstatě řídí většinu vládních aktivit. Nicméně struktura služeb se v mnoha ohledech liší dle samotných částí země, hlavně Skotska, Walesu a Severního Irska. Každá oblast má vlastní Ministerstvo a administrativní oddělení centrální vlády. Zákony, které platí v Severním Irsku a Skotsku, jsou odlišné od těch platných v Anglii a Walesu. Skotský parlament tak může mít více vlivu než Waleský parlament. (SPICKER, 2002) Skotský parlament zastupuje také úlohu veřejně poskytovaných služeb v zemi. Správní struktura v Severním Irsku se také výrazně liší. Osobní sociální služby jsou zde v kompetenci Health Board, otázky bydlení spadají pod činnost exekutivy Severního Irska pro oblast bydlení. Takže i sociální služby různého charakteru jsou ve Velké Británii upravovány a členěny do mnoha struktur, proto není jednoduché vymezit jednodušou právní úpravu. Autorka práce se zaměřila na legislativní ustanovení pro sociální služby a související péče v Anglii.

V Anglii je systém sociální péče upravován následujícími ustanoveními:

Zákon o standardech péče CSA / 2000. Je zákonem Parlamentu Spojeného království, který tímto zajišťuje správu a fungování různých typů institutů péče, včetně dětských domovů, nezávislých nemocnic, pečovatelských domovů a domovů zřizovaných pro rezidenční péči.

Zákon o zdravotní a sociální péči z roku 2008 (The Health and Social Care Act). Zákon je zaměřen na poskytování zdravotní a sociální péče pacientům s důvěrou v NHS.

V roce 1990 vstoupily v platnost **Zákon o národních zdravotních službách** a **Zákon o komunitní péči**, které se podílely na změně rolí oddělení sociálních služeb místní správy od převážně přímých poskytovatelů k úřadu umožňujícímu zprostředkování služby. Dochází tak k směřování ke smíšené ekonomice sociální péče. Cílem je oddělit organizační management poskytování sociálních služeb od plánovacích a nakupovacích činností, spolu s tzv. regulátory kvality.

Aktuální právní úpravy sociálního zabezpečení ve Velké Británii řadí oblast sociálních služeb pod působnost **zákona o příspěvcích a dávkách sociálního zabezpečení platícího od roku 1992 (Social Security Contributions and Benefits Act)**. Konkrétní právní úprava sociálních služeb tímto zákonem bude rozebrána v následující kapitole.

Zákon o příspěvcích a dávkách ze sociálního zabezpečení upravuje dávky a služby pro ty, kdo péči opravdu potřebují, ale také pro ty, kteří o potřebné sami pečují. Tento systém je plně financován ze státního rozpočtu. Péče o starší občany a děti, včetně těchto skupinám určeným sociálním službám, je v kompetenci místních veřejných samospráv a je také profinancována z veřejného rozpočtu. Místní samosprávy poskytují služby od domácí péče, roznášky jídel, pomůcek až po služby denních stacionářů. V rámci zavedeného systému quasi-markets poskytují také sociální služby nestátní organizace pod státním dohledem.

Také oblast sociálních pracovníků je v Británii jednou z regulovaných. Podle Zákona o standardech péče z roku 2000 musí být všichni pracovníci u registrovaného poskytovatele sociálních služeb kvalifikováni nebo musejí být sami podle tohoto zákona registrováni. Tyto regulující normy jsou stanoveny pro každou oblast zvlášť. Ve Walesu, Skotsku a Severním Irsku jsou sociální pečovatelé povinni zajistit, aby se jejich konání řídilo dle pravidel a standardů Rady péče dané země a dodržovali zásady dobré praxe. V zemi jsou k dispozici celkem čtyři regulátory sociální péče pro Anglii, Wales, Severní Irsko a Skotsko. Pro sociální práci bylo ve Velké Británii stanoveno tzv. Memorandum čtyř domovských zemí, které je složeno z Rady pro zdraví a péči (HCPC), Rady sociální péče ve Walesu a Severním Irsku (NISCC), a skotské Rady pro sociální služby (SSSC), které společně stanovují rámec pro pracovní vztahy v souladu s ustanoveními přijatými britskou HCPC. HCPC je zodpovědný orgán za stanovení standardů, schvalování a sledování vzdělávacích a školicích aktivit pro sociální pracovníky. Jsou stanoveny standardy způsobilosti, které jsou určující pro jejich následnou praxi. Dalšími schvalovacími a podmíněnými standardy jsou etické a morální kodexy, které hrají v péči o občany zásadní roli.

Ve Velké Británii působí dle GMC celkem 12 organizací známých jako dozorcí nad zdravotní a sociální péčí v zemi. Tyto regulátoři byli zřízeni k ochraně veřejnosti, takže pokaždé, když se občan setká s profesionálním pracovníkem v sociálních či sociálně-zdravotnických službách, které jsou poskytovány buď soukromým subjektem, nebo subjektem pod NHS, může si být jist, že se daný pracovník řídí stanovenými standardy a spadá pod kontrolu regulátorů. Všichni poskytovatelé musí být dle legislativních norem zaregistrováni také pro případnou kontrolu a přístupnost informací veřejnosti.

4.2.4 *Dánsko*

Dánská sociální problematika je do hloubky upravována právními předpisy, ale již bývá na municipalitách posouzení širě a naléhavosti sociálních potřeb a jejich právních vymezení, k zajištění efektivního zabezpečení služeb s ohledem na individuální situaci občanů a jejich potřeby v zájmu místních kritérií.

Dánské sociální služby jsou upraveny **zákonem č. 906/2005, o sociálních službách a dávkách**. Na jeho základě je tento systém otevřen pro všechny obyvatele, potřebující využívat jak dávky, tak sociální služby. Asi nejvíce využívanými službami jsou služby poskytované v domácí péči, které dle zákona souvisí nejvíce s oblastmi pomoci s osobní hygienou či domácími pracemi, rehabilitací, nákupy a doprovodnými službami. Dánsko bylo jako první označováno za zemi, která přistoupila k **deinstitucionalizaci sociálních služeb z ústavní péče na péči domácí**. Široké spektrum poskytovaných služeb je, mimo handicapované, poskytována taktéž rodinám s dětmi. Lze zde dokonce využívat možnosti domluvy mezi rodinami o pečování dítěte, zatímco jsou jeho rodiče v práci.

Problematika sociálních služeb je dále upravena v Dánsku zákonem **č. 817 / 1990, o sociální pomoci**, který se vztahuje na poskytování především peněžitých dávek, osobních služeb v prostředí vlastním uživateli a právní regulaci případné ústavní péče. Dle KUNSTOVÉ je tento zákon považován za tzv. „lex generalis“, který se svým charakterem odlišuje od ostatních více specifických sociálních zákonů (např. zákon o rodinných přídavcích, zákon o dávkách v nemoci a mateřství, zákon o sociální penzi...). Ve srovnání s nimi je pak více uzpůsobující k rozhodování v individuálních případech.

Přijaté právní předpisy jsou realizovány a prosazovány v obcích a regionech, které mají také na starosti vyplácení peněžitých dávek. Vyplácení dávek je řízené dle přesně vymezených pravidel. Dle § 37 **zákona č. 817 o sociální pomoci** má osoba, která je v tíživé sociální situaci a není schopna zabezpečit sebe a svoji rodinu, nárok na dávku. To tedy znamená, že takto potřeba musí vzniknout v důsledku určité sociální události a dávka není určena k řešení běžných problémů, plynoucích např. z nízkého příjmu. Celkové sumy přídavků jsou v souhrnu srovnatelné, zatímco jednotlivé služby se vzhledem k místním podmínkám a potřebnosti liší.

Dalším právním předpisem zabývajícím se sociálními službami je **Konsolidační zákon o sociálních službách z roku 2013**, který sjednocuje Zákon o sociálních službách

a další související právní předpisy. Tento zákon se věnuje vymezení problematiky sociálních služeb, příjemců sociálních služeb, poskytovatelů služeb a vymezení odpovědností. Dále také jmenovitě uvádí, jaké sociální služby jsou poskytovány, a určení zdrojů financování. Konsolidace kopíruje rozhodnutí dánské vlády o reformě pravidel. V sociálních službách se pak klade důraz na změnu pravidel upravujícími povolení a dohled nad rezidenčními zařízeními péče o ohrožené občany a občany se zdravotním postižením. Cílem reformy je zajistit vyšší kvalitu poskytovaných služeb v rezidenčních zařízeních, kam se řadí také pěstounskou péči, ubytování dětí a mládeže a bytové zařízení či útulky pro dospělé. V zákoně je také právně upravena spolupráce dobrovolnického sektoru se sektorem veřejným. Obecní interakce se sociálními organizacemi a sdruženími je zakotvena v § 18 zákona o sociálních službách.

Dílčí shrnutí právních úprav vybraných zemí

Tak jak se od sebe koncepčně liší jednotlivé výše popsané modely sociálního systému, tak se odlišují i konkrétní právní úpravy těchto systémů v jednotlivých zemích. Níže je uvedeno rychlé srovnání sociálních služeb vybraných zemí dle MATOUŠKA.

Tabulka č. 10: Srovnání mezi zeměmi

UKAZATEL	Německo	Francie	Velká Británie	Dánsko
<i>Škála nabízených sociálních služeb</i>	Dostačující	Seniorům nevyhovující	Malá	Vyhovující
<i>Síla veřejného sektoru</i>	Nízká	Silná	Nízká	Silná
<i>Síla soukromého sektoru</i>	Silnější	Ve stínu státního	Rostoucí	Slabší
<i>Quasi-markets</i>	Malé	Nerozvinuté	Velké	Nerozvinuté
<i>Zdroj financování</i>	Pojištění + dotace + úhrada klienta	Pojištění + státní rozpočet	Státní rozpočet + úhrada klienta	Státní rozpočet

Zdroj: vlastní zpracování dle MATOUŠKA 2011, 2014

Nejširší škálu nabízených sociálních služeb poskytují země se skandinávským sociálním systémem, ovšem na úkor nestátních neziskových organizací, tedy soukromého sektoru. Naopak velký vliv nestátní poskytovatelů služeb je zastoupen v korporativním modelu, kde může být financování těchto služeb zajištěno nejen státními dotacemi, ale také prostřednictvím sociálního pojištění cíleného přímo na pojištěnce, což představuje menší finanční náročnost pro státní rozpočty.

Některé problémy spojené s narůstající poptávkou po sociálních službách a rostoucí potřebou prostředků na jejich financování našly řešení v zavedení tzv. quasi-markets. To mělo zajistit nárůst efektivity a flexibility systému. Tento systém poskytuje poté mnoho výhod, ale jako hlavní nevýhoda se uvádí fakt, že je nelukrativní a méně využívané, dotované služby jsou likvidovány a jejich poskytování končí, či že je některých služeb na malém území poskytováno až příliš.

4.2.5 Komparace současného právního systému

Názorné srovnání právních úprav zemí bylo uvedeno výše v tabulce číslo deset a k tomu přidruženém komentáři. Jednotlivé legislativy zemí jsou koncepčně uspořádány velice rozdílně. Německá legislativa působí dle autorky jako souhrn uceleně. Základní předpisy, které se týkají sociálního zabezpečení, jsou přehledně rozděleny do jednotného sociálního zákoníku (Socialgesetzbuch) v členění na knihy. Konkrétní druhy sociálních služeb zde sice nejsou přesně vymezeny, jako je tomu například v české či dánské legislativě, ale to dle názoru autorky není výrazný negativní prvek. Naopak to dává možnost spontánnímu vzniku nových druhů sociálních služeb dle vyvíjející se a měnící se poptávky po službách. Stejný problém v odlišném pojetí sociálních služeb či jen jejich vymezení má i Francie. Ta chápe služby ze široka, jako sociální činnosti pojímající zdravotnictví, sociální ochranu jedinců a rodin, bydlení a zaměstnanost.

Odpovědnost za právní rámce sledované oblasti je v každé zemi různá. Jako je například v České republice zodpovědné Ministerstvo práce a sociálních věcí za veškerou legislativu platnou pro oblast sociálních služeb, není už toto jednoznačné vymezení platné pro ostatní země. V Německu je jasně daný jednotný právní rámec, ovšem s možnými zásahy či úpravami dle dalších poskytovatelů služeb. Ve Velké Británii je právní ukotvení služeb o to složitější, že je zde členění země na Anglii,

Wales, Skotsko a Severní Irsko, kde každá oblast má vlastní odpovědné legislativně činné orgány a zákony. Ve Francii je také tato problematika složitější. Za předpisy a zákony sociální problematiky jsou odpovědné Ministerstvo práce, sociální soudržnosti a bydlení a Ministerstvo zdraví a solidarity. Pro lepší koordinaci agendy související se službami je vytvořeno ještě generální ředitelství sociální činnosti pro centralizaci oblastí. Souhrnně lze konstatovat, že **náročné legislativní vymezení mají Francie, Anglie a posléze pak Německo a Dánsko**. Dánský systém je centrálně upraven hlavními zákony, které ovšem dávají prostor pro možné přizpůsobení místním podmínkám a potřebám, což vede také k pružnosti tohoto systému. Anglické právní vymezení problematiky sociálních služeb je zaměřené na přizpůsobování probíhajících vstupů tržních mechanismů (quasi-markets) do sféry sociálních služeb a jejich místnímu určení. V Dánsku započal proces deinstitucionalizace, který je podporován i sdružováním a úpravami právních předpisů. Obecně se legislativní agendy, týkající se sociálních služeb, částečně přibližují celkovým změnám v tržním a sociálním vývoji jednotlivých zemí, což povede k vyšší flexibilitě systému a schopnosti připravit se na nastupující měnící se potřeby samotného obyvatelstva.

4.3 Poskytovatelé sociálních služeb

4.3.1 Německo

Poskytovateli sociálních služeb v SRN mohou být instituce z veřejného sektoru (spolkové země, kraje, města, obce), ale také ze soukromého sektoru. V Německu jsou však sociální služby téměř výhradně zajišťovány **nestátním sektorem**. Tento sektor je zde významně rozvinutý, rozšířený a má dlouholetou tradici. Zároveň jsou tyto neziskové organizace téměř výlučně soukromé. I přes tento fakt je však neziskový sektor finančně závislý na podpoře státu a státně řízený, koordinovaný. Tato tradice je patrná i z toho, že v zemi působí šest velkých a tradičních dobročinných spolků veřejné sociální péče a jejich postavení je dokonce právně vymezeno v německém zákoně o sociální pomoci. V němčině jsou tyto spolky označeny jako Der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (BAGFW). Tyto obří organizace zastřešují spoustu menších. Soukromý neziskový sektor je patrně jedním z nejrozvinutějších v Evropě. Stát je povinen dbát na nezávislost dobročinných spolků

bezplatné péče, církví a náboženských společností při dosahování jejich cílů, při plnění jimi stanovených úkolů a také tyto spolky přiměřeně podporovat. (PFLEGE, 2014)

Služby poskytované soukromým sektorem jsou poskytovány na **smluvním základě**. O poskytování péče je sepsána smlouva mezi uživatelem a poskytovatelem služeb. **Obec**, jakožto garant péče, plní pak kontrolní činnosti nad dodržováním smluvních podmínek.

Veřejnými poskytovateli jsou poté spolkové země, kraje, města a obce. Soukromý sektor je zastupován hlavními představiteli, kterých je co do počtu šest, jak bylo zmíněno výše (Charita, Diakonie, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, AWO, DRK a Židovská asociace sociální péče). Tento spolek se také nazývá **svobodní nositelé** (freie Träger) a v Německu mají neuvěřitelně silné zázemí. Neziskové organizace jsou rozlišovány dle velikosti a šíře teritoriální působnosti a druhu činnosti a jsou skupeny do dvou sfér. První zastupuje organizace, které působí na území všech spolkových zemí, a druhou vytváří místní menší a středně velké spolky. Menší spolky působí na čistě lokální úrovni, ale v širokém spektru oblastí pojmутí služeb. U spolků s celkovou působností se jedná o hlavní spolky bezplatné sociální péče, jejichž právní postavení je upraveno příslušným zákonem o sociální pomoci. Hlavním faktorem zákonné povinnosti je dbát na samostatnost a splnění stanovených cílů či děle podporovat spolky bezplatné dobročinné péče.

Hlavním principem, na jehož základě stojí činnost nestátních poskytovatelů sociálních služeb, je **princip subsidiarity**, odrážející se jak v právním systému, tak i v samotném společenském zřízení. Lidé jsou tak v tomto duchu vedeni k tomu, aby si služby, které potřebují, hradili sami a teprve potom, co náklady na tyto služby překročí možnosti samotného klienta služeb, přichází s podporou stát prostřednictvím zemských úřadů. I tak je ale péče o potřebné v zemi velmi dobře dostupná.

Dnešní pojetí subsidiarity z pohledu poskytovaných služeb je takové, že státní organizace či organizace zřízené místní samosprávou, poskytující sociální služby, už nemohou poskytovat stejné služby v sektoru, kde tuto činnost vykonává již nestátní nezisková organizace. (MATOUŠEK, 2011) Což koexistuje s faktem četnosti neziskových soukromých organizací. Dalším principem se díky právnímu ukotvení systému sociálních služeb stává **smluvní princip**, který prakticky představuje fakt, že o poskytované službě musí být **sepsána platná smlouva** v souladu se všemi právními předpisy, týkajícími se této problematiky.

4.3.2 Francie

Poskytovatelem sociálních činností může být široká škála subjektů. Označuje se tak zpravidla ten, který je za dané činnosti odpovědný. Princip odpovědnosti hraje hlavní roli v určení, kdo je poskytovatelem té které služby. Zřizovatelem činnosti může být jak státní, tak soukromý subjekt. Ve Francii jsou poskytovatelé děleni dle pravomocí a odpovědností na **státní správu a samosprávu a nestátní subjekty**. Státní a nestátní sektor je popisován vždy v uceleném celku, aby bylo možno poukázat na vzájemnou provázanost a pomyslné nitky při zjišťování potřeb činností svých občanů, klientů.

Stát postupem procesu decentralizace přenášel části jednotlivých pravomocí v sociálních činnostech na ÚSC, což jsou kraje, departementy a obce. Vlastní kompetence si stát ponechal v oblastech vypracování a schvalování související legislativy a správě částek dávek na sociální pomoci a sociálně-právní ochranu dětí. Dle SANTÉ, oficiálních stránek francouzského Ministerstva sociálních věcí a zdravotnictví, se o poskytování sociálních činností na centrální úrovni zasazuje Generální ředitelství pro sociální činnost (DGAS). DGAS je pověřeno plánováním, vytvářením a koordinováním politik sociální intervence, zdravotní a sociální politiky. Dále se podílí také na vypracovávání nařízení vztahujících se k problematice dávek na minimální příjem pro začlenění (RMI), pro handicapované dospělé (AAH) či pro osamocené rodiče (API) a další. Také zajišťuje kontrolu čerpání a efektivitu jejich udělování. DGAS spolupracuje s dalšími centrálními organizacemi, jejichž výčet je možno nalézt na stránkách Ministerstva sociálních věcí a zdravotnictví – SANTÉ. Spolupracuje zároveň s Krajskými ředitelstvími sociálních a zdravotních věcí (DRASS) a Departementálními ředitelstvími sociálních a zdravotních věcí (DDASS). Tato ředitelství jsou odpovědna za provádění národních politik v oblasti zdravotní a sociální na svém lokálním území. V rámci reorganizace územní správy státu byly DDASS v roce 2010 zrušeny a některé jejich činnosti přešly na nově vzniklé zdravotnické orgány ARS a nová meziresortní ředitelství DDI.

Kraje patří mezi mladší územní celky vzniklé během fáze decentralizace v roce 1982. Krajům jsou svěřovány kompetence týkající se ekonomického rozvoje, územní infrastruktury, doplňkového školství a profesního vzdělávání v různých oblastech i v oblasti sociálně-zdravotních pracovníků. Kraje vypracovávají plány na zajištění dostatečné pracovní síly dle vypracovaných demografických ukazatelů a její dostačující kvalifikaci či její zvyšování. (BRETAGNE, 2014)

Departementy provádějí politiku pro sociální činnosti spadající do jejich územní působnosti. Tyto sociální a sociálně-zdravotní činnosti mají široký rozsah podob a vychází z vypracovávaných schémat departementálních ředitelství. (AUBIN, 2014) Příkladem témat, kterými se generální rada departementu zabývá, jsou: politika bydlení pro rodiny v nouzi, pro handicapované, seniory; pomoc seniorům formou zřizování a řízení penzionů, domovů pro důchodce či poskytování dávek pro samostatnost (APA); pomoc v sociálním začleňování; ochrana mládeže; zdravotní pomoc v úloze departementů, především pro rodiny s dětmi. Departementy mohou o poskytování určitých služeb uzavírat se státem smlouvy pro specifické aktivity (vakcinace nepřizpůsobivých, pomoc narkomanům, boj proti přenosným chorobám apod.). Dle L 312-5 Zákoníku o sociální činnosti a rodině zřizují departementy vlastní kompetentní organizace ve stylu sociálně-zdravotních center (Centres médico-socials), které spadají pod správu generální rady departementu. Jsou to tzv. blízké instituce (équipement de proximité), na jejichž provozu se podílí odborníci spolu s členy departementu. (AUBIN, 2014) Departementální centra poskytují základní poradenství, ochranu a součinnost jedincům a rodinám v nouzi, preventivní služby či služby postupného společenského začleňování a další ve spolupráci s krajskými a dalšími institucemi.

Obce hrají při poskytování služeb důležitou roli, neboť se jedná o orgány velmi blízké samotným občanům. Mohou flexibilněji a přesněji reagovat na aktuální potřeby a požadavky svým obyvatel. Stejně jako krajské poskytovatele se podílejí na sociální politice pro občany, sociálním rozvoji svého území, boji proti sociálnímu vylučování a na sociální prevenci. Za účelem poskytování služby jsou zřizována centra sociálních činností (CCAS) s vlastní subjektivitou. Pravomoci obcí a CCAS jsou ukotveny v Zákoníku sociální činnosti a rodiny ve člancích L 123 – 4 až L 123 – 9. Tato centra jsou také odpovědná za vypracování průzkumů a plánování potřeb sociálních služeb obyvatel spadajících pod jejich působnost. Poskytují sociální služby jak nárokové, tak nenárokové v různých formách (peněžité nebo věcné dávky). Obce a s nimi i CCAS mohou spolupracovat s ostatními institucemi sociálně-zdravotními či zřizovat vlastní instituce sociálního či sociálně-zdravotního charakteru podle potřeb obyvatel.

Do státních poskytovatelů patří ještě tzv. **Pokladny rodinných příspěvků** (CAF), které jsou také upraveny Zákonem o sociálním zabezpečení a vykonávají sociální a zdravotní činnosti ve prospěch občanů, provádějí rodinnou politiku a poskytují rodinné služby na

svém území. Spadají pod sociální zabezpečení země a pro svou činnost si stanovují vlastní politiku a řídí se dle vlastních politik.

Nestátní poskytovatelé sociálních služeb jsou obdobní jako v jiných evropských zemích. Tito zřizovatelé mohou být charakteru ziskového či neziskového. Mezi neziskové poskytovatele se v největší míře řadí **nadace** a **sdržení**. Dalšími neziskovými institucemi poskytujícími služby domácnostem jsou neziskové instituce sloužící domácnostem (**ISBLM**), které zahrnují všechny soukromé jednotky s právní subjektivitou. Jejich hlavní zdroje pocházejí z dobrovolných příspěvků samotných domácností nebo darů, z plateb poskytovaných vládními institucemi, jakožto i z vlastních příjmů jejich dalších činností. Nejčastěji se sem řadí církve, náboženské kongregace, kluby a další organizace.

Soukromá sdržení nabízejí také rezidenční osobní služby pro seniory, těchto non-profit zařízení není však mnoho. Rezidenční služby jsou poskytovány především vládními subjekty, zatímco ostatní služby v dalších oblastech naopak zajišťují daná sdržení ve spolupráci s místními úřady. Nezisková sdržení tak dominují v oblasti poskytování sociálních služeb, včetně domácí péče a péče následné, a aktivně se podílejí na vývoji nových služeb dle aktuálních výsledků analýz potřeb obyvatelstva.

4.3.3 Velká Británie

Ve Velké Británii docházelo opětovně ke snahám zrestrukturizovat státní služby sociální správy do tzv. **agentur**, pomocí kterých by bylo možné hodnotit efektivitu poskytování péče individuálně. Také řízení takových agentur přes manažery péče bylo jednostranným krokem ke zlepšení kvality a cílenosti poskytovaných služeb. Poskytovatelé sociálních služeb mezi sebou začaly kooperovat na quasi markets, čímž také došlo k urychlení oddělení kompetencí k přiznání a poskytování sociálních služeb. (KOLDINSKÁ, 2004)

Na úrovni centrální veřejné správy neexistuje dvoupilířový systém správy sociálního zabezpečení. Místní vlády jsou zde dle KOLDINSKÉ složeny **z rad hrabství a menších okrskových rad**, prostřednictvím kterých je spravován systém sociálního zabezpečení. Samotná města zřizují městské okrsky. Místní orgány většinou nejsou samotnými poskytovateli sociálních služeb, ale spíše subjekty odpovědnými za uzavírání písemných smluv o poskytování sociálních služeb se subjekty činnými ať už

v soukromém nebo dobrovolném sektoru. Jejich současným úkolem je tak spíše regulace kvality poskytovaných služeb. Dále zřizují profesionální inspekce a tzv. Registrační týmy k těmto inspekcím.

V České republice je nejvyšší odpovědnou autoritou za sociální služby, které jsou součástí sociálního zabezpečení, Ministerstvo práce a sociálních věcí. Především díky právní úpravě, která uvádí, že sociální péči organizuje stát. I přes právní vymezení však působí MPSV spíše jako koordinátor. Nicméně stále zůstává výjimečně i poskytovatelem sociálních služeb, i když jde jen o 5 ústavních zařízení sociální péče. Hlavními poskytovateli sociálních služeb jsou v ČR kraje a obce, dále neziskové organizace. Nadále je však síť poskytovatelů sociálních služeb na našem území nedostačující a pokulhává i spolupráce mezi místními orgány a soukromými poskytovateli sociálních služeb.

Poskytování sociální péče je v UK přenesenou záležitostí, takže Anglie, Severní Irsko, Skotsko a Wales mají své vlastní oddělené systémy soukromé a veřejně financované sociální péče, jakožto i vlastní právní úpravy. Každá oblast má vlastní podmínky a priority v dané lokalitě. Sociální péče v Anglii je založena na těchto politikách:

- léčba pacientů a uživatelů služeb s respektem, úctou a soucitem,
 - poskytování duševně zdravotních služeb klientům účinněji a přístupněji,
 - ujistit se, že zdravotní a sociální služby koexistují společně,
 - zlepšovat péči o lidi s demencí,
 - pomáhat lidem díky informacím učinit správnou volbu zdravotní a sociální péče.
- (GOV.UK, 2014)

Na centrální úrovni vlády odpovídá za systém sociálních služeb **Ministerstvo zdravotnictví a státní tajemník**, který je pověřen řízením a dohledem nad **Inspektorátem sociálních služeb**. Výše zmíněné tři typy místní správy v UK, rada hrabství, metropolitní oblasti a Správní obvod Londýn, jsou kompetentními k poskytování sociálních služeb ve svých regionech. Poskytovateli sociálních služeb pak může být **stát** a jednotlivé **rady hrabství a měst**. Dalšími poskytovateli jsou **agentury** poskytující služby, které nejsou vládou zakládány, ale jedná se o soukromé subjekty. Také **dobrovolnické organizace** mají v zemi jistou míru zastoupení. A stejně

jako ve Francii a Německu jsou poskytovateli služeb také různé **nadace** zaměřené na dané oblasti služeb. Často se jedná o podporu rodiny a dětí.

Pokud jde o státní poskytovatele, pak každý místní orgán má své oddělení sociálních služeb, které má následující povinnosti:

- Posouzení jednotlivce na nárok komunitní služby, která většinou zastřešuje pomoc v domácnosti, denní péči, poskytnutí jiné podpory a kompenzačních pomůcek, zajištění stravování a další.
- Poskytnutí finanční podpory pro lidi, kteří spadají svým postižením nebo situací do příjemců dlouhodobé péče a kteří splňují stanovená kritéria v posouzení potřeby péče.

Všichni poskytovatelé sociálních služeb se musí registrovat dle platné regulace pro poskytovatele sociálních služeb the Providers of Social Work Services Regulations 2013. Registrovaný poskytovatel musí jmenovat ve své působnosti jednotlivce manažera sociálních služeb, což oznamuje HMCI. Manažeři sociálních služeb musí podstupovat pravidelná školení, která mají zajistit potřebné zkušenosti a dovednosti ke správě služby. Registr poskytovatelů sociálních služeb vede a spravuje HMCI v elektronické podobě.

Klient potřebující sociální služby si zašle žádost o posouzení potřeby sociální služby. Ta se používá pro vyhodnocení, jakou pomoc – zdravotní, sociální – klient opravdu potřebuje, stejně tak, jaký typ péče se pro klienta bude hodit nejlépe (terénní, domácí, ústavní...). V Anglii a Walesu jsou dle GOV.UK dostupné služby: domácí péče a pomoc ve vlastním prostředí, jako je úklid a nakupování, pomoc seniorům a nemobilním klientům. Pro handicapované zajištění nutného vybavení a úpravy domova, služby v denních centrech s cílem poskytovat společenské začlenění a nutný oddech pro osobu pečující o handicapovaného, denní péče pro děti handicapovaných či postižené děti, dále pak služby vymezené v zákoně o příspěvcích a dávkách, rozebraném níže.

4.3.4 *Dánsko*

Veřejný sektor je zodpovědný za poskytování dávek sociálního zabezpečování, sociální pomoci a poskytování sociálních služeb. V Dánsku je většina sociálních služeb

poskytována **zaměstnanci veřejného sektoru**. Pro zajištění sociálních služeb na svém území si obce smluvně zajišťují jejich poskytování se soukromými podniky, dále spolupracují také se systémem dobrovolných organizací, které se mohou podílet na poskytování služeb.

Sociální péče asociálně-zdravotní péče je charakteristická vysokým stupněm přenesené odpovědnosti na zvolené regionální a místní orgány. Důležitým rysem dánských právních předpisů týkajících se zdravotní a sociální péče je to, že poskytuje pouze obecný rámec služeb. V zásadě je bližší ustanovení na **místních orgánech**. Ty si mohou určit skutečný obsah a organizaci sociální a sociálně-zdravotní péče. V důsledku decentralizace pravomocí na regiony, kraje a obce tak vznikají i rozdíly mezi poskytovanými službami v závislosti na tom, kde žijí. Za zdravotní oblast a oblast nemocniční péče je zodpovědné **Ministerstvo vnitra a zdravotnictví** (The Ministry of Interior and Health) a za důchodovou, dávkovou péči o občany, seniory a sociální služby je zodpovědné **Ministerstvo sociálních věcí** (The Ministry of Social Affairs).

Jedním z poskytovatelů sociálních služeb jsou **kraje**. Kraje spravují nemocnice, včetně geriatrické rehabilitační služby, primární zdravotní péče, domácího ošetřovatelství a iniciativ na podporu zdraví. Jde-li o dlouhodobou péči, ta pak obecně nespadá do odpovědnosti krajů, ale služby seniorům s duševními nemocemi, jako je například demence, mohou být poskytovány prostřednictvím krajského zřizovatele ve specializovaných jednotkách.

Dalším z poskytovatelů jsou **obce**. Obce mají ve své působnosti správu důchodů, pečovatelské domy a byty přizpůsobené seniorům, dále zdravotní sestry v zařízeních sociálních služeb, psychoterapeutickou léčbu, ergoterapeutickou léčbu² a další sociální pomoc, jako je péče v domácnosti, poskytnutí pomůcek do domácnosti atd. Obce mají povinnosti dále zajistit a nabízet ve své působnosti domácí pomoc a osobní asistenci, domácí ošetřovatelskou službu, bydlení pro osoby se zdravotním postižením, úpravu bytů, domy s pečovatelskou službou a zařízení denní či týdenní péče, dopravu osob, denní centra, rehabilitace, jídlo a jiné. Obce jsou obecně hlavními poskytovateli sociálních služeb, ale některá zařízení (například domy s pečovatelskou službou, zařízení denní péče) mohou být zajištěny **dobrovolnickými organizacemi**, se kterými mají uzavřené smlouvy o péči. (PROCARE, 2003)

² Jejž cílem je obnovit a / nebo udržet jedince co nejdéle v dobrém zdravotním a duševním stavu.

Na úrovních obcí a regionů o službách rozhoduje zastupitelstvo, které vydává i rozhodnutí o zřízení konkrétní služby s jasnými cíli organizace. Zastupitelstvo zřídí sociální výbor dle zákona o sociálních službách. Místní rady jsou činné v oblasti zajišťování samotných služeb. Krajské rady plní povinnost v poskytování sociálních služeb prostřednictvím vlastních zařízení či ve spolupráci s obcemi, jinými regiony nebo dalšími soukromými zařízeními. Regionální rady dohlížejí na vlastní zařízení služeb, ale také na zařízení obcí a krajů, se kterými mají většinou uzavřenou rámcovou smlouvu o poskytování služeb. Zde také vykonávají následné kontroly. Regionální rady jsou účastny na stanovení kapacit a složení či náplně těch nejvíce specifikovaných národních a regionálních služeb.

V rámci obecní roviny vypracovávají městské rady koncepty potřeb sociálních služeb na svém a přidruženém území. Dále vytvářejí předpokládanou nabídku vlastních služeb, provádějí komparace a predikce s regionálními zprávami o potřebě služeb. Městské a regionální orgány spravují a poskytují informace o zajišťovaných službách na Portálu registrovaných sociálních služeb.

Dobrovolnická báze poskytování sociálních služeb začíná v posledních letech v zemi hrát důležitější role. Jelikož stát a veřejný sektor má primární odpovědnost za děti, mládež a dospělé ve špatné sociální situaci, dobrovolnické organizace mají spektrum nabízených a zaměřujících se služeb širší. Jako zastřešující organizace dobrovolnictví bylo v roce 1992 založeno tzv. dobrovolnické centrum. Centrum je samosprávnou institucí a samostatnou jednotkou s vlastní dozorčí radou a spadá pod činnost Ministerstva sociálních věcí a integrace.

4.3.5 Komparace poskytovatelů a zřizovatelů sociálních služeb

Oblast sociálních služeb je v jednotlivých pojetích tak rozmanitá, že je velmi obtížné jednoduše shrnout, jak jsou organizovány. Ve Francii je soustava poskytovatelů a zřizovatelů opravdu rozsáhlá, decentralizací se kladl důraz na zapojení ÚSC tak, aby byly co nejbliže občanovi s možností rychlejších reakcí na změny jeho potřeb. Hlavní důraz při poskytování služeb odpovídá celkovému zaměření politiky v této oblasti, která je ve Francii orientována především na rodiny a jejich příslušníky s alimentační povinností. I zde se, po vzoru Dánska a Německa, přistupuje na zavádění principu solidarity, založeném na vzájemné pomoci rodiny. Tento princip je ve své zásadě

upraven již občanským zákoníkem, který říká, že děti jsou povinny poskytovat výživné svým rodičům a prarodičům a tak také další příslušníci. Poskytovatelé sociálních služeb pocházejí ve Francii hlavně z veřejného sektoru, ale výjimkou nejsou ani poskytovatelé soukromého sektoru, který se postupem času rychle rozrůstá. Francie je v této oblasti podobná Anglii, kde jsou také hlavními poskytovateli služeb ÚSC s pomocí státu. V Anglii jsou zodpovědnými orgány převážně místní samosprávy a také nevládní organizace se specifikem této oblasti, a to fungováním na základně quasi-markets.

Nejmarkantnějším rozdílem v této oblasti je **rozdíl mezi poskytovateli sociálních služeb** u zkoumaných zemí. V Německu jsou služby zajišťovány převážně soukromými poskytovateli. Tradiční zastoupení mají v zemi právě neziskové organizace. Působí zde zavedené a uznávané organizace s celostátní působností, které jsou i význačnými zaměstnavateli a jsou v zemi již právně ukotveny. Poskytovatelé soukromého sektoru jsou i přesto velmi závislí na podpoře (hlavně finanční) státu. Německo má tak patrně jeden z nejrozvinutějších soukromých sektorů v oblasti poskytování sociálních služeb v Evropě, kde poskytovatelé pracují na smluvním základě.

Naproti tomu Dánsko je zemí s opravdu rozsáhlou paletou poskytovaných služeb, které zajišťují převážně veřejné orgány a samosprávy s podporou rodinných příslušníků, při péči o potřebného. Přemíra státních poskytovatelů, dle názoru autorky, v některých případech vede k neefektivnímu poskytování služeb, neboť státní péče je pro stát nákladná a soukromé subjekty ji mohou zajistit za menší finanční prostředky, byť s přetrvávající podporou státu. Oproti ostatním zemím je zapojení neziskového, soukromého sektoru opravdu minimální. Výhledem do budoucnosti je rozvoj právě nestátních poskytovatelů služeb. Proces předávání činnosti neziskovému soukromému sektoru je zde však stále pozvolný.

Společným znakem pro většinu zemí se stává trend decentralizace. Stát si většinou ponechává jisté pravomoci, především co se kontroly kvality a koordinace služeb týká, a rozsáhlé kompetence deleguje na ÚSC. Tím jsou tyto orgány zapojeny do systému více a mohou pracovat s konkrétními potřebami svých místních obyvatel a jim přidělených zdrojů. Rozdílnými faktory jsou pak jednotlivé stupně ÚSC, které mají převážnou odpovědnost za služby. V Německu jsou to spíše orgány blíže občanovi, jako jsou obce a kraje. V Anglii jsou to poskytovatelé dle částí země a jejich hlavní orgány. Ve Francii jsou odpovědnosti delegovány na departementy, jako na vyšší ÚSC. Departementy jsou zde vůdčími poskytovateli služeb na svém území, v rámci jejich

obecných právních kompetencích (compétence de droit commun) v sociální péči. Obce mají doplňkovou funkci v poskytování služeb. Podobně je tomu i v Anglii, kde jsou hlavními vykonavateli hrabství, orgány agentur a města hrají dodatkovou roli. Pozitivním faktorem v oblasti poskytovatelů sociálních služeb se autorce práce jeví **zakládání pokladen či správních orgánů pro tuto oblast**. Tak dojde alespoň k částečnému oddělení prostředků na sociální služby a bude je tak možné lépe sledovat, analyzovat a především plánovat do budoucna. Je to také krok k umožnění zapojení finanční spoluúčasti rovnou v rámci státního orgánu, bez nutnosti hledání vlastního soukromého přípojistitele, na kterého se, například v Dánsku, obyvatelé spoléhají méně. Příkladem jsou CAF pokladny pro rodinné příspěvky, které jsou spoluúčastné systému sociálního zabezpečení jako jeden z pilířů sociálního zabezpečení, což je specifikum právě Dánska.

4.4 Financování sociálních služeb

4.4.1 Německo

Německý systém sociální péče je zaveden od roku 1994 jako povinný pojistný systém, tzv. Pflegeversicherungssystem, a tvoří nadstaveň systému zdravotního pojištění. Jedná se o pojištění povinné, tedy se vztahuje na všechny obyvatele pojištěné v rámci standardního povinného zdravotního pojištění. Pojištění se stalo jedním ze základních kamenů německého sociálního zabezpečení, vedle pojištění zdravotního, v nezaměstnanosti, úrazového a důchodového.

Pojištění péče je povinné a tvoří jakousi nadstavbu k systému zdravotního pojištění. Povinné je ve smyslu pokrytí všech obyvatel země. Dle charakteru jejich zdravotního pojištění se ještě může členit na dvě sféry:

- sociální,
- soukromé pojištění.

Hlavní odlišnosti jsou poté jednotlivě dle typu zdravotního pojištění jedince. Sociální pojištění je vztahováno na všechny osoby pojištěné v rámci povinného systému zdravotního pojištění, což představuje zhruba 93 % populace. A soukromé pojištění je určeno osobám, které jsou pojištěny u soukromé zdravotní pojišťovny.

Pojištěnci, kteří se ocitnou v situaci, kdy budou potřebovat dlouhodobou péči, mimo léčebné péče, tak mohou využívat pomoc ze čtyř sektorů:

- osobní péči (např. hygiena, oblékání),
- výživa (např. vaření, nákup, krmení),
- mobilita (např. pohyb ze schodů, vstávání, chůze),
- pomoc v domácnosti (např. úklid, mytí nádobí).

Sociální služby jsou v Německu posuzovány dle rozsahu potřebné pomoci a na jeho základě jsou poté rozděleny do třech základních stupňů.

1. Stupeň – značná potřeba péče, kam spadají osoby vyžadující pomoc minimálně ve třech oblastech nabízených sektorů výše uvedených. Dále potřebují pomoc nejméně ve dvou úkonech alespoň 1 x denně.
2. Stupeň – vyšší potřeba péče, která je typická pro jedince, kteří potřebují pomoc v oblasti osobní péče, výživy a mobility minimálně třikrát denně a v týdnu pak i vícekrát.
3. Stupeň je určen jedincům, kteří potřebují pomoc po celý den. Stupeň se nazývá nejvyšší potřeba péče. (MATOUŠEK, 2011)

Celkové procento příjemců v roce 2010 dle Zprávy o pojištění péče (Bericht zur Pflegeversicherung) podle úrovně péče a stupně zařazení nabízí tabulka č. 11. Zprávu BzP vypracovává státní orgán jednou za tři roky, poslední dostupná verze pochází z roku 2011.

Tabulka č. 11: Procento příjemců péče v roce 2010

	Ambulantní péče	Stacionáře (ústavní péče)
Stupeň I.	54,2 %	32,9 %
Stupeň II.	34,2 %	43,1 %
Stupeň III.	11,5 %	24 %

Zdroj: vlastní zpracování dle Zprávy o pojištění na péči (BzP), 2014

Z pojistného fondu péče pojištění sociální péče jsou poskytovány dávky na základě podané žádosti. Po podání žádosti je nutná lékařská prohlídka a rozhodující lékařský posudek o stavu jedince. Prohlídka se uskutečňuje v přirozeném prostředí osoby. Samotné dávky se poté ještě rozlišují dle typu poskytované služby, zdali se jedná

o domácí péči či péči ústavní. Dávky z tohoto fondu ovšem nehradí plnou nákladovost, počítá se s připíváním samotného pojištěnce. Dávky poskytované na domácí péči, ale i dávky poskytované na péči ústavní jsou charakterizovány dle potřebné péče a rozlišovány dle věcného či peněžního plnění. Z povinného pojištění obyvatel se čerpají i prostředky na sociální služby, kdy pojištění péče se financuje také z pojistného placeného formou příspěvků vycházejících z dané sazby, která činí pro rok 2014 2,05 % z hrubé mzdy. Ještě v roce 2008 tato sazba činila 1,95 %. K navýšení bylo přistoupeno pod vlivem nepříznivého demografického vývoje. (AOK, 2014) Pojištění na péči spravují nemocenské pokladny – Pflegekassen, zřizované zdravotními pojišťovnami (Krankenkassen). Pokladny jsou také odpovědné za přerozdělování dávek.

Dávky jsou rozlišovány dle typu poskytované péče – dávky na domácí péči, na péči v ústavu, věcné a peněžní dávky, dále dávky pro osobu potřebující péči a pro seniory. Věcné dávky (Pflegesachleistung) jsou poskytovány ve formě nákladů na úhradu nákladů pečovatelské služby a jsou hrazeny z pojištění péče. Ani zde nejsou náklady hrazeny zcela, ale existují závazné maximální stropy pro úhrady. Náklady tento limit přesahující pak hradí pojištěná osoba sama. Peněžní dávky jsou dle MATOUŠKA charakterizovány jako příspěvek na ošetřování z pojistného fondu. Právo o požádání nemá nikdo jiný než osoba potřebující tuto ošetřující péči. Peněžní dávky jsou v jistých charakteristikách obdobou příspěvku na péči v České republice. Další možností je čerpání smíšenou formou, která má za cíl rozvinout samostatnost klientů při obstarávání domácí péče pro osoby odkázané na péči třetího. Při nevyčerpání věcných dávek má pojištěnec možnost obdržet také příspěvek snížený o procento využití věcné dávky.

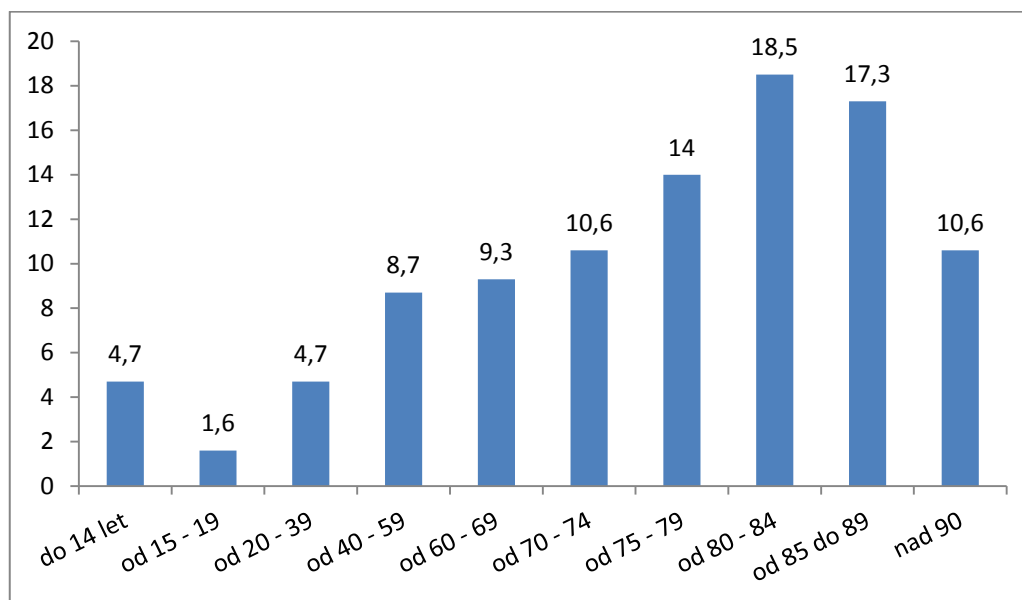
Žadatel o příspěvek má možnost dostat dávku v přímé platbě na úhradu svých potřeb nebo je dávka poukázána přímo poskytovateli služeb na úhradu nákladů. Zavedením tohoto systému financování sociálních služeb došlo k nárůstu pobíraných dávek a k nárůstu počtu pracovních míst. Další výhodou tohoto systému byl značný rozvoj poskytovaných služeb v oblasti infrastruktury péče o staré a zdravotně postižené, také nastal rozvoj ambulantních zařízení a zařízení stacionárních. To vedlo k poklesu umístování osob do ústavní péče a využívání spíše jiných zařízení v kombinaci s domácí péčí.

Poskytované služby a zajišťovanou péči si **hradí sám klient**. Tedy jak ambulantní a terénní služby, ale i náklady spojené s pobytovými zařízeními, včetně ústavní sociální péče. Klientovi je k placení k dispozici vlastní příjem, do kterého spadají: důchod,

přípojištění, úspory, výnosy z majetku, finanční výpomoc rodiny a jiné. Při splnění zákonem stanovených podmínek také **příspěvek na péči**. Ten je v SRN přiznáván na základě povinného nebo dobrovolného pojištění ve výších stanovených v předchozích odstavcích.

Financování sociálních služeb u nestátních poskytovatelů je možné na základě příspěvků státu, zemí, obcí a dalších nadregionálních poskytovatelů, poté samotnými prostředky vybranými od klientů, členskými příspěvky, sponzoringem, dary a dalšími dosahovanými výnosy, z čehož je patrné využití vícezdrojového financování. Systém financování Pflegeversicherung měl v roce 2011 celkem 2,5 milionů pobíratelů, z toho využívalo 576 264 lidí ambulantních služeb (Ambulante Oflege) a služeb stacionárních zařízení (Yollstationäre Pflege) pak 743 120. Příspěvek na péči byl vyplácen ve stejném roce 1 182 057 občanům. (GBE, 2014) V grafu níže je znázorněno věkové rozvrstvení příjemců příspěvku na péči v roce 2011. Počet pracovníků v sociálních službách činil ještě v roce 2009 890 tisíc a dle BzP se tento počet meziročně zvyšuje od roku 1999 mezi 6-10 %.

Obrázek č. 7: Zastoupení věkových kategorií příjemců peněžitých dávek na péči (v %)



Zdroj: vlastní zpracování dle GBE, 2014

Veliká většina pobíratelů peněžitých dávek jsou osoby starší 80 let. V roce 2011 to bylo kolem 50 %, toto procento také odráží nepříznivý trend demografického vývoje země.

4.4.2 Francie

Rozmanitost a rozsáhlost poskytovaných služeb ve Francii znemožňuje přesnou a úplnou identifikaci všech možných zdrojů financování. Francouzské financování je podobné jako v ČR, kde bylo přistoupeno k vícezdrojovému plnění. Poskytovatelé jsou ve větší míře závislí na dotacích od státu, které jsou poukazovány prostřednictvím krajů, departementů, a také se využívají prostředky zdravotní a sociální (CAF). **Sociální pomoc** (aide social) a **sociální činnost** (action sociale) zahrnují dávky a služby poskytované bez nároku na úhradu klientem. Obě činnosti spadají do jednoho celku sociální pomoci. Sociální pomoc je financována z **daní**, tedy z veřejných rozpočtů, a odpovědnost za činnosti do ní spadající nesou orgány veřejné správy a samosprávy, je nároková či dobrovolná. Sociální činnost naproti tomu je činnost dobrovolná.

System sociální péče je postaven také na **sociálním pojištění**, jako tomu bylo v případě Německa, a je zde součástí důchodového pojištění. Oproti Německu však ve Francii hrají nestátní neziskový poskytovatelé sociálních služeb spíše vedlejší roli vedle poskytovatelů v oblasti státního aparátu, obcí, a center sociální činnosti.

Pro čerpání některých dávek ve Francii jsou také jako v Německu stanoveny 4 rozlišené stupně, zvané GIR 1, 2, 3, 4. Čerpání v roce 2011 formou procenta příjemců péče je znázorněno tabulkou číslo 5.

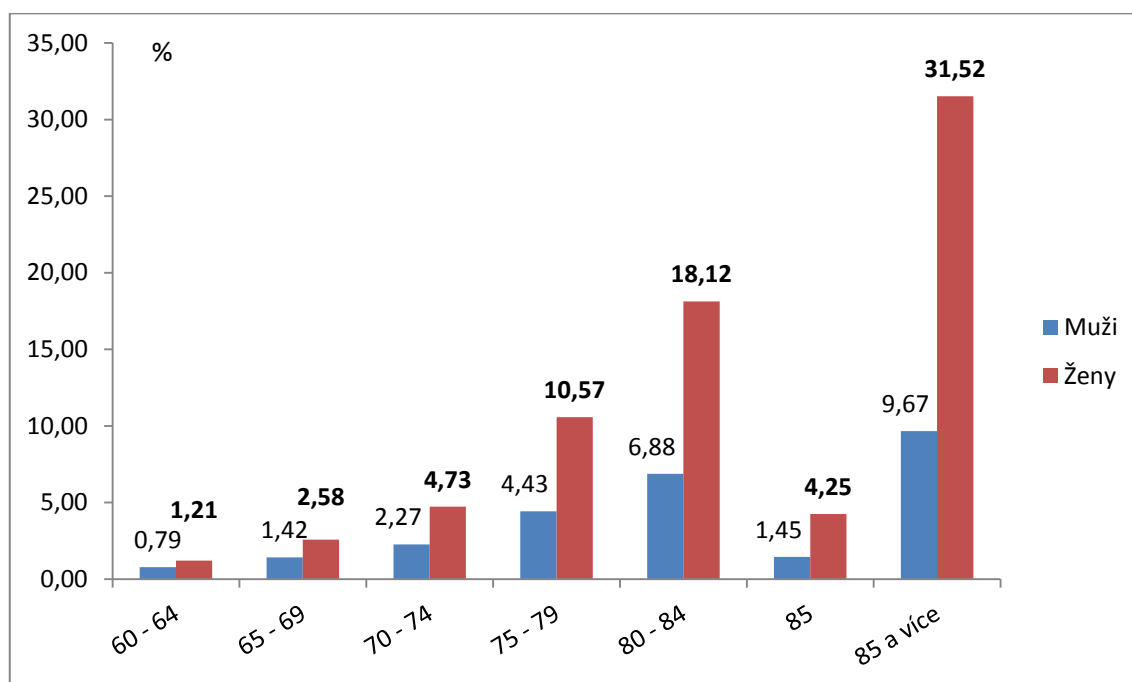
Tabulka č. 12: Procento příjemců příspěvků APA v roce 2011, dle pohlaví příjemců

STUPEŇ	Muži	Ženy
GIR 1	3%	2%
GIR 2	20%	17%
GIR 3	23%	21%
GIR 4	54%	60%

Zdroj: vlastní zpracování dle SANTÉ, 2014

Největší zastoupení příjemců tohoto příspěvku je ve stupni 4, který představuje pomoc při veškerých pohybových aktivitách spojených s péčí o sebe sama a při stravování jedince.

Obrázek č. 8: Procento příjemců APA dle věku a pohlaví v roce 2011



Zdroj: vlastní zpracování dle INSEE, 2014

Pro názornost poskytovaných dávek, resp. příspěvku APA, slouží graf výše. Na tomto grafu jsou znázorněni příjemci tohoto příspěvku v procentech. Příspěvek se přiznává občanům, kteří dosáhli věku nad 60 let a jsou závislí na pomoci druhých. Příjemci příspěvku na autonomii čítali celkový počet 696 000 lidí v roce 2011, dle zdrojů bylo toto číslo příjemců o celých 10 % vyšší, než tomu bylo v předchozích letech. V délce 5 let pobírá dávku $\frac{1}{4}$ celkových příjemců. Například v 85 let věku pobírá ve Francii příspěvek APA 4,3 % žen a 1,5 % mužů.

Neziskové organizace jsou financovány veřejnými transfery, kryjícími zčásti náklady sdružení. Tuto veřejnou podporu pak sdružení doplňují zdroji získanými vlastní činností. Systém financování služeb je odlišný dle formy poskytované služby, a to **rezidenční a nerezidenční**. Pobytová zařízení pro osoby se zdravotním postižením, seniory a další znevýhodněné skupiny obyvatel jsou ze tří čtvrtin financována z veřejných prostředků (především ze sociálního zabezpečení) a z jedné třetiny samotným uživatelem. (SOCIAL SERVICES, 2000) Nepobytové služby spoléhají spíše na soukromé zisky servisních organizací (daně a poplatky), dále také na dary a prostředky získané jinou vlastní činností sdružení. Nezisková sdružení jsou významným zaměstnavatelem a představují stále rostoucí podíl zaměstnaných v tomto sektoru ku celkové zaměstnanosti.

4.4.3 Velká Británie

System sociálního zabezpečení, včetně sociálních služeb, je ve Spojeném království založen na adresných dávkách. Důvodem je uváděná nutnost úsporných opatření. Také proto se míra zdanění ve vztahu k HDP v jednotlivých letech v Británii výrazně neměnila. Británie patří mezi země s nejnižším daňovým zatížením. (KOLDINSKÁ, 2004) Dnes dostává příjemce, který má nárok na poskytnutí sociální služby, finanční dávku, kterou využívá k nákupu potřebné služby. Care manager – sociální pracovník – může klientovi finanční prostředky spravovat, pakliže toho není schopen sám, a pomáhá mu s co nejefektivnějším využitím dané částky.

V ČR je financování služeb odvislé od státního rozpočtu, prostředky poskytují místní samosprávy či MPSV. MPSV má také na starosti dotační programy vypisované každým rokem na financování neziskovým poskytovatelů služeb. Klient si musí na služby přispívat i dle svých finančních možností sám.

Sociální služby jsou financovány převážně zavedeným **kombinovaným způsobem** složeným ze státních financí (vycházejících z daňových poplatků), financí místních správ a rostoucí účasti samotných uživatelů služeb. (FRÜHBAUER, BJALKOVSKI, 2000) V Anglii, Skotsku a Walesu je využíván komplexní vzorec financování k přidělení prostředků z centrální vlády na jednotlivé místní orgány s ohledem na konkrétní úroveň potřeb a náklady. System standardního posuzování nákladovosti (SSA) v Anglii a Walesu a grantově cílený system výdajů (GAE) ve Skotsku poskytují orientační částky na pokrytí výdajů sociální péče. Také jednotlivé místní a vládní authority si mohou stanovit vyšší výdajů podle skutečně vynaložených nákladů na služby. Skutečnost je taková, že většina orgánů vynakládá na služby vyšší výdaje, než jsou stanoveny v základních schématech posuzování centrálně stanovených částek. Vlastní stanovované výdaje mají své limity, a to až do výše místně vybíraných daní a jiných místních prostředků, ovšem za cenu nedostatečného (under-spending), podfinancovaného zabezpečení ostatních služeb místního orgánu. V Severním Irsku jsou jednotlivé rady pro zdravotní a sociální služby financované z centrálních veřejných zdrojů a nemají možnost tyto doplnit o jakékoli místní daně. Tento system vede ve výsledku také k nedostatečnému financování péče.

Za domácí péči jsou většinou místními orgány účtovány uživatelům poplatky, které hradí sami uživatelé nebo příslušníci jejich rodiny. Británie přistoupila v roce 2003 k formování nových pravidel pro financování sociálních služeb a služeb péče, ve snaze zlepšit spravedlnost v rozdělování. Například Wales zavedl štedřejší účelově testované hranice pro vyplácené prostředky. Rozdíl mezi financováním jednotlivých služeb se týká jejich členění dle typů, především osobních služeb (koupání, krmení a oblékání), které jsou poskytované bez poplatku ve Skotsku, ale v Anglii a Walesu jsou na ně stanoveny tabulkové poplatky. Systém zdravotní péče v Anglii je bezplatný, jeho úhrady spočívají na testování příjmu. Preventivní péče a zařízení krizové pomoci či první pomoci jsou spíše na samotném okraji zájmů statutárních vládních orgánů a potřebné preventivní sociální služby jsou zajišťovány hlavně neziskovým sektorem.

Financování sociální péče Velké Británie se potýká s nemalými problémy. Poslední škrty v rozpočtech sociální péče měly intenzivnější dopad na nesoulad mezi financováním služeb a poptávkou po nich, protože rostou počty lidí s nižšími příjmy, kteří potřebují pomoc, ti tak čím dál častěji dosahují na státní podporu. Dochází navíc také k situacím, kdy jsou lidé nuceni prodávat vlastní domy, aby byli sami schopni uhradit náklady péče (ústavní i neústavní), na které jsou zásadně závislí. Pokud nebude přistoupeno k reformám financování sociální péče, pak dle odhadů the Dilnot Commission, vzrostou sociální výdaje z 14,6 bilionů liber v roce 2011 na 23 bilionů liber v roce 2025, což je pro zemi naprosto neufinancovatelné.

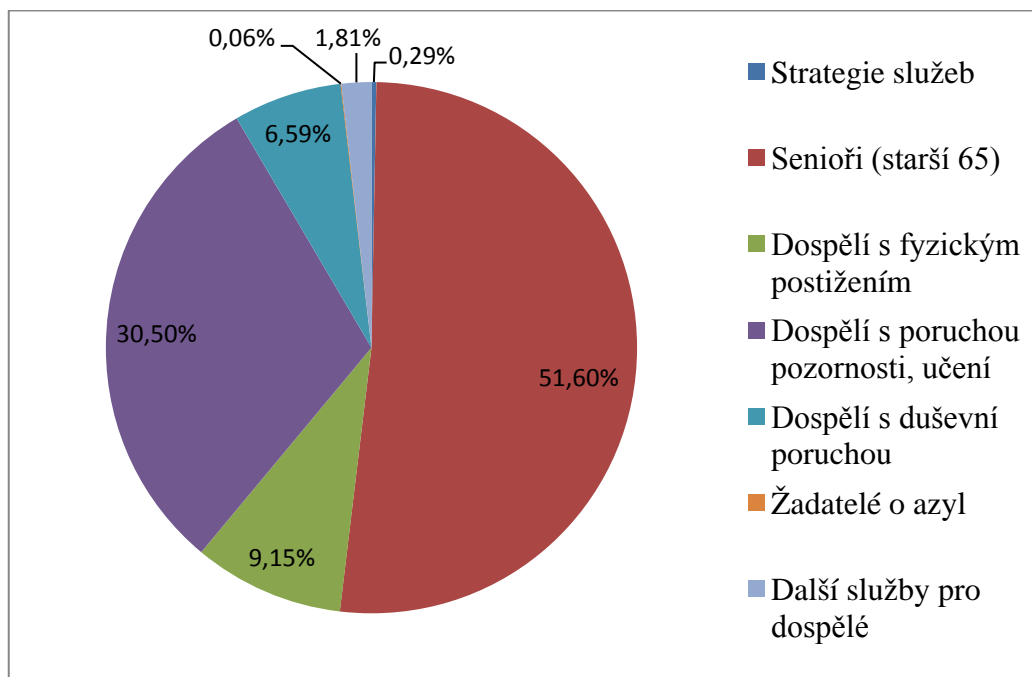
Paradoxním je fakt, že výdaje do sociální oblasti představují menší částku veřejných prostředků. V roce 2011 činily čisté výdaje na sociální péči a služby pro dospělé v Anglii 14,6 bilionů liber, což představuje zhruba 1,16 % HDP. (HSCIC) Přes polovinu těchto zdrojů jde na úhradu služeb pro seniory. Další velkou oblastí obyvatel, kam stát přispívá, jsou dospělí s tělesným či duševním postižením. Prostředky vynaložené na různé druhy služeb jsou rozebírány v následujících odstavcích a znázorněny v tabulkách.

Tabulka č. 13: Hrubé výdaje na sociální péči dle druhu služby a typu klienta

Rok 2012 - 2013	v milionech £	v %
Strategie služeb	50	0,29%
Senioři (starší 65)	8 850	51,60%
Dospělí s fyzickým postižením	1 570	9,15%
Dospělí s poruchou pozornosti, učení	5 230	30,50%
Dospělí s duševní poruchou	1 130	6,59%
Žadatelé o azyl	10	0,06%
Další služby pro dospělé	310	1,81%
Celkové hrubé výdaje	17 150	

Zdroj: vlastní zpracování dle PSS (12-13), 2014

Obrázek č. 9: Hrubé výdaje dle služby a typu klienta v %



Zdroj: vlastní zpracování dle PSS (12-13), 2014

Problémem v Anglii je také to, že mnoho lidí vlastně neví, jak systém péče funguje. Věří, že v pozdějším životě dostanou bezplatnou péči, a jsou často šokováni, když zjistí rozsah svých finančních závazků, které na ně dopadnout, když oni nebo člen jejich rodiny potřebuje péči. A i když si jsou lidé vědomi, jak systém funguje, mají málo možností, jak se na budoucnost připravit. Stát nenabízí ochranu nad rámec systému testování potřeby a v současnosti nejsou, nebo jsou ve velice omezené míře, na trhu

finanční produkty, které by lidem pomohli připravit se na budoucí náklady péče. Spousta lidí tak nemá žádný plán pro uspokojení svých budoucích potřeb péče.

V kostce shrnuto, jsou **služby ve Velké Británii financovány vícezdrojově**. Zdroje na péči pocházejí od samotného klienta služby, který má možnost požádat lokální autority o dofinancování nebo celé financování své péče. Lokální autorita posuzuje každého žadatele a poskytuje mu všechny potřebné relevantní informace pro rozhodnutí se, jakou formu služby využít a jaké zvolit financování. Náklady péče se liší s ohledem na typ, intenzitu, zaměření, umístění a trvání. Například místo v rezidentní péči stojí stovky liber týdně. (NHS, 2014) Také náklady na dlouhodobou péči mohou dosahovat nebeských výšin. Lidé si musejí často dělat rozhodnutí o svojí péči, zda není nutno prodat majetek nebo překlenout stávající hypotéky, aby byli schopni svou péči uhradit v případě, že jim není poskytnuta finanční dotace. Při posuzování příspěvku na péči se místní úřady mohou také zajímat o příjem, kapitál a jiné vlastnictví žadatele. Pokud rozhodne místní orgán o tom, že bude klientovi hradit celou péči nebo její část, je zde možnost tak činit formou osobního rozpočtu nebo přímou platbou. Osobní rozpočet představuje částku, kterou autorita přisoudí na péči.

Dalším zdrojem financování služeb mimo individuálních plateb přímo klientem služby jsou zdroje od „NHS care“ péče, který je zodpovědný za financování některých zdravotnických zařízení potřebných v průběhu sociální služby. Pro dlouhodobou léčbu je možno využít zdrojů NHS pokračujících plateb (healthcare). Dalšími zdroji jsou příspěvky na ošetřovatelku ze zdrojů NHS, tento příspěvek se nazývá registrovaný příspěvek ošetřovatelské péče (RNCC). Příkladem výše úhrad tohoto příspěvku je znázornění v tabulce č. 14.

Tabulka č. 14: Příspěvek na ošetřovatelskou péči (RNCC)

	£
Anglie	107,79
Wales	120,55
Severní Irsko	100
Skotsko	75

Zdroj: vlastní zpracování dle Care to be Different, 2014

RNCC je týdenní platba NHS na poskytnutí ošetřovatelské péče registrovanou zdravotní sestrou. Důvodem, že tento příspěvek je ve Skotsku o tolik nižší, než v dalších částech je, že ve Skotsku je k této týdenní částce poskytováno také dalších 166 liber v titulu

Přídavku na osobní péči. Je zde možno upozornit na aspekt týdněho poskytování příspěvků na péči, což je odlišné od měsíčních dávek v ostatních zemích. NHS také poskytuje zdroje na následnou péči. Dalšími prostředky jsou vládní prostředky, prostředky lokálních autorit, pomoc charitativních organizací a fondů.

4.4.4 *Dánsko*

Všechny poskytované a státem garantované služby jsou v Dánsku financovány ze státního rozpočtu **přímo**. Vláda chce zajistit, aby každý člen společnosti měl zajištěn přiměřený příjem na život bez ohledu na jeho životní situaci. K tomuto jsou poskytovány sociální dávky proti chudobě s cílem vyrovnat příležitosti mezi všemi Dány. Každý občan by měl mít možnost podílet se aktivně na dění společnosti. Sociální systém je zaměřen proti podvodům v čerpání dávek. Dánská společnost spočívá na **principu solidarity** – poskytnout pomoc potřebným. (SM.DK, 2014) Financování sociálních služeb je zakalkulováno v daňovém systému země. Platby od samotných uživatelů a další forma samofinancování poskytovatelů služeb obvykle hrají okrajovou roli. Uživatelé hradí některé poplatky za výdaje či výkony jen ve vybraných oblastech. (EMBASSY OF DENMARK, 2014)

Celkové veřejné výdaje představují zhruba 60 % HDP a skoro celá polovina těchto výdajů se vztahuje právě na systémy veřejné sociální péče (kam spadají také sociální služby). Významné výdajové položky veřejných výdajů jsou právě zařízení denní péče pro děti a péče o závislé seniory a osoby se zdravotním postižením. Udržitelnost tohoto systému v Dánsku je nyní velice diskutovaným tématem nejednoho odborníka a dostává se i do hledáček dánských politiků. Pro reformní činnosti se dánská vláda zatím vydala cestou udržení vysokého daňového zatížení pro lehčí a lepší život v sociální sféře. Dalším faktorem je snaha o zmírnění nezaměstnanosti, která v Dánsku v posledních letech stoupá. (NYTIMES, 2013)

Postupy při poskytování dávek a vybraných služeb sociální pomoci jsou rozlišné pro jednotlivé případy. Individuální případy řeší úřady sociální a zdravotní správy zřízené v působnosti obcí. Osobám, pečujícím o osobu vyžadující stálou péči a dohled a žijícím s touto osobou ve společné domácnosti, náleží **pečovatelský příspěvek**. Pečovatelský příspěvek představuje testovanou dávku poskytovanou osobě starší 18-ti let, která z výše uvedených důvodů nemůže vykonávat vlastní zaměstnání či jinou samostatně

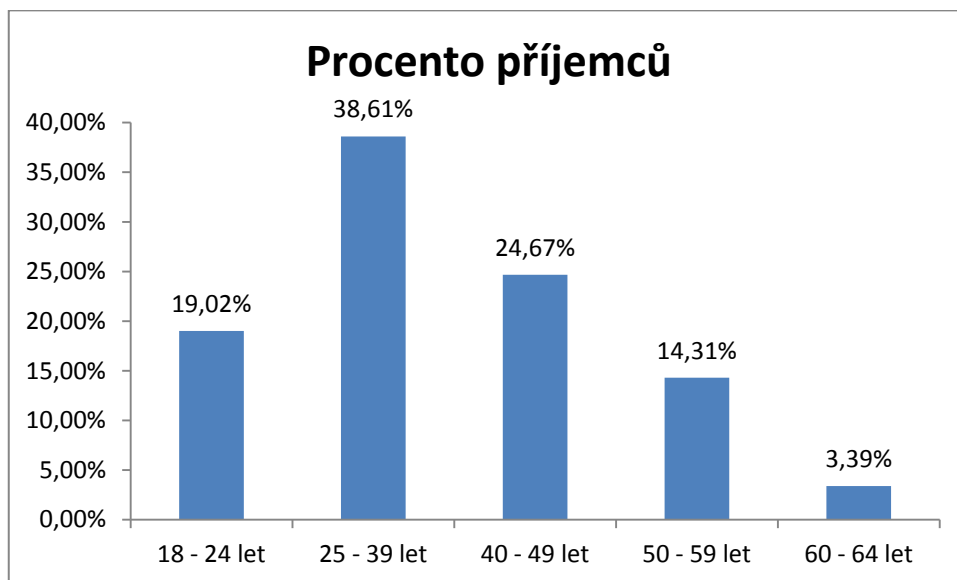
výdělečnou činnost. Osamělému rodiči s nezaopatřeným dítětem se daný příspěvek zvyšuje.

Regiony a místní orgány nemohou však všechny prostředky přerozdělit z místních daňových příjmů. Místní samospráva je ve financování sociálních služeb ještě podporována systémem ústředních **státních dotací, náhrad a vyrovnávacích schémat**. Centrální vláda zahrnuje určité procento výdajů na jednotlivé služby prostřednictvím zmíněných náhrad. Jsou to výdaje na rehabilitace a přímé platby, které jsou rozdělovány mezi ústřední vládu a místní orgány. Zatímco výdaje na starobní důchody a příspěvky na děti jsou hrazeny plně centrální vládou. Financování, kde dochází k dělení zdrojů s účastí centrální autority je navrženo jako pobídka pro místní orgány k přijetí aktivních opatření v oblasti sociální pomoci.

Dalšími zdroji mohou být tzv. **blokové granty**, které představují všeobecné dotace od ústředních vládních institucí na činnost regionů a místní samosprávy. Na rozdíl od ostatních dotací a grantů, nejsou však blokové granty vytyčeny konkrétním účelům, ale mohou být použity dle individuálních regionálních a místních potřeb. Dělení blokových grantů mezi místní orgány probíhá na základě poměru k jejich základu daně. Platby samotným uživatelem a sebefinancování obecně, hrají v dánských sociálních službách menší roli než v jiných zemích. Na uživatele jsou přeneseny malé poplatky, pokud jde například o zařízení denní péče, rezidenční domy a přechodné rezidenční zařízení, stacionáře a další.

Lidé, kteří využívají veřejných prostředků na sociální pomoc, jsou řazeni ve věku 16 – 64 let, přičemž ostatní skupiny spadají buď do oblasti dětí, nebo do oblasti důchodového systému. Pro ukázkou v grafech níže jsou zpracovány informace o procentu příjemců transferových dávek na sociální pomoc a dlouhodobou domácí péči.

Obrázek č. 10: Procento příjemců dávek sociální pomoci a rehabilitaci v roce 2012

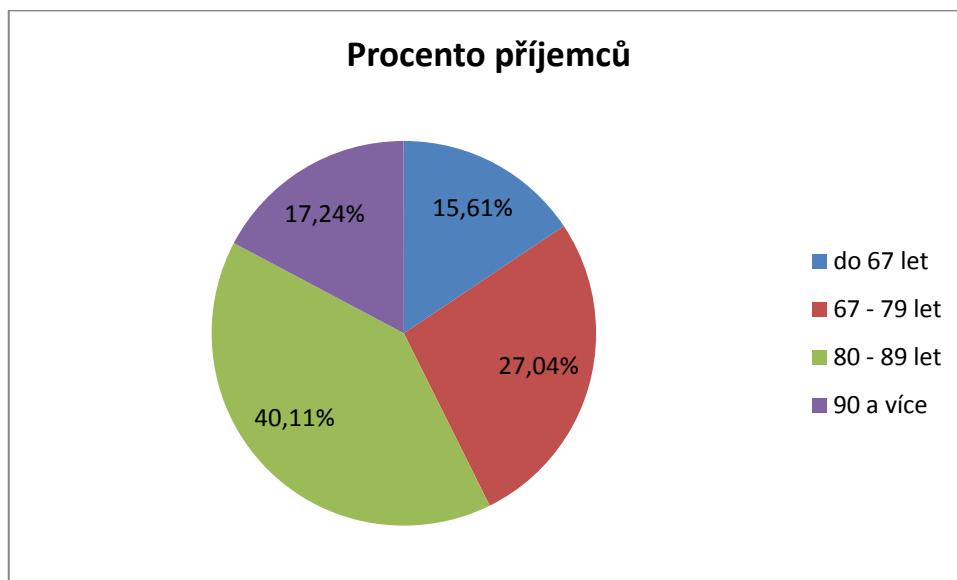


Zdroj: vlastní zpracování dle YEARBOOK 2013, 2014

Sociální pomoc, rehabilitaci a sociální služby navazující přijímalo v roce 2011 celkem 84 884 klientů, což je 4,62 % z celkových uživatelů sociální transferů (příspěvky v nezaměstnanosti, penze, nemocenské, mateřské a rodičovské dávky a další). Nejvíce příjemců dávek sociální pomoci je ve věku 25 – 39 let. Je nutné upozornit na fakt, že se zde jedná pouze o dávky, které jsou vypláceny na sociální pomoc a rehabilitaci, takže zde nejsou zahrnuty dávky vyplácené v souvislosti se zdravím a důchody. V takovém případě by nejpočetnější skupinou pobírající transferové platby byly senioři ve věku 65 a více let. Druhou skupinou v zastoupení 25 % je věková kategorie obyvatel 40 – 49 let, což většinou odpovídá příjemcům příspěvku na péči o rodinného či jiného příslušníka.

Pokud se jedná o diskutovanou oblast dlouhodobé péče, je procento příjemců této péče znázorněno na následujícím grafu. Největší věkovou kategorií příjemců dlouhodobé péče je věk 80 – 89, což koresponduje s klienty sociálních služeb tohoto typu i v jiných státech.

Obrázek č. 11: Procento příjemců dlouhodobé péče dle věku v roce 2011



Zdroj: vlastní zpracování dle YEARBOOK 2013, 2014

4.4.5 Komparace financování sociálních služeb

Rozmanitost odpovědných poskytovatelů a komplikace vymezení zodpovědností způsobuje i složitost ve vymezení jasného schématu financování služeb ve Francii. Tato země má velice podobný systém, jako je v České republice. Financování sociálních služeb je závislé na dotacích ze státního rozpočtu, které jsou poskytovány i prostřednictvím rozpočtů departementů. Již jednou zmíněným specifickým je spolupodílení se CAF na financování služeb, jako jednoho z pilířů sociálního zabezpečení. CAF poskytuje podporu nestátním poskytovatelům a stát se svou nepatrnou ponechanou pravomocí se činí v oblasti poskytování dotací. Ministerstvo práce, sociální soudržnosti a bydlení zřizuje či spravuje například Národní agenturu sociální soudržnosti a rovných příležitostí (L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances L'Acse). Agentura je financovatelem různých sdružení a nadací v oblasti boje proti kriminalitě a sociálnímu vylučování.

V Německu jsou naopak služby financovány přímo z fondů povinného pojištění na péči. Samotné pojišťovny mají zájem a povinnost kontrolovat standardy a kvalitu poskytovaných služeb a jednat s klienty o případné výši náhrad přímo. Plnění pojištění prostřednictvím tzv. pečovatelských pokladen pak může nabývat dvojí podoby. První formou věcného plnění a druhé v klasické podobě finanční dávky. Věcné plnění

v Německu představuje úhradu nákladů za výkony například pečovatelské služby, a vznikne-li rozdíl, je tento doplácen samotným uživatelem. V případě finančních dávek přináší tato podoba plnění dle autorky výhody především pro uživatele služeb. Uživatel si nakoupí požadovanou službu za příspěvek na péči přímo, aniž by byly prostředky vynakládány do jiných oblastí. S touto tematikou je nutno také upozornit na možnost **zneužívání příspěvku, s tím se autorka setkala již při zpracovávání bakalářské práce**. Proto hraje důležitou roli i následná kontrola plnění příspěvku na péči, tedy je-li on samotný využit na úhradu kýžené služby. Finanční podpora formou příspěvku je členěna do čtyř stupňů na základě odstupňování závislosti zájemců o dávku. Zde autorka uvažuje nad faktem, je-li toto členění do tak málo stupňů dostatečné. Pouhé čtyři stupně představují jasně menší možnost diferenciaci potřebné a náročné péče o jednotlivé obyvatele. V některých případech by bylo nutné navýšit počet stupňů závislosti o jeden až dva, pro celkové relevantní posouzení vážných individuálních případů, které tak spadnou do stupně s nedostatečnou finanční podporou vzhledem k náročnosti péče.

Financování služeb je podobné ve Velké Británii jako v Německu. Je zajišťováno hlavně prostřednictvím adresných dávek, které se mimo Německa podobají i systému Francie. Specifikem je zde existence správce prostředků ve formě care manažera, kterého mohou uživatelé využívat. Systém financování služeb je založen na kombinovaném způsobu, který zastupuje státní dotace, finance ÚSC a především spolupodíly samotného uživatele. ÚSC mají pravomoc zasahovat do stanovení poplatků vybíraných od klientů či do výše vlastních příspěvků ze svých rozpočtů do konkrétního typu služby. **Autorka vyzdvihuje jako riziko možnost under spending služby, tedy nedostatečné financování služeb v dalších oblastech správy ÚSC**. Dalším štěpícím prvkem vrážejícím klín do problematiky financování se, **dle autorky, jeví značná členitost systému v jednotlivých oblastech**, například výhradní financování služeb Severního Irsku z veřejných zdrojů a nezavedení možnosti dofinancování z místních daní a rozpočtů. Zde je pak dalším patrným jevem, vyplývajícím ze zpracovávaných informací, rostoucí **nesoulad** mezi potřebným financováním, **existující nabídkou služeb** a poptávkou po nich. Poptávka je v současné době vyšší než možnosti poskytovatelů služeb.

Protikladem k výše shrnutým systémům financování se jeví dánský model, který je zajištěn hlavně z veřejných prostředků. Pro zvládnutí náročnosti péče jsou poukazovány

sociálně potřebným dávky. Mechanismus financování služeb stojí na propracovaném daňovém systému země, do kterého je zakalkulováno i financování sociálních služeb. Případné platby od samotných uživatelů či rodin jsou, v porovnání s dalšími zeměmi, minimální. Při poskytování finančních dávek není systém rozlišen dle místní příslušnosti, jako ve Velké Británii, ale každý případ je posouzen individuálně orgány místní samosprávy. Jako ve Velké Británii jsou prostředky ze státního rozpočtu doplňovány zdroji z místních daňových rámců, ale navíc ještě rozsáhlými doplňujícími dotacemi, náhradami či vyrovnávacími schématy. To činí **dle posouzení autorky dánský model financování sociálních služeb uživatelsky nepřátelštějším a nejštedřejším z uvažovaných zemí**. Otázka dlouhodobé udržitelnosti je věc druhá.

Hlavní zápletkou příběhu dvacátého století je fakt delšího života lidí. Ten položil kameny novým výzvám století dalšího. Společnosti napříč planetou se čím dál častěji a intenzivněji věnují otázkám vyhovění potřebám a postarání se o starší generace. Do roku 2030 bude více než 10 % celkové populace ve věku 75 a více let, což představuje zhruba 2,8 milionu lidí, tedy více, než tomu bylo v roce 2008. Demografický vývoj populace napříč státy s sebou přináší zvýšené potřeby spojené se stárnutím, které jsou situovány jak do oblastí zdraví, tak do oblasti sociálních služeb. Příkladem může být číslo předpokládaného počtu obyvatel Velké Británie s demencí v roce 2040, které je 1,4 milionu lidí.

Systém Velké Británie je celkově považován za nežádoucí a neudržitelný, matoucí a nespravedlivý. Služby jsou velice rozdílné, jde-li o geografické rozdíly a jejich finanční podporu z místních orgánů. Tak může docházet k situacím, že lidé, kteří potřebují nákladnou péči, za ní budou muset platit více. Dánský systém je považován za štedrý, co se péče o obyvatel týká, ale zároveň za jasně neudržitelný a pro zemi zabíjející. Francouzský model prochází fázemi decentralizace a zavádění soukromých prvků do dříve výlučně veřejného sektoru. Německý model stojí na široké základně financování sociálních služeb a dle názoru autorky se nejlépe naučil pracovat vyváženě jak s veřejným, tak soukromým sektorem.

5 Zhodnocení vybraných částí

Nejdiskutovanějším a zároveň nejsledovanějším sektorem v sociálním zabezpečení se stává problematika péče o seniory, a to i prostřednictvím využívání sociálních služeb. Stárnutí ovlivní každého obyvatele planety, proto si autorka pro zhodnocení systémů sociálních služeb vybraných zemí, zvolila právě otázku zajištění seniorů. Služby seniorům mohou být obecně poskytovány buď některým poskytovatelem sociálních služeb, nebo jeho rodinnými příslušníky. Péči je možno čerpat v místě bydliště klienta nebo přímo v ústavním zařízení. Země sledované v práci využívají celou možnou škálu služeb a jejich možných kombinací forem poskytování. Převážně veřejní poskytovatelé služeb jsou stále dominantní v České republice a Dánsku, zde je procento veřejných poskytovatelů vyšší než 50 %. Zcela naopak je tomu ve Velké Británii, kde je procento veřejných poskytovatelů služeb jen 10 %, a v Německu, kde toto číslo činí pouhých 5 %. Střední cestu mezi extrémy představuje Francie se 42 % veřejných poskytovatelů. Rozdílná jsou i čísla poskytovatelů služeb seniorům v zastoupení neziskového a komerčního sektoru. Neziskový sektor poskytovatelů představuje 50 % ve Francii, Německu, pouze 15 % v České republice a 10 % ve Velké Británii. Podíl soukromých ziskových poskytovatelů služeb je ve všech zemích celkem srovnatelný, až na Německo a Dánsko. V Německu představuje 50 % komerčních poskytovatelů ze všech poskytovatelů.

Potřeba sociálních služeb seniorům v dlouhodobém horizontu je vyobrazena v tabulce číslo 15 a procentuální zastoupení obyvatel ve věku 65 a více let v tabulce číslo 16. Údaje k první tabulce je možné nalézt v **příloze C**. Sociální ochrana v členských státech EU je založena v zásadě na stejných a společných cílech, které mají za úkol zajistit potřebnou, kvalitní a finančně udržitelnou sociální i zdravotně-sociální péči. Základní kameny pro sociální politiky jsou položeny a země si musí zvolit cesty k jejich naplnění. Tak zlepši účinnost vlastních politik a efektivní vydávání vlastních veřejných výdajů na podporu zdraví, prevenci nemocí, léčebnou péči a rehabilitaci. Analýza demografického vývoje, která je k nahlédnutí v **příloze E**, upozorňuje na riziko poklesu podpory rodin starších osob a potenciální nárůst požadavků právě na tuto péči vlivem změny věkového složení obyvatelstva. Proč poptávka po péči a službách pro seniory roste? Hlavním důvodem je **vyšší průměrná délka života a výskyt invalidity či jiné závislosti na péči druhé osoby**. Péče o seniory spadá dle evropským měřítek do oblasti

dlouhodobé péče. Členské státy na ni pohlížejí jako na nově nastupující riziko. Cestou k zajištění kvalitních služeb je kombinace veřejného a soukromého způsobu financování jejich provozu. Ale, jak z práce již vyplývá, chybí v některých zemích účinný nástroj smíšeného financování, kde například nejsou propojeny zdroje se systémem zdravotního pojištění, doplňkovým pojištěním či dalšími pilíři sociálního zabezpečení nebo s platbami vyplácenými domácnostem.

Tabulka č. 15: Populace seniorů v letech dle pohlaví (v % z celkové populace)

	Německo		Francie		Velká Británie		Dánsko	
Věk 65+	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<i>Celkem</i>	18,18%	18,15%	14,30%	14,61%	14,38%	14,73%	15,06%	15,56%
Muži	8,16%	8,18%	6,26%	6,44%	6,64%	6,83%	7,02%	7,29%
Ženy	11,79%	11,87%	8,03%	8,16%	7,74%	7,89%	8,04%	8,27%
Věk 85+								
<i>Celkem</i>	2,44%	2,53%	2,65%	2,75%	2,22%	2,26%	2,01%	2,03%
Muži	0,67%	0,72%	0,79%	0,83%	0,72%	0,75%	0,63%	0,64%
Ženy	1,76%	1,80%	1,85%	1,92%	1,50%	1,51%	1,39%	1,39%

Zdroj: vlastní zpracování, 2014

V roce 2012 žilo v Německu 81,9 milionu obyvatel, z toho bylo 18,15 % starších 65 let a 2,4 % starších 85 let. Dle predikcí uvedených v **příloze F** bude v roce 2050 procento 65-ti letých a starších 38,1 % a starších 85-ti let 13,2 %.

Ve Francii žilo celkem 65,4 milionu lidí. Ve věku 65 a více 14,61 % a starších 85 pak 2,75 %. Podle predikcí bude procento lidí ve věku 65 + na hodnotě 32,7 % a ve věku 85 a více pak 10,4 %.

Velká Británie měla v roce 2012 celkem 63,7 milionu lidí se zastoupením 14,73 % lidí starších 65 let a 2,26 % starších 85 let. V roce 2050 bude věkové složení obyvatel starších 65 kolem 34 % a lidí starších 85 let pak 10,8 %.

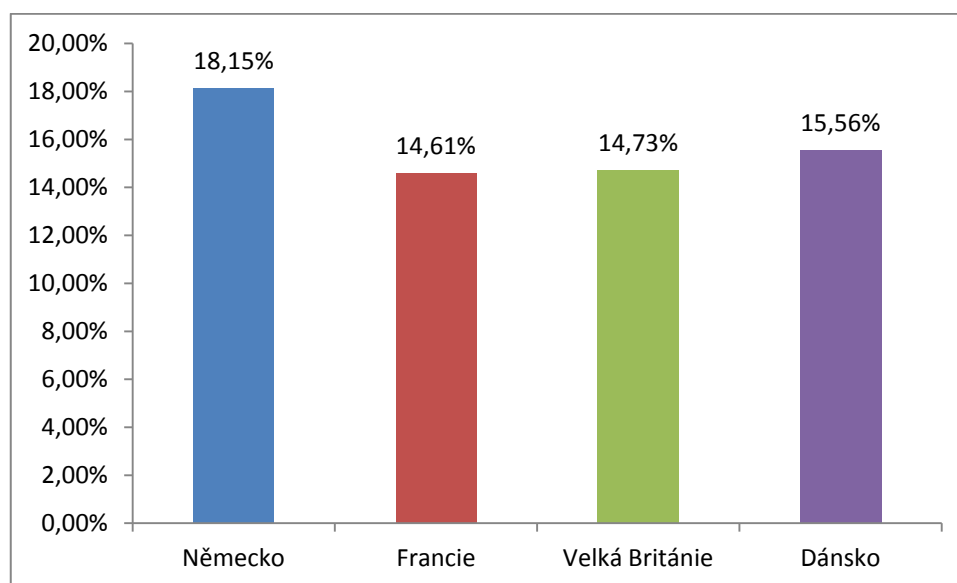
Dánsko nezůstává se složením obyvatel pozadu ani pro svůj celkový počet obyvatel 5,6 milionu s rozložením 15,56 % starších 65 let a 2,03 % starších 85 let. V budoucnosti se procenta lidí zastoupených ve věku 65 a více budou pohybovat kolem 31,8 % a u lidí starších 85 let pak kolem 9,7 %.

Poslední demografické výzkumy EUROSTATu ukazují na zvyšování počtu starších obyvatel (80 +). Čísla se mají v následujících dvou dekádách zvýšit prakticky o 50 % ve všech členských státech EU. Z příložených vývoju také vyplývá, že se v Evropě počet velmi starých lidí do roku 2050 ztrojnásobí. (ČÁSLAVA, 2009)

Porovnáním současné situace populace starších lidí v jednotlivých státech se dostává do popředí do očí bijící **fakt rychlého růstu jejich zastoupení v celkové populaci**. Proto se do budoucna bude muset sociální politika každé země více a cíleněji zaměřovat na sociální péči a služby poskytované právě této věkové kategorii obyvatel. V opačném případě, **usuzuje autorka, nebudou schopni samotní jedinci se o sebe dostatečně postarat, a nátlak na rodinné příslušníky se tak stane více neúnosným a pro stát dražším.**

Procenta celkového počtu obyvatel seniorského věku byla porovnána i v grafu níže, jednotlivé podíly jsou v zemích v zásadě vyrovnány. Nejvíce obyvatel ve věku 65 let a více má Německo, to také potvrzuje fakt druhé sledované skupiny 85 let a více, kde je podíl procentního zastoupení obyvatel v podobné míře, její grafické znázornění je možné shlédnout v **příloze D**.

Obrázek č. 12: Zastoupení seniorů ve věku 65 + mezi zeměmi (v % z celkové populace)



Zdroj: vlastní zpracování, 2014

Dle demografických výhledů vývoje obyvatelstva těchto věkových skupin se navyšování rozsahu a kapacit poskytovaných služeb právě pro seniory zdá jako opravdu bezpodmínečné. Na výše zmíněné aspekty měnícího se prostředí sociální péče reagovaly i národní politiky. Francie přistoupila mezi léty 2004 – 2007 k plnění národního Plánu pro slabé starší obyvatele. Ten zahrnoval opatření vedoucí ke vzniku nových služeb a pomoci jednotlivcům jak doma, tak v rezidenčních zařízeních. Podobně v Anglii, resp. v Irsku, stanovila vláda program politiky pro starší občany na roky 2007

– 2012 a další program na rok 2016 pro sociální partnerství, který navozuje spolupráci na rozvoji infrastruktury a propojenosti dlouhodobé péče o seniory.

Pro zhodnocení práce zaměřené na popis a charakteristiku systémů sociálních služeb v jejich konkrétních aspektech byla vybrána v současnosti **dle autorky nejvíce diskutovaná oblast péče o seniory (dlouhodobá péče, LTC)**. LTC služby jsou nabízeny lidem, kteří potřebují dlouhodobě pomáhat se základními denními aktivitami. Z prováděných analýz a získaných dat vyplývá, že stárnutí populace koresponduje s rostoucími náklady na péči, nutností zvýšit kvalitu, intenzitu a flexibilitu služeb, reagovat na snižující se dostupnost neformální rodinné péče. LTC napříč Evropou nabývají různých forem, včetně služeb poskytovaných v domově příjemce, LDN zařízeních, pečovatelských a seniorských domovech, denních centrech a dalších. Veliký rozdíl je také v dostupnosti služeb. Velká dostupnost péče je ve skandinávských zemích a nižší pak v jižních státech, kde se spoléhalo především na rodinné příslušníky a poskytování LTC služeb je spíše minimální. Což jen poukazuje na to, jak jsou i kulturní zvyky a tradice společnosti důležité pro sociální systém země.

Významné poznatky při jakékoli komparaci poskytování služeb starším lidem lze získat i na základě dostupných údajů o rozsahu péče. Tato péče byla sledována na nejčastěji poskytovaných zařízeních sociální péče, a to na pobytových zařízeních v kontrastu s poskytováním péče doma.

Tabulka č. 16: Podíl osob starších 65 let, kterým je poskytována péče v pobytových zařízeních a domácí péče

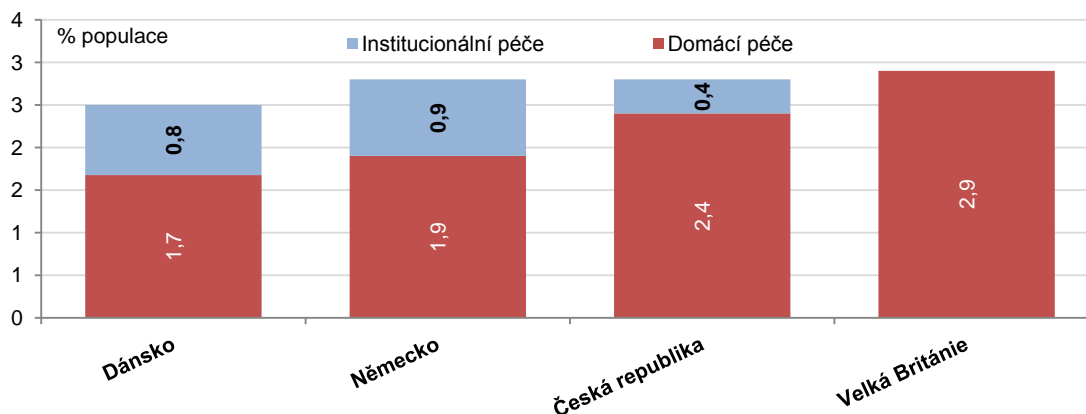
v % z celku	Německo	Francie	Velká Británie	Dánsko	Česká republika
Pobytová zařízení	3,5	6,5	5,1	9,1	5,3
Péče v domácnosti	7	6,1	5,5	25	13,2
z roku	2003	2000	1996	2001	2006

Zdroj: Vlastní zpracování dle JACOBZONE, 1999, BEDNÁRIK, 2005, PRŮŠA, 2007

Údaje z tabulky číslo 16 ukazují srovnatelnou úroveň podílu osob starších 65 let, kterým je poskytována péče v pobytových zařízeních. Kromě Německa, kde je toto číslo nižší. Podíl osob starších 65 let a využívajících domácí péči je napříč zeměmi velmi rozdílný. Lze usuzovat, že nadále poroste potřeba rozšiřovat služby domácí péče, ale také nutnosti návaznosti zdravotnických služeb na tyto terénní služby. V grafickém znázornění a z novějších dostupných dat OECD byl zpracován následující graf, který

ukazuje rozdíl domácí péče a institucionální péče mezi zeměmi. Francie zde chybí, neboť nebyla zahrnuta do výzkumu OECD a nejsou zde proto dostupná jakákoli data.

Obrázek č. 13: Více uživatelů LTC péče využívá služby domácí péče než institucionální



Zdroj: vlastní zpracování dle OECD Help 2011, 2014

Ve většině zemí je dle grafu důležitou součástí péče právě neformální domácí péče a pomoc příbuzných. Domácí péči většinou na tomto principu zajišťují ženy, převážně manželky, dcery či nevlastní dcery.

V Německu existuje kolem 10 000 služeb domácí péče. Od zavedení dlouhodobé péče v roce 1995 se tak soukromí poskytovatelé služeb domácí péče, vedle tradičních zařízení péče a ambulantních služeb, spolupodílí na zajišťování služeb. Podle dostupných statistik bylo v roce 1999 v zemi celkem 10 820 pečovatelských služeb. V roce 2003 bylo toho číslo nižší 10 619 a snižování pokračovalo i do dnešních dnů v kontrastu k nárůstu domácí péče. Počet zaměstnanců ve službách domácí péče se jednoznačně zvýšil ze 183 782 v roce 1999 na 200 897 v roce 2003. Pro zajímavost byl podíl žen na celkových zaměstnancích domácí péče celých 87 %. Výhodou je, že služby domácí péče mohou čerpat senioři jak v rámci LTC péče, tak v rámci dočasné nemoci (poskytovatelem služby bude v tomto případě zákonné zdravotní pojištění). (GBE, 2014)

V Německu v současné době žije kolem 20 % obyvatel ve věku nad 65 let a 5 % nad 80 let věku života. To staví zemi na příčky zemí s nejstarší populací, daleko nad evropské průměry. V přepočtu vynakládá na LTC péči kolem 1,3 % HDP, z čehož je 0,9 % finančních prostředků veřejného sektoru. V roce 2006 byla domácí péče

poskytována kolem 7 % populace a 3,7 % využívalo péči v ústavním zařízení. To ukazuje na tradiční pojetí péče v Německu, kde se upřednostňuje **domácí zázemí jednotlivce**. Před stanovením zákona o LTC péči v roce 1994 byl systém v Německu charakterizován značnou vládní spoluúčastí na službách, které spadaly do systému sociálního zabezpečení nebo zdravotního pojištění. Se zavedením tohoto zákona vznikl v zemi systém zákonného LTC pojištění, stejně jako ve Francii, a ve stejném roce rozšířilo Německo rozsah krití rizik souvisejících s poskytováním LTC služeb. Téměř celá německá populace je pojištěna proti riziku vzniklému v souvislosti s LTC péčí. K povinnému LTC pojištění je možné také plnit doplňkové pojištění, jako druh životního pojištění (Pflegerentenversicherung) nebo jako pojištění, které hradí zbývající náklady (Flegekostenversicherung), nebo jako pojištění, které platí nastavenou dodatečnou částku pro LTC bez ohledu na skutečné náklady (Pflegetagegeldversicherung).

Přibližně 15,8 % lidí je ve Spojeném království starších 65 let, dalších 4,1 % pak ve věku nad 80 let. Systém LTC péče je v Anglii přenesen na **samostatně fungující systémy Walesu, Anglie, Skotska a Severního Irska**, stejně jako tomu bylo o jednotlivých oblastí sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že celých 83 % starších obyvatel žije v Anglii, vztahuje se většina poskytovaných služeb a výdajů na tyto služby právě do Anglie. Velká část odpovědnosti za financování LTC péče leží na samotném jednotlivci, i když vláda poskytuje určité finanční podpory pro poskytování služeb LTC. Vláda poskytuje například příspěvek na životní náklady DLA pro ty, kteří jej potřebují na svou péči a ještě nedosáhli věku 65 let. Pro osoby starší 65 let je zřízen příspěvek na pečovatelskou službu, pokud potřebují pomoc s osobní péčí. Přístup k veřejně poskytovaným službám LTC je stanoven na základě posouzení potřeb péče zajišťovaným orgány místní samosprávy. Lidé se také mohou rovnou obrátit na soukromého poskytovatele těchto služeb ve svém okolí nebo rovnou na pečovatelské domy, ale v tomto případě jim je poskytnuta jen minimální finanční podpora ze státních zdrojů, a svou péči si tak financuje z vlastních zdrojů.

V Anglii se LTC člení do **tří možných oblastí ústavní péče**: domy rezidenční péče, pečovatelské domy a LDN zařízení (ačkoliv rozdíl mezi ústavní péčí a pečovatelskou péčí byl formálně odstraněn v roce 2002, rozdíly v praxi přetrvávají). Některé obytné domy jsou v různých částech poskytovány místními úřady, ale jinak je většina domů

rezidenční péče a pečovatelských domů zajišťována nezávislými soukromými poskytovateli.

V UK tvoří největší část výdajů na sociální péči právě péče o seniory, formou pečovatelské péče a péče domácí. V roce 2001 existovalo v Británii na 341 200 míst pečovatelské služby ve více než 24 100 zařízeních. V zemi je většina poskytovatelů služeb ze soukromého neziskového sektoru pro osoby starší 65 let. Více než polovina příjemců péče ji využívá v soukromých pečovatelských domech, 27 % využívá ve svém bydlišti ošetřovatelskou péči a 16% využívá služeb zařízení zřízených některým místním orgánem. Na demografický vývoj a zvyšující se potřeby svých obyvatel reaguje britská vláda i dalšími opatřeními, **především posuny věkové hranice odchodu do důchodu**, od které se budou obyvatelé brát jako senioři. Posun věku bude prováděn ve třech etapách. Mezi lety 2012 – 2018 dojde k posunu ze současných 65 let pro muže a 61 let pro ženy na 65 let pro obě pohlaví. Mezi lety 2019 – 2020 bude tato věková hranice pro obě skupiny posunuta na 66 let. Od roku 2034 na hranici 67 let a do roku 2046 je v plánu vlády posunou hranici ještě dále na 68 let pro obě skupiny obyvatel. (PENSION ACT, 2011) Posouvání hranice odchodu do důchodu je v současné době i ve výhledech do budoucna příznačné pro většinu evropských zemí.

Sociální činnosti poskytované seniorům ve Francii lze rozlišit na tři skupiny. První skupinou jsou senioři nad 65 let, ale ne více starší než 75 let. Tito senioři ve většině případů nevykazují žádné závažné obtíže a jsou nadále schopni žít v místě svého bydliště. Zdrojem problémů v této oblasti mohou být nedostatečné příjmy, plynoucí z důchodcovské nebo vdovské penze. Také osoby nad 75 let jsou ve Francii spokojenější, pokud mohou zůstat v místě svého bydliště, a z principu odmítají umístění do jakékoli instituce. Jejich zdravotní či duševní stav už bývá horší než u předchozí skupiny, a proto jsou velmi častými a hojnými příjemci domácí pomoci, zdravotní péče, která je jim poskytována v místě bydliště anebo využívají služeb úpravy bydlení. Domácí péče spadá ve Francii pod účinnost departementů, které se podílejí na jejím financování. V rámci těchto služeb jsou seniorům poskytovány veškeré služby pro zvládnutí denních úkonů, hygieny, nákupů, stravování, donáška jídla, a další. V rámci této skupiny jsou již rozlišovány stupně závislosti a může jim být přiznáván příspěvek na samostatnost (APA). Pro třetí skupinu starších seniorů je již poskytován APA v místě bydliště, který financuje nejzákladnější pomoc a další vybavení potřebné pro

péči. Skupina seniorů nad 85 let, jsou-li ponecháni v místě svého bydliště, je postižena největšími zdravotními problémy a riziky spojenými s potřebnou zdravotní péčí. Proto je zde také nutná koordinace sociální a zdravotní péče. Lidem v této skupině jsou poskytovány i prostředky sociální pomoci na ubytování (ASH), protože zdroje přijaté v rámci APA nepostačují na pokrytí veškerých nákladů na bydlení. Dalším důležitým subjektem poskytujícím služby seniorům jsou obce, které zřizují veřejné domovy důchodů, ve kterých je dostupná i částečná lékařská péče.

V roce 2011 činily 16,9 % francouzské populace osoby starší 65 let. 5,5 % populace tvořili obyvatelé nad 80 let. Celkové výdaje Francie na LTC péči se pohybují kolem 1,8 % HDP. Více než 70 % z těchto zdrojů plynulo na ústavní péči (nemocnice, pečovatelské domy a LDN zařízení). Ve Francii přijímá institucionální péči více lidí, než kolik činí podíl využívajících domácí péči. V roce 2007 bylo 6,7 % populace ve věku nad 65 let příjemci LTC péče v institucích, zatímco kolem 6,5 % lidí přijímalo LTC péči ve svých domovech. Ve Francii je dlouhodobá péče, ať už doma nebo v institucionálním zařízení, poskytována především prostřednictvím systému veřejného zdravotního pojištění a prostřednictvím výše zmíněných příspěvků APA a ASH, jako doplňkové příspěvky také podpora nákladů na živobytí.

Přibližně 16,1 % dánské populace jsou lidé starší 65 let a celých 4,1 % jsou lidé starší 80 let. Dánsko vynakládá kolem 2 % z HDP právě na zdraví ve službách LTC péči, z čehož 1,7 % pochází z veřejných zdrojů. Většina zdrojů je v Dánsku poskytována právě na domácí péči a péči v ústavních zařízeních, jak bylo rozebráno výše. **Dánský systém LTC je univerzálním systémem, za nějž je odpovědná vláda.** Ta zodpovídá především za stanovování celkových zásad, na nichž stojí LTC péče. Za poskytování služeb, realizaci LTC politik a rozhodování o přidělování zdrojů jsou odpovědné místní orgány. Systém poskytuje komplexní pokrytí celé škály sociálních služeb, včetně domácí adaptace, poskytnutí kompenzačních pomůcek a péče v domácnosti. Hlavním cílem služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením (které spadají v Dánsku do LTC péče) je zajistit, aby mohli žít důstojný život ve svých domovech, jak nejdéle je to možné. V případě, kdy nejsou již osoby samy schopny dále fungovat ve svých domácnostech, jim je poskytnuta možnost využití pečovatelských domů a chráněných seniorských bydlení. Dánsko v posledních letech konvertuje mnoho pečovatelských domů na seniorské bydlení s podpurnými sociálními službami poskytovanými

ošetřovateli rušených domů. Lokální autority drží dohled nad financováním LTC péče prostřednictvím blokových grantů udělovaných vládou. Dalšími zdroji na financování služeb pro seniory jsou částky z místních daní a vyrovnávací částky přijaté od jiných spřízněných místních orgánů. Celkový rozpočet za tyto služby je stanovován globálně vždy na roční období. Legislativa v Dánsku umožňuje místním orgánům určitou míru svobody při stanovování cen za služby péče v domácnosti, které si hradí sám klient. Uživatelské poplatky zde však nadále tvoří malou část celkových nákladů péče.

Pro zhodnocení dostupnosti a kapacit služeb LTC péče byla sestavena tabulka číslo 17, která zachycuje dostupnost lůžek ve srovnání s OECD průměrem.

Tabulka č. 17: Počet lůžek LTC péče na 1 000 obyvatel ve věku 65 a více let

Lůžko/1 000 obyvatel	
Německo	48
Francie	52
Velká Británie	56
Dánsko	15
OECD	44

Zdroj: vlastní zpracování dle OECD 2011, 2014

Nejvíce vybavená země pro LTC péči je dle počtu lůžek na 1 000 obyvatel Velká Británie, která také stojí nad evropským průměrem. Druhou a třetí zemí je Francie a Německo, které obě také stojí nad evropským průměrem vyšší vybaveností lůžek. Dánsko naopak vykazuje podstatně nižší čísla dostupných lůžek, kterých bylo 15 na 1 000 obyvatel starších 65 let.

Konečné srovnání poskytování sociálních služeb pro seniory ve vybraných státech je provedeno v tabulce číslo 18.

Tabulka č. 18: LTC péče srovnání

	Německo	Francie	Velká Británie	Dánsko
<i>Veřejné výdaje</i>	Nízké	Střední	Střední	Vysoké
<i>Soukromé výdaje</i>	Nízké	Vyšší	Vysoké	Nízké
<i>Využití neformální domácí péče</i>	Silné	Silné	Silné	Slabé
<i>Podpora neformální péče v zemi</i>	Silná	Silná	Slabší	Silná

Zdroj: vlastní zpracování, 2014

Zhodnocení poskytování sociálních služeb na nejpočetnější skupině jejich uživatelů, tedy seniorů, je velmi obtížné. Kámen úrazu tkví hlavně v tom, že tyto služby jsou v každé zemi poskytovány odlišným způsobem, poskytovatelem či spadají do různých oblastí národní péče. **Německo je charakteristické celkem komplexním a univerzálním systémem poskytovaných služeb s dobrou kvalitou řízenou dle standardů péče.** Další země se blíží ke stejné míře komplexnosti, hlavně díky nastupující skupině institucionálních změn a reforem.

Závěr

Sociální služby jsou zářivým příkladem oblasti sociální politiky, ve které je nejvíce účelné tvořit její hlavní body na základě analýz skutečných potřeb občanů a to nezávisle na tom, o kterou zemi se jedná. Základním předpokladem je jednoznačně dostupnost kvalitních informací o službách, jejich účelu a výskytu v místě výskytu daného občana. Úlohy koordinátora v předávání jak informací, tak samotné péče, se ve většině případů zhostí stát či centrální vlády (alespoň v roli kontrolora kvality služeb). Úkoly veřejného sektoru v oblasti sociálních služeb jsou patrné a jejich nutnost je neodlučitelným faktorem úspěchu v péči. Hlavními úkoly jsou plánování a proces tvorby celkové sociální politiky a koordinace dalších politik vládních nebo regionálních v součinnosti s politikou sociální. Dále samozřejmě poskytování sociálních služeb, které mohou být poskytovány výlučně státním orgánem nebo s jeho významným podílem.

Nedostatečná informovanost o sociálních službách či jejich dostupnosti pak vede ke ztrátě jistot obyvatelstva spojených se stářím, nemocí či významnou životní událostí. Neznalost alternativních možností péče žene mnoho klientů do rezidenčních typů služeb, které jsou mnohdy nákladnější a méně dostupnější, což do vzdálenostních měřítek. Pro pochopení celistvého systému sociálních služeb a problematiky s tím související, je nutný kvalitní právní aparát, který bude podporovat další možnosti péče o potřebné, ne-li domácí péči a spolupráci mezi poskytovateli a systémy vyžadovat. Na dobrém legislativním základu je pak možné stavět kvalitní a dobře fungující systém péče, kde bude možno exaktně vymezit jednotlivé pravomoci vládních, ale i místních orgánů veřejné správy a samosprávy. Na silné základy s jasně stanovenými hranicemi, zdmi systému, je možné stavět efektivní způsob financování celého systému.

Zajímavým postupem v této oblasti je narůstající odklon od přílišné štedrosti státních sociálních politik. S tímto jevem jsou spojené i redukce zbytečně vyplácených dávek či poskytovaných služeb. Státní poskytovatelé sociálních služeb se stávají spíše minoritní skupinou a naopak roste počet poskytovatelů sociálních služeb v rámci místních samospráv a nestátních soukromých organizací. Stát bude i v budoucnu nadále plnit roli tvůrce právních zásad a norem a jakéhosi garanta kvality poskytovaných služeb. Bude dále plnit dohled nad registrací služeb a dohlížením nad samotným vydáváním či odebíráním oprávnění k poskytování služeb. Jeho zastoupení v tomto sektoru služeb tedy bude i v budoucnu důležité, a to i jako financovatele.

Rozvoj soukromého sektoru v oblasti poskytování sociálních služeb lze očekávat pouze u takových služeb, kde klienti a jejich rodiny budou disponovat příslušnými finančními prostředky. (MATOUŠEK, 2011) S financováním jsou spojovány i možné krize systémů. Výdaje na sociální činnosti se budou stále zvyšovat, proto místo dalších restrikcí dochází spíše k **restrukturalizaci výdajů**. Změny vycházejí také ze změn společenských priorit v sociální oblasti. Tomuto problému se v odborné společnosti říká **krize legitimacy**. Jde vlastně o krizi společenského souhlasu s tím, co je správné ve vymezení systému sociální ochrany a jestli této pomoci není už příliš či zda přes svou širokou škálu poskytovaných služeb nevznikají neefektivita v jiných oblastech. Faktory krize mohou být zvyšující se počty programů pomoci a ochrany nízkopříjmovým skupinám, především ve vztahu adresnosti a zneužitelnosti sociálních dávek. Dále se rozmáhají také systémy soukromého sociálního pojištění, které jsou ovšem přístupné pouze majetnějším vrstvám, a tak neslouží jako ulehčení celkovému systému. Na tuto problematiku v současné době upozorňuje především sociolog Jan Keller nebo Sirovátka. Keller zdůrazňuje postavení střední vrstvy v národních systémech sociální ochrany, která do systému přispívá relativně nejvíce, ale čerpá z něj výhody relativně nejméně.

Důležitým krokem ve vývoji sociálních služeb je odstup od čistě státního financování prostřednictvím státního rozpočtu a přechod k **vícezdrojovému financování**. Díky smluvním základnám při poskytování služeb se více akceptuje osobní odpovědnost klientů za zřizování opravdu potřebných sociálních služeb. Co se formy poskytování služeb týče, stále více se ústavní péče nahrazuje péčí v domácím prostředí, a jsou poskytovány služby šité na míru konkrétního klienta.

Organizace služeb prochází standardizací a nutností tvorby standardů kvality poskytovaných služeb. Evropská unie vyvíjí v posledních letech snahu nastartovat společenský směr vývoje sociálních politik členských zemí prostřednictvím otevřených metod koordinace a různých programů.

Počátkem šedesátých a sedmdesátých let přistoupily státy k redukci veřejných výdajů, a tak i výdajů do sociálních služeb. Hlavní příčinou redukcí veřejných výdajů byla jejich dlouhodobá ekonomická neudržitelnost. Stát se s vyšší nákladovostí veřejného systému vyrovnává různými kroky, jedním může být zvýšení daňové povinnosti občanů, což ovšem zbrzdí hospodářský rozvoj. Dokonce dochází i k případům, že se stát díky nákladnému sociálnímu systému zadlužuje. Dalším krokem je zvyšování

finanční spoluúčasti samotného klienta služeb, a to výměnou za možnost samostatného a odpovědného rozhodování o využívání služby. Jako další alternativy se nabízí řešení financování sociálních služeb prostřednictvím časově limitovaných projektů na sociální služby, které se vypisují v souvislosti se zvyšováním kvality poskytovaných služeb. Takovéto kombinované financování služeb se nyní stává nutností k přežití samotného systému veřejných financí, ba co více, vícezdrojové financování je patrně tím jediným vláknem, které drží některé sociální služby nad hladinou.

Dalším charakteristickým vývojem v budoucnosti se patrně stane razantnější přístup a dodržování **principu subsidiarity**, který doporučuje, aby byly služby organizovány a poskytovány co možná nejlépe klientovi, nejlépe jeho blízkými, službami v místě jeho bydliště, regionálně dostupnými službami, což také souvisí s jednotlivými plány regionálních rozvoje sociálních služeb. Ovšem s tímto budoucím vývojem nutno zacházet opatrně, neb je důležité vzít také v potaz rodině-sociální vztahy a tradice té které uvažované země.

S nástinem vývoje souvisí také fakt poskytování služeb přímo v bydlíštích příjemců, které může nabývat mnoha forem. Asi nejznámější je pečovatelská služba, kdy kvalifikovaný pracovník dochází domů za klientem, dále pak asistenční služby a i některé hospitalizační služby. Vývoj čeká také komunitní centra, která budou poskytovat více sociálních služeb pod jednou střechou, a to hlavně mladistvým, matkám s malými dětmi nebo i seniorům. Dále pak tzv. streetwork, který jako sociální služba je poskytován tam, kde dochází k určitým sociálním rozporům. Jeho význam bude větší především v odloučených lokalitách, v místech výskytu drogově závislých či místech s etnickými problémy a další.

Autorka práce souhlasí se závěry MATOUŠKA, že **nadále bude docházet k deinstitucionalizaci sociálních služeb, což představuje převádění klientů z ústavní péče do jiných forem poskytování.** Soudí, že takto dochází k menším pracovním požadavkům a menší finanční náročnosti provozování sociální služby a také bude poskytována klientovi taková služba, kterou chce a potřebuje opravdu využívat. I když nutnost ústavních zařízení pro opravdu vážné a potřebné případy zůstane zachována. Změna pak může nastat ve zmenšování velikosti těchto zařízení k většímu přiblížení klientům. V některých evropských zemích je dokonce velikost ústavních domů omezena zákonem.

Založeno na vlastním úsudku, se pak bude v budoucnosti ještě více vyvíjet individuální role samotných klientů sociálních služeb. Ten bude mít možnost, v co možná největší míře, rozhodovat o rozsahu a především obsahu využívané služby. Tomuto modelu by se pak říkalo **zákaznický model sociálních služeb.**

Významným faktorem budoucího vývoje by se mohl stát **rozvoj dobrovolnictví** v oblasti služeb, které nepodléhají přísným kontrolám co do kvalifikace a odbornosti. Tito dobrovolníci přinesou sice systému náklady se zaškolováním, supervidováním a podporou mateřských organizací, ale ve výsledku představují mnohé úspory systému. Dobrou praxi je možno hledat právě v Německu. Dále se dle MATOUŠKA objevují tzv. svépomocné skupiny, které pracují spíše na principu dobrovolnictví a představují jakési alternativy organizacím vedeným k profesionály. Pod těmito skupinami je možno si představit skupiny rodičů s vážně nemocnými dětmi, skupiny lidí, kteří překonali svou závislost na opiátech. Takový systém je hojný například v USA.

Velice perspektivní se zdá i rozvoj třetího sektoru, tzv. **sociálního podnikání.** Sociální podnikání představuje ekonomickou oblast, které se účastní samy znevýhodněné skupiny. Forma takového podnikání může být nezisková, služby podporující podnikání nebo i služby s jasně dosahovanými ekonomickými výstupy.

Současně hojně diskutovanými tématy jsou prevence, komplexnost a kontinuita v oblasti sociálních služeb. Některé ekonomické země se od preventivních programů v této problematice spíše odklání díky nedostatečně garantovanému budoucímu efektu či dokonce negativnímu efektu. V zemích s vysokými sociálními náklady jsou preventivní služby považovány za přílišný luxus. Či naopak představují preventivní služby jakéhosi bílého koně představ, že se jejich poskytování vyplatí s ohledem na lepší kvalitu života klientů, změnu životního stylu a budoucí výdaje veřejných systémů. Klientovi, v některých případech, nebudou mít organizace co nabídnout, resp. na základě vlastní odpovědnosti klientů, dle zákona, si klient nebude mít z nabídky služeb co vybrat. Příkladem je přemísťování seniorů od domovů pro seniory, přes nemocnice běžného typu až po tzv. LDN zařízení, kde ve většině případů putování končí. Budoucností se pak zdá dle MATOUŠKA, s čímž **souhlasí i autorka práce, systém řízené péče.** Kdy jsou potřeby klienta sledovány svěřeným pracovníkem s dostatečnou pravomocí a kompetencemi. Prozatím je systém řízené péče využíván především v řešení péče o lidi s duševními chorobami. V oblasti péče o seniory se zdá

nejžádanějším zaměřením na propojování a zřizování zařízení LTC, které budou schopny zabezpečit klientům jak sociální, tak zdravotní služby.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Znaký základních modelů.....	19
Tabulka č. 2: Srovnání modelů.....	20
Tabulka č. 3: Dánsko - výdaje vynaložené na oblasti sociální péče.....	31
Tabulka č. 4: Francie - výdaje vynaložené na oblasti sociální péče.....	33
Tabulka č. 5: Německo - výdaje vynaložené na oblasti sociální péče.....	34
Tabulka č. 6: Velká Británie - výdaje vynaložení na sociální oblasti.....	35
Tabulka č. 7: Česká republika - výdaje vynaložené na sociální oblasti.....	37
Tabulka č. 8: Celkové sociální výdaje jednotlivých zemí.....	39
Tabulka č. 9: Komparace modelů sociálního systému zemí.....	53
Tabulka č. 10: Srovnání mezi zeměmi.....	62
Tabulka č. 11: Procento příjemců péče.....	75
Tabulka č. 12: Procento příjemců příspěvků APA dle pohlaví příjemců.....	78
Tabulka č. 13: Hrubé výdaje na sociální péči dle druhu služby a typu klienta.....	82
Tabulka č. 14: Příspěvek na ošetrovatelskou péči (RNCC).....	83
Tabulka č. 15: Populace seniorů v letech dle pohlaví.....	91
Tabulka č. 16: Podíl osob starších 65 let, péče v pobytových zařízeních a doma.....	93
Tabulka č. 17: Počet lůžek LTC péče na 1 000 obyvatel ve věku 65 a více let.....	98
Tabulka č. 18: LTC péče srovnání.....	99

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Dánsko – veřejné zdroje vynaložené na sociální oblasti.....	32
Obrázek č. 2: Francie – veřejné zdroje vynaložené na sociální oblasti	33
Obrázek č. 3: Německo – veřejné zdroje vynaložené na sociální oblasti.....	34
Obrázek č. 4: Velká Británie – veřejné zdroje vynaložené na sociální oblasti.....	36
Obrázek č. 5: Česká republika – veřejné zdroje vynaložené na sociální oblasti	37
Obrázek č. 6: Znárodnění celkových veřejných výdajů	40
Obrázek č. 7: Zastoupení věkových kategorií příjemců peněžitých dávek na péči.....	77
Obrázek č. 8: Procento příjemců APA dle věku a pohlaví	79
Obrázek č. 9: Hrubé výdaje dle služby a typu klienta	82
Obrázek č. 10: Procento příjemců dávek sociální pomoci a rehabilitaci.....	86
Obrázek č. 11: Procento příjemců dlouhodobé péče dle věku.....	87
Obrázek č. 12: Zastoupení seniorů ve věku 65 + mezi zeměmi	92
Obrázek č. 13: Více uživatelů LTC péče využívá služby domácí péče.....	94

Seznam použitých zkratk

AAH – allocation aux adultes handicapés (Příspěvek dospělým handicapovaným)

APA – L´allocation personnalisée d´autonomie (Příspěvek na vlastní autonomii)

API – Allocation de parent isolé (Příspěvek osamocenému rodiči)

ARS – Agences régionales de santé (Regionální zdravotnické orgány)

ASH – Aide Sociale `a l´Hébergement (Sociální pomoc na ubytování)

AWO – Die Arbeiterwohlfahrt

BAGFW – Der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege

BzP – Bericht zur Pflegeversicherung (Zpráva o pojištění na péči)

CAF – Caisses d´allocations familiales (Pokladny rodinných příspěvků)

CCAS – Centre communal d´action sociale (Centrum sociální činnosti)

CSA – Care Standards Act

CdI´S – Code de l´action Sociale et des familles

ČR – Česká republika

DDASS – Direction départementale des affaires sanitaires et sociale (Departementální ředitelství sociálních a zdravotních věcí)

DDI – Directions départementales interministérielles (Meziresortní ředitelství)

DGAS – Direstion generál de l´action sociale

DLA – Disability Living Allowance (Příspěvek na životní náklady)

DRASS – Direstion régionale des affaires sanitaires et sociale (Krajské ředitelství sociálních a zdravotních věcí)

DRK - Deutsches Rotes Kreuz

ESSPROS – European System of Integrated Social Protection Statistics

EU – Evropská unie

EUROSTAT – European Statistical System

GAE – the Grant – aided Expenditure

GIR – Groupe iso-ressources

HCPC – the Health and Care Professions Council (Rada pro zdraví a péči)

HDP – Hrubý domácí produkt

HMCI – Majesty's Chief Inspector of Education, Children's Services and Skills (Vrchní inspektor školství, dětské péče a dovedností Jeho veličenstva)

HSCIC – Health and Social Care Information Centre

ISBLM – Institutions sans but lucratif au service des ménages (Neziskové instituce sloužící domácnostem)

KOM ES – Komise Evropských společenství

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

LTC – Long Term Care (Dlouhodobá péče)

MDPH – Maisons départementales des personnes handicapées

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

NHS – National Health System

NISCC – the Care Council of Wales, the Northern Ireland Social Care Council (Rada sociální péče ve Walesu a Severním Irsku)

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)

RMI – Allocation de revenu minimum d'insertion (Příspěvek na minimální příjem pro začlenění)

RNCC – Registered Nursing Care Contribution

SSA – the Standard Spending Assessment

SSSC – the Scottish Social Services Council (Skotská rada sociálních služeb)

UK – United Kingdom

UNEDIC – Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce

USA – Spojené státy americké

ÚSC – územní samosprávný celek

Seznam použité literatury

Monografie

AUBIN, Emmanuel. *Droit del aide et de l'action: Les enjeux, les sources, les acteurs*. Paris: Lextenso éditions, EJA, 2014, 524 s., ISBN 2-29703-697-3

ČÁMSKÝ, Pavel a kol. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1.vydání, Praha: Portál, 2011, 265 s., ISBN 978-80-262-0027-7

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání, Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 374 s., 2002, ISBN 80-246-0139-7

DOHNALOVÁ, Marie, PRŮŠA, Ladislav, et al. *Sociální ekonomika*. 1. vydání, Praha: Wolters Kluwer ČR, 2011, 176 s., ISBN 978-80-7357-573-1

ERATH, Peter, Eds. *Social work Across europe: Accounts from 16 countries*. First edition. Ostrava: European Research Institute for Social Work, 2010, 184 s., ISBN 978-80-7368-910-0

ESPING-ANDERSEN, Gøsta. *The three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press, Princeton 1990

GEORGE, Victor, WILDING, Paul. *Welfare and Ideology*. Michiganská univerzita: Harvester Wheatsheaf, 1994, 228 p., ISBN 9780133206494

GEORGE, Victor, TAYLOR-GOODY, Peter. *European Welfare Policy: Squaring the Welfare Circle*. Michiganská univerzita: Macmillan Publishers Limited, 1996, 224 p., ISBN 9780333609170

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod zpracování dat*. 4. rozšířené vydání, Nakladatelství Portál, 2012, 736 s., ISBN 978-80-262-0200-4

KAHOVCOVÁ, Sandra. *Problematika financování sociálních služeb*. Plzeň, 2012, Bakalářská práce. Západočeská univerzita. Fakulta ekonomická. Vedoucí práce Pavlína Hejduková

KELLER, Jan. *Soumrak sociálního státu*. 1. vydání, Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, 158 s., ISBN 80-86429-41-5

KLOUDA, Milan. *Sociální služby v ČR a ve vybraných členských státech EU*. Plzeň, 2012, Bakalářská práce. Západočeská univerzita. Fakulta právnická. Vedoucí práce Ilona Kostadinovová

- KOLIBOVÁ, Helena. *Sociální systém: solidarita jako základ sociálně politických aktivit společnosti*. 1. vydání, Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2011, 84 s., ISBN 978-80-7248-706-6
- KRÁLOVÁ, Jarmila, RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vydání, Olomouc: ANAG, spol. s.r.o., 2012, 463 s., ISBN 978-80-7263-748-5
- KREJSOVÁ, Kristýna. *Sociální služby a úloha nestátních organizací v sociálním zabezpečení*. Plzeň, 2012, Diplomová práce. Západočeská univerzita. Fakulta právnická. Vedoucí práce Antonín Vacík
- KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. 5. aktualizované vydání, Praha: Wolters Kluwert ČR, 2010, 544 s., ISBN 978-80-7357-585-4
- KŘEPELKA, Mikuláš. *Komparace systémů sociální péče v České republice a Spolkové republice Německo v kontextu stárnutí populace*. Brno, 2010, Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Jiří Vander
- KOCÁNKOVÁ, Gabriela. *Systém sociálních služeb ve Francii v komparaci s ČR*. Brno, 2008, Diplomová práce. Masarykova univerzita. Ekonomicko-právní fakulta. Vedoucí práce Mirka Wildmannová
- KOTOUS, Jan, MUNKOVÁ, Gabriela, PEŘINA, Pavel. *Úvod do sociální politiky*. 3. doplněné vydání, Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2003, 106 s., ISBN 80-85889-50-1
- MATOUŠEK, Oldřich, a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. vydání, Praha: Portál, 2011, 200 s., ISBN 978-80-262-0041-3
- MUNKOVÁ, Gabriela. *Sociální politika v evropských zemích*. 1. vydání, Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2005, 189 s., ISBN 80-246-0780-8
- MUSIL, Libor. *Vývoj sociálního státu v Evropě*. 1. vydání, Brno: DOPLNĚK, 1996, 255 s., ISBN 80-85765-62-4
- OLÁH, Michal, ROHÁČ, Ján. *Atribúty sociálnych služieb. Čo treba vedieť o sociálnych službách*. 1. vydání, Bratislava : VŠZaSP sv. Alžběty, n.o., Katedra sociálnej práce, 2010, 132 s., ISBN 978-80-89271-88-7
- POPE BENEDICT XVI. *Charity in Truth*. Ignatius Press, 2009 157 s., ISBN 1586172808

POTŮČEK, Martin. *Sociální politika*. 1. vydání, Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, 143 s., ISBN 80 – 85850 – 01 – X

PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb*. 2. vydání, Praha: ASPI, a.s., 2007, 180 s., ISBN 978-80-7357-255-6

ROSE, Richard, SHIRATORI, Rei, Eds. *The Welfare State East and West*. Oxford University Press, New York etc., 216 p., 1986

SVOBODA, František. *Tři archetypy evropské sociální politiky*. 1. vydání, Brno: Masarykova univerzita, 2012, 138 s., ISBN 978-80-210-5990-0

TRÖSTER, Petr a kolektiv. *Právo sociálního zabezpečení*. 5. přepracované a aktualizované vydání, Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2010, 379 s., ISBN 978-80-7400-322-6

ULLMAN, Claire F. *New Social Partners: Nonprofit Organizations and the Welfare State in France*. Annual meeting of the American Science Association, Washington, 1993

ULLMAN, Claire F. *Nonprofit Organizations, Public funding, and the boundaries of the Welfare state: the politics of public funding of nonprofit social services in France*. Annual Conference of Arnova, 1992

Dokumenty přístupné z internetu

AKSAMÍT, Juraj, MASAROVIČOVÁ, Martina, VALENTOVÁ, Kristýna. *Evropské sociální systémy – Moderní chudoba*. [online] Praha: VŠE, 2007, [cit. 27.01.2014] Dostupné z: <http://nb.vse.cz/~LAPACEKM/Prace/1245/evrsocsys.pdf>

ARCHAMBAULT, Edith. *Social service in France: A public/private partnership*. [online] Paris University, Centre d'économie de la Sorbonne, MATISSE, 2006, [cit. 03.02.2014] Dostupné z: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:teB4XbE0xncJ:halshs.archiveouvertes.fr/docs/00/11/91/15/DOC/Cork_corrige2.doc+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz

BEDNÁRIK, Rastislav, BODNÁROVÁ, Bernardína. *Starnutie populácie – výzva na zmeny v službách pre strašých ľudí*. [online] Bratislava: Stredisko pre štúdium práce a

rodiny, 2005, [cit. 03.04.2014] Dostupné z:
<http://www.sspr.gov.sk/IVPR/images/IVPR/bulletin/Bulletin-04-2005.pdf>

BRUTHANSOVÁ, Daniela, VYSOKAJOVÁ, Margerita, KOLDINSKÁ, Kristina. *Právní úprava sociálních služeb vybraných evropských zemí*. [online] Praha: Právnická fakulta UK, 2001, [cit. 31.01.2014] Dostupné z:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LEIy_CHwPd8J:www.crss.cz/otevri_soubor.php%3Fid%3D4602+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz

BzP. *Bericht zur Pflegeversicherung*. [online] Bundesministerium für Gesundheit, 2014 [cit. 12.03.2014] Dostupné z:
<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege/pflegeversicherung/pflegeberichte.html>

ČÁSLAVA, Pavel. *Evropské proměny sociálních služeb*. [online článek] Senátor Parlamentu České republiky, 2009, [cit. 03.04.2014] Dostupné z:
<http://www.caslava.eu/media.htm>

Code de l'action sociale et des familles. [online] Paris, 2013, [cit. 16.09.2013]. Dostupné z:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20080430>

DILNOT COMMISSION. *Fairer Care Funding. The Report of the Commission on Funding of Care and Support*. [online] The Dilnot Commission on Funding of Care and Support, 2011, [cit. 14.02.2014] Dostupné z: http://www.ilis.co.uk/uploaded_files/dilnott_report_the_future_of_funding_social_care_july_2011.pdf

ESSPROS. *The Danish ESSPROS Statistics 2012*. [online] [cit. 14.02.2013]. Dostupné z:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uKv5buJPi6UJ:www.dst.dk/~media/Kontorer/10Velfaerd/ENGLISHESSPROSMANUAL.pdf+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz>

FRÜHMAUER, Ondřej, BJALKOVSKI, Christo. *Sociální služby v zemích Evropské unie*. [online] Praha: VÚPSV, 2000, 37 s., [cit. 29.01.2014] Dostupné z:
<http://praha.vupsv.cz/Fulltext/Bjalk.pdf>

HANSEN, Finn. *Social Exclusion in Denmark-Consolidated Report 1990-1992*. [online] Commission of the European Communities, European Economic Interest

Group „Animation & Research“, 1992, 107 p., [cit. 31.01.2014] Dostupné z: <http://aei.pitt.edu/33661/1/A143.pdf>

HEALTH AND SOCIAL CARE ACT. [online] UK Government, 2012, [cit. 16.09.013] Dostupné z: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/pdfs/ukpga_20120007_en.pdf

HSCIC. *Personal Social Services: Expenditure and Unit Costs, England 2012-13, Provision Release*. [online] HEALTH and SOCIAL CARE INFORMATION CENTRE, [cit. 14.02.2013] Dostupné z: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB11644/pss-exp-eng-12-13-prov-PRA.pdf>

JACOBZONE, Stephane. *Ageing and Care for Frail Elderly Persons: An Overview of International Perspectives*. [online] OECD: Organisation de Coopération et de Développement Economiques, 1999, [cit. 03.04.2014] Dostupné z: http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/1179015500/Jacobzone_1999_OECd.pdf

JOËL, Marie-Eve, DUFOUR-KIPPELEN, Sandrine et al. *The Long-Term Care System for Elderly in France*. [online] Assesing Needs of Care in European Nations, 2010, ISBN 978-94-6138-019-7. [cit. 04.04.2014] Dostupné z: http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20 ANCIEN_%20RR%20No%2077%20France.pdf

KOM ES, *Sdělení Komise*. [online] Brusel: KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ, 2006, [cit. 07.01.2014] Dostupné z: http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/com/com_com%282006%290177_/com_com%282006%290177_cs.pdf

KUNSTOVÁ, Helena. *Písemné zpracování přehledu příkladů dobré praxe, porovnání spektra a systému služeb ve vybraných zemích EU*. [online] Rovné šance, 2006, [cit. 31.01.2014] Dostupné z: rovneshance.cz/uploads/CHV_Dansko.doc

LIGHT, Donald. *Universal Health Care: Lessons From the British Experience*. [online elektronický časopis] PubMed Central, American Journal of Public Health, American Public Health Association, 2003, 93(1): 25-30, PMID: PMC 1447686 [cit. 10.03.2014] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447686/#!po=80.4348>

NAEGELE, Gerhard, et al. *Öffentliche Soziale Dienste in Deutschland - Qualität der Arbeitsbedingungen und Qualität der Dienste*. [online] Dortmund: Institut für

Gerontologie an der Universität Dortmund, 2000, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, [cit. 16.09.2013] Dostupné z: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2000/90/de/1/ef0090de.pdf>

OECD Help. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. [online] OECD, 2011, s. 336, ISBN 978-92-64-0977. [cit. 03.04.2014] Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/helpwantedprovidingandpayingforlong-termcare.htm>

PENSION ACT. *Pensions Act 2011 – Summary of Impacts*. [online] Department for Work and Pensions, 2011, [cit. 04.04.2014] Dostupné z: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/181461/pensions-bill-2011-summary-of-impacts.pdf

PROCARE. COLMORTEN, Ellinor, CLAUSEN, Thomas, BENGTSSON, Steen. *Providing Integrated health and Social Care for Older Persons in Denmark*. [online] Denmark: The Danish National Institute of Social Research, 2003, [cit. 27.03.2014] Dostupné z: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/procare-providingdinamarca-01.pdf>

PROUTEAU, Lionel, TCHERNONOG, Viviane. *Public funds as source of revenue for the French nonprofit sector: assessments, changes and perspectives*. [online] International Conference of the International Society for Third-Sector Research, 2012, [cit. 04.02.2014] Dostupné z: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WtpjZrTCqAJ:www.istr.org/resource/resmgr/wp2012/prouteautchernonogpapersie.pdf+&cd=4&hl=cs&ct=clnk&gl=cz>

PRŮŠA, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. [online] Praha: VÚPSV, v.v.i., 2007, [cit. 09.16.2013] Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_245.pdf

PRŮŠA, L. *Sociální služby v ČR srovnání se zeměmi Eu*. [online] Praha, Aktualizace 25. 10. 2006, [cit. 16.09.2013] Dostupné z: <http://www.eaue.de/Best/BEST-Prag-Prusa.pdf>

RODWIN, Victor. *The Health Care System Under French National Health Insurance: Lessons from Health Reform in the United States*. [online elektronický časopis] PubMed Central, American Journal of Public Health, American Public Health Association, 2003,

93(1): 31-37, PMID: PMC 1447687 [cit. 10.03.2014] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447687/>

SCHULZ, Erika. *The Long-Term Care System for the Elderly in Denmark*. [online] Assessing Needs of Care in European Nations, 2010, ISBN 798-94-6138-015-9. [cit. 04.04.2014] Dostupné z: http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20ANCIEN_%20RRNo.73DenmarkREV2.pdf

SOCIAL POLICY IN DENMARK. [online] The Ministry of Social Affairs and Integration, 2012, [cit. 16.09.2013] Dostupné z: http://english.sm.dk/international/eu-presidency-2012/Documents/Social_Policy_Folder_dec2011.pdf

SOCIAL SERVICES. *Social Services in Europe – An Annotated Bibliography*. Alfredson, Lisa, Gariazzo, Marie. *France*. [online] France: Observatory for the Development of Social Services in Europe, 2000, [cit. 04.02.2014] Dostupné z: http://www.soziale-dienste-in-europa.de/Anlage19430/Bibliography_Social_Services_in_Europe_2000.pdf

SPICKER, Paul. *Social policy – social welfare, welfare state and welfare services*, [online] Robert Gordon University, 2002, [cit. 27.01.2014] Dostupné z: <http://www2.rgu.ac.uk/publicpolicy/socialpolicy.htm>

YEARBOOK 2013. *Statistical Yearbook*. [online] Denmark: Statistics Denmark, 2014, [cit. 27.03.2014] Dostupné z: <http://www.dst.dk/pukora/epub/upload/17957/sty2013.pdf>

ZÁKON 108/2006 Sb., *o sociálních službách*. [online] Praha: Portál veřejné správy ČR, 2014, [cit. 04.02.2014] Dostupné z: <http://portal.gov.cz/wps/portal/s.155/701?l=108/2006>

ZÁKONÍK SOCIÁLNÍ ČINNOSTI A RODIN. *Code de l'action sociale et des familles*. [online] Veřejná služba pro šíření práva. Legifrance.gouv.fr, 2014, [cit. 04.02.2014] Dostupné z: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20080430>

Webové stránky

ANGLOINFO. *Health System in Denmark*. [online] Denmark: AngloINFO Limited, 2014, [cit. 10.03.2014] Dostupné z: <http://denmark.angloinfo.com/healthcare/health-system/health-insurance/>

AOK. *Die Gesundheitskasse – Bundesverband*. [online] KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, AOK / Bundesverband, 2014, [cit. 11.03.2014] Dostupné z: http://www.aok-bv.de/zahlen/gesundheitswesen/index_00539.html

ASSEMBLÉE. *La décentralisation (1789 – 2010)*. [online] Paris: ASSEMBLÉE NATIONALE, 2014, [cit. 04.02.2014] Dostupné z: <http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/decentralisation.asp>

BRETAGNE. *Les formations sanitace ei sociales*. [online] Région Bretagne, 2014, [cit. 18.03.2014] Dostupné z: http://www.bretagne.fr/internet/jcms/c_15456/les-formations-sanitaires-et-sociales

Care to be Different. *Helping You Secure NHS Funding for Care*. [online] England: Mighty Oak Press Ltd., 2014, [cit. 24.03.2014] Dostupné z: <http://www.caretobedifferent.co.uk/paying-care-home-fees/registered-nursing-care-contribution/>

DST. *Social Protection Expenditure and Receipts*. [online] STATISTICS DENMARK, 2014, [cit. 14.02.2014] Dostupné z: <http://www.dst.dk/en/Statistik/dokumentation/Declarations/social-protection-expenditure-and-receipts.aspx>

EMBASSY OF DENMARK. *The Danish Social System*, [online] MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS OF DENAMRK, 2014, [cit. 01.02.2014] Dostupné z: <http://kina.um.dk/en/about-denmark/political-system/the-danish-social-model/>

EK. *Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení v Dánsku*. [online] EU: Evropská komise, 2012, [cit. 25.03.2014] Dostupné z: http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Denmark_cs.pdf

EUROSTAT. *European Statistical System*. [online] EUROPEAN COMMISSION, 2014, [cit. 04.03.2014] Dostupné z: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

EUROSTAT. *Social protection statistics*. [online] EUROPEAN COMMISSION, 2014, [cit. 14.02.2014] Dostupné z: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Social_protection_statistics

GBE. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. [online] GBE-Bund, 2014, [cit. 12.03.2014] Dostupné z: <http://www.gbe-bund.de/>

GKV. *Die Zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken – und Pflegekassen in Deutschland*. [online] GKV SPITZENVERBAND, 2014, [cit. 10.03.2014] Dostupné z: <http://www.gkv-spitzenverband.de/ITSGKrankenkassenListe.gkvnet>

GMC. *UK Health and Social Care Regulators*. [online] UK: General Medical Council, 2014, [cit. 20.03.2014] Dostupné z: http://www.gmc-uk.org/about/UK_health_and_social_care_regulators.asp

GOV.UK. *Departments and policy*. [online] UK: Crown Copyright, 2014, [cit. 28.01.2014] Dostupné z: [https://www.gov.uk/government/policies?topics\[\]=social-care](https://www.gov.uk/government/policies?topics[]=social-care)

LE FIGARO. *Le Figaro.fr Santé*. [online] SDV Plurimédia, FIGARO, SAS, 2014, [cit. 15.03.2014] Dostupné z: <http://sante.lefigaro.fr/social/sante-publique/securite-sociale/qui-cree-securite-sociale>

LegiFrance. *Code civil – De la publication, des effets et de l'application des lois en général*. [online] LEGIFRANCE.GOUV.FR, 2014, [cit. 31.03.2014] Dostupné z: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721>

LOI n°2005-102, 2012. *Loi n° 2005 – 102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*. [online] LEGIFRANCE.GOUV.FR, 2014, [cit. 16.03.2014] Dostupné z: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte>

LOI n°98-657, 2000. *Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions*. [online] LEGIFRANCE.GOUV.FR, 2014, [cit. 16.03.2014] Dostupné z: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005626296&dateTexte=20080501>

NHS. *Social care*. [online] UK: NHS, GOV.UK, 2014, [cit. 17.02.2014] Dostupné z: <http://www.nhs.uk/CarersDirect/social-care/Pages/funding-your-care.aspx>

NYTIMES. BLECHE, George. *The Danish Welfare State Works*. [online] THE NEW YORK TIMES, 2014, [cit. 01.02.2014] Dostupné z: <http://www.nytimes.com/roomfordebate/2013/05/05/denmarks-work-life-balance/denmarks-welfare-state-works>

OECD. *Tax revenues continue to rise across the OECD*, [online] OECD, 2014, [cit. 31.01.2014] Dostupné z: <http://www.oecd.org/newsroom/tax-revenues-continue-to-rise-across-the-oecd.htm>

OECD. *Statistics*, OECD, [on-line]. [cit. 13.02.2014] Dostupné z: <http://stats.oecd.org/>

OECD. *Social Issues: Key tables from OECD*. [online] OECD, 2014, [cit. 14.02.2014] Dostupné z: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/government-social-spending_20743904-table1

OECD. *OECD Factbook 2013: Economic, Environmental and Social Statistics*. [online] OECD – iLibrary, 2014, [cit. 14.02.2014] Dostupné z: <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/factbook-2013-en/11/04/01/index.html?contentType=&itemId=/content/chapter/factbook-2013-88-en&containerItemId=/content/serial/18147364&accessItemIds=&mimeType=text/html>

PFLEGEVERSICHERUNG. *Pflegeversicherung im Überblick*. [online] Bundesministerium für Gesundheit, 2014, [cit. 03.02.2014] Dostupné z: <http://www.bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html>

PFLEGE. *Pflege*. [online] Bundesministerium für Gesundheit, 2014, [cit. 04.02.2014] Dostupné z: <http://www.bmg.bund.de/pflege.html>

PKV. *Verband der Privaten Krankenversicherung*. [online] VERBAND der PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG, 2014, [cit. 10.03.2014] Dostupné z: <http://www.pkv.de/verband/>

PSS 12-13. *Personal Social Services: Expenditure and Unit Costs*. [online] England: Health & Social Care Information Centre, 2014, [cit. 24.03.2014] Dostupné z: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB13085>

SANTÉ. *Santé protection sociale-recherche, études, évaluation et statistiques*. [online] Ministère des Affaires sociales et de Santé, 2014, [cit. 18.03.2014] Dostupné z: <http://www.drees.sante.gouv.fr/>

SGB XII. *Socialgesetzbuch Zwölfte Buch Socialhilfe*. [online] Bundesministerium für Gesundheit, 2014, [cit. 10.03.2014] Dostupné z: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxii/1.html>

SM.DK. Official Websites. [online] Social-,Børne- og Integrationsministeriet, 2014, [cit. 01.02.2014] Dostupné z: <http://www.sm.dk/Sider/Start.aspx>

SOCIAL PROTECTION. *Social Protection Expenditure and Receipts*. [online] Denmark: Statistics Denmark, 2013, Aktualizace 02.10.2013, [cit. 04.02.2014] Dostupné z: <http://www.dst.dk/en/Statistik/dokumentation/Declarations/social-protection-expenditure-and-receipts.aspx>

UNECE. *Statistical Database*. [online] United Nations Economics Commission for Europe, 2014, [cit. 01.04.2014] Dostupné z: http://w3.unece.org/pxweb/dialog/varval.asp?ma=001_GEPOAGESEX_REG_r&path=../database/STAT/30-GE/01-Pop/

UN. Population Division. *World Population Ageing 1950 – 2050*. [online] DESA, UNITED NATIONS, 2014, [cit. 01.04.2014] Dostupné z: <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/countriesorareas.htm>

VIE. *Vie Publique Au coeur du débat public*. [online] Direction de l'information légale et administrative, 2014, [cit. 15.03.2014] Dostupné z: <http://www.vie-publique.fr/>

VOSDROITS. *Personne âgée vivant en établissement: montant et versement de l'Apa*. [online] Service-Public.fr, Direction de l'information légale et administrative, 2014, [cit.16.03.2014] Dostupné z: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2112.xhtml>

Seznam příloh

Příloha A: Celkové vynaložené zdroje na sociální politiku zemí dle oblastí

Příloha B: ESSPROS kvalifikace sociálních oblastí pro sběr statistických informací

Příloha C: Populace obyvatel ve věku 65+ a 85+, podle pohlaví

Příloha D: Zastoupení seniorů ve věku 85+ mezi zeměmi

Příloha E: Predikce demografického vývoje populace

Příloha F: Složení starší populace obyvatel zemí dle věkových kategorií

Příloha A: Celkové vynaložené veřejné zdroje dle oblastí (v % HDP země)

Země	Oblast	Typ výdaje	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Dánsko	Stáří	<i>Celkem</i>	10,9	11,2	11,1	11,0	10,8	12,6	12,7	14,0	13,8	14,2
		Peněžní	9,1	9,3	9,2	9,2	8,9	10,4	10,4	11,5	11,5	12,0
		Věcné	1,8	1,8	1,9	1,8	1,8	2,2	2,2	2,5	2,3	2,2
	Handicapovaní	<i>Celkem</i>	3,7	4,1	4,2	4,3	4,2	3,8	3,7	4,2	4,2	4,1
		Peněžní	2,5	2,8	2,9	3,0	2,9	2,7	2,5	2,8	2,8	2,7
		Věcné	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,1	1,2	1,4	1,4	1,4
	Zdraví Nemoci	<i>Celkem</i>	6,0	6,1	6,2	6,1	6,2	6,3	6,5	7,2	7,0	6,9
		Peněžní	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
		Věcné	5,0	5,1	5,2	5,1	5,2	5,2	5,4	6,1	5,9	5,8
	Rodina	<i>Celkem</i>	3,8	3,9	3,9	3,9	3,7	3,9	4,0	4,5	4,3	4,1
		Peněžní	1,5	1,6	1,6	1,6	1,5	1,6	1,6	1,8	1,7	1,6
		Věcné	2,3	2,3	2,3	2,3	2,2	2,3	2,4	2,7	2,6	2,5
	Bydlení	<i>Celkem</i>	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7
		Peněžní	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Věcné	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Další sociální oblasti	<i>Celkem</i>	1,1	1,0	1,0	1,0	0,8	0,8	0,8	0,9	1,0	1,1
		Peněžní	0,9	0,8	0,8	0,8	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8
		Věcné	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Země	Oblast	Typ výdaje	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Francie	Stáří	<i>Celkem</i>	10,6	10,8	10,9	11,1	11,1	11,2	11,5	12,4	12,5	12,6
		Peněžní	10,3	10,5	10,6	10,7	10,7	10,8	11,1	11,9	12,1	12,2
		Věcné	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
	Handicapovaní	<i>Celkem</i>	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	2	2	2
		Peněžní	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4
		Věcné	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6
	Zdraví Nemoci	<i>Celkem</i>	8,4	8,7	8,9	8,9	8,6	8,6	8,6	9,2	9,2	9,1
		Peněžní	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8
		Věcné	7,6	7,9	8,1	8,1	7,9	7,9	7,9	8,4	8,4	8,3
	Rodina	<i>Celkem</i>	2,5	2,5	2,5	2,5	2,7	2,6	2,6	2,8	2,7	2,6
		Peněžní	2,1	2,1	2,0	2,0	1,9	1,8	1,8	1,9	1,8	1,7
		Věcné	0,4	0,4	0,5	0,5	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9
	Bydlení	<i>Celkem</i>	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
	Další sociální oblasti	<i>Celkem</i>	0,4	0,4	0,4	0,4	0,6	0,6	0,6	0,8	0,8	0,8
		Peněžní	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,6	0,6	0,6
		Věcné	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

Země	Oblast	Typ výdaje	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Česká republika	Stáří	<i>Celkem</i>	7,1	6,9	6,7	6,8	6,8	7,0	7,4	8,3	8,5	8,9
		Peněžní	6,7	6,5	6,3	6,5	6,5	6,7	7,1	8,0	8,2	8,6
		Věcné	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
	Handicapovaní	<i>Celkem</i>	1,5	1,5	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5
		Peněžní	1,3	1,3	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4
		Věcné	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Zdraví Nemoci	<i>Celkem</i>	6,6	6,7	6,3	6,2	6,0	5,9	5,8	6,3	6,3	6,3
		Peněžní	1,3	1,3	1,0	1,0	1,0	1,0	0,8	0,7	0,6	0,6
		Věcné	5,3	5,4	5,3	5,2	5,0	4,9	5,0	5,6	5,7	5,7
	Rodina	<i>Celkem</i>	1,5	1,4	1,5	1,3	1,3	1,6	1,4	1,4	1,3	1,1
		Peněžní	1,3	1,2	1,3	1,1	1,1	1,4	1,2	1,2	1,2	1,0
		Věcné	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
	Bydlení	<i>Celkem</i>	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
		Peněžní	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Věcné	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Další sociální oblasti	<i>Celkem</i>	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2
		Peněžní	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
		Věcné	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0

Zdroj: vlastní zpracování dle EUROSTAT, 2014

Příloha B: EUROSTAT, ESSPROS klasifikace sociálních oblastí pro sběr statistických informací

- **Sickness/healthcare:**

Income maintenance and support in cash or kind intended to maintain the citizen's loss of income in connection with sickness and to restore or improve the health of the people protected irrespective of the origin of the disorder. In Denmark the function covers national health insurance service, incl. school and children's dental services and home nurses; sickness benefits paid by local governments; employers' estimated expenditure on unemployment benefits; hospital and health services; preventive public health service incl. maternity service and medical checks of children

- **Disability:**

Income maintenance and support in cash or kind (except health care) in connection with the inability of physically and mentally disabled people to engage in economic and social activities. In Denmark the function covers, e.g. early retirement pensioners, maximum and intermediate early retirement pension; welfare services for the disabled; rehabilitation; assistance for the care of disabled children or adults in their own home; occupational injury insurance; institutions, home help for the disabled; support for aids for the disabled.

- **Old-age:**

Income maintenance and support in cash or kind (except health care) in connection with old age. In Denmark the function covers, e.g. old age pension, partial pension; supplementary labour market pension (abbreviated ATP), civil servants' pension; pension funds and certain insurance companies; early retirement pay; nursing homes for pensioners; day institutions and other welfare work; home help, support for aids for the elderly.

- **Family/children:**

Support in cash or kind (except health care) related to families with children. In Denmark the function covers, e.g. maternity benefits, family allowance, child benefits, advance payments of child maintenance, day and residential institutions for children and young people and measures intended for preventing the placement of children outside their family home.

- **Housing:**

Help towards the cost of housing. In Denmark the function covers ordinary rent subsidies and rent allowance.

- **Social exclusion not elsewhere classified:**

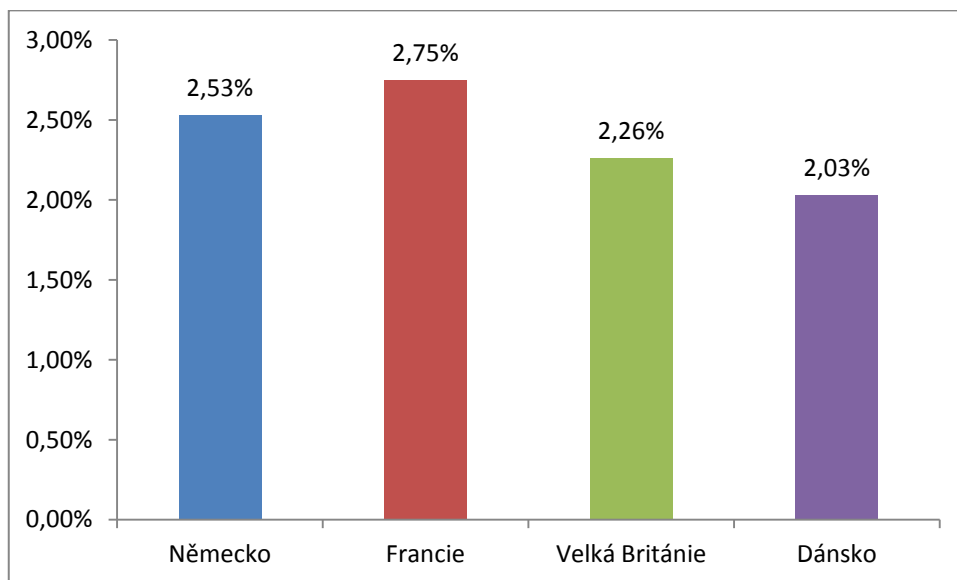
Benefits in cash or kind (except health care) specifically intended to combat social exclusion and where the persons concerned are not covered by one of the above-mentioned functions. In Denmark the function covers, e.g. social assistance in accordance with the Danish Social Assistance Act, including help to refugees, various integration efforts, the Employees' Guarantee Fund, institutions for the homeless and treatment of alcohol and drug abuse. (SOCIAL PROTECTION, 2013)

Příloha C: Populace obyvatel ve věku 65+ a 85+, podle pohlaví pro roky 2011 a 2012

Věk/pohlaví	Země	2011	2012
<u>Celkem</u>	<i>Německo</i>	81 797 672	81 932 160
	<i>Francie</i>	65 133 291	65 433 340
	<i>Velká Británie</i>	63 258 917	63 695 687
	<i>Dánsko</i>	5 570 572	5 591 572
	<i>Česká republika</i>	10 496 088	10 510 785
<u>Věk 65+</u>			
Celkem	<i>Německo</i>	14 869 799	14 872 860
	<i>Francie</i>	9 312 189	9 558 539
	<i>Velká Británie</i>	9 098 109	9 379 954
	<i>Dánsko</i>	838 753	870 165
	<i>Česká republika</i>	1 511 726	1 569 670
Muži	<i>Německo</i>	6 673 213	6 699 728
	<i>Francie</i>	4 079 217	4 217 079
	<i>Velká Británie</i>	4 202 780	4 351 755
	<i>Dánsko</i>	391 063	407 650
	<i>Česká republika</i>	632 146	661 270
Ženy	<i>Německo</i>	9 645 859	9 725 306
	<i>Francie</i>	5 232 972	5 341 460
	<i>Velká Británie</i>	4 895 329	5 028 198
	<i>Dánsko</i>	447 688	462 514
	<i>Česká republika</i>	879 579	908 399
<u>Věk 85+</u>			
Celkem	<i>Německo</i>	1 992 621	2 068 871
	<i>Francie</i>	1 723 319	1 799 015
	<i>Velká Británie</i>	1 406 958	1 437 700
	<i>Dánsko</i>	112 178	113 777
	<i>Česká republika</i>	157 476	164 855
Muži	<i>Německo</i>	551 170	592 316
	<i>Francie</i>	517 540	544 344
	<i>Velká Británie</i>	457 518	476 055
	<i>Dánsko</i>	34 928	35 927
	<i>Česká republika</i>	43 730	46 232
Ženy	<i>Německo</i>	1 441 451	1 476 555
	<i>Francie</i>	1 205 779	1 254 671
	<i>Velká Británie</i>	949 440	961 645
	<i>Dánsko</i>	77 250	77 850
	<i>Česká republika</i>	113 745	118 623

Zdroj: vlastní zpracování dle UNECE, 2014

Příloha D: Zastoupení seniorů ve věku 85+ mezi zeměmi (v % z celkové populace)



Zdroj: vlastní zpracování, 2014

Příloha E: Predikce demografického vývoje populace (v tisících obyvatel)

Francie	1950	1975	2000	2025	2050
Celkem	41828,7	52699,2	59237,7	62753,4	61832,5
65 +					
Celkem	4063,1	5801,7	8226,5	11932,5	12780,7
v %	9,71%	11,01%	13,89%	19,01%	20,67%
85 +					
Celkem	698,5	1299,3	429,9	872,4	1749,4
v %	1,67%	2,47%	0,73%	1,39%	2,83%

Německo	1950	1975	2000	2025	2050
Celkem	68376,0	78673,6	82016,8	78897,3	70804,8
65 +					
Celkem	5963,0	9967,1	11847,7	16365,9	16766,8
v %	8,72%	12,67%	14,45%	20,74%	23,68%
85 +					
Celkem	682,0	1706,0	501,3	1047,3	2124,9
v %	1,00%	2,17%	0,61%	1,33%	3,00%

Velká Británie	1950	1975	2000	2025	2050
Celkem	50616,0	56226,0	59414,6	61243,1	58933,0
65 +					
Celkem	4681,0	6511,1	8193,8	11613,9	12609,3
v %	9,25%	11,58%	13,79%	18,96%	21,40%
85 +					
Celkem	748,0	1332,5	1164,8	1801,0	3485,0
v %	1,48%	2,37%	1,96%	2,94%	5,91%

Dánsko	1950	1975	2000	2025	2050
Celkem	4271,0	5059,9	5320,1	5359,1	5080,1
65 +					
Celkem	338,0	555,9	699,2	1070,7	1054,5
v %	7,91%	10,99%	13,14%	19,98%	20,76%
85 +					
Celkem	52,0	121,5	98,7	137,1	259,1
v %	1,22%	2,40%	1,86%	2,56%	5,10%

ČR	1950	1975	2000	2025	2050
Celkem	8925,1	9997,4	10271,8	9726,9	8429,4
65 +					
Celkem	632,3	1113,4	1302,8	2026,1	2330,8
v %	7,08%	11,14%	12,68%	20,83%	27,65%
85 +					
Celkem	87,6	174,2	118,3	218,3	424,8
v %	0,98%	1,74%	1,15%	2,24%	5,04%

Zdroj: vlastní zpracování dle UN, 2014

Příloha F: Složení starší populace obyvatel zemí dle věkových kategorií (v % z celkové populace)

Francie	1950	1975	2000	2025	2050
60+	16,2	18,3	20,5	28,7	32,7
65+	11,4	13,5	16	22,2	26,7
80+	1,7	2,5	3,7	5,8	10,4
Německo					
60+	14,6	20,4	23,2	33,2	38,1
65+	9,7	14,8	16,4	24,6	31,0
80+	1,0	2,2	3,6	7,4	13,2
VB					
60+	15,5	19,6	20,6	29,4	34,0
65+	10,7	14,0	15,8	21,9	27,3
80+	1,5	2,4	4,1	5,9	10,8
Dánsko					
60+	13,4	18,7	20,0	29,7	31,8
65+	9,1	13,4	15,0	22,5	25,9
80+	1,2	2,4	4,0	5,9	9,7
ČR					
60+	12,4	18,3	18,4	29,5	40,1
65+	8,3	12,9	13,8	23,1	32,7
80+	1,0	1,7	2,3	5,3	9,5

Zdroj: vlastní zpracování dle UN, 2014

Abstrakt

KAHOVCOVÁ, Sandra. *Sociální služby – Komparace ve vybraných zemích*. Diplomová práce, Plzeň: Fakulta ekonomická Západočeské univerzity v Plzni, 2014, 119 s.

Klíčová slova: sociální služby, sociální stát, sociální politika, poskytovatelé sociálních služeb, modely sociálního státu, financování systému, příspěvek na péči, dlouhodobá péče

Předložená práce „Sociální služby – Komparace ve vybraných zemích“ je zaměřena na vymezení a analýzu konkrétních aspektů problematiky sociálních služeb v Německu, Francii, Velké Británii a Dánsku. Práce je zaměřena na vytvoření komparativních modelů dílčích částí problematiky a jejich zhodnocení. Výsledné shrnutí systémů je provedeno na zhodnocení péče jednotlivých států o seniory, především formou dlouhodobé péče (LTC). První část práce je zaměřena na všeobecný popis systému sociálních služeb, vývoji modelů sociálních států a jejich základním charakteristikám. V druhé kapitole jsou rozebrány zdroje financování poskytované jednotlivými zeměmi na sociální oblasti. Následující část práce je zaměřena na analýzu a vytyčení jednotlivých aspektů problematiky systému sociálních služeb v jednotlivých zemích dle základní charakteristiky, současné právní úpravy služeb, poskytovatelům sociálních služeb a systému financování služeb. Závěrem je provedeno zhodnocení poskytované péče o osoby starší 65 let v každé zemi, především dlouhodobé péče.

Abstract

KAHOVCOVÁ, Sandra. Social Services – Comparison of Selected Countries. Diploma Work, Pilsen: Faculty of Economics The University of West Bohemia in Pilsen, 2014, 119 s.

Key words: social services, welfare state, social policy, social service providers, welfare models, funding of system, care contribution, long-term care

The aim of the submitted thesis „Social Services – Comparison of Selected Countries“ is to describe and analyse specific aspects of social services issue in Germany, France, United Kingdom and Denmark. The work is focused on creating a comparative models of individual parts and their evaluation. The final summary is done on the national evaluation of care for elderly and fragile, primarily in the long-term care form (LTC). The first part of the thesis introduces a general description of the social policy and welfare states with their basic characteristics. The second chapter is focuses on the analysis of funding social sphere and services by public resources. The next part is focused on the analysis and identification of social service systems in different countries according to basic characteristics, current legislations, service providers and funding system of services. The aim of the conclusion is to evaluate the care provided to persons older than 65 years in each country, particularly the long-term care.