



evropský  
sociální  
fond v ČR

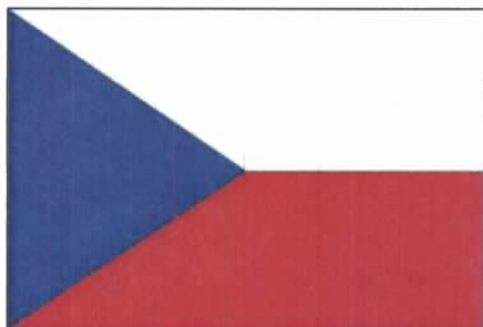


EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)



## MEZINÁRODNÍ ZKUŠENOSTI A SROVNÁNÍ

ODBORNÁ STUDIE V RÁMCI PROJEKTU PODPORA PROCESŮ  
V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH



Ing. Jiří Horecký, MBA

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.

Bc. Andrea Tajanovská, DiS.

# Obsah

<b>PŘEDMLUVA</b>	<b>7</b>
<b>1 IRSKO</b>	<b>8</b>
1.1 ADMINISTRATIVNĚ SPRÁVNÍ ČLENĚNÍ ZEMĚ, STRUKTURA OBYVATELSTVA	8
1.2 LEGISLATIVNÍ RÁMEC SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	9
1.3 FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	11
1.4 PLÁNOVÁNÍ ROZVOJE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	14
1.5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY A JEJICH SÍŤOVÁNÍ	14
1.6 SOCIÁLNÍ POMOC	16
1.7 PRACOVNÍCI V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	18
1.8 KVALITA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	19
1.9 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE	20
1.9.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY	20
1.9.2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	27
1.9.3 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE PRO RODINY A DĚTI	27
1.9.4 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE PRO LIDI BEZ PŘÍSTŘEŠÍ	29
1.9.5 PROTIDROGOVÉ PREVENTIVNÍ SLUŽBY	31
1.9.6 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE PRO MINORITY	31
1.10 DOPORUČENÍ PRO ČESKOU REPUBLIKU	32
<b>2 RAKOUSKO</b>	<b>33</b>
2.1 STRUKTURA OBYVATELSTVA	33
2.2 STÁTNÍ ZŘÍZENÍ RAKOUSKA	33
2.3 LEGISLATIVNÍ RÁMEC SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	35
2.4 FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	37
2.5 PLÁNOVÁNÍ ROZVOJE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	38
2.6 SOCIÁLNÍ SLUŽBY A JEJICH SÍŤOVÁNÍ	39
2.7 SOCIÁLNÍ POMOC	43

<b>2.8</b>	<b>PRACOVNÍCI V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH</b>	<b>44</b>
<b>2.9</b>	<b>KVALITA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB</b>	<b>45</b>
2.9.1	DOSAŽENÍ DLOUHODOBÉ KVALITNÍ PÉČE V RAKOUSKÝCH ZAŘÍZENÍCH POBYTOVÉ PÉČE	46
<b>2.10</b>	<b>SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE</b>	<b>53</b>
2.10.1	SENIORŮ	53
2.10.1.1	Příspěvek na péči v Rakousku	54
2.10.1.2	Dopad stávajícího modelu financování na rozdělení finančních prostředků	60
2.10.1.3	Příklad dobré praxe	67
2.10.2	LIDÉ BEZ PŘÍSTŘEŠÍ	71
2.10.2.1	Koncept prevence bezdomovectví v Rakousku	71
2.10.2.2	Nabídka poskytovaných služeb	73
2.10.2.3	Odpovědné orgány	74
2.10.2.4	Podmínky financování	75
2.10.2.5	Zabezpečení financování	75
2.10.3	PROTIDROGOVÉ PREVENTIVNÍ SLUŽBY	76
2.10.3.1	Protidrogová strategie a financování služeb	76
2.10.3.2	Drogová situace ve Vídni	77
2.10.3.3	Drogová situace ve Vídni ve srovnání s dalšími rakouskými státy	79
2.10.4	SLUŽBY SOCIÁLNÍ PODPORY PRO RODINU, DĚTI A MLÁDEŽ V HORNÍM RAKOUSKU	80
2.10.4.1	Podpora a odlehčovací služby pro rodiny s dětmi	80
<b>2.11</b>	<b>DALŠÍ PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE</b>	<b>90</b>
2.11.1	SOCIÁLNĚ-PSYCHOLOGICKÉ PORADENSKÉ MÍSTO WELS	90
2.11.2	DJANSEKR – CENTRUM MLÁDEŽE NA SÍDLIŠTI - WELS	91
2.11.3	„TREFF 9“ – CENTRUM DŮM ČÍSLO 9 – WELS	91
2.11.4	STŘEDISKO ŽIVOTNÍ POMOCI - LEBENSHILFE WELS	92
2.11.5	SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO DĚTI	93
2.11.6	PROJEKTY RAKOUSKÉ CHARITY	94
<b>2.12</b>	<b>POROVNÁNÍ ČESKÉHO A RAKOUSKÉHO SYSTÉMU</b>	<b>95</b>
<b>3</b>	<b>SLOVENSKO</b>	<b>103</b>
<b>3.1</b>	<b>ZÁKLADNÍ ÚDAJE A STRUKTURA OBYVATELSTVA NA SLOVENSKU</b>	<b>103</b>

3.1.1	ZÁKLADNÍ DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE	103
3.1.2	ORGANIZACE VEŘEJNÉ SPRÁVY NA SLOVENSKU	104
3.1.3	KOMPETENCE VE VEŘEJNÉ SPRÁVĚ	105
<b>3.2</b>	<b>NÁRODNOSTI NA SLOVENSKU</b>	<b>108</b>
<b>3.3</b>	<b>ROMSKÁ MENŠINA NA SLOVENSKU</b>	<b>110</b>
3.3.1	ROMSKÝ PROBLÉM	113
<b>3.4</b>	<b>SOCIÁLNÍ POJIŠTĚNÍ A DŮCHODOVÝ SYSTÉM</b>	<b>115</b>
3.4.1	SOCIÁLNÍ POJIŠTĚNÍ	115
3.4.2	DŮCHODOVÝ SYSTÉM	118
<b>3.5</b>	<b>PODPORA RODINÁM S DĚTMI</b>	<b>120</b>
3.5.1	PRIDAVOK NA DIEŤA	120
3.5.2	PRÍPLATOK K PRÍDAVKU NA DIEŤA	122
3.5.3	RODIČOVSKÝ PRÍSPEVOK	123
3.5.4	PRÍSPEVOK PRI NARODENÍ DIEŤAŤA	124
3.5.5	PRÍPLATOK K PRÍSPEVKU PRI NARODENÍ DIEŤAŤA	124
3.5.6	PRÍSPEVOK RODIČOM, KTORÝM SA SÚČASNE NARODILI TRI DETI	125
3.5.7	PRÍSPEVOK NA STAROSTLIVOSŤ O DIEŤA	126
3.5.8	NÁHRADNÉ VÝŽIVNÉ	127
<b>3.6</b>	<b>LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V HISTORICKÉM PŘEHLEDU</b>	<b>128</b>
<b>3.7</b>	<b>POLITIKA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB JAKO SOUČÁST SYSTÉMU SOCIÁLNÍ OCHRANY</b>	<b>130</b>
3.7.1	DÁVKOVÉ SYSTÉMY, PŘÍMÉ PLATBY, PENĚŽITÉ PŘÍSPĚVKY	132
3.7.2	VEŘEJNÝ A NEVEŘEJNÝ POSKYTOVAT SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	132
<b>3.8</b>	<b>NÁRODNÍ PRIORITY ROZVOJE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB NA SLOVENSKU</b>	<b>133</b>
3.8.1	VZDĚLÁVÁNÍ ZAMĚSTNANCŮ V OBLASTI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	135
3.8.2	PRÁVO NA SOCIÁLNÍ SLUŽBU NA SLOVENSKU	136
3.8.3	UPLATŇOVÁNÍ ZÁSADY ROVNÉHO ZACHÁZENÍ	136
3.8.4	KOMPLEXNOST POSUZOVÁNÍ POTŘEB	137
3.8.5	VĚCNÝ CHARAKTER SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	137
3.8.6	PRÁVA A POVINNOSTI POSKYTOVATELŮ I PŘÍJEMCŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	137
3.8.7	KOMBINACE POVINNÝCH A FAKULTATIVNÍCH ČINNOSTÍ	138
3.8.8	VÝHRADNÍ VZTAH VĚCNÉ A DÁVKOVÉ POMOC	138
3.8.9	KOMBINACE PROFESIONÁLNÍCH A DOBROVOLNÝCH ČINNOSTÍ	138



3.8.10	PARTNERSKÁ FORMA PRÁCE A PARTNERSTVÍ	139
<b>3.9</b>	<b>OBLASTI, DRUHY A FORMY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB</b>	<b>139</b>
3.9.1	OBLASTI A DRUHY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	140
3.9.2	FORMY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB NA SLOVENSKU	145
3.9.3	POSUDKOVÁ ČINNOST	147
<b>3.10</b>	<b>KOMPETENCE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH NA SLOVENSKU</b>	<b>148</b>
3.10.1	KOMPETENCE MPSVR SR	148
3.10.2	KOMPETENCE VYŠŠÍCH ÚZEMNÍCH CELKŮ	149
3.10.3	KOMPETENCE MĚST A OBCÍ	150
<b>3.11</b>	<b>FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB</b>	<b>151</b>
3.11.1	FINANČNÍ PŘÍSPĚVEK NA SOCIÁLNÍ SLUŽBY ZŘIZOVANÉ OBCÍ	153
3.11.2	FINANČNÍ PŘÍSPĚVEK NA ZABEZPEČENÍ SOC. SLUŽBY U NEVEŘEJNÉHO POSKYTOVATELE SOC. SLUŽEB	155
<b>3.12</b>	<b>KVALITA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB</b>	<b>157</b>
3.12.1	HODNOCENÍ PODMÍNEK KVALITY POSKYTOVANÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY	158
3.12.2	KVALIFIKAČNÍ PŘEDPOKLADY A DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	159
3.12.3	AKREDITACE VZDĚLÁVACÍCH PROGRAMŮ	160
3.12.4	DOBROVOLNICTVÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	160
3.12.5	DOTACE NA NOVÉ DRUHY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	161
<b>3.13</b>	<b>ZÁVĚREM VYBRANÉ ÚDAJE K SOCIÁLNÍM SLUŽBÁM NA SLOVENSKU</b>	<b>161</b>
3.13.1	OPATROVATEĽSKÁ SLUŽBA	166
3.13.2	PREPRavná SLUŽBA	167
3.13.3	ZARIADENIA SOCIÁLNÝCH SLUŽEB	167
3.13.4	NEVEŘEJNÝ POSKYTOVATEĽ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	168
3.13.5	DOHLED NAD POSKYTOVÁNÍM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	168
3.13.6	AKREDITACE K PROVÁDĚNÍ ODBORNÝCH ČINNOSTI A VZDĚLÁVACÍCH PROGRAMŮ	169
3.13.7	DOTACE NA PODPORU ROZVOJE SOCIÁLNÍ OBLASTI V PŮSOBNOSTI MPSVR SR	170
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>		<b>171</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b>		<b>175</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b>		<b>175</b>



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

## Předmluva

Při provádění komparace existujících systémů v jedné zemi v porovnání s využívanými systémy v zemi druhé, ale i při pouhém popisu využívaných postupů v dané zemi, je nutné uvědomovat si co nejširší souvislosti a dále s nimi pracovat. Velmi často, zejména novináři, ale i odborníci účelově srovnávají takové prvky systémů, které se vyznačují výraznými odlišnostmi. Někdy tak činí úmyslně, jindy v důsledku neznalosti celistvého systému. A právě toto celistvé pochopení je nesmírně důležité k jakékoli komparaci a stojí na vnímání politických, historických a sociologických souvislostí, zpochybňování vznikajících hypotéz, vyhledání dostupných informací a propojování širších souvislostí.

Porovnávat můžeme pouze porovnatelné. Jednoduché studie se odlišují jednak dostupností a použitelností disponibilních zdrojů, ale také jiným a mnohdy rozdílným pojetím sociálních služeb. Některé sociální služby jsou tak nejen klasifikovány, ale i vnímány v České republice jinak než v jiných zemích, kde kompetenčně spadají například do oblasti školství nebo zdravotnictví.

Způsobu poskytování sociálních služeb je přirozeně nejbližší systém slovenský, dále rakouský a naopak nejodlišnějším je systém irský. Pokud bychom si položili otázku, jaké systémy nebo alespoň jaké jejich jednotlivé prvky mohou být použitelné pro české prostředí nebo být alespoň podnětem či inspirací, pak jsou to zejména podněty ze systému rakouského. Irský systém je z pohledu vývoje příliš dynamický a z pohledu rozdílného pojetí sociální politiky v obou státech těžko uchopitelný. Slovenský systém je pak o pět až sedm let pozadu za českým. Také rakouský systém je nutné vnímat zejména s ohledem na rozdílnost veřejnoprávního uspořádání a větší tendence k takzvanému výkonovému modelu oproti českému modelu, kde převažuje systém redistributivní.

# 1 Irsko

Autor: doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.

## *1.1 Administrativně správní členění země, struktura obyvatelstva*

Nejčastěji uváděné členění země uvádí rozdělení země na celkem 26 historických okresů, které se používá především ve sportovním a kulturním kontextu. Samospráva okresní úrovně má však 34 územích celků, z nichž většina – 29 - je totožných s územím celého jednoho okresu. Zbylých 5 celků jsou města Dublin, Cork, Limerick, Galway a Waterford, která jsou spravována odděleně od příslušných okresů. Vyšších územních celků – krajů – je celkem osm.

Pro některé účely se používání jiné členění, např. pro parlamentní volby je definováno 42 volebních obvodů, kdy okresy s více obyvateli jsou rozděleny, okresy s méně obyvateli jsou spojeny. Ve statistice je využíváno členění na 4 historické provincie (Leinster na východě ostrova, Monster na jihu, Connacht na západě a Ulster na severu, v cestovním ruchu je používáno členění na 6 turistických oblastí, pro účely čerpání z fondů EU se země dělí na 2 rozvojové oblasti – na rozvinutější jihovýchod a méně rozvinutý severozápad.

Hlavním městem je Dublin, dalšími velkými městy jsou Cork, Galway, Limerick a Waterford.

V Irsku žije cca 4,2 milionu osob (oficiální odhad z července 2009), počet obyvatel se dlouhodobě zvyšuje, v současné době je nejvyšší od roku 1861. Z tohoto počtu je:

- 20,9 % ve věku do 14 let,
- 67,1 % ve věku 15 – 64 let,
- 12 % obyvatel je starší 65 let.

Podle zpracované projekce vývoje obyvatelstva by počet obyvatel starších 70 let měl výrazně růst – z 363 tis. v r. 2011 na 433 tis. v r. 2016.



Na nejvyšší úrovni je rovněž střední délka života, v r. 2009 dosahovala 76,8 let pro muže a 81,6 let pro ženy. Na tomto nárůst se nejvíce podílelo snížení úmrtnosti kojenců a snížení počtu infekčních chorob.

## **1.2 Legislativní rámec sociálních služeb**

Za sociální služby je považována určitá skupina služeb v rámci obecného okruhu služeb zajišťovaných ve prospěch společnosti. Sociální služby se soustřeďují na uspokojení potřeb jednotlivého občana a je do nich zahrnována péče o zdraví, vzdělání, udržení příjmu, bydlení a sociální služby. Sociální služby jsou charakterizovány:

- osobním vztahem mezi poskytovatelem služby a jejím uživatelem,
- spektrem poskytovatelů služeb, které zahrnuje vládu, rodinu, přátele, sousedy, dobrovolná občanská sdružení a náboženské společnosti.

Obecné společenské trendy signalizují, že stále narůstá závislost na sociálních službách zajišťovaných státem, které rodina a dobrovolné aktivity nejsou schopny v potřebné míře zajistit. Je proto nutné

- všestranně podporovat pomoc a péči poskytovanou rodinou a dobrovolnými organizacemi,
- nahrazovat tuto neformální péči, pokud selže nebo není dostatečná,
- zabezpečit oblast služeb, které dobrovolné aktivity nemohou uspokojit.

Poskytování sociálních služeb vychází z historické role katolické církve v oblasti politiky sociálních a zdravotních služeb a je založeno na principu subsidiarity, kdy omezená role státu je vyvážena dominantní rolí náboženských a dobrovolnických organizací <sup>1</sup>.

Sociální služby jsou vnímány jako součást služeb poskytovaných společnostmi v rámci zdravotní péče. Toto vymezení vychází z pojetí zákona o ochraně zdraví z r. 1970 a souvisejících předpisů. V rámci programu tzv. společenské péče je jejich hlavním cílem

- umožnit všem členům společnosti dosažení co nejvyšší úrovně zdraví ve zdravém životním prostředí,

---

<sup>1</sup> Bjalkovskí, Ch. – Frühbauer, O. *Sociální služby v zemích Evropské unie*. Praha: VÚPSV, 2000. bez ISBN.



- hradit poskytované služby těm, kdo na ně nemají finanční prostředky 2.

Přístup k těmto službám musí mít všichni členové společnosti. Jejich provádění je zajišťováno týmy společenské péče fungujícími na místní úrovni, které se mohou věnovat všem skupinám klientů.

Významnou úlohu v zajišťování osobních sociálních služeb hrají nevládní organizace. Jejich činnost není vymezena právními předpisy, přesto vláda je jejich hlavní investor. Pojmem "nevládní organizace" se označují jak nestatutární orgány, tak i dobrovolná sdružení, která nemají placené zaměstnance – profesionály.

Sociální služby zahrnují především služby poskytované dětem, seniorům a zdravotně postiženým zpravidla na základě žádosti.

V oblasti sociálních služeb poskytovaných dětem je nejdůležitějším právním předpisem zákon o péči o děti z r. 1991. Upravuje služby poskytované rodinám s dětmi tak, aby pokud možno mohly být ponechány v péči rodiny, a chrání i zájmy dětí, kterým není věnována odpovídající péče (děti zanedbávané, zneužívané, ohrožené). V případech, kdy je dítě ve vážném nebezpečí, umožňuje policii a příslušným zdravotnickým orgánům ihned zasáhnout. Zákon stanoví i úpravu týkající se činnosti dětských předškolních zařízení, monitorování činnosti dětských domovů a zmocňuje ministerstvo zdravotnictví ke zřizování ubytovacích zařízení pro mladistvé bezdomovce.

Sociální služby pro seniory jsou poskytovány v rámci programu služeb společenské péče. Tyto služby se postupně rozšiřují, neboť počet jejich příjemců stále roste. Preferováno je poskytování služeb přímo v domácnosti uživatele. Jde zejména o služby ošetrovatelské, domácí pomoc určenou především pro osoby bez mladších příbuzných a donášku jídla, kterou zajišťují téměř výhradně dobrovolnické organizace. Služby denní péče jsou součástí programu činnosti nemocnic a tzv. center denní péče.

Typy zařízení ústavní péče určené pro staré lidi jsou rozlišovány v závislosti na stupni jejich soběstačnosti. Klíčovým bodem péče o staré lidi je rozdělení odpovědnosti za provádění

---

<sup>2</sup> Bruthansová, D. a kol.: *Právní úprava sociálních služeb ve vybraných evropských zemích*. Praha: VÚPSV, 2001. bez ISBN.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

různých forem služeb. Často okruh služeb závisí na izolované činnosti z různých zdrojů, jejich koordinace však selhává.

Druhým problémem je malý důraz kladený na prevenci vzniku závislosti starých lidí na společenské péči a nedostatečná pozornost věnovaná faktorům způsobujícím vznik této závislosti.

Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením jsou třetí důležitou oblastí. Pro osoby s fyzickým, mentálním a smyslovým handicapem je také preferována především domácí péče spočívající v ošetřování a v pomoci v domácnosti. Těm, kteří pečují o osobu, která vyžaduje stálou péči a dohled, a žijí s ní ve společné domácnosti, náleží dávky při péči o člena rodiny. Jde o testovanou dávku poskytovanou osobě starší 18 let, která z důvodu uvedené péče nemůže vykonávat zaměstnání ani samostatnou výdělečnou činnost. Osamělému rodiči s nezaopatřenými dětmi se příspěvek zvyšuje.

Velmi oceňovanou službou je respitní péče alternující péči rodinnou, v závislosti na typu a stupni postižení ji zajišťují převážně dobrovolné organizace.

### **1.3 *Financování sociálních služeb***

Irsko poskytuje tři hlavní druhy dávek sociálního zabezpečení:

- příspěvkové dávky (sociální pojištění) v závislosti na pojistném (PRSI, Pay-Related Social Insurance – sociální pojištění s vazbou na příjmy) zaplaceném během stanoveného období,
- nepříspěvkové dávky (sociální pomoc) ve prospěch osob, které nemají nárok na dávky ze sociálního pojištění, přičemž jejich přiznání je podmíněno prověřením majetkové a příjmové situace,
- univerzální dávky, jako je např. přídavek na dítě (Child Benefit) nebo bezplatná doprava (Free Travel), poskytované v některých případech nezávisle na výši zdrojů poživatelů a na pojistném odváděném na sociální pojištění.

Pojistné na sociální pojištění od zaměstnaných osob a od zaměstnavatelů je odváděno sociální pojišťovně (Social Insurance Fund), která dostává rovněž státní dotaci. Tato pojišťovna, kterou spravuje ministerstvo sociální ochrany, financuje systémy sociálního pojištění. Naproti

tomu nepřispěvkové dávky a přídavky na děti jsou financovány ze všeobecných daňových výnosů.

Rovněž věcné dávky z titulu zdravotní péče jsou hlavní měrou financovány ze zdrojů pocházejících ze všeobecných daní. Jsou spravovány prostřednictvím krajských poboček Zdravotní správy (Health Service Executive, HSE), která podléhá kontrole za strany ministerstva zdravotnictví a mládeže (Department of Health and Children).

Osoba v zaměstnaneckém poměru obvykle platí i všeobecný příspěvek na sociální zabezpečení (Universal Social Charge), který je strháván ve stejný okamžik jako příspěvky na PRSI, ale ze správního hlediska se jedná o oddělené odvody.

Při poskytování sociálních služeb je vypláceno několik dávek:

- dávky při péči o člena rodiny,
- příspěvek na nepřetržitou péči,
- příspěvek na domácí péči,
- příspěvek na péči,
- dávka při respitní péči.

Při péči o člena rodiny jsou vypláceny pojištěnci, který opustil trh práce, aby se mohl starat o členy rodiny, kteří vyžadují péči na plný úvazek, vypláceny dávky při péči o člena rodiny. Mohou být vypláceny pojištěnému zaměstnanci, který se věnuje péči po dobu nejméně 6 týdnů a nejvíce 2 let. Dávky při péči o člena rodiny nepodléhají podmínce ověření majetkových a příjmových poměrů. Pro vznik nároku na tyto dávky musí pracující osoba a osoba/osoby vyžadující péči splnit tyto podmínky:

Pojištěná pracující osoba, která žádá o dávky při péči o člena rodiny:

- musí dosáhnout věku nejméně 18 let,
- musí během předcházejících 26 týdnů vykonávat minimálně po dobu 8 týdnů placené zaměstnání,
- musí splňovat podmínky týkající se odvádění pojistného na PRSI,
- musí opustit svoje zaměstnání, aby se mohla na plný úvazek starat o osobu vyžadující péči (přičemž toto zaměstnání musela vykonávat minimálně po dobu 16 hodin týdně nebo 32 hodin v průběhu dvou týdnů),



- nesmí vykonávat placené zaměstnání nebo samostatnou výdělečnou činnost mimo domov déle než 15 hodin týdně,
- nesmí bydlet v nemocnici, v pečovatelském domě nebo v jiném podobném zařízení.

Osoba nebo osoby, o které pojištěná osoba pečuje:

- musí být zdravotně postižená do takové míry, že je nutné o ni pečovat a starat se na plný úvazek (je vyžadováno potvrzení od lékaře),
- nesmí za normálních okolností bydlet v nemocnici, v pečovatelském domě nebo v jiném podobném zařízení.

Výše této dávky činí:

- při péči jednu osobu 204 € týdně (239 €, pokud se jedná o osobu starší 66 let),
- při péči o více osob 306 € týdně (358,50 €, pokud se jedná o osoby starší 66 let).

Příjemcům dávek v invaliditě, kteří jsou natolik těžce zdravotně postiženi, že potřebují péči jiné osoby minimálně po dobu 6 měsíců, se vyplácí příspěvek na nepřetržitou péči. Pro jeho poskytování není vyžadována žádná minimální doba pojištění. Tato dávka nepodléhá podmínce ověření majetkových a příjmových poměrů. Výše této dávky činí 309,50 € týdně.

Příspěvek na domácí péči je vyplácen na děti ve věku maximálně 16 let, které žijí doma a vyžadují prokazatelně více péče a pozornosti, než ostatní děti jejich věku. Pro poskytování této dávky není vyžadována žádná minimální doba pojištění. Přiznání dávek podléhá ověření majetkových a příjmových poměrů žadatele s ohledem na vlastní zdroje dítěte. Výše této dávky činí 205 € týdně.

Příspěvek při péči je vyplácen poskytovatelům péče s trvalým pobytem v Irsku, kteří dosáhli věku 18 let a kteří se starají o nemocné či invalidní osoby starší 16 let a děti, na které je vyplácen příspěvek na domácí péči. Pro jeho poskytování není vyžadována žádná minimální doba pojištění. Přiznání příspěvku při péči podléhá ověření majetkových a příjmových poměrů žadatele s ohledem na vlastní zdroje pečovatele.

Výše příspěvku na péči činí:

- 205 € týdně, pokud je péče poskytována jedné osobě,
- 307,50 € týdně, pokud je péče poskytována více osobám.

Dávka při respitní péči je roční platbou vyplácenou pečovateli starším 16 let s trvalým pobytem v Irsku, kteří na plný úvazek pečují o určité kategorie osob vyžadující péči na plný úvazek. Pro poskytování této dávky není vyžadována žádná minimální doba pojištění. Tato dávka nepodléhá podmínce ověření majetkových a příjmových poměrů. Její výše činí 1 700 €.

Dávka při péči o člena rodiny, příspěvek při péči, příspěvek na nepřetržitou péči, příspěvek na domácí péči a dávka při respitní péči jsou vypláceny přímo pečovateli a jejich výše není závislá na stupni závislosti.

#### ***1.4 Plánování rozvoje sociálních služeb***

Plánování sociálních služeb je v Irsku realizováno na komunitním principu, jeho podstatou je třístranné partnerství mezi zřizovateli, poskytovateli a klienty sociálních služeb. V souvislosti s reformou veřejné správy v Irsku je tento prvek chápán jako nástroj pro obnovení ekonomického rozvoje na místní úrovni, neboť rozvoj komunitních iniciativ umožňuje větší inovaci a flexibilitu na rozdíl od centrálních přístupů k ekonomice.

Z hlediska plánování rozvoje sociálních služeb jsou klíčové tyto aktivity:

- definice regionu, pro který je plán připravován,
- identifikace klíčových aktérů jednotlivých účastníků procesu plánování,
- předběžné konzultace jednotlivých stran,
- zpracování projekce demografického vývoje,
- identifikace klíčových otázek a problémů (SWOT analýza),
- identifikace praktických opatření,
- zřízení místních monitorovacích mechanismů,
- identifikace zdrojů,
- realizace programu.

#### ***1.5 Sociální služby a jejich síťování***

Sociální služby jsou organizovány centrálně a jsou provozovány na základě celostátních zásad. Poskytovány na základě všeobecného oprávnění. V současnosti lze označit irský



system fungování sociálních služeb jako nejcentralizovanější, lokální orgány hrají v tomto systému jen malou roli, většina pravomocí, jakož i odpovědnosti zůstává v rukou státu<sup>3</sup>.

Hlavní kanceláře ministerstva sociální ochrany se nacházejí v těchto městech: Buncrana, Carrick-on-Shannon, Dublin, Dundalk, Letterkenny, Longford, Roscommon, Sligo a Waterford. Místní poskytování služeb prostřednictvím sítě téměř 125 místních poboček je strukturováno do sedmi regionů.

Odvolací úřad pro sociální záležitosti je nezávislým úřadem ministerstva pověřeným rozhodováním o odvoláních proti rozhodnutím týkajícím se nároků na sociální zabezpečení, pojistitelnosti v zaměstnání a některým rozhodnutím Zdravotní správy (Health Service Executive) přijatým v rámci systémů doplňkových příspěvků sociálního zabezpečení.

Ministerstvo zdravotnictví a mládeže je odpovědné za vytváření a hodnocení strategických politik v oblasti zdravotnictví, otázky dostupnosti zdrojů, měření výkonnosti a řízení širšího systému pro poskytování služeb. Toto ministerstvo se v současné době podílí na programu organizačních změn a reformy zdravotnických služeb v zemi. Za řízení a poskytování zdravotnických a osobních sociálních služeb odpovídá Zdravotní správa (Health Service Executive, HSE), jak stanoví zákon o zdravotnictví z roku 2004. HSE, největší organizace veřejné správy v Irsku, poskytuje tisíce různých služeb v nemocnicích a komunitách v celé zemi a její založení bylo základním kamenem nejrozsáhlejšího programu změn, který byl kdy realizován v irské veřejné správě. Všechny služby poskytované organizací HSE jsou uskutečňovány prostřednictvím čtyř správních oblastí – Dublin Mid-Leinster, Dublin North-East, West a South. Služby poskytované v komunitách zahrnují primární péči, zdravotnické a osobní sociální služby v rámci místních komunit a průběžnou nemocniční péči a služby zajišťované především prostřednictvím 32 místních zdravotnických zařízení.

Dlouhodobá péče v Irsku je poskytována v rámci systému domácí péče a zdravotní péče v pečovatelských domech. Je poskytována z titulu univerzálního nároku. Služby jsou poskytovány na základě obecného nároku na zdravotní služby, bez ohledu na věk. K tomu, abyste mohli využívat těchto služeb, musí mít občan v Irsku své obvyklé bydliště.

---

<sup>3</sup> Smutek, M. – Frühbauer, O. *Role evropských municipalit v oblasti sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2001. bez ISBN.

Soubory domácí péče jsou určeny těm osobám, které vyžadují střední až značnou podporu v komunitě. Zejména se jedná o starší osoby, které jsou hospitalizovány v nemocnici z důvodu akutního onemocnění nebo ošetření a u nichž existuje pravděpodobnost, že budou muset být přijaty do dlouhodobé ústavní péče.

Pro přiznání nároku v rámci podpůrného systému zdravotní péče v pečovatelských domech je třeba provést posouzení potřeby péče, které určí, zda klient potřebuje dlouhodobou ústavní péči. Na základě tohoto posouzení je určeno, zda mu může být poskytnuta podpora umožňující, aby nadále žil doma nebo zda je vhodnější dlouhodobá ústavní péče <sup>4</sup>.

## 1.6 Sociální pomoc

Klíčovou oblastí při poskytování sociální pomoci je poskytování služeb na komunitní úrovni. Komunitní sociální služby v Irsku jsou zajišťovány komunitními sociálními úředníky (Community Welfare Officer- CWO). V minulosti byla tato služba poskytována prostřednictvím HSE (Health Service Executive), avšak v současnosti je součástí Ministerstva sociální ochrany. Sociální úředníci nyní pracují pro Ministerstvo sociální ochrany, avšak poskytují své služby na bázi zdravotnických center HSE.

Hlavní součástí práce sociálních úředníků je správa systému doplňkových sociálních dávek, které zahrnují následující položky: týdenní doplňková sociální dávka, příspěvek na nájem (Rent Supplement), příspěvek na splátku hypotéky (Mortgage Interest Supplement), příspěvky na stravu a vytápění (Diet and Heating Supplements), pomoc rodinám na školní ošacení a obuv (Back to School Clothing, Footwear Scheme )a zajištění dalších plateb pro nezbytné potřeby jako jsou dětské kočárky, oblečení, výdaje na pohřeb atd.

Sociální úředníci také aktivně vyhledávají kontakty na jiné státní nebo dobrovolné organizace, kam mohou být lidé na základě svých potřeb odkazováni. Součástí práce těchto pracovníků jsou také návštěvy domácností osob za účelem posouzení jejich nároku na určitou sociální dávku.

---

<sup>4</sup> Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení v Irsku.  
[http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Ireland\\_cs.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Ireland_cs.pdf)práva v oblasti f



Služby komunitní péče mohou zahrnovat zdravotní ošetrovatelskou péči, službu domácí péče, rozvoz jídla, fyzioterapii, pracovní terapii, pedikúru, služby denní a respitní péče.

Program komunitních služeb je určen k podpoře a financování komunitních služeb v oblastech, kde chybí veřejný i privátní sektor služeb, a to buď z důvodu geografické nebo sociální izolace nebo z důvodu nedostatečné úrovně poptávky. Klíčovým požadavkem je tvorba neveřejných příjmů skrze poskytování placených služeb nebo získávání finančních prostředků. Organizace zapojené do tohoto programu musí mít charakter neziskové společnosti nebo sociálního podniku, které v komunitě poskytují celou řadu služeb, jako jsou např. různá zařízení a aktivity pro staré a postižené osoby, dopravní služby, péči o děti, volnočasové aktivity apod. Program je spravován pro Ministerstvo sociální ochrany prostřednictvím Pobal – neziskové společnosti, která řídí programy v zastoupení irské vlády a EU.

Program vznikl na bázi programu sociální ekonomiky a v roce 2010 poskytoval finanční podporu asi 450 komunitním společnostem a družstvům.

Zapojení do programu předchází veřejná soutěž, a pokud je společnost schválena, uzavírá se s ní smlouva na dobu až 3 let.

Přehled komunitních služeb, které organizace v rámci programu poskytují:

- komunitní služby pro starší občany (s výjimkou zdravotní péče),
- podpora a zaměstnávání osob s postižením (s výjimkou zdravotní péče),
- podpora a zaměstnávání uživatelů drog (s výjimkou zdravotní péče),
- komunitní služby nebo komunitní podniky pro ostrovní oblasti,
- komunitní podniky, které podporují a zaměstnávají kočovné osoby (s výjimkou zdravotní péče),
- supervize komunitních zařízení s prioritním zaměřením na znevýhodněné oblasti.

Aby organizace obdržela finanční pomoc z Programu komunitních služeb, musí fungovat na neziskovém principu a také musí v projektech rekrutovat nezaměstnané osoby. V projektech musí být zaměstnáno alespoň 70 % osob spadajících do následujících kategorií:

- nezaměstnaní pobírající dávky v nezaměstnanosti,
- postižení osoby pobírající invalidní dávku,

- kočovníci (nomádi) pobírající dávky v nezaměstnanosti a jiné dávky,
- bývalí vězni,
- stabilizovaní a léčící se uživatelé drog.

Příkladem fungování služeb na komunitní úrovni je organizace CLARECARE, zajišťující řadu služeb potřebným skupinám populace. Poskytování služeb je založeno na filozofii podporovat lidi tak, aby se jim pomohlo při hledání řešení jejich problémů. Spolupráce, ochota a flexibilita práce s jinými dobrovolnými organizacemi, obcemi a agenturami jsou hlavní součástí filozofie práce. V současné době nabízí tato organizace tyto služby:

- služby pro podporu rodiny – v této oblasti jsou nabízeny jak individuální, tak i skupinové programy, např. rodičovské podpůrné programy, letní programy, podpora pro mladé lidi v následné péči, podpora pro rodiče, jejichž dětem je poskytována péče (Springboard Project, CLARECARE's Family Services),
- podpora mateřské péče, v jejímž rámci jsou nabízeny informace pro rodiče dospívajících dětí,
- služby pro seniory, které zahrnují pomoci v domácnosti,
- pomoc v domácí péči, jejímž cílem je pomoci seniorům udržet jejich nezávislost v domácnosti,
- pomoc pro rodiny, které adoptovali dítě (poskytování informací, workshopy),
- další podpůrné aktivity, např. občanské poradny,
- terapeutické služby (poradenství, léčba závislostí) <sup>5</sup>.

### ***1.7 Pracovníci v sociálních službách***

Pro práci sociálního pracovníka se vyžaduje vysokoškolské studium, a to 4 roky bakalářského studia pro získání prvního stupně (National Qualification in Social Work (NQSWS)) a 2 roky magisterského studia pro získání MSW (Master of social work). Pro práci sociálního pracovníka je dále třeba dosažený vzdělanostní stupeň ověřit od Národního úřadu pro kvalifikace v oblasti sociální práce (The National Social Work Qualifications Board -

---

<sup>5</sup> viz: <http://www.clarecare.ie>



evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

NSWQB). Úřad funguje od roku 1961 a stanovuje přísná kritéria pro práci sociálního pracovníka.

Sociální pracovníci jsou registrováni v Radě zdravotnických a sociálních pracovníků (CORU), sdružení jsou v organizaci Irish Association of Social Care Workers.

### **1.8 Kvalita sociálních služeb**

Národní standardy kvality jsou definovány pro péči seniory, osoby s handicapem a děti a mládež. Mají jasně nastínit, co se očekává od poskytovatele služeb a co klient a jeho rodina může od péče v zařízení očekávat. Jsou orientovány do oblasti práv klienta, kvality života, personální oblasti a řízení pobytových zařízení. Tyto standardy byly vyvinuty na základě právních předpisů, výsledků výzkumu a osvědčených postupů. Byly vyvinuty ve spolupráci s uživateli služeb, jejich poskytovateli, ministerstva zdravotnictví a HSE.

Standardy jsou členěny celkem do 7 oddílů:

- oddíl 1: Práva
  - standard 1: Informace
  - standard 2: Konzultace a participace
  - standard 3: Souhlas
  - standard 4: Ochrana osobních údajů a důstojnost
  - standard 5: Občanská, politická a náboženská práva
  - standard 6: Stížnosti
  - standard 7: Smlouva o podmínkách poskytování služby
- oddíl 2: Ochrana
  - standard 8: Ochrana
  - standard 9: Finance klienta
- oddíl 3: Potřebná zdravotní a sociální péče
  - standard 10: Posuzování
  - standard 11: Plán rezidenční péče
  - standard 12: Podpora zdraví
  - standard 13: Zdravotní péče
  - standard 14: Podávání léků



- standard 15: Monitoring a aktualizace podávání léků
- standard 16: Úmrtí
- oddíl 4: Kvalita života
  - standard 17: Autonomie a nezávislost
  - standard 18: Postupy a očekávání
  - standard 19: Stravování
  - standard 20: Sociální kontakty
  - standard 21: Reakce na náročné chování
- oddíl 5: Personál
  - standard 22: Nábor
  - standard 23: Kvalifikace personálu
  - standard 24: Školení a supervize
- oddíl 6: Péče o životní prostředí
  - standard 25: Fyzické prostředí
  - standard 26: Zdraví a bezpečnost
- část 7: Řízení a management
  - standard 27: Řízení provozu
  - standard 28: Účel a funkce
  - standard 29: Systém řízení
  - standard 30: Zajištění trvalého zlepšování kvality
  - standard 31: Finanční řízení
  - standard 32: Registrace a evidence poskytovatele

## ***1.9 Služby sociální péče***

### **1.9.1 Sociální služby pro seniory**

Cílem politiky vlády je podporovat starší lidi, aby mohli žít důstojně a nezávisle ve vlastních domovech a komunitách tak dlouho, jak je to možné. Toho je dosaženo prostřednictvím řady komunitních služeb, jako jsou např. domácí péče, rozvoz stravy, nebo respitní péče, důraz je kladen na multidisciplinární přístup. V složitějších případech jsou poskytovány tzv. balíčky domácí péče (HCPs), které jsou poskytovány zejména těm starším lidem, u nichž by bylo

rizikem jejich přijetí do nemocnice nebo do zařízení dlouhodobé péče. Pokud to není možné zajistit péči o seniora doma, cílem vládní politiky je zajišťovat kvalitní dlouhodobou ústavní péči.

Plán HSE pro r. 2012 předpokládá vynaložit na služby pro seniory celkem 390 mil. €. Očekává se, že přibližně 50 000 starších osob (cca 28 % osob nad 65 let) obdrží nějakou formu domácí péče, přibližně 200 mil. € je vyčleněno na poskytování domácí péče, rozvozu stravy a respitní péči, cca 140 mil. € je vyčleněno na balíčky domácí péče.

V porovnání s r. 2011 dojde ke snížení těchto výdajů o cca 3,5 % v důsledku schválených úsporných opatření na celostátní úrovni.

**Tabulka 1 Vývoj hlavních ukazatelů domácí péče v letech 2006 - 2012**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 plán
celkový počet hodin péče (mil.)	10,80	11,78	11,96	11,97	11,68	11,01	10,70
celkový počet klientů k 31. 12.	49 578	54 736	55 366	53 791	54 011	50 986	50 002
celkové náklady (mil. €)	185,4	206,4	211	211	211	211	200

*Zdroj: údaje Velvyslanectví Irské republiky v Praze.*

Respitní péče tvoří nedílnou součást poskytování komplexní komunitní služby tak, aby starší člověk zůstat doma. Je poskytována buď v domácnosti klienta, v centrech denních služeb, v domech s pečovatelskou službou, popř. v omezeném počtu případů prostřednictvím několika balíčků domácí péče.

Balíčky domácí péče byly zavedeny v roce 2006, jsou dodatečné podpory pro lidi, kteří používají základní služby (např. pomoc v domácnosti), ale kteří potřebují větší pomoc k tomu, aby i nadále mohli žít v domácnosti. Zahrnují služby zdravotních sester a terapeutických pracovníků, zejména fyzioterapeutů a ergoterapeutů. Balíčky hrají klíčovou roli při snižování tlaku na výdaje ze systému zdravotní péče. Jsou poskytovány HSE ve spolupráci s dobrovolnickými organizacemi a soukromým sektorem. Jejich poskytování je navrženo tak,

aby pružně reagovalo na potřeby každého jedince, jejich dostupnost však podléhá celkovému omezení finančních zdrojů.

V r. 2012 je pro poskytování balíčků domácí péče vyčleněno cca 138 mil. €, předpokládá se, že budou poskytovány celkem cca 15 700 osobám.

**Tabulka 2 Vývoj hlavních ukazatelů**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 plan
počet klientů, kterým jsou poskytovány balíčky domácí péče v průběhu roku	7 003	11 565	11 987	12 000	13 989	15 267	15 768
celkové náklady (mil. €)	55	110	120	120	130	138	138

*Zdroj: údaje Velvyslanectví Irské republiky v Praze.*

Provedená hodnocení balíčků domácí péče (r. 2009) prokázala správnost jejich zavedení do praxe, doporučují však více standardizovat přístup k jejich poskytování z národní úrovně v zájmu zvýšení efektivity vynakládaných finančních prostředků. V tomto smyslu byla proto v r. 2012 vydány národní pokyny pro podporu služeb domácí péče pro seniory, jejichž cílem je zvýšit bezpečnost klienta a kvalitu poskytované péče. Důraz je přitom položen na poskytování služeb v průběhu celého dne a o víkendech.

Služby péče o starší osoby na komunitní úrovni zahrnují péči v nemocnici, léčebnách, domech ošetrovatelské péče, dále respitní péči, centra denní péče, rehabilitaci, výpomoc v domácnosti, služby domácí péče a péči v hospici. Služby jsou poskytovány HSE na bázi místních zdravotních center.

**Služby pomoci v domácnosti** (Home Help Service) jsou poskytovány HSE osobám, které potřebují výpomoc v domácnosti (staří, postižení). Jsou také poskytovány rodinám s dětmi, jejichž matka zemřela nebo je vážně nemocná. Služby mohou zahrnovat běžný úklid, nakupování, praní prádla nebo vaření. Nejsou určeny pro poskytování ošetrovatelské a



lékařské péče. Služby jsou všeobecně poskytovány zdarma držitelům karet zdravotního pojištění a osobám postiženým hepatitidou C. Na služby jsou často vybírány příspěvky a v některých případech si služby musí klienti plně hradit. O nároku a výši počtu hodin výpomoci v domácnosti rozhodují místní zdravotní úřadovny s přihlédnutím k výši příjmů, existenci jiné sociální pomoci, vzdálenosti od místa poskytování služeb a dostupnosti vhodné osoby, která služby provádí.

Poskytování těchto služeb je upraveno zákonem Health Act 1970.

**Balíček domácí péče (Home Care Package-HCP)** zahrnuje řadu služeb poskytovaných HSE za účelem pomoci zejména starším osobám zajistit si péči ve svém vlastním domově. Služby zahrnují dodatečnou/rozšířenou pomoc v domácnosti, dodatečné ošetrovatelské a rehabilitační služby, které mohou lidé z důvodu svého onemocnění nebo zdravotního postižení potřebovat. Jsou také určeny osobám, které se vrací z nemocnice, rehabilitačního nebo ošetrovatelského zařízení. Balíček obsahuje služby a výpomoc přesahující obvyklé komunitní služby, které HSE poskytuje buď přímo, nebo prostřednictvím jiných placených poskytovatelů. Komunitní služby poskytované HSE (nebo jinými poskytovateli) zahrnují pomoc v domácnosti, ošetrovatelskou péči, fyzioterapii, pracovní terapii, terapii pro zlepšení mluvení a jazykových schopností, služby denní péče, respitní péči atd.

Služby balíčku domácí péče jsou flexibilní a šité na míru jednotlivého klienta. Zahrnují rozšířenou pomoc v domácnosti, ošetrovatelskou péči, fyzioterapii, respitní péči atd. Tyto služby jsou poskytovány přímo HSE (jejich personálem, tj. domácími pečovateli nebo zdravotními sestrami), dobrovolnými poskytovateli vykonávajícími profesi pod hlavičkou HSE nebo soukromými poskytovateli placenými HSE. Služby mohou být také financovány z tzv. "cash grants" – hotovostní mi příspěvky na péči, za které si mohou lidé služby podle svého uvážení nakupovat. Tento systém však již není v mnoha lokalitách dostupný.

Balíček domácí péče byl zaveden v roce 2006 proto, aby pomohl lidem při návratu domů z nemocnice nebo jim pomohl déle zůstat v domácím prostředí a oddálit tak nástup do nemocnice nebo léčebny. Většina osob, které o balíček žádají, jsou lidé ve věku na 65 let a ti, kteří již nějaké komunitní služby HSE využívají. Balíček je také určen pro mladé osoby, např. trpící mentálním onemocněním. O balíček mohou také požádat lidé, kteří nejsou příjemci

komunitních služeb, ale došlo u nich z důvodu jejich onemocnění ke zvýšené potřebě domácí péče.

Služby z balíčku domácí péče jsou poskytovány zdarma jako součást veřejné zdravotní péče. Pomoc je poskytována podle potřeb klienta a financování je limitováno zdroji dostupnými pro tento balíček na úrovni místní samosprávy. Tento systém služeb není právně zakotven a lidé na ně nemají automatický nárok. Neexistují ani žádné národní směrnice, jak o tyto služby žádat a jak probíhá test na výši příjmů nebo majetku. Každá administrativní jednotka na úrovni komunity odpovídá za svůj vlastní systém poskytování služeb. Pro zařazení do systému je všeobecně považována potřeba více než 10 hodin péče za týden. Konečný rozsah poskytované péče je schvalován HSE na základě ryze individuálních potřeb žadatele. Cena poskytovaného balíčku služeb se může pohybovat mezi 350 – 500 € za týden.

V případě žádosti o balíček služeb HSE provádí testování potřeby péče, které stanovuje celkovou potřebu zdravotní péče a stupeň závislosti. Test se provádí z důvodu správného vyhodnocení potřeb zdravotní péče poskytované na správném místě – tj. v domácím prostředí, v nemocnici nebo léčebně.

V průběhu poskytování služeb je průběžně monitorována kontrola úrovně poskytování služeb a vyhodnocovány potřeby péče a při jakékoli změně jsou služby modifikovány nebo pozastaveny či ponechány na úrovni standardních komunitních služeb.

Od 1. července 2012 jsou poskytovatelé balíčku služeb nově schvalováni HSE na základě podrobného výběrového řízení. 26 nově schválených poskytovatelů splňují novou úroveň národních standardů. HSE vydala národní dokument s pokyny kvality pro všechny poskytovatele služeb domácí péče, zahrnující přímé poskytování v rámci HSE, neplatí však pro komerční a soukromé poskytovatele.

Každý místní zdravotní úřad má nyní 4 schválené poskytovatele služeb pro své klienty na místní úrovni. Toto nové nařízení ale platí pouze pro klienty, jejichž balíček domácí péče byl schválen po 1. 7. 2012. Klienti mohou nahlédnout do seznamu poskytovatelů v jejich lokalitě a mohou si zvolit jednoho z poskytovatelů, který je momentálně dostupný.



Dohody se schválenými poskytovateli péče budou zpočátku platit jeden rok. Služby budou monitorovány HSE prostřednictvím kontrol a auditů. HSE vypíše další tender příští rok, takže všechny strany se budou moci soutěže znovu zúčastnit.

**Nursing Homes Support Scheme** (systém podpory dlouhodobé péče v domech ošetrovatelské péče) začal fungovat v roce 2009. Účelem systému je poskytování finanční podpory lidem, kteří potřebují dlouhodobou ošetrovatelskou péči. Hlavním principem systému je to, že dlouhodobá péče by měla být dostupná a každý by měl dostat stejnou úroveň státní podpory bez ohledu na to, jaký druh zařízení (veřejné, neziskové, privátní) si vybere.

Systém podpory je legislativně zakotven a řízen HSE.

O subvenci ze systému je třeba požádat na místním úřadě spravujícím tento systém. Nárok na dávku ze systému mají osoby žijící v zemi alespoň jeden rok nebo se v zemi chystají nejméně jeden rok bydlet.

Proces žádosti o dávku obsahuje 2 kroky:

- hodnocení potřeby dlouhodobé péče,
- testování disponibilních finančních prostředků a majetku.

Testování finančních možností a majetku se provádí za účelem stanovení výše příspěvku klienta na péči. HSE platí rozdíl mezi vyšší skutečné ceny péče a příspěvkem klienta. V rámci finančního testu se berou v úvahu všechny příjmy (včetně důchodu, sociálních dávek, příjmu z pronájmu, příjmů z provozování kanceláře, členství ve správní radě, odměn, honorářů, provizí, dividend nebo úroků apod.) a také hodnota nemovitého majetku.

Finanční test zaručuje následující:

- nikdo nebude platit více než je aktuální cena péče
- každému zůstane 20 % finančních prostředků ze svého příjmu nebo 20 % maximální výměry státního důchodu (nepříspěvkového) podle toho, která částka je vyšší
- pokud má klient manžela nebo partnera, který zůstává doma, bude mu ponechána polovina příjmů dvojice nebo maximální výše státního důchodu (nepříspěvkového) podle toho, která částka je vyšší.

Klientům, kteří využívají nemocniční služby v zařízeních, kde je poskytována celodenní ošetrovatelská péče, je účtován týdenní poplatek v maximální výši 175 € v závislosti na

příjmu. Každý pacient si může ze svého příjmu ponechat minimum (33 - 37,99 €). Osoby s týdenním příjmem nižším než 38 € neplatí žádné poplatky.

Pacienti, kteří využívají nemocniční služby v zařízeních, kde není poskytována celodenní ošetrovatelská péče, platí týdenní poplatek v maximální výši 130 € v závislosti na příjmu stanoveného na základě finančního testu. Každý si může ponechat minimální částku (64 - 68,99 €). Poplatky nejsou účtovány osobám s příjmem nižším než 69 € týdně.

Z poplatku jsou vyjmuty:

- osoby mladší 18 let
- těhotné ženy
- osoby nedobrovolně umístěné v zařízení na základě zákonů o duševním zdraví
- osoby vyžadující akutní nemocniční péči (včetně psychiatrické), osoby s hepatitidou C.

**Speciální systém pomoci pro starší osoby v oblasti bydlení** spravuje HSE pod hlavičkou ministerstva místního rozvoje. Systém je určen pro starší občany, kteří potřebují provést úpravy ve vlastní domácnosti a nemají k tomu finanční prostředky. HSE poskytuje oprávněným osobám finanční pomoc k uhrazení práce, kterou je třeba v domácnosti provést. Jedná se o testovanou dávku, která může pokrývat 100 % nákladů a její maximální výše v případě domácnosti s ročním příjmem do 30 000 € činí 10 500 €. Domácnosti s ročním příjmem nad 65 000 € nemají na tuto dávku nárok.

V rámci místní komunity může být také poskytnuto speciálně upravené bydlení pro starší a postižené občany nebo adaptované ubytování, které zajišťují dobrovolné organizace mající na starost problematiku bydlení potřebných osob ("voluntary housing associations").

Pomoc v případě zneužívání seniorů provozuje HSE, speciálně vyškolený pracovník má agendu na starosti ve většině místních zdravotních center. Byla také zřízena speciální telefonní linka pomoci, kam mohou starší občané odkudkoli zavolat za cenu místního hovoru. V červnu 2007 byl ustaven Národní úřad pro prevenci domácího, sexuálního a genderového násilí pod názvem COSC.



### 1.9.2 Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením

Komunitní služby osobám s postižením jsou poskytovány prostřednictvím center denní péče. Ty zahrnují denní aktivační programy, volnočasové, sportovní a rekreační zařízení. Mohou mít také charakter medicínsko-rehabilitační. Centra jsou provozována různým způsobem, buď přímo HSE nebo jinými organizacemi v kombinaci s neziskovým sektorem. Denní centra poskytující lékařskou péči jsou méně rozšířené.

Pro denní centra neexistují jasná pravidla. V praxi se tato centra vytvořila jako alternativa nemocnic nebo jiného ústavního zařízení pro osoby s postižením a staré lidi. Hlavním smyslem denních center je umožnit starým a postiženým osobám žít nezávislý život v komunitě. Rozsah poskytovaných služeb se v jednotlivých komunitách liší a může obsahovat: dopravu z a do centra, monitoring zdravotního stavu, pedikérské služby, osobní péči, praní prádla, posílení kontinence, aktivační a rehabilitační programy, nácvik sociálních dovedností pro osoby s poruchami učení, poradenství pro pečující osoby, zajištění jídla.

V rámci místní komunity může být pro osoby s postižením poskytnuto speciálně upravené bydlení nebo také adaptované ubytování, které zajišťují dobrovolné organizace mající na starost problematiku bydlení potřebných osob ("voluntary housing associations"). Ústavní péče je osobám se zdravotním postižením poskytována ve zdravotnických zařízeních v rámci dlouhodobé péče.

Osobám s postižením je poskytován příspěvek na úpravu bydlení (Housing Adaptation Grant), který je dávkou testovanou. Pro osoby s příjmem domácnosti do 30 000 € ročně činí maximální příspěvek 30 000 € na úhradu 95 % nákladů v případě domu staršího více než 1 rok. Osoby s ročním příjmem domácnosti nad 65 000 € nemají na příspěvek nárok.

Příkladem fungování služeb v praxi je např. Central Remedial Clinic, která poskytuje řadu služeb pro děti a dospělé s fyzickým postižením s celonárodní působností a se sídlem v Dublinu. Jedná se např. o fyzioterapii, pracovní rehabilitaci, pomoc při mobilitě, jazyková terapie, ošetrovatelská péče, vzdělávání, sociální práce a lékařská péče.

### 1.9.3 Služby sociální prevence pro rodiny a děti

V roce 2003 byla zřízena Agentura na pomoc rodinám (Family Support Agency), která zajišťuje služby sociální prevence následujícími způsoby:



- komunitní centra rodinné péče a služeb (celkem je v Irsku 107 těchto zařízení),
- finanční podpora dobrovolným organizacím, které poskytují poradenské služby v oblasti manželských a partnerských vztahů, péči o dítě a péči o osoby, které ztratily své blízké,
- rodinná mediační služba pro partnery, kteří procházejí obdobím rozchodu nebo rozvodu,
- poskytování informací týkajících se rodinných otázek,
- poskytování konzultací Ministerstvu sociálních věcí a rodiny z oblasti rodinných záležitostí.

**Rodinná mediace** je profesionálně a diskrétně vedená služba pro osoby sezdané nebo nesezdané, které se rozhodly rozejít nebo rozvést a chtějí své záležitosti projednat s pomocí mediátora.

Mediátor pomáhá dosáhnout dohody, která uspokojí zájmy obou stran a případně potřeb dětí. Tato služba je bezplatná a obsahuje 3 až 6 sezení. Na závěr služby mediátor může sepsat dokument, kde jsou stanoveny všechny detaily partnerské dohody.

Výhodou mediační služby je pomoc při navázání komunikace a spolupráce mezi partnery a snížení stresu a hořkosti. Partnerům je nabídnuta pomoc k tomu, aby nadále zůstali partnery při výchově dětí. K tomuto účelu je vypracován individuální plán šitý na míru každé rodině. Partnerům je nabídnuta pomoc, aby dokázali zvládnout konflikt způsobem, který chrání zájmy dítěte.

- **Program komunitních center rodinné péče a služeb** může v místních podmínkách zahrnovat rovněž následující aktivity:
- informace, poradenství a podpora určitým skupinám a rodinám,
- praktická pomoc v oblasti vzdělávání, informační a poradenské služby,
- vzdělávací kurzy a jiné možnosti vzdělávání,
- dětská zařízení pro osoby zapojené do kurzů, pořádaných v rámci projektu,
- pomoc mladým otcům zapojit se do života svých dětí,
- zapojení mužů do života komunity,
- skupiny osamělých rodičů,
- ženské skupiny,

- kluby "po škole",
- skupiny starších občanů,
- kurzy výchovy k rodičovství.

Komunitní sociální služby zacílené na rizikové skupiny dětí a ostatní služby sociální péče o děti jsou poskytovány sociálními pracovníky na bázi místních zdravotních úřadů HSE. Služby zahrnují poradenství, individuální péči o klienta a jeho rodinu, služby týkající se adopce a pěstounské péče, dále problematiku dětských delikventů. Služby jsou poskytovány bezplatně.

Významné místo v této oblasti patří občanským poradnám, které rodinám pomáhají např. v oblasti finanční gramotnosti, při poskytování advokátních služeb nebo při poskytování tlumočnických služeb pro neslyšící.

#### **1.9.4 Služby sociální prevence pro lidi bez přístřeší**

Služby pro osoby bez přístřeší lze rozdělit do několika oblastí.

Terénní služby (street services) zahrnují služby nabízející kontakt a jídlo pro osoby bez přístřeší. Většinu těchto služeb zajišťují týmy dobrovolníků. Jiné skupiny pracovníků navazují s bezdomovci kontakty a pomáhají jim nalézt ubytování.

Zařízení urgentního a dočasného ubytování (hostel) je poskytováno jednotlivcům z řad bezdomovců. Privátní urgentní ubytování (postel včetně snídaně) je využíváno pro klienty nebo rodiny, pro které není ubytování v hostelu vhodné. Důvody nevhodnosti ubytování jsou velikost rodiny, určitý druh lékařské nebo sociální potřeby.

Zařízení typu hostel může být pro krátkodobý nebo dlouhodobý pobyt. Některé poskytují noclehárny a/nebo jednotlivé pokoje, některé včetně jídla a jiných služeb. V některých zařízeních se platí za pobyt za jednu noc nebo za týdenní pobyt.

Přechodná ubytovací zařízení (transitional housing) jsou určena pro osoby, které potřebují čas a pomoc pro přípravu na samostatné bydlení. Jedná se zpravidla o krátkodobý program, který je vždy časově ohraničený, a to v rozmezí 6 měsíců až 2 let.

Některé projekty jsou speciálně zaměřené na určité skupiny (mladé lidi, děti opouštějící pěstounskou nebo ústavní péči, osamělé rodiče). Služby dále zahrnují analýzu individuálních

potřeb, osobní plánování a podporu, podporu u soudního řízení, podporu rodiny, právní poradenství, podporu vzdělávání a přípravy na zaměstnání apod.

Přechodné ubytování je financováno místními úřady a HSE (Health Services Executive) nebo místními organizacemi (jako např. Agenturou pro bezdomovectví) v závislosti na charakteru projektu. Obyvatelé hostelů a přechodných ubytovacích zařízení v Dublinu platí týdenní poplatky a také v ubytovnách poskytovaných dobrovolnými agenturami (Focus Ireland, Simon) jsou za nocleh vybírány poplatky.

Pro svobodné osoby bez přístřeší je určen privátní pronájem ubytování. Pomoc při placení nájmu je dostupná v rámci systému doplňkových sociálních dávek. Systém je financován HSE a spravován komunitními sociálními úředníky.

Místní samosprávy jsou dle zákona o bydlení z roku 1988 odpovědné za zajištění bydlení osob bez přístřeší. Přijímají žádosti od lidí, kteří nemají kde bydlet. Osoby bez přístřeší mají prioritu v oblasti zajištění bydlení, ale musí čekat na to, než se pro ně vhodný druh ubytování najde. Některé samosprávy operují v poměru 1:3 v rámci zajištění ubytování pro osoby bez přístřeší, tzn., že každou třetí volnou ubytovací kapacitu přidělí osobě bez přístřeší. Místní bytový odbor také poskytuje informace a poradenství o možnostech bydlení pro bezdomovce. Každá osoba bez přístřeší se musí zaregistrovat na místním úřadě a vyplnit žádost o poskytnutí bydlení.

Poradenské služby v oblasti ubytování jsou poskytovány osobám bez přístřeší s cílem najít si dlouhodobé a udržitelné ubytování. S každou osobou zhodnotí jejich možnosti a vypracují individuální plán. Rovněž poskytují podporu, právní a jinou pomoc při zajištění ubytování a přípravě na samostatný život. Jsou rovněž poskytovány časově omezené služby v době po získání bydlení za účelem jeho udržení. S tímto cílem byla v rámci Agentury pro bezdomovectví vytvořena speciální ubytovací agentura (Access Housing Unit), která pomáhá bezdomovcům žijícím v dočasném nebo urgentním ubytovacím zařízení, aby si našli a udrželi privátní nájemné bydlení.

Dlouhodobě podporované bydlení je určeno osobám, které nemohou žít nezávisle v normálním bytě, a to např. z důvodu duševního onemocnění, problémů s alkoholem nebo drogami. Těmto lidem je ubytování poskytováno na základě jejich potřeb na jakkoli dlouhou dobu a s nezbytnou pomocí. Některé projekty jsou zacíleny na určitou potřebu péče (např.



mentální postižení). Většina obyvatel v dlouhodobě podporovaném ubytování jsou příjemci dávek sociální podpory.

### 1.9.5 Protidrogové preventivní služby

HSE poskytuje v rámci komunitních služeb také služby určené pro drogově závislé osoby. Jedná se o preventivní, poradenské, rehabilitační a terapeutické služby. Každý zájemce může kontaktovat místní zdravotní úřad, kde jsou tyto služby zahrnuty pod službami sociálního začlenění. HSE provozuje bezplatnou telefonní linku Drugs/HIV Helpline a webové stránky s informacemi o službách pomoci a podpory pro uživatele drog a alkoholu.

V Irsku existuje mnoho místních, regionálních a celonárodních organizací, které tyto služby zajišťují, např.:

- YoDA – organizace poskytující pomoc a léčbu osobám mladším 18 let, které mají problémy s užíváním drog a alkoholu, provádí expertní léčbu na základě individuálních potřeb klienta,
- Soilse – organizace, která poskytuje rehabilitační služby pro uživatele drog v centru Dublinu.

### 1.9.6 Služby sociální prevence pro minority

Minoritní etnické skupiny jsou považovány z hlediska sociálního vyloučení za rizikové a zranitelné skupiny obyvatel. Uspokojování jejich specifických potřeb vyžaduje provádění speciálně vedených komunitních služeb. Většina služeb je poskytována přímo HSE (např. dobrovolný zdravotní screening žadatelů o azyl a uprchlíků, služby pro těhotné a matky v uprchlických zařízeních, tlumočnické služby atd.). HSE také financuje nestátní neziskové organizace, které poskytují této cílové skupině další potřebné služby.

Např. organizace CAIRDE se snaží řešit nerovnosti v oblasti přístupu ke zdravotnickým službám ze strany etnických menšin z Afriky, východní Evropy a z pobaltských států, organizace SPIRASI pracuje s žadateli o azyl, uprchlíky a s dalšími znevýhodněnými

skupinami migrantů, zejména s těmi, kteří přežili mučení. Umožňuje jim přístup ke specializovaným službám a podporuje samostatnost a integraci do Irska.

### ***1.10 Doporučení pro Českou republiku***

Vzhledem k odlišnému charakteru sociálních systémů Irska a České republiky, které se projevuje i v uspořádání systémů sociálních služeb, se nedoporučuje přenášet žádný princip uplatňovaný v irském systému při úpravách systému sociálních služeb v naší zemi. Východiska těchto změn je – z hlediska principu dobré praxe – nutno spatřovat ve středoevropských zemích.



evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

## 2 Rakousko

Autor: Ing. Jiří Horecký, MBA

### 2.1 *Struktura obyvatelstva*

Z celkového počtu přibližně 8 404 000 obyvatel (k 1. 1. 2011 8 404 252 obyvatel) žilo k 1. 1. 2012 v Rakousku 1,7 mil. dětí a mladistvých (méně než 20 let), což odpovídá 20,3 % celkové populace. Asi 5,2 mil. obyvatel bylo k tomuto datu v produktivním věku, tedy mezi 20 a 64 lety, což odpovídá 61,9 % celkové populace. Výrazně nad průměrem je hlavní město Vídeň se 63,9 procenty. K tomuto datu žilo v Rakousku asi 1,5 mil. osob v již neproduktivním věku 65 a více let, což představuje 17,8 % celkové populace.

Demografické prognózy ukazují, že podíl starších osob v populaci se bude zvyšovat, což povede ke zvyšování veřejných výdajů na péči. Do r. 2030 s největší pravděpodobností nejvíce vzroste počet osob, které budou vyžadovat péči, a sice osob nad 80 let. Zatímco počet osob 60-79letých se v období 2006-2030 zvýší o 50 % a počet osob nad 60 let o 55 %, počet osob nad 80 let se ve stejném období zvýší o 73 %. Počet obyvatel mladších 60 let se naproti tomu sníží o 5 %.

### 2.2 *Státní zřízení Rakouska*

Rakouská republika je spolkovým státem. Je budována na federativním principu. Právní základ Rakouské republiky tvoří spolková ústava, státní smlouva z r. 1955 a zákon o neutralitě země z téhož roku. Vychází z demokratického principu oddělené státní moci zákonodárné, výkonné a soudní. V čele republiky je přímo volený spolkový prezident, jehož volební období trvá 6 let. Ten jmenuje spolkového kancléře a vládu, kterou sestavuje kancléř. V Rakousku funguje dvoukomorový parlamentní systém (Národní rada – volená podle systému poměrného zastoupení a Spolková rada, která reprezentuje jednotlivé spolkové země). Zákonodárná a výkonná moc je rozdělena mezi spolek (Bund) a 9 spolkových zemí. Zákonodárným orgánem spolkové země je zemský sněm, který je jednokomorový. Každá země má vlastní ústavu, parlament a vládu odpovídající za uplatňování zemských zákonů. V jejím čele stojí zemský hejtman, kterého volí zemský sněm a schvaluje prezident celé



spolkové republiky. Zákonodárná moc v jednotlivých zemích náleží sněmu, který přijímá zákony. Ty jsou v různých zemích různé, nesmí však být v rozporu se Spolkovým zákonem nebo Ústavou. Podle ústavy je v kompetenci zemí všechno, co není výslovně záležitostí celospolkovou.

### **Administrativní členění**

Rakousko je federativní republika tvořená devíti spolkovými zeměmi (jednu představuje hlavní město Vídeň), dále se člení na 99 okresů a 2359 obcí.

#### ***Spolkové země:***

- Dolní Rakousy - Niederösterreich (St. Pölten) - největší spolková země a z hlediska historického i centrální země,
- Štýrsko - Steiermark (Graz - Štýrský Hradec) - druhá největší země,
- Horní Rakousy - Oberösterreich (Linz - Linec),
- Burgenland - (Eisenstadt) - nejvýchodnější země se stala součástí Rakouska až v roce 1921,
- Salcbursko - Salzburg (Salzburg),
- Voralbersko - Vorarlberg (Bregenz) - nejzápadnější částí Rakouska a sousedí s Německem a Lichtenštejnskem,
- Tyrolsko - Tirol (Innsbruck),
- Korutany - Kärnten (Klagenfurt)
- Hlavní město Vídeň (Wien)

### **Spolkové a zemské zákony**

Podle rakouské spolkové ústavy platí v každé z **devíti spolkových zemí** vedle spolkových (ústavních) zákonů jejich vlastní **zemské (ústavní) zákony**. Ústavní zákony spolkových zemí nesmí být v rozporu se spolkovými ústavními zákony, a jsou jim tedy **podřízeny**. Taková přednost v pořadí však v zásadě neexistuje mezi spolkovými a zemskými právními předpisy. Od roku 1988 jsou spolkové země také oprávněny uzavírat mezinárodní smlouvy v záležitostech, které spadají do jejich působnosti. V zahraničních věcech má však přednost spolková vláda.

Výčet toho, co je v pravomoci federálního státu (spolku), je opravdu neuvěřitelný a zabíhá do povážlivých podrobností. Rakouská federace má pravomoc nad záležitostmi, které musí mít každá federace, pokud má být funkční (zahraniční záležitosti, ochrana hranic, měna atd.), někdy značný rozsah pravomocí rakouské federace není zřejmý na první pohled; v pravomoci rakouského státu je stručně řečeno trestní a občanské právo, nicméně právě tyto oblasti práva upravují většinu mezilidských vztahů.

Už ze samotného textu ústavy je zřejmé, že rakouské spolkové země mají jen relativně málo zákonodárných kompetencí. Mají na starosti záležitosti, jako jsou významné budovy, územní plánování, ochrana přírody, myslivost, rybolov, zemědělství, ochrana dětí a výběr některých daní. Téměř všechny záležitosti praktického významu, jako je trestní právo, občanské právo, pracovní právo, hospodářské právo, školství, věda, telekomunikace, zdravotní a sociální péče, jsou regulovány spolkovou legislativou. Také soudnictví je výlučně spolkovou záležitostí. Za těmito relativně malými kompetencemi stojí převážně historické důvody, protože v dobách habsburské monarchie se o mnoha záležitostech rozhodovalo převážně ve Vídni. Tento historický vývoj ostře kontrastuje s vývojem v Německu.

V článku 12. odst. 1) rakouské ústavy je řečeno: V působnosti **Spolku** je zákonodárství stanoví všeobecné zásady, **země** vydávají prováděcí zákony a pečují o provádění předpisů v těchto otázkách:

- péče o chudé;
- populační politika, pokud nespadá pod článek 10;
- zařízení sociální péče, péče o matky, děti a mládež;
- léčebná zařízení a zdravotní péče atd.

### **2.3 Legislativní rámec sociálních služeb**

Právní rámec pro poskytování sociálních služeb najdeme v **článku 15a spolkového ústavního zákona** – jsou jím **smlouvy uzavírané orgány spolku a jednotlivých zemí na téma „společná opatření pro osoby vyžadující péči“**. Spolkové orgány tak prostřednictvím těchto úprav zdravotnického a pečovatelského práva kvalitativně vylepšují příslušná odvětví. Zemské orgány se na druhé straně zavazují k plošnému rozvoji sektoru sociálních služeb.

V červenci 2005 vešla v účinnost **smlouva o profesích v oboru sociální péče podle článku 15a spolkového ústavního zákona mezi orgánem spolku a zeměmi**, která obsahuje rozsáhlou úpravu přípravy pro povolání a úpravu činnosti a vzdělávání pro oblast výkonu povolání v sociálních službách.

8. července 2011 přijala Národní rada **reformní zákon o příspěvku na péči 2012** (*Pflegegeldreformgesetz 2012*) a **zákon o fondu na péči** (*Pflegefondsgesetz*) jako důležitý krok ve směru správní reformy, administrativy příspěvku na péči vstřícnější k zákazníkovi, zajištění nabídky sociálních služeb v souladu s potřebami dlouhodobé péče.

Tímto zákonem se kompetence přenesly z jednotlivých zemí na stát a příspěvky na péči se zkoncentrovaly na státní úrovni. Tím se 74 000 příjemců zemských příspěvků na péči přesunulo do kompetenční sféry úřadu důchodového pojištění, resp. pojišťovny veřejných zaměstnanců.

Pro převedení kompetencí pro oprávněné žadatele podle zemských zákonů o péči z jednotlivých zemí na stát je nezbytné kromě odpovídajících zákonodárných opatření ve spolkovém zákonu o péči a v zákonech o péči jednotlivých zemí provést rovněž změnu ústavněprávní základny. Ve spolkovém ústavním zákonu je zakotvena nová kompetenční skutková podstata příspěvek na péči („*Pflegegeldwesen*“).

Lze očekávat úspory ve správě jak v jednotlivých zemích, tak i v obcích.

Přijetím reformního zákona o příspěvku na péči 2012 dochází navíc k další redukci počtu nositelů rozhodnutí v oblasti zákona o příspěvku na péči, a to přenesením kompetence k provádění spolkového zákona o příspěvku na péči u:

- učitelů ve spolkových zemích
- učitelů zemědělství a lesnictví ve spolkových zemích
- rakouské pošty, a.s.
- Telecom Austria, a.s.
- Postbus, a.s.
- Ústavního soudního dvora na pojišťovnu veřejných zaměstnanců
- a v oblasti zákona o péči o oběti přenesení na úřad důchodového pojištění.



Tím dochází celkem ke značné redukci počtu nositelů rozhodnutí, a to z více než 280 nositelů v jednotlivých zemích a 23 státních na 7.

Těmito opatřeními byla vytvořena jednodušší a efektivnější struktura pokud jde o nositele rozhodnutí o příspěvku na péči. Kromě toho lze očekávat i urychlení procesu při poskytování příspěvku na péči.

Reformní zákon o příspěvku na péči 2012 vstoupil v platnost 1. ledna 2012.

#### **2.4 Financování sociálních služeb**

V roce 2011 připadlo na sociální služby 7,2 mld. euro (kromě zdravotních služeb), což představuje 8 % dávek sociální ochrany, resp. cca 2,4 % HDP. K nejdůležitějším oblastem sociálních služeb patří opatření politiky trhu práce, mimoškolní péče o děti, domovy pro seniory a pečovatelské domy, zařízení denní péče a ambulantní služby, zařízení pro bydlení a zaměstnávání osob se zvláštními potřebami a poradenství a péče o osoby v problémové situaci (jako násilím ohrožené ženy a jejich děti, drogově závislé resp. závislé na návykových látkách, osoby bez domova nebo bezdomovectvím ohrožené osoby, osoby zadlužené, propuštění z vazby nebo azylanti). Na služby v souvislosti s nezaměstnaností bylo v r. 2011 vynaloženo 1,2 mld. euro, na služby týkající se dětí a rodin 2,2 mld. euro, na zařízení pro starší osoby a osoby vyžadující speciální ambulantní, částečně stacionární a stacionární péči 1,4 mld. euro, na zařízení pro postižené osoby 1,6 mld. euro a na ostatní sociální služby 0,8 mld. euro. Odpovědnost za zařízení sociální péče (vyjma opatření týkajících se trhu práce) nesou z převážné části spolkové země, obce a města.

Na rozdíl od většiny peněžních plnění a zdravotních služeb není na velkou část sociálních služeb žádný individuální právní nárok. Kvalitativní a kvantitativní úprava nabídek, jakož i jejich realizace vykazuje regionální rozdíly.

Na Zemské konferenci sociálních pracovníků konané 16. března 2011, která se zabývala otázkou „zajištění financování péče a reformou správy příspěvku na péči“, byl založen správní fond pod názvem **fond na péči** (*Pflegefonds*). Tento fond není samostatnou právníčkou osobou. Je spravován Spolkovým ministerstvem práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitele po dohodě se Spolkovým ministerstvem financí. Prostředky fondu lze použít



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

výlučně na péči, a to podle **zákona o fondu na péči** (*Pflegefondsgesetz*). Stát se podle **zákona o rozdělení finančních prostředků** (*Finanzausgleichsgesetz*) z roku 2008 na společných odvodech podílí 2/3 a spolkové země 1/3. Rozdělování prostředků se rovněž řídí tímto zákonem a je naplňován sdílenou daní z přidané hodnoty. Rozdělování prostředků jednotlivým spolkovým zemím a obcím probíhá podle platného klíče na základě lidnatosti v souladu s prokazatelnými čistými náklady na sociální služby dlouhodobé péče za kalendářní rok.

Prostředky jsou poskytovány ve dvou částech, a to v květnu a v listopadu.

Fond má poskytnout účelové příplatky ve výši celkem 685 mil. euro spolkovým zemím k částečnému pokrytí nákladů na zajištění a vybudování nabídky sociálních služeb odpovídající potřebám dlouhodobé péče na období 2011-2014, a to pro rok 2011 ve výši 100 mil. euro, pro rok 2012 ve výši 150 mil. euro, pro rok 2013 ve výši 200 mil. euro a pro rok 2014 ve výši 235 mil. euro.

Adekvátní celorakouská databanka služeb sociální péče má být vytvořena v polovině roku 2012 Rakouským statistickým úřadem.

Zákon o fondu na péči vstoupil v platnost 30. července 2011.

## **2.5 Plánování rozvoje sociálních služeb**

Na Zemské konferenci sociálních pracovníků konané 18. ledna 2010 byla založena společnost **Gesundheit Österreich**, s.r.o., která by měla provádět systematická šetření v zájmu získání celkového přehledu o sociálních službách pro osoby vyžadující péči. Společnost byla pověřena následujícími úkoly:

1. hrubý odhad nákladů na péči do roku 2020 (bez postižených osob) na základě plánů a potřeb rozvoje jednotlivých zemí;
2. podpora při vypracování kritérií kvality a financování těchto úkonů:
  - terénní služby (mobile Dienste)
  - denní péče
  - krátkodobá pečovatelská místa v domově



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

- case- und care management (koordinovaná péče)
- alternativní formy bydlení

Podkladem pro šetření byly vedle monitorování plánů potřeb a rozvoje, zákonů, nařízení a směrnic jednotlivých zemí i hloubkové rozhovory se zástupci jednotlivých zemí.

Zásadní otázka v souvislosti s prognózou do r. 2020 zněla:

Kolik stojí vybudování sociálních služeb na základě faktorů vlivu demografického vývoje, jakož i zvyšování potřeby zaopatřovacích služeb a kvality?

Důležitým výsledkem šetření je zjištění, že podle předběžného propočtu na základě všech dostupných podkladů, resp. na základě údajů jednotlivých zemí, by čisté náklady zemí a obcí na sociální služby v r. 2020 činily celkem kolem 2,1 mld. euro. Kumulované vícenáklady by se potom v období 2010 až 2020 zvýšily na asi 3,06 mld. euro.

Výsledky šetření představovaly významnou základnu vývoje modelu státní péče započatého v roce 2010.

## ***2.6 Sociální služby a jejich síťování***

Sociální služby jsou zřizovány za účelem nabídnout osobám, které vyžadují péči, a hendikepovaným lidem možnost, aby o ně bylo pečováno podle jejich přání a potřeb.

Pro klienty jsou k dispozici tyto varianty sociálních služeb:

- ambulantní služby
- částečně stacionární služby
- stacionární služby
- terénní služby (mobile Dienste)

Veškerá agenda sociálních služeb spadá do působnosti jednotlivých rakouských spolkových zemí.

Velmi často se u osob vyžadujících péči nebo ošetřování stává, že není možné hradit náklady na jejich pobyt v zařízení stacionární péče, jako je například domov pro seniory, z vlastních prostředků (penze, příspěvků na péči). V takových případech může poskytovatel sociální



služby převzít úhradu zbylých nákladů, ačkoli členové rodiny, kteří mají vůči klientům vyživovací povinnost, mohou být ve většině spolkových zemí vyzváni k úhradě nákladů.<sup>6</sup>

Poskytovateli sociálních služeb jsou veřejně prospěšné společnosti, orgány zemské a obecní samosprávy a soukromé společnosti.

Rámcové právní podmínky pro sociální služby byly stanoveny dohodou (čl. 15a ústavy) mezi státem a jednotlivými zeměmi o společných opatřeních pro osoby vyžadující péči. Stát tuto dohodu zahrnul do práva na zdravotní a ošetrovatelskou péči a podnikl opatření ke zkvalitnění příslušných oborů. Země se zavázaly k plošnému budování sociálních služeb.

#### **Nabízené sociální služby:**

- Výpomoc v domácnosti
- Výpomoc pro seniory / Pečovatelská pomoc
- Rodinná pomoc
- Péče o nemocné v domácnosti
- Krátkodobá péče
- Psychosociální služby
- Pečovatelské domovy / Domovy pro seniory
- Služby částečné stacionární péče (např. Denní centra)
- Osobní péče
- Péče o hendikepované děti / Péče o děti s rizikem vzniku hendikepu
- Stravování prostřednictvím rozvozu jídla
- Návštěvy
- Tísňové volání / Pomoc na zavolání
- Organizovaná sousedská výpomoc
- Mobilní terapeutické služby
- Poradenství pro rodinné příslušníky
- Půjčování zdravotnických pomůcek
- Praní prádla
- Úklidové služby

---

<sup>6</sup> *Této problematice se věnuje samostatná kapitola.*

- Opravářské služby
- Dopravní služby
- Osobní asistence
- Psychologické poradenství (Peerberatung)
- Paliativní péče a mobilní hospicová péče

**Propojení sociálních služeb** se řídí zákony a předpisy v jednotlivých spolkových zemích.

Příklad: **Vídeň**

Zajištění kvality terénních (mobilních) a stacionárních služeb prostřednictvím **Sociálního fondu Vídeň 2010** (*Fonds Soziales Wien 2012*)

Pro obyvatele Vídně s potřebou péče ve **stacionárním** zařízení je k dispozici několik zařízení. Odbor stacionární péče v této souvislosti koordinuje nabídku a zajišťuje dodržování kritérií kvality. V zájmu zkvalitnění a dalšího rozvíjení péče orientované na budoucí vývoj a potřeby byly rozpracovávány některé stěžejní body:

- V roce 2005 vstoupil v platnost **zákon o domovech s pečovatelskou službou a domovech pro seniory** (*Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz*) a **nařízení zemské vlády** týkající se minimálního standardu těchto domů/domovů a pečovatelských středisek. Zákon stanoví minimální standardy týkající se stavebně-technického vybavení, personálního zabezpečení, řízení, zachovávání práv obyvatelů domovů a další. V červnu 2010 byla tato přechodná doba ukončena a nyní odpovídají i stávající stacionární pečovatelská, resp. „pečová“ zařízení zákonem definovanému minimálnímu stavebnímu standardu (např. bezbariérové osobní a nákladní/lůžkové výtahy).
- Na základě uvedeného zákona vypracoval zastřešující svaz **Sociální zařízení Vídně** (*Wiener Sozialeinrichtungen*) ve spolupráci se **Sociálním fondem Vídeň** (*Fonds Soziales Wien*) a oddělení **magistrátu** č. 40 program kvality domovů a domů s pečovatelskou službou. Cílem tohoto programu je v souladu se zákonem, prováděcími nařízeními a standardy předložit podklady pro další rozvíjení, zabezpečení a kontrolu kvality ve vídeňských domovech a domech s pečovatelskou službou. Práce na kvalitativním programu bude dál pokračovat i po roce 2010.

- Rovněž Sociální fond Vídeň se v r. 2010 dále zabýval dalšími opatřeními zajištění kvality:
- v zájmu zajištění transparentní dokumentace byl zahájen projekt elektronických spisů (*Elektronischer Aktenspiegel*),
- provozovatelé stacionárních zařízení se zavazují k provádění opatření managementu kvality, např. opatření k zajištění a rozvoji kvality (vč. konceptů k rozvoji a implementaci opatření zajišťujících kvalitu), k uznání standardů kvality a směrnic Sociálního fondu, jakož i k získávání dalšího personálu a k supervizi.
- V zákonu je zakotveno rovněž plánování nových stacionárních zařízení, přičemž zvláštní pozornost je věnována potřebě počtu míst a plnění standardů kvality nově vzniklých zařízení (podle výše uvedeného zákona).

#### Zajištění kvality **terénních** (mobilních) služeb a péče:

- Na podnět zastřešujícího svazu **Sociální zařízení Vídeň** a **Sociálního fondu Vídeň** byla vypracována příručka kvality v rámci jednotlivých pracovních skupin.
- Cílem vytvoření této příručky je nastolení „vídeňského standardu“ („*Wiener Standard*“) v terénní (mobilní) péči a zajištění kvality péče ve prospěch zákazníků.
- Kritéria kvality byla formulována na vědecké bázi („*evidence based nursing*“). Jsou zde uvedeny poznatky z oblasti každodenní péče jako např. pády, zásobování tekutinami, inkontinence, bolest, stravování, proleženiny, demence a definován potenciál dalšího vývoje příslušných organizací.
- V r. 2010 byly na základě příručky kvality koncipovány hlavní směry práce příslušných organizací. Celkem bylo vypracováno sedm hlavních linií na téma pády, kvalita kůže, stravování, dehydratace, kontinence, bolesti a sociální integrace, které byly schváleny grémiem zastřešujícího svazu.
- Rovněž bylo zahájeno vypracovávání hlavních linií v oblasti mobilita/funkcionální status, dýchání/zejména pneumonieprophylaxie, mentální status/zejména demence, ochota spolupracovat při podávání léků, zneužívání a závislost na některých substancích a samostatný život.



## Další opatření

- Spolupráce se zařízeními spadajícími pod zastřešující svaz Sociální zařízení Vídeň a průběžná výměna informací na úrovni jednatelů a vedení sociálních služeb.
- Zahájení projektu „Elektronické spisy“ (*Elektronischer Aktenspiegel*) pro získání transparentní elektronické dokumentace aj.

1. listopadu 2011 byly obory terénní (mobilní) péče a opatrovnictví/ošetřovatelství a stacionární péče a opatrovnictví/ošetřovatelství sloučeny do jednoho oboru „péče a opatrovnictví/ošetřovatelství“. Toto sjednocování bylo ukončeno koncem roku 2011. Cílem tohoto opatření bylo dokonalejší plánování a zkvalitnění celkové péče ve spolupráci s partnerskými organizacemi.

## 2.7 Sociální pomoc

Sociální pomoc zahrnuje:

- Pomoc k zajištění životních potřeb.
- Pomoc ve specifických životních situacích.
- Pomoc lidem se speciálními potřebami.

Sociální pomoc je dle zákona zajištěna prostřednictvím peněžitých a věcných dávek, dále pak sociálními terénními, částečně pobytovými a pobytovými. Nárok na sociální pomoc má dle § 4 člověk, který potřebuje pomoc, má rakouské občanství (nebo status, který jej staví na roveň rakouského občana dle specifikace v zákoně) a trvalé bydliště nebo pobyt v Dolním Rakousku.

### ***Pomoc k zajištění životních potřeb***

Tato pomoc zahrnuje následující formy:

- Pomoc na živobytí
- Pomoc při nemoci, těhotenství a porodu
- Pomoc při pobytové péči
- Převzetí výdajů za pohřeb

Na výše uvedené formy pomoci existuje právní nárok, rozsah a forma pomoci je určena se zřetelem na jejich optimální působnost a efektivitu nákladů.

### ***Pomoc na živobytí***

Na tuto pomoc má nárok osoba, která nedokáže pokrýt náklady na své živobytí nebo živobytí osoby žijící s ním v jedné rodinné domácnosti, a zároveň nedostává příspěvek od žádné jiné osoby či zařízení. Základní obživu tvoří v tomto případě především strava, ošacení, péče o tělo, ubytování, topení, osvětlení a další. Sociální pomoc má v tomto případě formu jednorázových finančních dávek, pravidelných podpor, věcných dávek nebo terénní pomoci.

Další možností pomoci je převzetí nákladů nutných pro získání nároku na přiměřené zajištění ve stáří (nákup pojistné doby v rámci sociálního pojištění). Zemská vláda Dolního Rakouska stanovuje každoročně ve speciální směrnici měsíční sazby sociální pomoci pro různé skupiny osob.

### ***Pomoc při nemoci, těhotenství a porodu***

Jedná se o pomoc pro osoby nepojištěné u zdravotní pojišťovny a zahrnuje pokrytí nákladů na potřebné výkony, které mohou být nárokovány pojištěnci dolnorakouské zdravotní pojišťovny (NÖ Gebietskrankenkasse) za včasné stanovení diagnózy, ošetření, např. u zubního lékaře, či v mateřství. Tato pomoc je poskytována formou proplacení nemocenských poukazů a receptů po předložení a vyúčtování na okresních správních úřadech.

### ***Pomoc při pobytové péči***

Pomoc při pobytové péči zahrnuje pokrytí nákladů na péči v pobytových zařízeních pro osoby, které vyžadují stálou péči z důvodu fyzického nebo psychického postižení. Pobytová péče je poskytována v pobytových zařízeních zřizovaných zemí Dolní Rakousko nebo ve smluvních pobytových zařízeních provozovaných soukromým zřizovatelem.

## **2.8 Pracovníci v sociálních službách**

Sociální služby poskytují sdružení veřejné péče, země a obce a jsou prováděny odbornými zdravotnickými pracovníky a pracovníky sociální péče. Jde především o diplomované zdravotní sestry, pečovatelky (pečovatele), pomocnice v domácnosti, odborné pečovatelky o

staré a postižené osoby (později odborné sociální pečovatelky/pečovatele a diplomované sociální pečovatelky/pečovatele v oblasti práce se seniory a postižené).

V červenci 2005 vešla v účinnost **smlouva o profesích v oboru sociální péče podle článku 15 a) spolkového ústavního zákona mezi orgánem spolku a zeměmi**, která obsahuje rozsáhlou úpravu přípravy pro povolání a úpravu činnosti a vzdělávání pro oblast výkonu povolání v sociálních službách.

## 2.9 Kvalita sociálních služeb

V rámci zajištění kvality domácí péče v rámci projektu „**Vývoj indikátorů kvality domácí péče**“ bylo v roce 2010 provedeno více než 17 000 návštěv v domácnostech u těch příjemců příspěvku na péči, kteří pobírají příspěvek stupně 1-7 a v prvním pololetí 2009 nepodali žádost o jeho zvýšení. Rovněž bylo úspěšně provedeno asi 2 000 návštěv v domácnostech s 24hodinovou péčí. Vyhodnocení provedlo kompetenční středisko sociální pojišťovny rolníků v rámci akce „**zajištění kvality domácí péče**“ s těmito výsledky:

Věk – Většina navštívených příjemců příspěvku na péči byla ve věku 76 až 90 let (celkem 63,44 %), více než polovina byla ve věku 81 až 90 let, v této věkové skupině byla však pouze třetina mužů. Průměrný věk činil u žen téměř 80 let a u mužů kolem 74 let.

Bytová situace – Více než 40 % příjemců příspěvku žilo bez partnera; u ostatních žilo v domácnosti 1,57 osob. Počet samostatně žijících osob klesal úměrně se stupněm výše příspěvku na péči.

Hodnocení – celkový stav osob v domácí péči byl hodnocen jako

- 71,66 % velmi dobrý,
- 27,43 % dobrý,
- 0,36 % nedostatečný (61 případů),
- 0,04 % zanedbaný (7 případů).

Případy, kdy péče byla shledána jako nedostatečná nebo zanedbané byly postoupeny příslušným nositelům penzijního pojištění, aby učinili opatření ke zlepšení stávající situace.

Zajištění kvality **24hodinové péče**



Spolkový zákon o příspěvku na péči (§ 21b) stanovil s účinností od 1. ledna požadavky na kvalitu práce pečujících osob:

- teoretické znalosti – odborné vzdělání,
- min. šestiměsíční praxe v péči o osobu vyžadující pomoc,
- zmocnění k pečovatelské činnosti.

### 2.9.1 Dosažení dlouhodobé kvalitní péče v rakouských zařízeních pobytové péče

V Rakousku byla v roce 1993 zavedena tzv. „preventivní péče“. Na základě federální struktury Rakouska, s kompetencemi spolkové země k regulaci dlouhodobé péče a s tím spojené kontroly kvality se tehdy stanovilo následující:

- Spolkové orgány financují takzvané příspěvky na péči (plnění v penězích rozdělené do 7 stupňů, jejich rozřazení závisí na konkrétních potřebách závislých osob a osob v péči, které jsou oprávněny si příspěvek nárokovat). Tyto příspěvky mají osobám v péči a závislým osobám umožnit, aby se o sebe mohly starat a pečovat doma, dokud to bude jen možné.
- Spolkové země se zavazují k celkovému rozvoji ambulantních, částečně stacionárních a stacionárních služeb v sektoru dlouhodobé péče.
- Časovým rámcem pro završení celkového rozvoje těchto služeb byl stanoven rok 2010.

#### Aktuální situace v této oblasti je následující:

- Téměř o 80 % závislých osob a osob vyžadujících péči se starala jejich rodina doma. Příspěvky na péči tedy splnily podstatný účel: osoby pobírající příspěvek mohou zůstat ve svém domácím prostředí.
- Osoby v péči své rodiny mohou být od určitého stupně potřebnosti péče zahrnuty do státního sociálního pojištění.
- Ambulantní služby byly vybudovány téměř na celém území, ačkoli byla i nadále zachována časová omezení.
- Byl etablován velký počet ambulantních služeb: služby pomoci v domácnosti, ambulantní rozvoz jídla, pečovatelská služba, zdravotnická služba, půjčování pomocných předmětů a zařízení atd.

- Částečně stacionární služby nejsou zatím dostupné v plném rozsahu. Existuje velká poptávka po rozvoji denních center, krátkodobé péče (nebo tzv. péče za dovolenou) a geriatrických rehabilitačních a remobilizačních center pro dočasnou nabídku podpory.
- Takzvaná „24hodinová péče“ byla legalizována a v současnosti je spolufinancována ze strany státu: pečující osoba, která není rodinným příslušníkem domácnosti osoby vyžadující péči, této osobě poskytuje služby v domácnosti a služby týkající se základní péče.
- Byla rozšířena stacionární péče v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech. Na základě principu přednosti ambulanti péče před stacionární se klientela dlouhodobé stacionární péče výrazně obměnila: jsou přijímáni téměř výhradně klienti s vyššími až nejvyšším stupněm potřeby péče; okolo 75 % klientům byla diagnostikována demence, resp. jiná psychiatrická diagnóza a průměrná doba pobytu v domově se snížila od 1 do max. 2 let. Paliativní služby a péče o dementní klienty je v domovech nejrozšířenější.

### **Vybrané charakteristiky v dlouhodobé péči:**

#### **a) Financování**

Peněžité plnění na podporu preventivní péče v podobě příspěvků na péči je financováno z daní a jejich vyplacení mají na starosti orgány spolku. Protože věcná plnění jsou financována z prostředků sociální pomoci, které vybírají spolkové země a obce a nepodléhají všeobecnému systému sociálního pojištění, jsou spolkové země a obce na samotné hranici schopnosti financovat dlouhodobou péči. Roční zvyšování nákladů na dlouhodobou péči (především zvyšováním počtu klientů) spolu s klesajícími výnosy z důvodu finanční kompenzace spolku (vzhledem k poklesu příjmu z vybraných daní kvůli hospodářské krizi) vedly k tomu, že se v současnosti diskutuje o novém systému financování péče. Do nově vzniklého příspěvkového fondu budou podle všech předpokladů zahrnuty daňové prostředky spolku s tím, aby byly země a obce schopny financovat dodatečné náklady pro rozvoj a provoz struktury služeb dlouhodobé péče.

S tím je spojeno:

- Rozvoj a změna systému financování, aby bylo možno předpovídat a předejít vzniku dodatečných finančních výdajů.
- Přizpůsobení množství finančních prostředků na základě očekávaného snížení dostupných zdrojů financování péče.
- Sjednocení minimálních standardů kvality napříč všemi spolkovými zeměmi (dodnes se vyskytují mezi regiony enormní rozdíly zapříčiněné různorodostí systémů sociální péče).

Velká část nevládních neziskových organizací působících v oblasti dlouhodobé péče však kritizuje, že již představené základy nových „Fondů péče“ spíše utvrzují dosavadní systém sociální péče (systém péče o chudé a sociálně slabé) namísto toho, aby byly uskutečněny již dávno prosazované změny v duchu „logiky sociálních práv“.

#### **b) Nedostatek personálu**

Celkově v současnosti chybí v sektoru zdravotnické a nemocenské péče asi 6.000 až 7.000 kvalifikovaných pracovníků, z toho v sektoru dlouhodobé péče minimálně 3.000. Na základě rozdělení kompetencí si musí samotný systém zdravotnictví (např. nemocnice) místa v dlouhodobé péči zaplnit sám, což vede k nepochybnému zhoršení postavení organizací, které poskytují služby dlouhodobé péče.

Je potřeba vypořádat se s problémem, kdy osoba poskytující služby ve sféře zdravotnické a nemocenské péče nemůže získat žádný akademický titul, a proto ani nespĺňuje evropské kvalifikační standardy. Za úspěch je považováno udílení prvních diplomů na vyšších praktických školách, které jsou považovány za rovnocenné vzdělání na školách nemocenské péče.

Rozvržení federálních a zemských kompetencí je určeno tak, že starost o zdravotnické a nemocenské profese spadá do příslušnosti spolku a profese sociální péče, které byly vytvořeny v roce 2005, spadají do kompetence zemí. To ve většině spolkových zemí vede k tomu, že povolání související se sociální péčí spadají pouze do jejich pečovatelské kompetence, ale ne již do jejich kompetence v oblasti sociální péče.





evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

### c) Jednotné standardy kvality a kontrola kvality

Jelikož stanovení zákonných rámcových podmínek již spadá do příslušnosti jednotlivých spolkových zemí, vyskytují se v celkovém federálním měřítku velké rozdíly co do nabídky služeb. V oblasti samotné kontroly kvality se také používají velmi odlišná kritéria. V některých odvětvích (24 hodinová péče) nejsou téměř žádná.

#### Externí kontrola kvality v Rakousku

Rakouské standardy kvality spočívají v podstatě na dohodách o tzv. „preventivní péči“, které uzavřely spolkové orgány se zeměmi roku 1993. Všechny spolkové země vydaly příslušné zákony, které zohledňují následující kritéria kvality:

- **Velikost domova:** Přehlednost domova a vytvoření prostředí pro utváření „domácích vztahů“.
- **Velikost pokojů:** Pokoj by měl být vybaven také koupelnou. Konkrétní velikost pokojů závisí na rozhodnutí konkrétní spolkové země.<sup>7</sup>
- **Právo na návštěvu:** Domov vydává vlastní návštěvní řád, aby mohli klienti kdykoli přijmout návštěvu.
- **Infrastruktura:** Je nutno pamatovat na prostor pro terapie, nabídku rehabilitačních služeb, hosty a širokou diverzifikovanou nabídku externích služeb.
- **Umístění a prostředí:** Domov by měl být integrován do příslušné obce, aby zůstaly zachovány vztahy s okolním prostředím.
- **Personál:** Stanovení odborné kvality a kvantity závisí na jednotlivých zemích. „Odborně kvalifikovaný a pomocný personál je třeba zajistit v dostatečné kvantitě“. V praxi právě tato vágní definice zapříčiňuje velké rozdíly mezi jednotlivými spolkovými zeměmi.

---

<sup>7</sup> V Rakousku je cca 80.000 lůžek, většinou jsou to jednolůžkové pokoje. Ojedinele jsou ve Vídni povoleny 4 lůžkové pokoje. V ostatních státech pouze jedno- a dvoulůžkové. Výjimky mohou být u speciálních ošetrovatelských konceptech pro osoby trpící demencí.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

- **Lékařské zaopatření:** Poskytovatel služby má subsidiární povinnost pojistit se pro situace, kdy je třeba lékařské pomoci. Musí být zajištěna svobodná volba lékaře.
- **Úprava dohledu:** Spolkové země musí vydat předpisy pro kontrolu nad domovy pro seniory a pečovatelskými domovy, které zajistí zároveň právní ochranu klientů domova.

Pouze zákonodárci ve Vídni, Salzburgu a Štýrsku formulují právní povinnost provozovatele domova obecně; musí přijmout „opatření k zajištění kvality práce“.

Úprava velmi obecně formulovaného pojmu „kritéria kvality“, která se týkají výhradně takzvané kvality struktury, jsou, jak již bylo řečeno, upravena v každé spolkové zemi rozdílně. Pro provedení kontroly strukturálních kritérií kvality (např. velikost domova, velikost pokojů a další) je třeba získat provozní licenci.

„Domovní dohled“ jednotlivých spolkových zemí v podstatě kontroluje splnění zákonně upravených nároků na personál, způsob zajištění lékařské preventivní péče a dodržování zákonů v oblasti zdravotnické a nemocenské péče se zaměřením na záležitosti jako dodržování hygienických předpisů nebo vydávání léčiv. Paralelně s „domovním dohledem“ byly zřízeny ve všech spolkových zemích zřízeny „ombudsmanáty“ (Pflegeanwaltschaft – zastupitelství pro péči), které fungují jako nezávislé orgány specializující se na stížnosti klientů domovů, resp. jejich příbuzných.

Dva spolkové zákony upravují jak materii civilněprávní smluvní tvorby („domovní smlouvy“), tak opatření při omezení osobní svobody. Mimo to upravuje zákon o „zdravotnické a nemocenské péči“ práva a povinnosti v rámci přípravy na povolání pro pracovníky – domácí opatrovníky, pečovatele a poskytovatele ověřených služeb.

### **Management kvality**

Na základě v předešlé části popsané, velmi nespécifické formě zákonné úpravy „kvality práce“ začaly domovy zavádět systémy managementu kvality. Těmi jsou především E-Qalin®, ISO a QAP („Qualität als Prozess“ – kvalita jako proces). Zvláštnosti „Národních

certifikátů kvality pro domovy pro seniory a pečovatelské domovy v Rakousku“ (NQZ) jsou popsány samostatně.<sup>8</sup>

#### a) E-Qalin®

QM Systém (Značka kvality) byl vyvinut specificky pro domovy pro seniory a pečovatelské domovy v rámci projektu EU (podílelo se Rakousko, Německo, Slovinsko, Itálie, Lucembursko, částečně také Česko) a je v těchto zemích, s výjimkou Itálie, také používán.

Existují již jeho další verze pro ambulantní pečovatelské služby, domovy pro hendikepované a sociální centra. E-Qalin® představuje právě jeden z těchto samostatných rámců vytvořených za účasti klientely domovů: Je přínosné, když se relevantní skupiny osob zapojí do hodnotícího procesu. A to vyžaduje, aby domov v rámci systému managementu kvality spolupracoval s příbuznými (potenciálních) klientů, partnery a dodavateli, veřejností, politiky a správními orgány.

Indikátory kvality jsou definovány jen jako „povinná políčka“, která je třeba v rámci systému managementu kvality domova zaškrtnout, aniž by bylo pro tyto indikátory nutné stanovit jednotný rámec kvality. Na základě odlišností v zákonech napříč celým Rakouskem a v rámci zmíněných evropských zemí nebylo vypracování detailnější úpravy považováno za účelné. Pro dialog zúčastněných skupin je však k dispozici nástroj, který by měl uzpůsobit konkrétní postup domova při zpracovávání připomínek zákazníků.

Doposud zavedlo systém E-Qalin® už více než 150 domovů.

#### b) ISO

Kolen 40 domovů založilo svůj systém managementu kvality na systému ISO. Indikátory kvality definuje v rámci podmínek daných ISO sám domov a to samé platí i pro participaci příslušných skupin. Na rozdíl od E-Qalin® však participace není neodmyslitelnou součástí procesu; účast závisí na rozhodnutí konkrétních uživatelů.

---

<sup>8</sup> V každé z 9 spolkových zemí existují rozdílné technické standardy na vybavení a technický stav domovů pro seniory.





evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

### c) QAP (Kvalita v procesu)

QAP v současnosti používá asi 50 domovů. Tento systém zajišťuje přinejmenším účast větší části zaměstnanců. Indikátory kvality jsou převážně stanoveny jako takzvané „specifikace“ s odlišnými stupni kvality („fáze vyspělosti“), ale domov si může vybrat, resp. stanovit vlastní relevantní specifikace.

Ve všech třech zmíněných systémech managementu kvality se počítá také s možností externího auditingu / ověřovacími postupy. Ty jsou v dnešní době však využívány jen v několika domovech využívajících systém ISO, neboť se vyvíjí jednotný certifikační nástroj pro všechny jmenované systémy. Tento Národní certifikát kvality – „NQZ“ je popsán v následujícím textu.

### d) Národní certifikát kvality pro domovy pro seniory a pečovatelské domovy v Rakousku (NQZ)

Národní certifikát kvality uvedlo v život spolkové ministerstvo práce, sociální a spotřebitelské ochrany, zemské vlády, Svaz domovů pro seniory a pečovatelských domovů v Rakousku a experti v oblasti sociální péče. Je nutné určit cílové hodnoty k dosažení jednotného kvalitativního rámce pro rozvoj kvality prostředí v domovech, aby se domovy s již zavedenými systémy managementu kvality (v budoucnu i s dalšími) mohly podrobit celorakouské certifikaci kvality. Centrum zájmu NQZ je spojeno s orientací na klienty a spolupracovníky a s účastí relevantních skupin osob. Stejně jako u systému E-Qalin® nebyly definovány žádné indikátory kvality, nýbrž oblasti kvality co do struktury, procesu a výsledků, které jsou nejrelevantnější pro konkrétní domov a nejpodstatnější pro klienty a ze kterých je třeba vycházet při vytváření znaků kvality (viz příloha: model NQZ).

Zákonné podmínky pro systém NQZ byly parlamentem schváleny v říjnu 2012. Díky této změně bude tedy možné systém po téměř deseti letech přípravných prací spustit. Systém NQZ mohou domovy fakultativně využít. Rakousko tímto klade důraz na nabídku, soutěž a srovnávání namísto státně určených indikátorů kvality.

Zmíněné systémy managementu kvality se liší co do rozsahu vzdělávacích opatření pro management a personál. U E-Qalin® a také u QAP představuje klíčový faktor zavádění systémů managementu kvality kvalifikace pracovníků. „Opatření pro zajištění kvality a



evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

kvalitní práce“ jsou integrovanou součástí vzdělávání pro poskytování prověřených pečovatelských služeb a rovněž školení pro ředitele domovů.

## 2.10 Služby sociální péče

### 2.10.1 Senioři

Vzhledem k tomu, že počet osob vyžadujících péči se bude i nadále zvyšovat (v souvislosti s celkovým stárnutím populace), lze předpokládat, že tradiční formy stacionárních a mobilních služeb nebudou již schopny adekvátně pokrývat potřeby a bude narůstat potřeba alternativních forem péče.

V současné době se nabídka služeb v jednotlivých spolkových zemích značně liší a z kvalitativního hlediska je zcela nesrovnatelná. Z dlouhodobého hlediska bude nutné tuto skutečnost, zejména v souvislosti s financováním zabezpečení péče, brát v úvahu. Základem bude muset být relativně jednotný nástroj pro zajištění kvality.

V oblasti stacionární péče byl vypracován „**Národní certifikát kvality pro domovy pro seniory a domy s pečovatelskou službou**“ jako jednotný nástroj objektivního hodnocení kvality služeb. Stěžejní bod představuje kvalita života obyvatel a kvalita práce pracovníků.

V současné době poskytují pomoc osobám vyžadujícím péči ze třech čtvrtin rodinní příslušníci, zejména ženy. Péče rodinných příslušníků představuje neodmyslitelnou část praktické sociální politiky a v budoucnu bude vyžadovat zvýšenou podporu.

Pro rodinnou péči neexistují žádná pravidla. Osoby, které vyžadují péči, jsou příjemci příspěvku na péči na základě své potřeby a tato skutečnost není závislá na místě a způsobu pomoci, resp. péče. Pokud se ovšem příjemce příspěvku na péči rozhodne pro 24 hodinovou péči v domácím prostředí, pak jsou úkony pečujících regulovány různými legislativními normami jako např. zákon o domácí péči.

**Institucionální struktura péče** je složena ze dvou tradičních pilířů stacionární nebo intramurální (domovy) a mobilní nebo extramurální (mobilní služby a domácí péče o nemocné) péče, jakož i ze smíšených forem péče označovaných jako částečně stacionární nebo intermediární, které vykazují značné odlišnosti: např. krátkodobá péče, přechodná péče, denní péče atd. Novou formu představuje 24hodinová péče. Tyto tzv. smíšené formy péče nabývají na významu z důvodu přesnějšího zaměření péče a vzhledem k nákladům.



Vzhledem k narůstajícímu počtu osob s demencí vyvstává nutnost **psychosociální péče**. Přibývá rovněž starších osob s postižením (v souvislosti se stárnutím populace). Potřeba péče se tím stává potřebou pro mnohem více členů společnosti.

**Rakousko** jako jedna z prvních zemí vytvořilo, vzhledem k této měnící se situaci, **jednotný systém zabezpečování péče**, který však časem prošel potřebnými korekturami.

K nejčastěji deklarovaným negativním stránkám patří: slabý image pečovatelských povolání a nízké ohodnocení, nedostatek péče, nedostatek personálu a hrozba poklesu kvality péče, psychická a fyzická zátěž této práce.

Vzhledem k požadavku rozsáhlejší **nabídky informací** pro lepší zvládnání pečovatelské práce byla v r. 2006 k telefonní službě v oblasti péče vytvořena internetová platforma pro pečující rodinné příslušníky poskytující informace o příspěvku na péči, sociálním a pracovněprávním pojištění osob poskytujících péči, o 24hodinové péči, mobilních sociálních službách, pečovatelských pomůckách, terapiích poskytovaných v domácnostech, kurzech a svépomocných skupinách, o finančních zvýhodněních a další stacionární péči. Platforma současně upozorňuje na další nabídky, jako je např. dovolená pro pečující osoby, krátkodobá péče a příspěvky na podporu pečujících osob. Dále jsou k dispozici informace o nabídkách poradenství Spolkového ministerstva práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitele, informace o pomůckách, studiích a publikacích ministerstva, formuláře, jakož i odborné časopisy na téma péče. Nabídka je průběžně aktualizována.

Budoucí úkoly v tomto směru jsou ještě představovány: narůstající poptávce po pečovatelských pracovnících by se mělo čelit nadregionálním plánováním počtu vzdělávacích míst pro pečovatele a rovněž novými ustanoveními, pokud jde o akademické vzdělání pečovatelů nebo větším zdůrazněním psychosociálních aspektů. Je třeba rovněž zkvalitnit další vzdělávání.

### 2.10.1.1 Příspěvek na péči v Rakousku

V Rakousku spadají příspěvky na péči/dávky do kompetence státu a jednotlivých spolkových zemí a jsou financovány z daní. Příspěvek na péči byl v Rakousku zaveden v roce 1993 jako dávka na péči, která je nezávislá na výši příjmu či majetku. Koncepce dávky na péči v Rakousku je v určitých rysech pojata podobně jako dávka na péči v Německu, přesto se ale v





evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

některých bodech liší. Za nejdůležitější odlišnost můžeme zcela jistě označit systém financování, který v Rakousku nevychází z pojistného systému, jako je tomu v Německu, ale je to systém financovaný ze státního rozpočtu, resp. z daňových výnosů. Příspěvky na péči jsou poskytovány z různých zdrojů: státní příspěvek na péči od nositelů rozhodnutí podle Spolkového zákona o příspěvku na péči, zemský příspěvek na péči je poskytován jednotlivými zeměmi, příspěvek na 24hodinovou péči poskytuje Spolkový úřad pro sociální záležitosti (*Bundessozialamt*), věcné/nepeněžní plnění je poskytováno veřejnými nebo soukromými pracovníky, jakož i osobami poskytujícími péči dobrovolně, jako jsou rodinní příslušníci, sousedé a zaměstnanci čestných/neplacených úřadů.

Příspěvek na péči je chápán jako příspěvek na náklady na nezbytnou péči v zájmu získání určité nezávislosti a možnosti zůstat ve vlastním domácím prostředí. To, kdo je oprávněn tuto dávku čerpat, je upraveno ve spolkovém zákoně o dávkách na péči (*Bundespflegegeldgesetz*) a v zemském zákoně o dávkách na péči (*Landespflegegeldgesetz*). Pro Rakousko je typická historicky daná roztržičnost právní úpravy v této oblasti a dále i velký počet subjektů, které rozhodují o poskytnutí dávky na péči, což je leckdy nepřehledné (nejen pro příjemce dávek) a zároveň to zvyšuje celkové náklady systému.

Nárok na tuto dávku mají osoby s pobytem v Rakousku v případě přesídlení do jiné spolkové země je pro získání nároku na stacionární péči potřebná minimální doba pobytu. V Rakousku se rozlišuje státní příspěvek na péči a příspěvek na péči příslušné spolkové země. Nárok na státní příspěvek mají osoby pobírající státní důchod podle spolkového zákona nebo na něj mají minimálně nárok (85 % příspěvků na péči je vypláceno podle Spolkového zákona o příspěvku na péči z r. 1993). Příspěvek na péči vyplácený spolkovou zemí je určen rodinným příslušníkům vyžadujícím péči, pobíratelům sociální pomoci nebo osobám, které mají důchod té které země. Příspěvek na péči je poskytován nezávisle na majetku a výši příjmu, podpora na 24hodinovou péči je nezávislá na majetku, avšak závislá na výši příjmu osoby vyžadující péči. Při stanovení nákladů na péči se berou v úvahu sociální aspekty. Nárok na příspěvek na péči vzniká tehdy, když potřeba péče v rozsahu 60 hodin měsíčně překročí výhledově dobu 6 měsíců. Potřeba péče je stanovena lékařským posudkem v sedmistupňové škále potřeby péče, přičemž jako indikátory slouží aktivity každodenního života. Příspěvek na péči činí měsíčně 154, 20 euro (stupeň 1, více než 60 hodin potřeby péče za měsíc) až 1 655,80 euro (stupeň 7, více než 180 hodin péče, žádný pohyb končetin). V případě částečné stacionární péče jsou

příspěvky na péči poskytovány, v případě stacionární péče je poskytováno max. 80 % příspěvku na péči nositelům financování nákladů domácnosti. V případě potřeby asi 1 hodinové péče lze od 3. stupně požádat o podporu 24hodinové péče. Nárok je závislý na příjmu, avšak nezávislý na majetku a činí u dvou samostatně výdělečných pečovateli 550 euro měsíčně a u dvou nesamostatně výdělečných 1 100 euro měsíčně.

Poživatelé dávek na péči jsou tedy osoby, které dle definice zákona potřebují péči z důvodu svého tělesného, mentálního, psychického či smyslového postižení, které trvá nebo má trvat delší dobu než šest měsíců, přičemž je nezbytné, aby péči tyto osoby potřebovaly minimálně v rozsahu 60 hodin měsíčně. Tato skutečnost je někdy odborníky kritizována, neboť zákon v této věci nestanovuje žádnou výjimku a Rakousko na rozdíl od Německa nemá žádnou jinou dávku, která by tuto dávku na péči vhodně doplňovala v těch případech, kdy je nutné osobě poskytnout péči, ale v menším než 60hodinovém rozsahu.

V Rakousku se rozlišuje mezi, volně přeloženo, peněžním a věcným plněním. Peněžní plnění představuje obdobu českého příspěvku na péči a dávky sociální pomoci. Oproti tomu věcné plnění představuje jednotlivé sociální služby a jejich výkony.

**Zaopatření věcným/nepeněžním plněním** (mobilní, ambulantní, částečné stacionární a stacionární služby) je poskytováno veřejnými nebo soukromými pracovníky. **Stacionární péče** je v kompetenci jednotlivých spolkových zemí a obcí, jakož i náboženských a neziskových organizací. Za mobilní a ambulantní služby se považují: návštěvy, pomoc v domácnosti, 24hodinová péče, pečovatelská služba, donášky jídla do domu (Essen auf Rädern – jídlo na kolech), pomoc v rodině, osobní asistence, ošetřování v nemoci a psychosociální služby. Výše příspěvku u věcného plnění se liší případ od případu, závisí na ekonomických poměrech příjemce. Je poskytován z příspěvku na péči a jiných příjmů, zbývající částka je poskytována ze státních prostředků, v některých spolkových zemích je možno požadovat náhradu od rodinných příslušníků. **Ambulantní pečovatelské služby** jsou nabízeny neziskovými organizacemi nebo soukromými pečovatelskými službami. Pečovatelské služby však nejsou vybudovány v dostatečné míře, aby mohly ve všech regionech zajistit jednotný přístup ke službám. Je nezbytné rozvíjet nové flexibilní modely ambulantní a částečně ambulantní péče.



V Rakousku je až u 80 % osob vyžadujících péči tato péče poskytována v domácím prostředí rodinnými příslušníky, pečovatelskými službami nebo soukromými pečovateli. Tato skutečnost nabádá k diskusi o kvalitě péče v Rakousku. Důležitým krokem k zajištění kvality péče (nabídkou kvalifikovaných pečovatelů) byla harmonizace sociálních povolání v oblasti péče (2008).

Je nutno vycházet ze skutečnosti, že vzhledem ke stárnutí populace bude do r. 2050 nutno zvýšit podíl výdajů na péči na HDP o 0,9 %. Tyto výdaje zahrnují jak věcné plnění v sociální oblasti, tak i peněžní plnění. Tyto dávky nebudou financovány ze sociálního pojištění, ale ze státního rozpočtu, domácností a jednotlivých zemí a v menší míře i obecními úřady. Poslední dohoda uzavřená v březnu 2011 (v rámci jednání o rakouském paktu stability) o financování od r. 2011 dotovaného „**fondů na péči**“ představuje velmi důležitý přínos k dalšímu strukturálnímu vývoji stávajícího systému péče v Rakousku.

Co se týče peněžního plnění, celkem existuje v Rakousku 7 stupňů této dávky, a to v závislosti na odkázanost na péči dané osoby, bez ohledu na příčinu této potřeby péče. Dávka samotná není v mnoha případech schopna pokrýt veškerou péči, kterou zdravotně postižená osoba potřebuje, takže je nutné, aby si na tuto péči osoby přispívaly částečně i z vlastních zdrojů, a pokud ty nejsou dostatečné, je jim poskytována speciální sociální dávka.

Výše dávek na péči v jednotlivých stupních činí:

- stupeň 1 – péče nutná více jak 60 hodin měsíčně – 154,20 eur,
- stupeň 2 – péče nutná více jak 85 hodin měsíčně – 284,30 eur,
- stupeň 3 – péče nutná více jak 120 hodin měsíčně – 442,90 eur,
- stupeň 4 – péče nutná více jak 160 hodin měsíčně – 664,30 eur,
- stupeň 5 – péče nutná více jak 180 hodin měsíčně – 902,30 eur,
- stupeň 6 – péče nutná více jak 180 hodin měsíčně v případě, že je nutné poskytnout ošetřování, které není časově koordinovatelné, pravidelně během dne a noci a je nutná trvalá přítomnost pečující osoby během dne a noci, protože existuje vysoká pravděpodobnost ohrožení dané osoby nebo cizí osoby – 1260 eur,
- stupeň 7 – péče nutná více jak 180 hodin měsíčně, pokud osoba neovládá všechny končetiny a není možná funkční kompenzace – 1 655,80 eur.

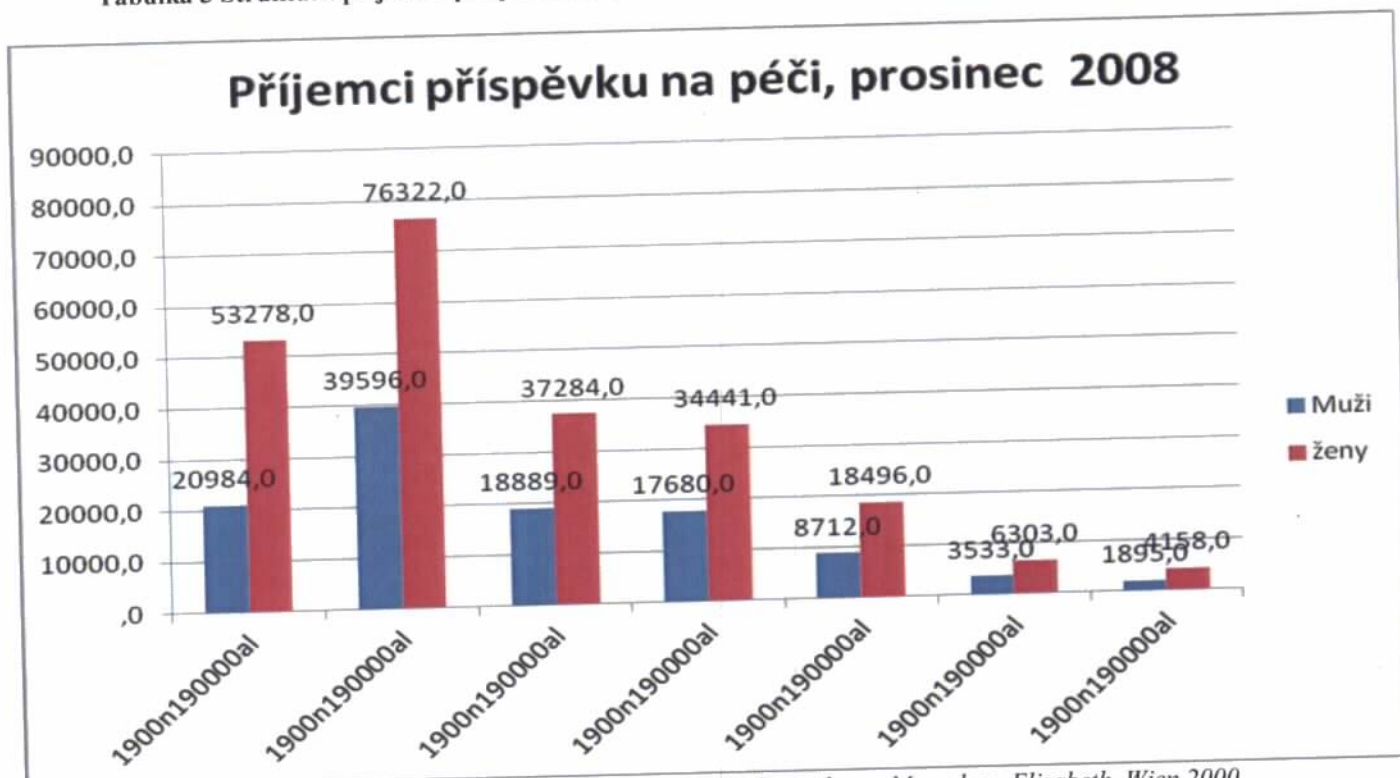


V současné době se v Rakousku diskutuje o tom, že tento systém péče je velmi finančně náročný a silně zatěžuje státní rozpočet. Uvádí se, že od roku 1994 do roku 2006 stoupl počet osob pobírajících tuto dávku o 25 %.

Z tohoto důvodu byly s účinností od 1. ledna 2011 přijaty určité změny ve výši dávky na péči. Týkaly se podmínek pro poskytnutí 1. a 2. stupně dávky na péči, kdy pro stupeň 1 původních 50 hodin péče bylo zvýšeno na 60 hodin a pro stupeň 2 původních 75 hodin bylo zvýšeno na 85 hodin péče. V Rakousku v srpnu 2010 pobíralo 363 453 osob příspěvek na péči, přičemž 77 448 osob pobíralo tuto dávku pro první stupeň a 121 018 pro druhý stupeň. Čili osoby pobírající tuto dávku v 1. a 2. stupni činí více jak polovinu osob oprávněných čerpat tuto dávku.

Pokud porovnáme podíl příjemců příspěvku na péči, tj. osob definovaných jako těch, kteří jsou částečně či zcela odkázáni na pomoc jiné osoby v České republice a v Rakousku, pak dojdeme k zajímavému zjištění. V České republice pobírá 2,85 % obyvatel příspěvek na péči, v Rakousku je to pak 4,42 %. Tuto diferenci je možné vysvětlit několika způsoby od štedřejšího systému v Rakousku přes jejich možný sofistikovanější systém potřeby péče až po možný neracionální přístup v obou systémech.

Tabulka 3 Struktura příjemců příspěvku na péči v Rakousku



Zdroj: Österle, Hammer: Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen, Elisabeth, Wien 2000.

Kromě centrálního – státního příspěvku na péči je ještě vyplácen příspěvek na péči v jednotlivých spolkových zemích. Parametry příspěvku jsou určovány politikou dané země. Pro příkladnost uvedu stručnou charakteristiku Dolního Rakouska. V Dolním Rakousku nejde o tzv. doplňkovou dávku, ale tento „zemský“ příspěvek na péči vykrývá situace, kdy daná osoba, která vyžaduje nějaký objem péče o svoji osobu, nesplňuje podmínky pro získání tzv. státního příspěvku.

Nárok na zemský příspěvek na péči na základě Dolnorakouského zákona o příspěvku na péči má v zásadě osoba vyžadující péči, která má trvalé bydliště v Dolním Rakousku, nemá nárok na příspěvek na péči na základě Spolkového zákona o příspěvku na péči a podala si žádost (bližší specifikace vhodného žadatele o příspěvek na péči je definována v § 3 Dolnorakouského zákona o příspěvku na péči). Většinu příjemců příspěvků v Dolním Rakousku tvoří osoby s postižením, ženy v domácnosti, děti a příjemci sociální pomoci. O přidělení příspěvku na péči rozhoduje okresní správní úřad na základě lékařského posudku. V

roce 2008 pobíralo příspěvek na péči v rámci Dolnorakouského zákona o příspěvku na péči celkem 11 648 osob.

Dále poskytují jednotlivé spolkové země sociální pomoc, jejichž výše může být fixně daná nebo variabilní, tj. výše sociální dávky se pohybuje v určeném maximu a je stanovena s ohledem na potřeby příjemce dávky a efektivitu jejího použití. Pro názornost opět uvádím systém sociální pomoci v Dolním Rakousku, kde se sociální pomoc a sociální služby a jejich poskytování řídí podle Dolnorakouského zákona o sociální pomoci z roku 2000 (NÖ Sozialhilfegesetz 2000, § 2), dle kterého je sociální pomoc poskytována na základě následujících principů:

- **Princip subsidiarity:** Sociální pomoc je poskytována za předpokladu, že nemůže být poskytnuta a plně uspokojena třetí stranou.
- **Princip prevence:** Pomoc není poskytována až pouze v případě výskytu nouzové situace, ale také v případech, kdy lze vzniku nouzové situace předejít.
- **Princip integrace:** Terénní a částečně pobytové služby mají přednost před pobytovými službami ve snaze zachovat člověka co nejdéle v jeho přirozeném sociálním prostředí.
- **Princip soběstačnosti:** Forma a rozsah poskytované služby by měly korespondovat s fyzickým a psychickým stavem člověka, který pomoc potřebuje, tak, aby byl motivován k soběstačnosti.

### 2.10.1.2 Dopad stávajícího modelu financování na rozdělení finančních prostředků

Veřejná pečovatelská služba, jak příspěvky na péči, tak i poskytování péče ve formě stacionární péče a sociálních služeb, je v Rakousku financována z daňových příjmů. Protože byly v důsledku poskytování příspěvků na péči zvýšeny příspěvky na zdravotní pojištění a vznikla i nejasná hranice mezi poskytováním zdravotnické péče a pečovatelských služeb, mluvíme spíše o financování z povinných veřejných výdajů (včetně daní a příspěvků na sociální pojištění).

Studie o účincích přerozdělování ze strany státu v Rakousku ukazují, že stávající systém přerozdělování funguje jen stěží. Započítáme-li totiž daň z příjmu, příspěvky do systému sociálního zabezpečení a nepřímé spotřební daně, činí výdej dolní třetiny domácností (tříděno



z hlediska příjmu) určený k přerozdělení 36,7 % jejich hrubého příjmu, což je jen o 1 procentní bod nižší hodnota, než je tomu u horní třetiny domácností (37,7 %). Prostřední třetina domácností odvádí nejvyšší procento svého hrubého příjmu, a to 37,8 %. Financování veřejné pečovatelské služby je v Rakousku ve svém součtu proporcionální, tzn., že všechny příjmové skupiny přispívají ve vztahu k jejich příjmům přibližně stejnou relativní částí. Z pohledu získávání finančních prostředků nemá tedy přerozdělování žádný efekt, ačkoli absolutní výše příspěvků samozřejmě stoupá spolu s rostoucí výší příjmu.

Ačkoli tedy příspěvky na péči nemají rozlišující účinky, tzn., jsou nezávislé na příjmu osoby, která péči potřebuje, mají obrovský význam pro osoby s nižšími příjmy. Přes 40 % příjemců příspěvků na péči se nachází v horní příjmové polovině; bez placení příspěvků na péči by to bylo méně než 20 %. Prostřednictvím výběru prostředků na příspěvky na péči se průměrný čistý příjem příjemců příspěvků na péči ve spodní příjmové polovině zvyšuje asi o 10 %; ve 3. kvartálu o 7 ½ % a ve zbylém období téměř o 3 %. Na obdobnou situaci v přerozdělování lze poukázat na příkladu domácností: Okolo 60 % vybraných prostředků na péči směřují do poloviny domácností s nižšími příjmy a okolo 40 % těchto prostředků směřuje do horní příjmové poloviny.

Zatímco je tedy financování systému příspěvků na péči realizováno v podstatě proporcionálně a neexistuje zde efekt přerozdělování, z hlediska efektivity má systém jednoznačné přerozdělovací účinky působící vyrovnávacím efektem. Příspěvky na péči na jedné straně výrazně pomáhají snižování rizika chudoby a zlepšují postavení uživatelů příspěvků na péči v příjmové hierarchii, na straně druhé mají příspěvky na péči pro spodní příjmovou polovinu jednoznačně vyšší relativní význam než pro horní polovinu.

#### **Příklad:**

Paní S. pochází z Burgenlandu. Když dosáhla věku 65 let, přestěhovala se do Vídně za svým synem, nahlásila zde své trvalé bydliště a starala se zde o domácnosti a svá vnoučata. Svůj dům v Oberwartu si ponechala a také se do něj pravidelně vracela. Asi o dva roky později dostala mrtvici a v noci potřebovala ošetrovatelskou péči. Ve Vídni ji odmítli poskytnout péči a poslali ji zpět do Burgenlandu. Důvod? Její skutečné místo pobytu zůstalo stále v Oberwartu. Rozhodující bylo dokonce i to, ve kterém místě si přebírala poštu.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

Pro jejího syna mělo toto všechno závažné finanční důsledky: Zatímco ve Vídni by za péči o matku býval nemusel nic platit, v Burgenlandu po něm poskytovatel sociální péče požadoval měsíční příspěvek ve výši 600 €.

A není jediný, koho obdobná situace potkala. Od přibližně 1500 € do 3500 € stojí v Rakousku jedno místo v domovu pro seniory. V soukromých domovech to může být v některých případech až 7000 €, což není nijak zanedbatelná suma, když si člověk uvědomí, že průměrný důchod je v Rakousku 947 €.

Ani příspěvek na péči jejímu uživateli nevystačí, většina potřebných dostává 273 € za stupeň 2, maximální dosažitelná částka činí 1562 €.

V podstatě si ale musí každý za své místo v domově platit sám. K pokrytí nákladů se používá příjem (např. penze, renta, příspěvky na péči, výtěžky z nájemného, úrokové výnosy) a majetek (hotovost, prostředky ze spořicíh účtů, cenné papíry, movitosti a nemovitosti a další). Klientovi zůstává „kapesné“ ve výši 20 procent jeho příjmu, celkový 13. a 14. plat, malá část z příspěvku na péči (asi 42 €) a také přírůstek na „řádný pohřeb“.

### **Ověřování údajů ze strany sociálních úřadů**

Při zhodnocování majetku klienta sociální služby jsou sociální úřady odkázány na poctivost žadatele. Ve Vídni se kontrolují pohyby na účtech za posledních šest měsíců. Pokud se zjistí, že na spořicíh účtu došlo k výběru, pak je dotyčný „požádán o vysvětlení“, a to i v případě, kdy žadatel o umístění do zařízení sociální péče pobírá vysokou penzi a pokouší se tvrdit, že nemá žádné úspory. Ani poté však poskytovatelé sociální péče nedostávají od bankovních institucí žádné přímé informace. Porušení anonymity u spořicíh účtů nijak nenarušuje bankovní tajemství.

Je také ještě stále možné zavčas převést svoje spořicí účty na děti a vnoučata. Pokud je však majetek převeden s cílem poškodit poskytovatele sociální péče, je tím spáchán trestný čin.

Zatímco peníze a spořicí účty mohou být převedeny relativně bez problému, tak převést na jiného byty, domy nebo pozemky ještě před přestěhováním do domova je již o něco složitější. Nahlédnutí do katastru nemovitostí je samozřejmostí při prověřování návrhu ze strany poskytovatele sociální služby. K prodeji nemovitosti nebo pozemku není však zpravidla nikdo ihned nucen; tato skutečnost se oznamuje orgánu odpovědnému za sociální služby (odborům



sociálních věcí) dané země. Především pak ne v případě, že v domě žijí ještě další lidé. Ale ve většině spolkových zemí nechávají poskytovatelé sociální péče udělat záznam do katastru nemovitostí jako pojistku pro případ, že by náklady na pobyt v domově nemohly být placeny. A pak je již v určitém okamžiku, nejčastěji po smrti uživatele pečovatelských služeb, prodej nezbytný; dědicům nezůstává nic.

Pouze ve Vorarlbergu se vyskytují tzv. „malé domky“, ve vorarlberském dialektu také „Hüslle“: Slouží jako "chráněné vlastnictví", pokud slouží k bydlení manželovi, manželce nebo dětem, zůstává nemovitost beze změny v katastru nemovitostí.

Také v ostatních spolkových zemích se lze ochránit před situací, kdy by dotyčný zcela pozbyl vlastnictví svého domu, ve kterém vyhradí právo bydlet dětem či partnerovi, jakmile to bude možné, nebo který zakáže jakkoli zatěžovat či převádět na jiné. Obě skutečnosti je třeba zaznamenat či vložit do katastru nemovitostí. Jedná se o práva absolutní a platí tedy například i pro toho, kdo by chtěl v budoucnu dům koupit.

### **Odporovatelnost darování**

Chce-li tedy někdo přenechat jinému pozemky a nemovitosti, musí je včas darovat. Zvláštní důraz je kladen na „včasnost“: V každé spolkové zemi smí poskytovatel sociální péče odporovat darování od 3 do 5 let od účinnosti darování (viz tabulka). Jen v Tyrolsku a Vorarlbersku nejsou žádné pevně dané lhůty, a tak se zde vychází ze všeobecné promlčecí doby 30 let. Není zde však zpravidla zohledňována celková cena nemovitosti, ale pouze zákonná část čtyř procent z majetku. Od té jsou odečtena protiplnění jako například doživotní renty, práva na bydlení nebo domácí péče. Důležité je to proto nezapomenout ve smlouvě na protiplnění vždy, když se osoba vzdává nemovitosti ve prospěch dětí. Snižuje to totiž celkovou hodnotu darování.

Pokud jde o věci velké hodnoty, jako jsou například nemovitosti, je vždy dobré poradit se ve své spolkové zemi s advokátem, který má v této oblasti odpovídající zkušenosti. Tato problematika je totiž choulostivá: Za určitých okolností může být převod, obzvláště prostřednictvím darovací smlouvy, ze strany poskytovatele sociální služby napaden. Konkrétně v případě, kdy bylo darováno očividně v rozporu s dobrými mravy s účelem „založit povinnosti úhrady za služby poskytovateli sociální služby“.





evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

Rozhodující je proto časová souslednost: Když darující osoba již v okamžiku uzavření smlouvy musí počítat s tím, že se stane klientem pečovatelského zařízení, za jehož služby nebude schopna zaplatit celou požadovanou částku, bude takový převod v rozporu s dobrými mravy. Poskytovatel sociální služby má poté dvě možnosti: může odmítnout převzít povinnost hradit náklady za poskytnutou péči, nebo napadnout darovací smlouvu. „Úspěšné napadení smlouvy by znamenalo, že příbuzný klienta, na kterého byla nemovitost převedena, musí nemovitost převést zpět na klienta“, říká Dr. Trojer. Poskytovatel může poté zajistit své již poskytnuté služby zřízením hypotekárního práva v katastru nemovitostí. Pokud by však měla být nemovitost mezi těmito dvěma událostmi prodána a výnos z prodeje „v dobré víře“ spotřebován či dále převeden na jiného, ztrácí poskytovatel sociální služby všechny své nároky.

V Horních Rakousech platí zvláštní pravidlo: Je-li dům, byt či pozemek v době od 5 let před nástupem klienta do zařízení sociální péče převeden bez odpovídajícího protiplnění, smí poskytovatel sociální služby odhadnout tržní hodnotu nemovitosti. Obdarovaný, resp. příbuzný se však může „vykoupit“, a to tak, že ponese náklady za překlenutí pětileté lhůty.

V případě, že příjem a majetek klienta na sociální služby nepostačují, zakročí poskytovatel sociální služby a vypočítá – nejdříve jednou – rozdíl. Pokouší se ale získat zpět prostředky od obdarovaného příbuzného. Zpravidla jsou jimi manžel či manželka (ne pokud jsou rozvedeni), děti a v případě mladších klientů sociální služby i jejich rodiče. Výše jejich úhrady závisí na jejich vlastním příjmu, jejich výdajích a v neposlední řadě také na konkrétní spolkové zemi.

V zásadě platí následující: Všem musí zůstat dostatek prostředků na úhradu životních nákladů a majetek příbuzných (např. dům, úspory) nesmí být dotčen.

Závisí na jednotlivých spolkových právních řádech, kolik musí manžel či manželka platit za svého partnera, který je klientem sociální služby. Právní úprava je však velmi nejednotná (viz tabulka), procentuálně se jedná o 30 až 40 procent „započitatelného příjmu“.

U uhrazovací povinnosti dětí se v právní úpravě vyskytují ještě větší rozdíly: Ve Vídni, Salzburgu a Horních Rakousech s jejich úhradou vůbec nepočítají. V ostatních spolkových zemích se jejich podíl na úhradě pečovatelských služeb pohybuje mezi 0 až 28 procenty jejich „započitatelného příjmu“.

Co se tím rozumí? Zpravidla čistý roční příjem (včetně příplatků, odměn atd.), od něhož jsou odečteny výdaje na bydlení (nájemné, půjčky, provozní náklady atd.), náklady na vyživovací povinnosti a zvláštní výdaje (nemoc, osobní automobil potřebný k výkonu povolání, zvýšené náklady na vzdělání atd.). Co konkrétně spadá pod tyto vyjmenované fixní náklady, se liší podle konkrétní spolkové země. V Burgenlandu se například nezohledňují náklady na telefon, elektřinu a pojištění. V některých spolkových zemích se však dodatečně odpočítává paušální částka na nezbytné životní náklady. To, co poté zůstane, se nazývá jako „započitatelný příjem“.

Celkově mají poskytovatelé sociálních služeb při určování výše úhrady za služby volné ruce. Je brán ohled na složité sociální situace a je možné přistoupit na splátky a odložení plateb. Často se strany dohodnou na mimosoudním vyrovnání.

**Tabulka 4 Porovnání spolkových zemí: Co si poskytovatel sociální služby bere od příbuzných zpět**

	Povinnost úhrady manžela/manželky v % Vyměřovací o základu <sup>9</sup>	Povinnost úhrady dětí	Zápis pojistky do katastru nemovitostí u nemovitostí / pozemků	Nezapočítaný majetek (náklady na pohřeb)	Odporovatelnost darování
<b>Vídeň</b>	30 %	není	ano	€ 3.000	3 roky před poskytnutím služby
<b>Dolní Rakousy</b>	33 do 40 %	5 do 15 %	ano	€ 4.814	5 let před a během poskytnutí služby nebo 3 roky po poskytnutí služby
<b>Burgenland</b>	33 do 40 %	10 do 25 %	ano	€ 2.200	5 let před poskytnutím služby
<b>Horní Rakousy</b>	33 do 40 %	není	ano	€ 7.300	5 let před poskytnutím

<sup>9</sup> Vyměřovací základ je započitatelný příjem. Vypočítává se zpravidla z čistého příjmu (včetně příplatků a odměn), od něhož jsou odečteny náklady na bydlení, náklady na vyživovací povinnosti a zvláštní výdaje. V některých spolkových zemích (např. v Salzburku a Vorarlbergu) se paušálně odečítají i jiné náklady na životní potřeby s tím, že musí zůstat tzv. minimální příjem. To jsou buď vyrovnávací příspěvky podle zákona o všeobecném sociálním pojištění (ASVG; za rok 2005 € 662,99 pro samoživitele, € 1.030,23 pro manžely) nebo sazba za poskytování sociální péče stanovená spolkovou zemí.

					služby
<b>Štýrsko</b>	33 do 40 %	max. 16 %	ano	€ 2.500	3 roky před a během poskytnutí služby nebo 3 roky po poskytnutí služby
<b>Korutany</b>	33 do 40 %	10 do 16 %	ano	€ 2.500	2 roky před poskytnutím služby
<b>Salzburg</b>	35 resp. 40 %	není	ano	€ 4040	5 let před, během a po poskytnutí služby
<b>Tyrolsko</b>	33 %	11 %	ano	€ 3634	30 let
<b>Vorarlberg</b>	40 %	28 %	Ne u „malých domků“	€ 4000	30 let

### 10.1.3 Prevence

Sféra prevence zahrnuje široké spektrum projektů a aktivit na podporu zdravotního stavu, prevence (primární i sekundární) a péče na národní i mezinárodní úrovni. Dané úkoly sahají od vytváření a prosazování konceptů, studií a evaluací, vypracovávání opatření k zajištění kvality až po běžný monitoring a respektování koordinačních funkcí.

Ke stěžejním tématům patří dlouhodobě otázka drog (zejména prevence závislosti), veřejné zdravotnictví a péče o zuby, jakož i preventivní opatření (koncepce a strategie, diabetes). V posledních letech byl navíc kladen důraz na „Health in All Policies“ a na výzkum v oblasti podpory zdraví a prevence.

Aspekt **sociálního znevýhodnění** představoval opakovaně stěžejní téma a bylo k němu přihlíženo (závislost, prevence obecně, HIA - Health Impact Assessment,- hodnocení vlivů na veřejné zdraví). V budoucnu mají být -zejména v rámci výzkumné činnosti- ve větší míře projednávány otázky týkající se tematiky „sociálních nerovností“ a zdraví, jakož i „Health Inequalities“.



### 2.10.1.3 Příklad dobré praxe

#### Bydlení s asistencí pro seniory - Štýrsko

Smyslem bydlení s asistencí pro seniory je vytvořit podmínky pro život odpovídající seniorům a zvýšit kvalitu jejich života prostřednictvím nabídky doplňkových aktivit. Seniori jsou přitom podporováni v zachování co možná nejvyšší úrovně nezávislosti a sociální integrity.

„Bydlení s asistencí pro seniory“ je svobodným smluvním vztahem, který nabízí spolková země Štýrsko obcím, resp. spolkům sociální pomoci. Pokud je ze strany obce projevěn zájem o bydlení s asistencí pro seniory, uzavírá zemský orgán s příslušnou obcí (spolkem sociální pomoci) smlouvu. Nabídka smlouvy o zřízení bydlení s asistencí pro seniory v sobě obsahuje soubor základních a dodatkových služeb. Její využívání může být nárokováno seniory, kteří již dovršili věku 54 let.

Samotná nabídka se skládá ze tří částí:

- **Bydlení:** Dotované bydlení s vybavením vhodným pro hendikepované; samotné náklady na bydlení si musí hradit klient, přičemž s ohledem na finanční možnosti klienta může být poskytována podpora na bydlení udělovaná podle Štýrského zákona o dotovaném bydlení.
- **Mobilní sociální a zdravotnická služba** (v případě potřeby): Vyžaduje-li klient sociální či zdravotnickou mobilní službu, má být ze strany poskytovatele „bydlení s asistencí pro seniory“ zprostředkována a poskytnuta tím, kdo tuto službu v okolí zpravidla nabízí. Úhrada této služby se uskutečňuje na základě platných nařízení spolkové země Štýrsko.
- **Nabídka aktivit:**
  - **Základní nabídka služeb** (viz níže): Tyto služby jsou ze strany poskytovatele „bydlení s asistencí pro seniory“ nabízeny z povinnosti a hradí je klient sám (odvívá se od příjmové situace klienta), obec, resp. spolek sociální pomoci a spolková země Štýrsko (viz Tabulka). Nejvyšší částka je 277 € měsíčně.
  - **Rozšířená nabídka služeb** (viz níže): tyto služby jsou poskytovány, resp. organizovány poskytovatelem „bydlení s asistencí pro seniory“ dobrovolně, či spíše na základě odpovídajících potřeb. Povinnost úhrady má klient sám.

Zákon udává velikost obytné jednotky na 40 – 50 m<sup>2</sup> pro jednu osobu a 60 – 70 m<sup>2</sup> pro dvě osoby. Aby mohl objekt figurovat jako „bydlení s asistencí pro seniory“, je jako spodní hranice velikosti stanoveno 8 obytných jednotek a horní hranicí je 16 obytných jednotek.

Bydlení s asistencí by mělo být umístěno tak, aby bylo schopno zaručit dobrou dostupnost infrastruktury obce (snadná dosažitelnost veřejné dopravy, lékaře, obchodů a dalších) a umožnit účast klienta na společenském a kulturním životě.

### ***Základní nabídka služeb (obligatorní)***

- 1) Tísňové volání: Tísňové volání je instalované a dostupné z každého pokoje. Služba tísňového volání pro seniory je poskytována 24 hodin denně.
- 2) V domě se nachází servisní místo, které je v provozu na předem určenou dobu v rámci týdne a je obsluhováno pracovníkem poskytovatele. Tento pracovník (opatrovník) poskytuje následující služby:
  - a) Informace, poradenství a podpora při organizačních záležitostech na přání klienta:
    - organizace a zprostředkování mobilních sociálních a zdravotnických služeb,
    - péče o nemocné v domácnosti, pečovatelská služba, výpomoc v domácnosti, domácí stravování,...),
    - pomoc při obstarávání zdravotnických pomůcek, organizace lékařské pomoci,
    - zařizování dopravy, návštěvní služby a doprovodu, doprovod při cestě na úřad atd.
  - b) Na přání klienta vytváření společné aktivity, zprostředkovává, organizuje, resp. podporuje při realizaci žádaných volnočasových aktivit, organizuje aktivity ve vnitřním prostředí domova.
  - c) Opatrovník se podle potřeby stará také o mezilidské vztahy klientů a je připraven pomoci při řešení případného konfliktu mezi klienty.
  - d) Služba v případě nepřítomnosti: Na přání klienta, který je například na dovolené či v nemocnici, se stará o to, že v jeho bytě budou zalévány květiny, byt bude větrán a bude vybírána klientova poštovní schránka.
  - e) Podnícení aktivity: Podpora aktivity jako prevence před poškozením tělesného, psychického a duševního zdraví; prostřednictvím těchto opatření, které mají za úkol

pozvednout individuální kvalitu života, by se mělo předcházet, resp. oddálit vzniku pocitu osamocení a výskytu nucených pobytů v nemocnici.

- Mobilizace, podpora zručnosti prostřednictvím manuálních aktivit a dovednostech cvičení, tancem, hrami, čtením, hudebním cvičením, prováděním paměťových cvičení, vyprávěním a zpracováváním vzpomínek na staré časy.
- Je povinností poskytovatele jednou týdně nabízet alespoň jeden druh tělesné aktivity a alespoň jeden druh psychické/duševní aktivity. Účast na těchto aktivitách ze strany klienta je nicméně dobrovolná, klient je však k účasti podněcován.

### ***Rozšířená nabídka služeb***

Klienti si mohou nárokovat využívání nadstandardních služeb a služeb třetích stran. Jsou hrazeny klientem přímo poskytovateli konkrétní služby.

Jako příklady poslouží úklid bytu (pravidelný, či tzv. velký úklid), rozvoz jídla, rozšířené úklidové služby, praní a žehlení prádla, fyzioterapie, kadeřnické služby, pedikúra atd.

### ***Stanovení přiměřené výše plnění ze strany klienta:***

K vypočítání vyměřovacího základu tak, aby odpovídal přijatelné výši vlastního plnění ze strany klienta, se započítává následující:

- Započítán je měsíční čistý příjem klienta (penze) včetně vyrovnávacích příspěvků, avšak bez započtení 13. a 14. důchodu a bez započtení dalších podpůrných příspěvků, jako jsou například příspěvek na bydlení, příspěvek na péči nebo obdobné příspěvky.
- Pokud si klient nárokuje mobilní sociální a zdravotnické služby, tak se všechny výdaje za tyto služby, které přesahují výši měsíčního příspěvku na péči, a tím pádem tedy příspěvek na péči na pokrytí nákladů nevystačuje, od měsíčního čistého příjmu klienta odečítají.
- Vyměřovací základ se pro klienta snižuje o dalších 33 %, pokud manžel / manželka, resp. životní partner, který s dotyčným bydlí (či jsou v poměru obdobném manželskému), nevykazuje žádný příjem. Za příjem manžela / životního partnera se nepovažují příspěvky na bydlení, příspěvky na péči nebo jiné obdobné podpůrné prostředky.



Takto vypočítaný vyměřovací základ je podkladem pro stanovení přiměřené výše plnění ze strany klienta, a to pomocí následující tabulky:

Tabulka 5 Stanovení přiměřené výše plnění ze strany klienta

Výše vyměřovacího základu pro klienta	Výše vlastního plnění		Výše plnění smluvního partnera (40 %)		Výše plnění spolkové země Štýrsko (60 %)	
	měsíčně	denně	měsíčně	denně	měsíčně	denně
méně než € 793,--	€ 0,00	€ 0,00	€ 110,80	€ 3,69	€ 166,20	€ 5,54
€ 793,00 až € 905,00	€ 28	€ 0,93	€ 99,60	€ 3,32	€ 149,40	€ 4,98
€ 906,00 až € 1.018,00	€ 57	€ 1,90	€ 88,00	€ 2,93	€ 132,00	€ 4,40
€ 1.019,00 až € 1.131,00	€ 85	€ 2,83	€ 76,80	€ 2,56	€ 115,20	€ 3,84
€ 1.132,00 až € 1.244,00	€ 113	€ 3,77	€ 65,60	€ 2,19	€ 98,40	€ 3,28
€ 1.245,00 až € 1.357,00	€ 141	€ 4,70	€ 54,40	€ 1,81	€ 81,60	€ 2,72
€ 1.358,00 až € 1.470,00	€ 170	€ 5,67	€ 42,80	€ 1,43	€ 64,20	€ 2,14
€ 1.471,00 až € 1.583,00	€ 198	€ 6,60	€ 31,60	€ 1,05	€ 47,40	€ 1,58
€ 1.584,00 až € 1.696,00	€ 226	€ 7,53	€ 20,40	€ 0,68	€ 30,60	€ 1,02
€ 1.697,00 až € 1.809,00	€ 254	€ 8,47	€ 9,20	€ 0,31	€ 13,80	€ 0,46
více než € 1.810,-	€ 277	€ 9,23	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00

#### Například:

1. Čistý měsíční příjem € 950,-; bez příspěvku na péči.

= Vyměřovací základ € 950,-

Výše přiměřeného plnění ze strany klienta tedy podle tabulky činí: € 57,- (= denně € 1,90)

2. Čistý měsíční příjem € 1.120; příspěvek na péči druhého stupně: € 284,30.

Náklady na mobilní sociální služby: € 324,- (ty si hradí klient sám).

Vlastní náklady klienta za mobilní sociální služby činí € 324,-, a proto klientovi náleží odečet ve výši € 39,70, jelikož o tuto částku převyšují náklady příspěvek na péči.

Výpočet: příjem € 1.120,--

mínus € 39,70 (úhrada mobilní sociální služby z vlastního)

---

= Vyměřovací základ € 1.080,30

Výše přiměřeného plnění ze strany klienta tedy podle tabulky činí: € 85,- (= denně € 2,83)

## 2.10.2 Lidé bez přístřeší

### 2.10.2.1 Koncept prevence bezdomovectví v Rakousku

V Rakousku neexistuje žádná strategie prevence vzniku bezdomovectví kromě snah o uvolnění trhu s nemovitostmi. Prevence bezdomovectví je rozlišována v pojetí orgánů veřejné správy a samosprávy na různých úrovních, na místní, zemské či celostátní úrovni.

#### *Místní úroveň*

§ 33 MRG (Zákona o nájmu) z roku 2000 stanoví, že soudy informují obecní úřad o všech jednotlivých případech bezdomovectví, aby na tuto událost mohl obecní úřad reagovat, a to například prostřednictvím orgánu péče o mládež (Jugendamt) či pověřením sociální agentury k jednání. Některé země/obce se rozhodly financovat sociální služby, které podporují prevenci bezdomovectví. V některých případech se to týká i finanční podpory na vypořádání nedoplatků na nájmem. Tento systém funguje ve Vídni (FAWOS), Salzburgu (FGH – Institut pomoci potřebným), Linci (KOMPASS) a v dalších menších městech. Institut FGH působí v Salzburgu nejen jako měšť, ale i spolkové zemi Salzburg, je tedy také jediným, kdo zde provádí preventivní opatření.

Do chvíle, než je záležitost podána k soudu, se poskytovatelé sociálních služeb mohou zabývat nedoplatky na nájmem pouze na základě podnětu nájemce nebo pronajímatele. V některých případech se nájemci, kteří měli potíže, sami obracují na poskytovatele sociálních služeb. V jiných případech se hrozba sociálního vyčlenění projeví obecně během sociálního šetření (např. orgán péče o mládež provádí šetření v rodině a sociální pracovník během něj zjistí, že rodině vznikly nedoplatky na nájmem). I přesto, že neexistuje žádná konkrétní strategie prevence, existuje mnoho kompetentních sociálních pracovníků, kteří se velmi zasazují o prevenci bezdomovectví, avšak chybí jim systematická podpora. Výjimečně se vyskytují i případy právníků, kteří pracují z podnětu pronajímatele a kontaktují poskytovatele sociálních služeb.

#### *Úroveň spolkových zemí*

Na úrovni spolkových zemí se pod pojmem prevence bezdomovectví rozumí zejména nízkonákladové investice do oblasti bydlení, které jsou na rozdíl od ostatních členských zemí EU podporovány bohatým systémem veřejných podpor bydlení. Jedná se obzvláště o

výstavbu nových domů či obnovu městské zástavby s dodatečnými příspěvky na bydlení pro skupinu obyvatel s nízkými příjmy. Základní myšlenkou tohoto principu je, že pokud bude na bydlení poskytnuta vhodná podpora, předejde se tak výskytu bezdomovectví. Z hlediska politiky má prioritu výstavba, příspěvkům pro domácnosti s nízkými příjmy není věnována až taková pozornost. Tento koncept je patrný z Rakouského národního akčního plánu pro integraci 2001, v plánu pro rok 2003 je již pouze zmíněno, že zavedení konceptu prevence bezdomovectví „by bylo dobré“ (Rakouský národní akční plán pro rok 2003 postrádá konkrétní opatření).

Domácnostem v tísní jsou poskytovány příspěvky na bydlení, jejich výše se liší region od regionu; hrají zajisté významnou roli v prevenci bezdomovectví. Vídeňský model zohledňuje a) složení domácnosti, b) celkový příjem domácnosti, c) velikost obytné jednotky a d) výši nájmu, přičemž nezáleží na tom, o jakou právní formu nemovitosti se jedná. V tomto ohledu se jedná o velký posun od roku 2001, kdy se jednalo o podstatnou skutečnost při poskytování příspěvku na bydlení.

### ***Spolupráce organizací na preventivních strategiích a plánech***

Organizace BAWO (sociální a lékařská pomoc pro bezdomovce) a její členové se stavějí za celostátní systematický plán prevence bezdomovectví již od roku 2001. Publikace údajů o stavu bezdomovectví na zemské úrovni podpořilo v několika spolkových zemích politické snahy o prevenci bezdomovectví. Na některých místech odstartovaly nové projekty, jako například v Innsbrucku. Organizace BAWO věří, že budou následovat další projekty financované z místních či zemských prostředků.

Také je třeba zmínit, že některá nezisková bytová družstva, např. Neue Heimat ve Vídni a Dolních Rakousech, zasílají nájemníkům upomínky s nedoplatky na nájemném a zároveň je informují, jednak obecně o sociálních službách a příspěvcích a také o možnosti služeb sociálního pracovníka. Tento pracovník poskytuje informace a rady jménem bytového družstva, kterým je zároveň placen. Organizace BAWO se zaměřuje na propagaci tohoto nástroje a jeho rozšíření mezi bytová družstva.



### 2.10.2.2 Nabídka poskytovaných služeb

Níže popsané údaje reflektují situaci v Rakousku z roku 1997, kdy proběhl rozsáhlý výzkum v oblasti bezdomovectví a služeb pro tuto cílovou skupinu. Tato data jsou nejaktuálnějšími údaji o bezdomovectví a službách pro bezdomovce, v Rakousku od té doby neproběhl žádný obdobný průzkum.

V Rakousku bylo celkem 272 poskytovatelů služeb, kteří spolupracovali s osobami bez přístřeší a/nebo poskytovali zvláštní služby; většina z nich (63 %) poskytovala ubytování nebo alespoň prostor k bydlení. Převážná většina těchto institucí poskytovala ubytování v kombinaci s individuální podporou (57 %); neméně významná část (35 %) poskytovala mobilní podporu a podporu nezahrnující ubytování. Celkem 21 poskytovatelů služeb (okolo 8 %) nabízelo ubytování bez poskytnutí individuální podpory.

V Rakousku bylo celkově více než 7 300 dostupných lůžek (což odpovídá poměru téměř jednoho lůžka na 1000 obyvatel v rámci celého Rakouska). Největší podíl na kapacitě míst k ubytování a přespání měla Vídeň, hlavní město Rakouska s asi 1,5 milionem obyvatel. Celkově připadalo 2,4 lůžka na 1000 obyvatel Vídně, což byl vůbec největší poskytovaný počet míst v Rakousku.

Rozmístění služeb mezi rakouskými městy a venkovem je velmi nerovnoměrné. Asi ¾ služeb (76 %) je umístěno ve větších městech, obzvláště v hlavních městech spolkových zemí. Ve venkovských částech Rakouska působí jen několik málo poskytovatelů služeb a mnoho z nich vůbec nepůsobí v oblasti prevence bezdomovectví.

Tabulka 6 Rozmístění služeb v Rakousku

Spolková země	Služby		Z toho v hlavním městě		Okresy se službami	Okresy bez služeb
	celkem	%	celkem	%		
Burgenland	6	2,2	4	66,6	1	7
Korutany	15	5,5	9	60	3	6
Dolní Rakousy	24	8,8	9	37,5	11	13
Horní Rakousy	33	12,1	21	63,6	6	10
Salzburg	42	15,4	40	95,2	3	3
Štýrsko	20	7,3	16	80	4	12

<b>Tyrolsko</b>	31	11,4	23	74,2	5	3
<b>Vorarlbersko</b>	28	10,3	12	42,8	3	0
<b>Vídeň</b>	73	26,8	73	100	XXXX	XXXX
<b>Celkem</b>	272	100%	207	76,10%	36	54

Ve více než 60 % venkovských oblastí Rakouska nepůsobila žádná služba prevence bezdomovectví a obyvatelé menších vesnic či měst museli v případě náhle nastalých komplikací s bydlením navštívit některé větší město nebo hlavní město spolkové země.

#### **Příklad: Komunitní služby ve Vídni**

Město Vídeň začalo s obnovou města před 30 lety a pověřené místní úřady měly na starost podporu nájemců v uplatňování jejich nájemnických práv a boj s gentifikací (*vytlačování nízkopříjmových vrstev obyvatelstva v důsledku vykupování nemovitostí v dosud méně prosperujících lokalitách bohatšími lidmi*) v určitých částech města. Před několika lety byly tyto služby (formálně se nejedná o sociální služby, jsou financovány městem) začleněny do nových úřadů a nabídly řešení sousedských konfliktů v obecních bytech (ve Vídni je 220 000 městských bytů). V tomto konceptu je zřetelně viditelný preventivní a integrační prvek.

#### **2.10.2.3 Odpovědné orgány**

Služby bezdomovcům v Rakousku většinou poskytovaly nevládní organizace (72 %); některé z nich byly integrovanou, ale autonomní částí široké rakouské sítě služeb (jako je například Caritas).

Ve většině případů působily organizace výhradně v jedné zemi, resp. v jednom městě. Jen malá část poskytovatelů služeb (13 %) byla začleněna do veřejného sektoru, např. do administrativních částí městské správy.

Výsledkem nedávného vývoje v oblasti organizační struktury poskytovatelů služeb v některých spolkových zemích, například v Salzburgu, byl mimo jiné zvyšující se počet služeb, které byly poskytovány ze strany neziskových organizací (17,5 %).

#### 2.10.2.4 Podmínky financování

Jelikož se služby poskytované bezdomovcům vyvíjejí čistě zespona a nejsou výsledkem žádného systematického plánování, je systém financování v mnohých ohledech odlišný a bohužel také nedostatečný. V Rakousku byla tedy v roce 1997 jen malá část služeb (30 %) založena na propracovaném systému financování, zřízená na základě dlouhodobých smluv a garantována federálními probačními zákony. Tyto podmínky platily pro služby poskytované „Asociací pro probační a sociální práce“ nebo přidruženými organizacemi.

Velká část poskytovatelů služeb (57 %) byla odkázána na roční kontrakty s různými partnery na federální, zemské či místní úrovni. Takto organizované vysoce nestabilní financování lze spatřovat u většiny služeb poskytovaných v Korutanech (87 %), Horních Rakousech (69 %) a Dolních Rakousech (67 %).

V průměru byli poskytovatelé služeb financování téměř ze tří různých zdrojů (průměr činil 2,7). Jelikož financování služeb pro bezdomovce bylo výhradně záležitostí práva spolkových zemí (sociální pomoc – Sozialhilfe), nebylo žádným překvapením, že většině případů byly okresy (69 % veškerých služeb bylo minimálně spolufinancováno okresy) a města (54 %) hlavními představiteli financování těchto služeb.

Téměř z jedné třetiny bylo u služeb potřeba roční rozpočet naplnit ze zisku (32 %) a stejný podíl odpovídal i závislosti služby na příspěvcích charity (31 %), které byly velmi důležité. Jen u 26 % služeb se na jejich financování podílela federální vláda, např. u služeb poskytovaných „Asociací pro probační a sociální práce“, 19 % služeb finančně podporoval úřad pro záležitosti na trhu práce. Zapojení církví, opatství či jiných náboženských organizací bylo v Rakousku velmi nesourodé. V některých zemích byla jen 4 % služeb napojena na přímé financování z církví, v jiných zemích se tento poměr vyšplhal až k 26 %.

#### 2.10.2.5 Zabezpečení financování

Pouze jedna třetina služeb určených osobám bez domova (30 %) byla v situaci, kdy měla k dispozici neomezené zdroje, a jen 20 % služeb mohlo ve svých plánech počítat s dlouhodobými kontrakty. Polovina služeb (50 %) byla v takové situaci, kdy bylo



financování jejich provozu zajištěno pouze pro právě probíhající rok. Provozovatelé těchto služeb byli tedy odkázáni na každoroční vyjednávání o nových smlouvách.

V nejisté situaci týkající se financování byly služby pro bezdomovce v těchto zemích: Tyrolsko (79%), Korutany (78%), Horní Rakousy (69%) a Dolní Rakousy (67%). V dalších zemích byla míra nejistoty financování evidentně nižší, a to například v Salzburgu (38 %), Vídni (39 %) a Štýrsku (44 %).

### 2.10.3 Protidrogové preventivní služby

#### 2.10.3.1 Protidrogová strategie a financování služeb

V Rakousku není formulována žádná národní protidrogová strategie ani ucelená protidrogová politika.

Zařízení jsou financována z několika zdrojů:

- SDW (protidrogové koordinační středisko Vídně)
- zdravotní pojištění – každý občan je zdravotně pojištěn
- justice
- ministerstvo zdravotnictví
- kraje a obce
- další dárci

Organizace dostávají paušál na klienta, většinou jeden zdroj tvoří až 90 % finančních příjmů.

Dalším aspektem, který výrazně ovlivňuje přístup v práci s uživateli drog, je legislativa vztahující se k užívání návykových látek. Výchozím bodem je stanovisko, že léčba má přednost před pobytem ve vězení, pokud nejde o trest vyšší než 3 roky nepodmíněně. Léčba je pak financována s finančních zdrojů justice a vězeňství. Trestné není samotné užívání drog, ale pokud je uživatel spatřen při aplikaci drogy, dopouští se nelegální činnosti již tím, že jí vlastní. Za relevantní léčbu v rámci restriktivních opatření je považován i substituční program. Obecně má léčba přednost před kriminalizací a výkonem nepodmíněného trestu. Rozhodne-li se klient pro léčbu, je hrazena justicí, po dobu max. 6 měsíců. Pak musí doložit, že absolvoval nějaký program. Pokud není přítomen trestný čin, je léčba hrazena z prostředků sociálních úřadů města.

Ministerstvo zdravotnictví dává institucím zanedbatelné peníze, cca 5 %, přesto je ve službách zaměstnán velký počet lékařů, psychiatrů i dalších specialistů.

Obecně lze říci, že v Rakousku existuje jen velmi malá síť nízkoprahových služeb – jen 2 kontaktní centra ve Vídni, jinak nikde žádné, a tři detoxy v celém Rakousku. Výrazný rozdíl kvality služeb ve Vídni a jinde.

### 2.10.3.2 Drogová situace ve Vídni

Vídeň je jak hlavní město tak jeden z devíti Rakouských států. S 414,66 km<sup>2</sup> je nejmenším Rakouským státem, ale současně státem s největší koncentrací obyvatelstva. 20 % Rakušanů žije v hlavním městě, počet obyvatel města stále narůstá. Růst vídeňské populace je způsobem nárůstem přistěhovalců. Poměr cizinců vzrostl z 16 % v roce 2001 na 19 % v roce 2005. Největší etnické skupiny ve Vídni jsou imigranti ze států dřívější Jugoslávie (7 % v roce 2005), dále z Turecka (2 %) a další 2 % cizinců ze zemí Evropské unie.

Místní programy drogové politiky a místní orgány drogové politiky se začínaly rozvíjet koncem 80 let, kdy vyvstaly konflikty ohledně cílů a metod mezi organizacemi poskytující drogové služby. První protidrogová komise, jejíž členové byli jmenováni starostou města, rozvinula program pro město, který byl jednohlasně schválen městskou radou v roce 1992. Následně byl jmenován městský protidrogový koordinátor. Ten měl dva úkoly, jednak měl uvést v platnost drogovou politiku schválenou městem, a dále měl řídit drogové služby ve městě včetně rozhodování o dotacích.

S ustanovením centrálního orgánu drogové politiky začaly vídeňské protidrogové služby růst a členit se v průběhu devadesátých let. Nízkoprahová zařízení, jako jsou programy výměny jehel a podpůrná léčba, vzrůstaly, a tak konečně byly zavedeny opatření harm reduction vedle léčby k abstinenci. Dále byl zaveden monitoring a výcvikové a pracovní služby pro drogově závislé a rozvíjela se oblast prevence závislostí. Nová drogová politiky zaměřená na rehabilitaci (sociální integraci) a primární prevenci byla zřejmá ve druhém vídeňském drogovém programu, který byl formulován druhou protidrogovou komisí v letech 1996 – 1998. V ní byli zastoupeni členové všech politických stran, aby tak bylo zabezpečeno schválení městskou radou.



Rozvoj a rozčlenění drogových služeb zacílených na harm reduction pokračuje také v novém tisíciletí. Rozvíjí se substituční programy díky legislativním i organizačním změnám, např. byl snížen věkový limit pro vstup do substitučního programu. Morfin se stal hlavní podávanou látkou v roce 2003, stal se také hlavním opiátem na drogovém trhu a rapidně nahradil heroin.

Díky rozšíření protidrogových služeb a různosti jejich nabídky je zasahováno i množství opomíjených uživatelů drog a také skupina sociálně dobře integrovaných uživatelů. Současně ale policie a soudy, reprezentanti národní drogové politiky, navyšují počty registrovaných drogových pachatelů, počty odsouzených a uvězněných. Počet registrovaných drogových pachatelů vzrostl pětinasobně v období mezi 1990 a 2006, v roce 2008 dosáhl počtu 24 000 lidí v Rakousku, z nichž třetina žije ve Vídni. Současně s politickými změnami tato represivní opatření znovu získala popularitu na přelomu tisíciletí. Tyto (drogově) politické změny jsou viditelné i ve strategii vídeňské policie, která se v devadesátých letech zaměřovala na velkoobchodníky a velkoobchod, a nyní se zaměřuje na uživatele a pouliční trh, který je částečně provozován přistěhovalci z Afriky.

Drogové služby ve Vídni se zaměřují na opomíjené uživatele drog a dělají to opravdu na vysoké úrovni. Jedním z důvodů vysokého pokrytí marginalizované scény je udržovací program, jehož práh přístupnosti se v posledním desetiletí výrazně snížil.

Drogové služby ve Vídni jsou téměř nezávislé na státu. Pokud nejdou financovány ze zdravotního pojištění, platí je město.

### ***SDW – Sucht und Drogenkoordination Wien***

Protidrogovou politiku autonomní oblasti města Vídně realizuje obecně prospěšná společnost s ručením omezeným – SDW - od roku 1990. Zřizovatelem společnosti je magistrát města Vídně. Vedením činností instituce je pověřen vídeňský protidrogový koordinátor, který je odpovědný za realizaci vídeňské protidrogové prevence, strategii protidrogové politiky a organizováním pomoci uživatelům drog ve Vídni. Vídeňské koordinační středisko v rámci realizace protidrogové prevence realizuje několik vlastních programů a zároveň podporuje a financuje další organizace, které participují na protidrogové politice města Vídně. Rozpočet SDW na realizaci protidrogové politiky v roce 2011 byl 8 mil. Euro.



Protidrogová politika Vídně vychází ze čtyř základních pilířů:

- protidrogová prevence
- poradenství, léčba a péče
- opatření na podporu zaměstnanosti a sociální integraci
- veřejný prostor a bezpečnost

#### **Projekty SDW: SAM a HELP U:**

Dva propojené terénní projekty. Jde o jakousi mediaci v terénu mezi běžnými obyvateli a či návštěvníky města a okrajovými, rizikovými skupinami. Hlavním posláním je poradenství a snižování rizik konfliktů.

#### **Další drogová zařízení ve Vídni:**

**Verein Wiener Socialprojekte** – je složením více sociálních programů zaměřujících se především na práci kontextu s aktivní drogovou scénou ve Vídni – stacionární nízkoprahová zařízení, harm reduction služby, noclehárny, testování syntetických drog, streetwork, chráněné bydlení, sociální podnikání, antikonfliktní tým, spolupráce s vídeňskou dopravou.

**Schweizer House Hadersdorf** – Švýcarský dům Hedersdorf – hlavní vídeňská organizace pro ambulantní, poloambulantní a pobytovou substituci.

**Anton Proksch Institute** – Institut Antonína Proksche – Centrum pro drogovou rehabilitaci a rehabilitaci závislostí, výzkum a léčba závislostí na alkoholu, nikotinu, drogách a závislostí na činnostech – gambling, nakupování, internet, 3 sekce činnosti: klinické centrum, výzkum, vzdělávací akademie

**Vereinen Grunen Kreis** – Sdružení Zelený kruh – rehabilitace a integrace lidí se závislostí. Největší organizace pro léčbu závislostí. 9 terapeutických komunit.

#### **2.10.3.3 Drogová situace ve Vídni ve srovnání s dalšími rakouskými státy**

Rozdíly v konzumaci drog mezi hlavním městem a osmi dalšími rakouskými státy během poslední dekády zanikly a stejně tak jako způsoby užívání drog ve venkovských regionech se

přiblížily těm v hlavním městě. Jsou zde přece jenom některé rozdíly. Konzumace drog ve venkovských regionech se uskutečňuje ve více skrytých místech, a když se drogové scény objeví, jsou menší. Konzumenti drog jsou více na očích a pod neformální kontrolou, také jsou často přísněji odmítáni. Čím jsou horší životní podmínky, tím je větší snaha se přestěhovat do anonymity hlavního města.

Hlavní město nabízí víc než jen anonymitu, ale také např. širší nabídku služeb, nízkoprahová zařízení a substituční programy, ale také každodenní nabídku pomoci a lidského kontaktu. Profesionálové odhadují, že třetina uživatelů drog ve Vídni nejsou původní obyvatelé. V neposlední řadě Vídeň přitahuje uživatele drog také svým lépe organizovaným drogovým trhem a nižšími cenami.

## **2.10.4 Služby sociální podpory pro rodinu, děti a mládež v Horním Rakousku**

### **2.10.4.1 Podpora a odlehčovací služby pro rodiny s dětmi**

Práce s dětmi a mládeží nezačíná teprve v momentě, kdy je blaho dítěte ohroženo nebo kdy to vypadá, že by mohlo být ohroženo. Služby o děti a mladistvé musí při své péči poskytnout poradenství a podporu podle právního závazku.

Sociální služby nabízené a poskytované v této oblasti vedou k pokrytí vyskytujících se potřeb této cílové skupiny. Tyto služby jsou pro každého snadno přístupné, komplexní a orientované na potřeby dětí, mládeže a rodiny.

Cíle poskytování těchto služeb jsou:

- eliminace potíží v osobnostním a sociálním rozvoji dětí
- poradenství a pomoc při zvláštních problémových situacích

Sociální služby, které jsou v této oblasti nabízeny, odpovídají rozdílným cílovým skupinám, např. nastávající rodiče, pěstouni, mladiství a jejich rodiny atd.

Nabízené služby lze rozdělit do několika oblastí:

- Poradenství pro rodiče a matky, centra rodičů a dětí, vzdělávání rodičů

- Rekreační akce pro děti, dovolené pro matky-samoživitelky, sociální příspěvek na dovolenou
- Streetwork a sociální práce orientovaná na cílové skupiny
- Sociální práce ve školách, výchovné a rodinné poradenství, dětská ochranná centra, dům pro matku a dítě, noclehárna

Tyto služby mají podle zákona za povinnost zřizovat okresní správní úřady, které rozhodují, zda tyto služby budou samy poskytovat, nebo jejím poskytováním pověří jiné organizace.

### **Ad) 1. Posilování rodičovských kompetencí v otázkách výchovy**

První roky života jsou pro rozvoj dítěte poměrně rozhodující. Role rodiče vyžaduje velké množství odpovědnosti a představuje výzvu, kterou není mnohdy jednoduché splnit. Dnešní rodiče se mohou jen stěží spolehnout na zdroje velké rodiny, jako tomu bylo v minulosti, a mají často jen teoretické povědomí o starání se o novorozence a malé děti. To samo o sobě může vést k podcenění každodenní zátěže při péči o potomstvo.

V péči o děti a mládež existuje široká škála možností, která je volně dostupná všem rodičům a nabízí jim možnost získat jistotu ve výchově a příležitost k výměně zkušeností a poznatků, které je mohou potkávat každý den.

#### **a) Poradenství pro rodiče / matky / IGLU poradenství**

Poradenství pro rodiče či pro matky je prostředkem v péči o děti a mládež a pomáhá rodičům získat jistotu ve výchově dítěte již bezprostředně po narození. Cílem je snížit počet krizových situací, resp. podpořit vypjaté rodiče při včasném zvládnání každodenních úkonů spojených s péčí o dítě, protože včasné a jisté sepejetí rodiče a dítěte je tím nejlepším ochranným faktorem tělesného a duševního zdraví v budoucím životě.

Poradny pro rodiče a pro matky jsou provozovány pracovními skupinami v oblasti péče o děti a mládež v 15 okresech (Bezirkshauptmannschaften) a 3 statutárních městech. V provozu je síť 216 stanovišť a k tomu dalších 5 center kompetentních pro problematiku velmi malých dětí (=IGLU), která nabízejí rozšířené spektrum služeb (poradenství pro rodiče, poradenství pro matky, herní koutek, setkávání rodičů, setkávání dětí, psychologické poradenství, sociální poradenství).



Interdisciplinární spolupráce různých poradenských služeb (sociální práce, psychologie, medicína, kojenecké a výživové poradenství) umožňuje rodičům, aby se jim dostalo komplexní poradenské služby na jednom místě. Do budoucna by mělo být posíleno postavení samotného poradenství pro rodiče a pro matky o tento vyzkoušený, sociálně ochranně zaměřený model pro rodiče s dětmi do tří let.

Oněch 216 stanovišť rodičovské a mateřské poradny a 5 center IGLU má měsíčně v nabídce okolo 350 termínů pro poskytnutí poradenství. Rozšířená nabídka IGLU center nabízí nadto každý týden možnost navštívit herní koutek, setkání rodičů či setkání dětí. Navíc je zde možnost využít psychologické a sociální poradenství.

Z nabídky IGLU center si lze vybrat i přes internet.

### **b) Centra pro děti a rodiče**

Centra pro děti a rodiče jsou doplňkovou službou pro rodiny, kde jsou rodiče podporováni ve své rodičovské roli, resp. jsou na ni připravováni, a mají možnost zde navázat kontakty s osobami v obdobném postavení. V oblasti péče o děti a mládež se rodičům dostane na základě smluvených kvalitativních pravidel přístupu do centra a jeho chodu, herních skupin, přednášek pro rodiče, nabídek, které se týkají narození dítěte, i kurzů pro rodiče a děti. V rámci těchto možností se mohou rodiče také navzájem podporovat tím, že si budou vyměňovat zkušenosti ze svých každodenních problémů.

Centra pro děti a rodiče mohou být také prostředkem pro další zprostředkování pro případy, kdy je potřebná profesionální forma pomoci, jako je právní poradenství nebo sociální či psychologické poradenství.

Tato nabídka je všem rodičům, kteří mají zájem, volně přístupná většinou po zaplacení příspěvku.

Centra pro děti a rodiče jsou provozována především obcemi, sdruženími a soukromými iniciativami. Tato centra mají 96 poboček.

### **c) Vzdělávání rodičů**

Možností pro vzdělávání rodičů mohou využít všichni ti, kdo se podílejí na procesu výchovy dítěte a kdo chtějí své schopnosti zlepšit či rozšířit. Přijetím takové nabídky získávají nové vědomosti a jistotu v každodenní výchově dítěte. Centra péče o dítě a mládež jako

poskytovatel služby dohlíží na to, aby se tohoto úkolu ujímali kvalifikovaní a osvědčení pracovníci.

Tematický záběr zahrnuje věkové kategorie od malých dětí po mládež. Příslušnými tématy jsou např. výchova, škola / rodiče, zdraví / stravování, rozvoj dítěte, excesy v chování, rozvoj osobnosti, komunikace / řešení konfliktů.

## **Ad 2) Rodinný odpočinek a zábava**

Dát si od všedního rodinného dne oddech, abychom nabrali nové síly, i to může být jedna z nabídek center péče o děti a mládež. Třeba když se v tíživé rodinné situaci ocitnou děti, mladiství nebo osoby, které je vychovávají, a nejsou schopny si udělat čas na nutný odpočinek a krátkodobou zábavu z důvodu nedostatku finančních prostředků.

### **a) Příspěvek na rodinnou dovolenou**

Pro rodiny s více dětmi, které mají velmi napjatý rozpočet na dovolenou, existuje možnost podání žádosti o udělení příspěvku na dovolenou v centru péče o děti a mládež. Příspěvek je určen rodinám (partnerům žijícím spolu, samoživitelům), které vychovávají alespoň tři děti, resp. dvě děti, pokud jedno z nich vyžaduje zvýšenou péči, a to do té doby, dokud příjem rodiny nepřekročí určitou horní hranici.

V roce 2011 podpořila centra péče pro děti a mládež celkem 358 rodin s více dětmi příspěvkem v průměrné výši 300 eur.

Tři poskytovatelé služeb vedli v roce 2011 446 přednášek a seminářů a rovněž 190 několikátýdenních workshopů v mnoha obcích Horních Rakous.

### **b) Zotavovací aktivity pro děti**

Obzvláště vytížené rodiny, které potřebují odpočinek, mohou každoročně obdržet také zotavovací turnusy pro děti a získat tak čas na odpočinek ve svém volném čase. Tyto nabídky zprostředkovávají příslušní pracovníci center péče o děti a mládež na okresech a samotné turnusy realizují úřady pro mládež.

Dva úřady pořádaly 6 turnusů asi pro 300 dětí.

### **c) Dovolená pro samoživitele**

Samoživitelé nebyvají velmi zatíženi jen osobně, nýbrž často také finančně. Tato nabídka je zaměřena na samoživitele s nízkým příjmem, kteří si nemohou dovolit užít si rodinnou dovolenou. „Dovolená pro samoživitele“ nabízí příležitost nemuset se pro jednu starat o sebe samotného. Plná penze, program pro děti a nabídka volnočasových aktivit, to vše zprostředkuje dětem hezký zážitek z dovolené a rodičům dává možnost odpočinout si a nasbírat síly.

Jeden úřad uspořádal tři turnusy pro dohromady 30 matek s 60 dětmi.

### **Ad 3) Podpora sociální integrace**

Toto téma v sobě zahrnuje poskytnutí pomoci při řešení nejrůznějších problémů s dětmi, mládeží a – v případě práce v terénu (Streetwork) – také čerstvě dospělých. Tyto problémy mají jedno společné; vedou k celkové dezintegraci ve smyslu nedostatečné úspěšnosti adaptace na okolní sociální systémy či na „společnost“. Pomoc poskytovaná „zvenčí“ by měla tedy přispět k tomu, aby se rozšířil individuální životní rozhled pro zlepšení životních vztahů. Cílem je dosáhnout úspěšné adaptace a také pozitivního a zároveň vědomého přístupu k sociálním požadavkům.

V případech, kdy se u dětí objevují potíže se začleňováním kvůli poruchám řeči nebo zpomalení postupu osvojování řeči, se dá díky včasnému rozeznání a zvládnutí těchto překážek převážnou většinu těchto případů úspěšně zvládnout.

V práci s mládeží obecně, v sociální práci orientované na cílové skupiny či v práci v terénu jde především o mladé lidi, kteří nemají žádnou plně životaschopnou sociální podporu nebo stávající systém nevyužívají dostatečně. Těm jsou dávány nabídky vhodné pro posílení sebedůvěry a nabídky, které je navedou směrem ke konstruktivnímu dialogu s jejich okolím. Ohrožení trvalým postavením v roli outsidera je třeba brát velmi vážně a na této problematice s mladistvými pracovat.

### **a) Logopedické poradenství**

Rozvoj jazykových schopností je pro děti důležitým předpokladem pro zdravý sociální rozvoj. Včasné rozpoznání a zvládnutí rušivých elementů podporuje společenskou integraci. U více než 90 % dětí lze poruchy řeči buď zmírnit, nebo úplně odstranit prostřednictvím terapie.



Téměř každé druhé dítě ve věku pěti let má potíže s mluvením, jazykem a hlasem. Neustálý nárůst těchto případů, který byl k vidění v uplynulých letech, není nakonec třeba zohledňovat také z důvodu zvyšujícího se počtu dětí, které mají potíže s řečí z migračních důvodů, nejčastěji vykazují poruchy gramatiky z důvodu vícejazyčnosti.

U čtyř úřadů pro mládež bylo prostřednictvím 75 regionálních logopedických poradenských center registrováno 2.846 dětí či o radu požádali jejich rodiče.

Vedle toho byl proveden logopedický průzkum u 14.138 předškoláků v 653 školách.

V Horních Rakousech jsou logopedy každoročně testovány všechny čtyř až pětileté děti ve školách v rámci logopedického pozorování poruch v řeči. Pro děti, které je třeba léčit, je k dispozici bezplatná terapie.

#### **b) Práce v terénu - Streetwork**

Práce v terénu se zaměřuje na mladistvé, kteří žijí na okraji společnosti a jsou jí považováni za „rušivý prvek“. Terénní pracovníci pomáhají těmto mladým tak, že jim umožňují změnit koncept jejich života, aby mohli být společností akceptováni a aby se ve společnosti orientovali. Prostřednictvím této rozmanité sociální služby mohou být zvrácené skupiny lidí, kterým se nepodařilo pomoci tradičními systémovými nabídkami sociální pomoci, či už tyto možnosti nevyužívají.

Horní Rakousy disponují rozsáhlou regionální sítí pracovišť terénní služby. Jejich využití je určováno na základě dohody, podle regionálních potřeb. Terénní pracovníci vykonávají svou práci podle obecných zemských standardů kvality.

V oblasti práce v terénu se angažují 4 úřady prostřednictvím 18 poboček.

Hlavní služby, které pracovníci terénní práce poskytují, jsou: přítomnost na místě, okamžitá pomoc, dlouhodobá podpora, volnočasové projekty a sociální práce.

Na této práci jsou problematické projevy agrese a násilí, alkohol, drogy a jiné návykové látky (gamblerství, anorexie...), delikvence, bezdomovectví, dezorientace – osobní problémy, prostituce, hledání práce, rodinné problémy, problémy s bydlením, problémy se studiem, účast v subkulturních uskupeních, problematika etnických menšin, problematika zadlužení.

V Horních Rakousech je 18 stanovišť terénní práce.

#### **Ad 4) Poradenství a pomoc v řešení obtížných rodinných situací**

Děti, mladiství a rodiny se někdy nacházejí v situacích, které jsou pro ně problematické a náročné a taky jsou tímto způsobem prožívány. Také v případě, že zájmy dítěte nejsou ještě zatím přímo ohroženy, je často nutné poskytnout dítěti pomoc „zvenku“ a najít přijatelné řešení, resp. ukázat dítěti přijatelné alternativy jemu zavedeným vzorům chování s využitím dostupných zdrojů.

Velmi rozmanitá nabídka služeb v rámci této problematiky odpovídá širokému spektru jednotlivých problémů. Tyto služby mají však jedno společné – jsou provozovány kvůli dětem, mladistvým a rodinám, které si umí říct o pomoc v situaci, kdy si uvědomí přítomnost problému nebo se prohlubují jejich obtíže, které je nutí jednat. Konkrétní nabídka pomoci může přitom vzejít i ze strany centra péče o děti a mládež – za předpokladu, že je centrum tím prvním místem, kde dotyčný o pomoc požádá. V této oblasti je však mnoho takových, kteří se sami obrazejí přímo na konkrétní poskytovatele těchto služeb, např. mladiství, kteří shánějí nouzové přístřeší.

Mezi typické nabídky služeb patří služby ve formě rodinného a výchovného poradenství a také služby v oblasti ochrany dítěte, které mohou být poskytnuty centry pro ochranu dítěte v případě, kdy jsou děti ohroženy násilím nebo sexuálním zneužíváním. Možnosti asistovaného bydlení ve smyslu nouzového přístřeší pro mladistvé či domovy pro matku a dítě jsou dalšími z poskytovaných služeb v této oblasti.

##### **a) Centra pro ochranu dítěte**

V Horních Rakousech působí šest center pro ochranu dítěte ve spolupráci s centry pro děti a mladistvé. Hlavními úkoly center pro ochranu dítěte jsou poskytnutí pomoci v případech zneužívání, špatného zacházení či zanedbávání dětí a rovněž preventivní práce. Těžiště činnosti center se nachází jednak v konkrétní spolupráci s klienty (poradenství, psychoterapie), jednak v podpoře těch, kteří se o děti pomáhají starat (jako např. učitelky, vychovatelky ve školce) a v informování a dalším vzdělávání jejich školitelů.

V rámci mnoholetého projektu k zajištění kvality center byla vytvořena společná dohoda mezi centry pro ochranu dítěte a veřejnými poskytovateli péče o dítě a mládež, která se týká úkolů



s těmito službami spojených a kvality a nákladů vynaložených na příslušné služby. V rámci tohoto projektu byly analyzovány různé služby, které jsou poskytovány centry pro ochranu dítěte, a byly rozřazeny a ohodnoceny podle jejich důležitosti pro práci s dětmi.

Na tomto principu byly rozlišeny oblasti hlavních služeb (jako např. poskytování informací a poradenství, terapie, procedurální asistence, propagace systému pomoci) od oblastí systémových (např. veřejné práce nebo spolupráce na vzdělávání určitých skupin pracovníků) či od oblastí rozšířených služeb, mezi které se počítají např. projekty prevence.

V současnosti 7 poskytovatelů provozuje 6 center pro ochranu dítěte a také jedno poradensko-terapeutické centrum. V Horních Rakousech pracuje 7 center pro ochranu dítěte.

### **b) Zotavovací akce s rodinnou terapií**

Od roku 1998 se prostřednictvím úřadů pro mládež v úzké spolupráci s centry péče o děti a mládež konají tzv. zotavovací akce s rodinnou terapií.

Těmito zotavovacími akcemi je učiněna podpůrná nabídka rodinám, které potřebují dovolenou zaměřenou na terapeutické zotavení. Cílem těchto akcí je propojit elementární odpočinek a prožitek s terapeutickou péčí a poradenstvím. Oslovovány jsou rodiny, které již mají zkušenosti se službami center péče o děti a mládež a jsou připraveny na změnu jejich života pozitivním směrem a aktivně spolupracují s příslušnými sociálními pracovníky center péče o děti a mládež na přípravě, jakožto i na realizaci zotavovacích akcí.

Jeden poskytovatel pořádá 2 turnusy pro 12 rodin s 66 dětmi.

### **c) Bydlení s asistencí**

Cílem nouzového ubytování UFO je, aby měli mladiství/čerstvě dospělí kde přenocovat, aby měli možnost zaopatřit své základní hygienické potřeby, mohli se setkat s dalšími mladými lidmi, byli přiměřeně chráněni a aby si vytvořili adekvátní trvalé podmínky pro život a bydlení. Je také důležité, aby dostali možnost uspořádat si svůj budoucí život jiným způsobem, než kterým se ubíral jejich život dosavadní. Mladistvým/čerstvě dospělým je poskytována poradenská a pečovatelská pomoc, aby získali sebevědomí, byli schopni převzít za sebe odpovědnost a činili rozhodnutí, aby našli (znovu) své uplatnění ve společnosti.

Zároveň jsou pro mladistvé / čerstvě dospělé v nabídce ve spolupráci s ARGE-Trödlerladen pracovní příležitosti, takže dostávají možnost vydělat si nějaký menší peněžní obnos.



### ***Nouzové ubytování pro mládež UFO***

V nouzové ubytovně pro mládež UFO v Linci je k dispozici 10 postelí a 6 přistýlek. Prostory nouzového ubytování slouží jako ochranná zóna pro mladistvé/čerstvě dospělé mezi 14 a 21 lety, kteří momentálně nemají kde bydlet. Klienti nouzového ubytování:

- vyžadují podporu center pro péči o děti a mládež, ale nemohou využívat jejich výchovných služeb,
- účastní se všeobecného vzdělávání v institucích center péče o děti a mládež, ale nejsou momentálně přítomni a
- již určitou dobu „žijí na ulici“

### **d) Centrum prevence šikany a násilí KiJA Horní Rakousy**

Násilí a šikana mezi dětmi a mladistvými a očividně narůstající násilnictví dorostenců je tématem, se kterým se děti a mladiství v Horních Rakousech stále častěji potýkají. Proto zaměřila Organizace pro práva dětí a mladistvých (KiJA) svoji činnost na prevenci násilí na školách a založila „Centrum prevence šikany a násilí“.

### ***Nabídka centra prevence šikany a násilí působí na úrovni:***

- **celoškolní** (organizace akcí pro velké skupiny dětí, doprovodné školní projekty, rozvoj školy, večery s rodiči ...)
- **třídní** (workshopy, dny vyhrazené ukázkám řešení konfliktů, informační akce ...)
- **individuální** (poradenství pro jednotlivce, skupinové poradenství pro vrstevníky)
- **dalšího vzdělávání** (veřejná a čistě školní vzdělávací programy pro učitele ...)

Organizace pro práva dětí a mladistvých poskytuje nejširší možnou nabídku prevence násilí v hornorakouských školách. V období 2010/2011 se konalo okolo 550 třídních workshopů a ukázek řešení konfliktů, 1760 osob využilo individuální poradenství a konalo se 60 přednášek a 30 školení pro učitele.

### **Organizace pro práva dětí a mladistvých Horní Rakousy**

Hornorakouská Organizace pro práva dětí a mladistvých (KiJA) je autonomní organizací spolkové země Horní Rakousy, která působí jako zemský ombudsmanát pro oblast práv dětí a

mladistvých. Z hlediska organizačního je KiJA zřízena jako vnitrozemské oddělení úřadu pro mládež. Technicky je však činnost pracovníků Organizace pro práva dětí a mladistvých nezávislá. Kompetence a úkoly KiJA jsou stanoveny v § 10 hornorakouského zákona o péči o děti a mládež z roku 1991.

V červnu 2010 byla na hornorakouskou Organizaci navíc přenesena povinnost působit jako „nezávislý zemský orgán ochrany dětí, které žily v dětských domovech a zažily v nich násilí a zneužívání.“

Dvacetileté aktivní působení v oblasti práv a ochrany mládeže a nepřetržitá prevence zaručují včasnou pomoc

S nynějším počtem 4.000 případů ročně využívání této služby od roku 1992 vzrostlo více než desetinásobně. V této oblasti se etablovalo mnoho událostí, jakou je například KiJA Regionaltour, na které se každý druhý školní rok osobně podílí 16.000 mladých lidí. Rozšíření specializovaných služeb jako je prevence mobbingu a násilí na školách se ukázalo v tom nejlepším možném světle: ročně se koná kolem 300 školních workshopů. Uspořádáním více než 60 přednášek a školení provádějí spolupracovníci KiJA také důležitou propagační a osvětovou práci. Další prospěšnou činností je individuální poskytování informací, kterou ročně využijí asi 4.000 osob (např. výklad zákona o ochraně mládeže), a vydávání publikací zaměřených na specifické cílové skupiny o nákladu 200.000 kusů ročně.

V kvalifikovaném poradenství na téma dětských práv se často řeší situace dětí odloučených od rodičů, kterou následuje téma šikany a násilí ve školách, násilí v rodině a sexuální zneužívání. Stále roste poptávka po zprostředkovatelské a ombudsmanské činnosti ve stížnostech proti opatřením úřadů pro mládež, škol a soudů. Dobrá spolupráce s veřejnými a soukromými institucemi umožňuje větší intervenční záběr pro řešení s širokým konsensem.

K tomu, aby byly děti připravené na těžké životní situace a předcházelo se eskalaci rodinných krizí, je třeba neustálá informativní a preventivní aktivita, což vyžaduje kvalitu a kontinuitu.

V předešlých letech se podařilo realizovat mnohé:

- Od roku 2004 vychází v Horních Rakousech třikrát do roka dětský časopis „Vše, co je správné“. Ten je zdarma rozeslán všem školákům a šolačkám v nákladu 50.000 kusů.

- Organizace KiJA působí v oblasti prevence šikany a násilí na několika různých úrovních: Vedle individuálního poradenství, pořádání workshopů, školení, přednášek a mnoho dalších je od tohoto školního roku na některých školách spuštěn obsáhlý certifikovaný program prevence násilí „respect@school“.
- Události pořádané v rámci „KiJA on Tour“ se již staly nedílnou součástí programu škol.

Specifické znaky cílových skupin jsou pod odborným vedením organizace KiJA společně s uznávanými odborníky sepisovány a publikovány. Lze již odkázat na osm vlastních publikací; publikace „Vlastní vinou“ (Selber Schuld) byla oceněna také rakouskou cenou prevence.

## ***2.11 Další příklady dobré praxe***

### **2.11.1 Sociálně-psychologické poradenské místo Wels**

V roce 1993 proběhlo ve městě plánování sociálních služeb, začíná se řešit drogová problematika, postupně vznikají jednotlivé služby, v současné době má projekt Sociálně-psychologické poradenské místo celkem 8 programů:

- Poradenské místo pro problémy s alkoholem
- Svépomocná skupina – kontaktní místo
- Poradenství pro kuřáky
- Mládež – drogová poradna
- Rodinná poradna
- Streetwork
- Poradenství pro patologické hráče
- Kancelář

Nabízené programy probíhají celkem ve třech samostatných budovách, které jsou umístěny ve vilkové části města nedaleko centra.

Ve všech programech pracuje celkem asi 30 zaměstnanců, někteří z nich na jen na částečné úvazky, někteří se prolínají částečnými úvazky v několika programech. Složení týmu je multidisciplinární (vychází z modelu závislosti bio-psycho-socio). V programech pracují



celkem 4 lékaři (neurolog, psychiatr a praktičtí lékaři s orientací v drogové problematice), medicínská část tvoří ale malou součást problematiky, převažuje sociální a psychologická problematika. Ostatní tým – sociální pracovníci, psychologové, psychoterapeuti, rodinní terapeuti apod.

Mezi silné stránky programu patří zahrnutí problematiky všech závislostí pod jedno zařízení – legální i nelegální drogy, kvalitní je též personální obsazení, prostorové zázemí a ekonomická jistota. Jde o zařízení města, které je dlouhodobě finančně podporuje. Část finančních prostředků se doplňuje z rozpočtu státu.

Slabou stránkou je skutečnost, že téměř chybí služby harm reduction, programy jsou namířeny až na lidi, které chtějí své problémy řešit. Chybí primární a sekundární prevence, motivace ke změně, snižování zdravotních a sociálních rizik, pracovní programy aj.

### **2.11.2 Djansekr – Centrum mládeže na sídlišti - Wels**

Cílovou skupinou jsou děti od 6 do 12 let a mládež od 12 let. Cca 70 % – 80 % jsou přistěhovalci, kterým zbývajících cca 20 % - 30 % Rakušanů pomáhají se integrovat. Budova vznikla svépomocí a dobrovolnickou prací mladých z cílové skupiny.

V centru jsou dva stálí zaměstnanci, při větších akcích vypomáhají dobrovolníci. V případě potřeby centrum zprostředkovává psychoterapii v jiných zařízeních ve městě.

### **2.11.3 „Treff 9“ – Centrum dům číslo 9 – Wels**

Centrum se nachází v ulici, ve které bydlí lidé z uprchlických táborů, lidé ze sociálně slabých poměrů a lidé s problémy se zákonem. Jedná se o nízkoprahové zařízení. Jeho cílem je posílit osobnost každého klienta, řešit svoje problémy adekvátním způsobem. Centrum je městským zařízením, je financováno městem. Na další „nadstandardní“ aktivity si finance musí sehnat samo.

#### 2.11.4 Středisko životní pomoci - Lebenshilfe Wels

Organizace vznikla před 37 lety, kdy vyvstal problém, co s dětmi ze zvláštních škol. Cílem bylo poskytnout jim každodenní péči v sociálně terapeutických dílnách, které umožňují různé druhy činností. V současné době poskytuje středisko životní pomoci sociální služby osobám se zdravotním postižením, které potřebují podporu, pomoc a vedení. Vytváří podmínky pro respektování a naplňování práv těchto osob, právo na rozvoj osobnosti, právo na realizaci smysluplného života a právo na sebeurčení.

Středisko nabízí sociálně terapeutické dílny (řemeslnické dílny – práce se dřevem, kovem, textilem), jednoduché zakázky od externích dodavatelů, nabízí denní aktivity k udržení a rozvoji osobnosti, zácvik a příprava vedení vlastní domácnosti atd. Další službou jsou odborné chráněné dílny, které mají pomoci lidem se zdravotním či mentálním postižením najít pracovní uplatnění, získat pracovní dovednosti a základní osobní a společenské návyky a připravit je tak v co největší možné míře pro samostatný život. Dílny jsou pojaty jako malé výrobní jednotky s uplatněním práce a výrobků v běžném konkurenčním prostředí. Velký důraz je zde kladen na odbornou práci a další vzdělávání.

Zakázky na výrobu jsou získávány od magistrátu, od velkých firem i od fyzických osob.

Příprava na umístění na trhu práce trvá 2-3 roky, klienti se nejprve učí základům, později odborné věci pro zařazení na příslušný odbor. Klienti si sami rozhodují, co chtějí dělat. Středisko rozjelo nový projekt - pracovní integrace v podnicích, závodech a supermarketech.

30 klientů z obou těchto zařízení bydlí v chráněném bydlení s 24 hodinou péčí. Jedná se o dva domy s 15 byty, které nejsou vyčleněny z běžné zástavby. Obyvatelé chráněného bydlení jsou vedeni k samostatnosti, více rozhodují o věcech, které se jich týkají. Asistence a pomoc je poskytována dle individuální potřeby.

Cílovou skupinou jsou osoby od 18 let s mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením po ukončení základního vzdělání.

Na financování provozu se podílí kraj, klient odevzdává 80 % příspěvků. Kraj se rovněž podílí na financování dopravy klientů.

## 2.11.5 Sociální služby pro děti

Město Vídeň poskytuje profesionální práci s mládeží ve městě pomocí několika neziskových organizací. Nezisková organizace VJZ („Verein Wiener Jugendzentren“- Asociace vídeňských center pro mládež) je největším poskytovatelem profesionálních služeb mládeži ve Vídni a byla založena v roce 1978.

V současné době má tato organizace téměř 300 zaměstnanců pracujících ve více než 30 zařízeních města Vídně. Rozličné oblasti její práce zahrnují otevřenou práci s dětmi a mládeží v centrech a kubech pro mládež, samostatnou práci s mládeží, komunitní práci a programy ve vzdělávacích centrech. Kromě toho asociace nabízí různé akce a události, kterými podporuje mládežnickou kulturu a sport.

Asociace VJZ a její zařízení stojí na profesionální a moderní práci s dětmi a mladistvými, služby jsou poskytovány kvalifikovanými a kompetentními zaměstnanci. Hlavní kancelář se stará o finanční otázky, supervizi, monitoring a další vzdělávání zaměstnanců.

V současné době asociace realizuje:

- 15 center pro mládež
- 8 klubů pro mládež (menší centra s velkými možnostmi terénní práce)
- 4 jednotky samostatné práce s mládeží
- Centrum pro výtvarné umění
- 2 komunitní centra
- Cu TV – community youth TV
- Sezónní jednotku pro veřejné animace venku
- Místní parlament mládeže

Cílovou skupinou Asociace jsou mladí ve věku 6 – 19 let. V závislosti na potřebách v okolí se často mění hlavní pozornost projektu. Obvykle jsou děti definovány ve věku 6 – 10 let, junioři 10 – 13 let a mládež 13 – 19 let. Některá centra nabízí služby též dospělým, komunitní centra jsou specializována na dospělé. Účast na každé aktivitě je na základě dobrovolnosti.



## 2.11.6 Projekty rakouské Charity

### *Dům pro matku a dítě*

Charitní „Dům pro matku a dítě“ je projekt rakouské Charity, který je realizován v Linci. Tento projekt oslovuje osamocené matky, které nejsou samy schopny zvládat svoji současnou situaci. Do této skupiny patří zejména těhotné ženy, rozvedené ženy a ženy, které byly obětí domácího násilí. 10 žen žije se svými dětmi v malém samostatném apartmánu v Domě pro matku a dítě. Doby pobytu je umožněna na maximálně 2 roky, po ukončení pobytu je matkám stále poskytována sociální práce v rámci rakouské Charity.

Dům pro matky s dětmi je financován z místních a národních vládních zdrojů a také církvemi. Rakouská Charita vlastní fondy, ze kterých je tento projekt financován.

### *Azylový dům*

Tento charitní projekt je realizován v Gratzu. Byl založen v roce 1996 a zahrnuje v sobě azylový dům, chráněné bydlení a individuální poradenství. Tento projekt je adresován potřebným mladistvým a mladým dospělým ve věku 14 – 21 let, kteří nemají místo, kde by mohli zůstat přes noc. Charitní sociální pracovníci poskytují snadnou dostupnou, nízkoprahovou a okamžitou pomoc.

V roce 2010 hledalo pomoc v azylovém domě kolem 250 mladistvých a mladých dospělých. Azylový dům poskytuje ubytování přes noc až do deseti nocí za měsíc, jídlo a hygienické služby včetně možnosti vyprání prádla. Umožňuje též přístup k internetu, telefonu a úschovnu.

Služba individuálního poradenství zajišťuje pomoc při hledání stálého bytu, práce, finanční poradenství a umožňuje následné specializované sociální poradenství.

Azylový dům je financován městem Gatz a fondy rakouské Charity.

### ***Sociální podpora pro rodiny v krizi***

Jedná se o mobilní projekt, který je nabízen v různých regionech v Rakousku.

Podpora je nabízena dětem a rodičům, kteří nejsou schopni zvládat specifické situace v jejich životech, jako je domácí násilí, přepracovanost rodičů, finanční problémy, rozdílné domácí podmínky, rozvod rodičů atd.

Tento charitní projekt pracuje jménem Austrian Youth Welfare Service a nabízí pomoc rodinám v problematické situaci. Kvalifikovaní sociální pracovníci vyvíjí strategii pomoci a řešení společně s rodinou. Kromě toho rodina získává podporu a vedení v mnoha oblastech. To představuje poradenství, informace o dalších službách Charity, asistenci a podporu, aby byla rodina schopná zvládnout svůj běžný život. Rodinní sociální pracovníci asistují v rodině maximálně po dobu 24 měsíců. Sociální pracovníci též pomáhají rozvinout v rodině pevnější vztahy mezi rodiči a dětmi a posilují emoční klima v rodině. V rodinách s nízkými příjmy a zadlužeností pomáhají s dluhovým poradenstvím a s nalezením zaměstnání.

Tento projekt je financován Youth Welfare Service a z dotací dalších iniciativ.

### ***2.12 Porovnání českého a rakouského systému***

Při jakékoliv komparaci je nutné porovnávat nejen jednotlivé parametry a prvky obou systémů, v našem případě systém sociálních služeb, podmínky jejich poskytování, financování, kontroly, monitoringu efektivity apod. Je nutné vnímat celý zahraniční systém v celkovém kontextu dané země a to nejen makro ekonomickém, nýbrž i politicky-historickém.

Rakousko má s Českou republikou mnoho společného, od srovnatelného počtu obyvatel, přes podobné prvky sociální politiky až po stejný historický základ a nezpochybnitelná rezidua společné Rakousko – uherské říše. Je však důležité vnímat i rozdíly, které se právě od rozpadu Rakouska- Uherska v obou zemích projeví. Mezi ty nezákladnější patří rozdílné směřování sociálních politik obou států, tj. v Rakousku, i vlivem Německa, silící výkonový systém a v České republice, naopak zejména vlivem socialistického zřízení, spíše redistribuční systém. Dalším základním rozdílem, který se jasně projevuje a zásadním způsobem ovlivňuje možnou komparaci, je politicko-veřejnosprávní zřízení. Rakouských 9

spolkových zemí je autonomních a samy si tak určují podobu, kvalitu a dostupnost sociálních služeb na svém území. V České republice mají vyšší samostatně územní celky tyto možnosti značně omezené. Tento rozdíl je naprosto patrný již v rozdělní zákonodárné moci, která je tak sdílena mezi centralizovaným sněmem (Bundem) a jednotlivými spolkovými státy. Spolkové země pak mají, opět na rozdíl od ČR, svoji vlastní legislativu. Jde tedy o podobný model jako např. v Německu či částečně ve Spojených státech amerických.

O podobě, kvalitě, kontrole a dostupnosti sociálních služeb rozhodují tedy jednotlivé spolkové země.

Zajímavý posun, který se uskutečnil s platností od 1. 1. 2012 je centralizace rakouského příspěvku na péči ze spolkové na centrální, vládní úroveň. Je to opačná snaha než decentralizační tendence v České republice, které se tyto netýkají příspěvku na péči, ale možného financování sociálních služeb. Z dostupných zdrojů se lze domnívat a odvozovat, že mezi hlavní důvody této centralizace je vytvoření státní záruky, stejné či srovnatelné úrovni, a výchozích podmínek sociální péče na území celého Rakouska.

U příspěvku na péči je důležité zmínit dvě skutečnosti. Po zavedení příspěvku na péči v Rakousku se během krátké doby zdvojnásobily výdaje na tento účel, což je obdobný jev, který je možné detekovat i v České republice. Oproti tomu na rozdíl od České republiky stojí za porovnání počet příjemců této dávky. Zatímco v ČR jde o cca 2,8 % obyvatel, v Rakousku se jedná o 0,87 %.

Při komparacích nejen s rakouským systémem, ale obecně s evropskými systémy sociálních služeb, je nutno definovat pojem „sociální služba“. V evropském kontextu se dají sociální služby rozlišit na tzv. užší a širší pojetí. Zatímco užší pojetí odpovídá místním reáliím, tj. pojetí a chápání sociálních služeb ve smyslu sociální péče, prevence a poradenství, v řadě evropských zemí je mezi sociální služby přiřazována celá další škála veřejných služeb jako např. bydlení pro specifické skupiny obyvatel, veřejné školství, apod. V Rakousku je pak tento fakt doložitelný tím, že financování nástrojů aktivní a pasivní politiky zaměstnanosti je přiřazováno do sociálních služeb. Na druhou stranu činnosti, které u nás spadají do sociálních služeb (jako např. nízkoprahová zařízení pro děti a mládež), jsou v Rakousku definovány v oblasti školství a volného času.



Zřizování, kompetence a odpovědnosti v případě sociálních služeb jsou tedy v Rakousku jiné. Na druhou stranu lze detekovat všech v českém prostředí známých 32 typů služeb i v Rakousku.

Co se týká právních forem organizací poskytující sociální služby, pak v oblasti sociálních služeb převládá neziskový sektor. U služeb sociální péče mají velmi silnou roli církevní poskytovatelé sociálních služeb a oproti České republice pak i soukromé, rozuměj obchodní společnosti.<sup>10</sup>

Studie dále zahrnuje charakteristiku dávek sociální pomoci, které jsou svým obsahem podobné jako v České republice. Rozdílnosti bychom našli zejména v analýze kritérií pro přiznání těchto dávek.

Rakousko zavedlo, obdobně jako Česká republika, také příspěvek na péči, a sice v r. 1993. Jeho zavedení bylo doprovázeno podobnými projevy jako v ČR a to zejména velmi rychle stoupajícím celkovým objemem tohoto státního výdaje. Velmi podobná situace je i v případě využití příspěvku na péči, kdy u 80 % jeho příjemců je zajišťována neformální péče (v ČR 67 %). Naopak ale oproti situaci v České republice – v Rakousku po zavedení příspěvku na péči došlo k poměrně zaznamatelnému rozšíření sítě ambulantních a terénních sociálních služeb a to tak, že ačkoliv mají rozdílné podmínky poskytování, úrovně a kritérií kvality apod. v jednotlivých spolkových zemích, jsou však dostupné v celém Rakousku. Stejně jako v ČR znamenalo zavedení příspěvku na péči postupnou změnu struktury cílové skupiny domovů pro seniory v tom směru, že jsou prakticky již přijímáni pouze osoby s vyššími stupni příspěvku na péči, a že se až o 50 % zkrátila doba pobytu v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory. Oproti České republice existuje v Rakousku přísnější regulace podmínek tzv. neformální nebo rodinné péče, která je determinována zákonem o domácí péči. Dalším rozdílem je nepochybně podrobnější systém členění, kdy v České republice jsou celkem 4 stupně příspěvku na péči, v Rakousku pak existuje celkem 7 stupňů. Dalším rozdílem, který odráží jiné veřejnosprávní, resp. spolkové uspořádání, je skutečnost, že do 31. 12. 2011 existovali dva typy příspěvků na péči: státní a spolkový, tj. v Rakousku se rozlišoval státní příspěvek na péči a příspěvek na péči příslušné spolkové země. Dalším a

---

<sup>10</sup> Příkladem může být např. největší poskytovatel pobytových služeb pro seniory obchodní společnost Sene Cura.

posledním rozdílem oproti ČR je, že v Rakousku je statut příjemce příspěvku na péči podmiňován příjmem starobního důchodu. Jedna z podmínek přiznání příspěvku na péči je dlouhotrvající stav. Zatímco v České republice není tato podmínky více specifikována, je v rakouské legislativě tento stav časově stanoven na 6 měsíců (pokud trvá nebo má/bude trvat).

Stejně jako v ČR je příspěvek na péči netestovanou dávkou. A dále stejně jako v České republice je příspěvek na péči tvořen, resp. generován, daňovými výnosy. Další rozdíl je možné zaznamenat v relativním počtu příjemců příspěvku na péči, kdy v České republice jde o cca 2,85 % obyvatel, zatímco v Rakousku je to cca 4,2 % obyvatel. A naposledy oproti příspěvku na péči v České republice je v Rakousku každý ze sedmi stupňů vyjádřen také časovou dotací ve smyslu hodin potřebné péče.

Tabulka 7 Porovnání příspěvku na péči v ČR a v Rakousku

Dle DR legislativy	Dle legislativy ČR
→ 7 stupňů	→ 4 stupně
<p>Příjemce</p> <p>→ Osoba vyžadující péči</p> <p>→ S trvalým bydlištěm v DR</p> <p>→ Nemající nárok na příspěvek na péči na základě Spolkového zákona o příspěvku na péči</p> <p>→ Mající podanou žádost o příspěvek na péči</p>	<p>Příjemce</p> <p>→ Osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci</p> <p>→ Osoba závislá = z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti</p>
→ o přidělení příspěvku na péči rozhoduje okresní správní úřad na základě lékařského posudku	→ o příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností

Zdroj: Srovnání sociálních služeb pro seniory, IVRO, v.o.s. 2009



Jako nedostatečná je vnímána kapacita přechodných služeb (tj. obdoba odlehčovacích služeb), které jsou využívány jak rodinnými pečujícími, tak zejména jako přechodná fáze po propuštění ze zdravotnického zařízení, tj. obdobě českých sociálních služek ve smyslu § 52 zákona č. 108/2006 Sb.

Velmi podobná je situace, jako v České republice, je i v oblasti kvality sociálních služeb. Nikoliv v úrovni kvality poskytovaných služeb, nýbrž spíše v oblasti nástrojů, instrumentů či modelů měření a zvyšování kvality sociálních služeb. Na rozdíl od ČR je dohled nad kvalitou sociálních služeb decentralizován, tj. nad kvalitou poskytovaných sociálních služeb dohlížejí orgány jednotlivých spolkových zemí. Toto v praxi znamená, že kritéria kontroly či dohledu jsou rozdílná, stejně jako zákonné podmínky minimálního zajištění kvality.

V Rakousku je velmi rozšířen systém E-Qalin (v domovech pro seniory), který je v ČR prostřednictvím Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR rozšiřován v ČR (v r. 2013 cca 20 domovů pro seniory). Poměrně okrajový počet pobytových služeb v Rakousku má zaveden systém ISO 9001 (obdobně jako v České republice). V Rakousku je dále zaveden tzv. model Národního certifikátu kvality, který je srovnatelný se Značkou kvality v sociálních službách, kterou bylo v ČR v r. 2012 certifikováno 27 domovů pro seniory. Naopak v České republice neznámý je systém QAP (kvalita v procesu).

V případě pobytových služeb sociální péče nejsou rozlišovány cílové skupiny, tzn., neexistuje ekvivalent českého domova se zvláštním režimem. Naopak oproti České republice je ale jako sociální pobytová služba chápáno bydlení pro seniory s ambulantní péčí, tj. obdoba českých domů s pečovatelskou službou. Velmi často se pak setkáme s dvou nebo trojkombinací, kdy část lůžkových kapacit je pro osoby s vyšším stupněm závislosti a část pro osoby trpící demencí, příp. soběstačnější seniory s akcentem na samostatnější bydlení.

Co se týká struktury personálu v pobytových službách, jsou zde zjištěné stejné profese a pracovní pozice jako v České republice. Počet a struktura personálu částečně determinována časovým obsahem péče v každém stupni příspěvku na péči. V Rakousku však existují personální normativy, které jsou stanovovány a upravovány individuálně každou spolkovou zemí.

Velmi zajímavý je příklad využití disponibilních zdrojů v případě nutnosti uhrazení pobytové služby tak, jak je uveden ve studii. Je nutné předeslat, že i tyto postupy a podmínky si určují



spolkové země jednotlivě. K pokrytí nákladů se používá příjem (např. penze, renta, příspěvky na péči, výtěžky z nájemného, úrokové výnosy), tj. obdobně jako v České republice. V Rakousku je však praxí i testování, resp. použití, soukromého (hotovost, prostředky ze spořicíh účtů, cenné papíry, movitosti a nemovitosti a další). Uživatelé pobytové služby zůstávají „kapesné“, které je vyšší než v ČR, a sice 20 % jeho příjmu. V Rakousku existuje institut 13. a 14. platu, který je používán i na výplatu důchodů. Tyto „extra“ důchody pak zůstávají celé uživatelé. Kromě použití finančního a nemovitého majetku na úhradu sociálních služeb, včetně sledování darování a prodeje nemovitého majetku a to zpětně až 5 let, existuje i povinnost finanční participace osob blízkých. Tato je opět stanovována jednotlivými spolkovými zeměmi, tzn., v některých neexistuje vůbec a někde se vztahuje až na 28 % příjmu dané osoby.

Služby prevence jsou v Rakousku vnímány odlišně než v České republice. Jde o jakoukoliv prevenci předcházející závislosti a využívání jak sociálních, tak zdravotních služeb. Rozsah, kapacity, dostupnost, kvalita, ale i jistá typologie těchto služeb jsou plně v kompetenci a působnosti jednotlivých spolkových zemí. Z tohoto vyplývá i neexistence celorakouského registru poskytovatelů těchto služeb. V řadě případů pak dochází k míchání služeb sociální prevence, odborného poradenství a sociálních dávek a to vše tzv. pod jednou střechou. Rozmístění služeb mezi rakouskými městy a venkovem je velmi nerovnoměrné. Jelikož se služby poskytované např. bezdomovcům vyvíjejí čistě zespoda a nejsou výsledkem žádného systematického plánování, je systém financování v mnohých ohledech odlišný.

U protidrogových služeb je situace podobná jako u cílové skupiny osob bez přístřeší, tj. chybí zde jakýkoliv národní dokument ve smyslu strategie. U osob ohrožených závislostmi je poskytována paušální platba za klienta zařízení. Obecně lze říci, že v Rakousku existuje jen velmi malá síť nízkoprahových služeb.

Poměrně rozsáhlá část studie je věnována cílové skupině ohrožené skupiny dětí a mládeže, která je v Rakousku rozšířena ještě o rodinu, samoživitelky a tzv. „nedávno“ dospělé osoby. Obdobně, jako u předchozích sociálních služeb, je struktura, financování, dostupnost, ale i charakteristiky dané služby určována každou spolkovou zemí jiným způsobem. Dále je možné spatřovat jistou komplexitu celkové pomoci. Jedná se (na příkladu Horního Rakouska, ale i města Wels) od celkového zajištění možných potřeb. Nalezneme zde tedy velmi různorodé

služby (z nichž některé by v České republice byli označitelné za služby sociální), jejichž průsečíkem je cílová skupin a splnění cílů těchto služeb. Jde tedy o služby jako je poradenství, služby vedoucí k integraci, nízkoprahové volnočasové aktivity, podpora matek s dětmi, od bydlení, poradenství, odlehčovacích služeb, terapeutických služeb až po realizaci nebo/a příspěvku na dovolenou. Dalšími nadstavbovými službami jsou např. vzdělávání rodičů, logopedické poradenství, práce v terénu, ale i centra pro právní ochranu dětí a mládeže (a mnoho dalších služeb). Jde tedy o komplexní a systémové řešení bez rozlišení jeho jednotlivých prvků. V České republice jsou tyto jednotlivé prvky odlišeny a často neprovázány (od volnočasových mimoškolních aktivit, po nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, přes školní prevenci a práci psychologů, pedagogicko-psychologické poradny, terénní programy, mateřská centra, sociálně-právní ochrana dětí, ozdravné pobyty, apod.) Tyto služby jsou pak v gesci či/a kompetenci rozdílných státních či veřejnosprávních orgánů (ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, ministerstvo práce a sociálních věcí, ministerstvo zdravotnictví, kraje, města, obce, školy, apod.) Některé služby a sociální pomoci (jako např. odlehčovací služby pro rodiče, organizované dovolené, příspěvek na odpočinek apod.) neexistují v ČR vůbec nebo jen okrajově.

Rakousko a Česká republika mají poměrně hodně společných prvků. Zejména u služeb sociální péče mají tyto velmi porovnatelné obsahy, včetně struktury personálu. Stejným prvkem je i pak příspěvek na péči s odlišným obsahem, zdroji a jednotlivými stupni, včetně jejich počtu. Rovněž nástroje pro měření a zvyšování kvality jsou podobné (samotná úroveň kvality v celkovém měřítku stále ještě rozdílná). Za povšimnutí pro případnou budoucí změnu české legislativy stojí např.:

- Časový obsah péče jednotlivých příspěvků na péči a také případné navýšení na více stupňů.
  - Využívání dalších zdrojů uživatelů v pobytových a ambulantních službách sociální péče jako finančního a nemovitého majetku.
  - Možnost využití participace na úhradách ze stran osob blízkých.
  - Komplexnost všech služeb s akcentací na cílovou skupinu (jako např. lidé ohrožení závislostmi, ohrožené skupiny dětí, mládeže a mladistvých, osoby bez přístřeší apod.).
- Není primárně, a v řadě případů vůbec, řešeno, zda ta či ona jednotlivá služba spadá

pod oblast školství, zdravotnictví, sociální práce, sociálních služeb, poradenství, bydlení, atp. – důležité je komplexní zacílení na uživatele.

Rakouský systém je determinován politicky veřejným zřízením. Jednotlivé spolkové země jsou autonomními státy, které si samy určují nejen rozsah, kvalitu, dostupnost sociálních služeb, ale i jejich cenu, resp. výši úhrad a podmínky úhrad, pro uživatele těchto služeb. Tento systém vykazuje rozdílné úrovně, sítě a kapacity sociálních služeb napříč jednotlivými spolkovými státy, což samo o sobě není možné hodnotit jako negativní či pozitivní aspekt. Je možné kladně vnímat skutečnost, že na nižší samosprávné úrovni jsou sociální služby plánovány, financovány a „provozovány“ efektivněji, včetně rychlejších možných změn legislativních rámců poskytování těchto služeb. Zcela jistě negativní stránkou, tak jak také vyplynula z příkladu uvedeného ve studii, je nutnost důsledné změny trvalého bydliště v případě změny místa pobytu. Systém sociálních služeb totiž odráží politicko-veřejnoprávní uspořádání státu, na které jsou jeho obyvatelé po dlouho dobu zvyklí.



## 3 Slovensko

Autor: Bc. Andrea Tajanovská, DiS.

### 3.1 Základní údaje a struktura obyvatelstva na Slovensku

Slovensko, respektive Slovenská republika je menším středoevropským státem, který byl do roku 1992 součástí Československa. Slovensko leží takřka ve středu Evropy a hraničí s pěti sousedními státy. Na západě s Rakouskem a Českou republikou, na jihu s Maďarskem, s kterým má nejdelší hranice na východě s Ukrajinou s nejkratšími hranicemi a na severu s Polskem. Slovenská republika je od 1. května 2004 členem Evropské unie, od 21. prosince 2007 členem Schengenského prostoru a od 1. ledna 2009 je součástí Evropské měnové unie. Měnou je zde Euro. Slovensko je dále členem NATO, OSN, UNESCO, OECD, OBSE, CERN, WHO a Interpolu.

Slovensko je země s převážně římskokatolickým náboženstvím, hlásí se k němu až 69% lidí. Evangelická církev augsburského vyznání má zastoupení u 7% věřících a je druhou nejpočetnější církví. Část obyvatelstva se hlásí k pravoslavné církvi (5%) a bez vyznání je 13% lidí.

#### 3.1.1 Základní demografické údaje

Slovensko má rozlohu 49 035 km<sup>2</sup> a na jeho území žije k poslednímu Sčítání obyvatel, domů a bytů v květnu 2011 zhruba 5 400 000 obyvatel. Z celkového počtu obyvatel trvale bydlících na Slovensku je více než jedna polovina žen (51,3%) a na 1 000 mužů připadá 1 054 žen.

Obrázek 1 Mapa Slovenska – rozdělení dle okresů



V porovnání se sčítáním před deseti lety došlo na Slovensku k dalšímu poklesu podílu obyvatel v předproduktivním věku (0 - 14 let), snížil se z 18,9 % v roce 2001 na 15,3 % v roce 2011. Zvýšil se podíl obyvatel v produktivním věku (15 - 64 let) ze 68,9% v roce 2001 na 72 % v roce 2011 a také podíl obyvatel v poproduktivním věku (65 let a více) z 11,4 % v roce 2001 na 12,7% v roce 2011. V době sčítání se přihlásilo ke slovenské státní příslušnosti 92,2 % obyvatel. Podle výsledků jsou na Slovensku nejpočetnějšími národnostmi slovenská (80,7%), maďarská (8,5%) a romská (2%) národnost. Úředním jazykem je slovenština, kterou za svůj mateřský jazyk považuje 78,6% obyvatel oproti 9,4% osob, kteří se hlásí k maďarštině a 2,3% obyvatel, kteří uvedli v době sčítání jako svůj mateřský jazyk romštinu.

K rozhodujícímu okamžiku sčítání mělo Slovensko 2 890 obcí, z toho 138 měst 2 752 obcí. Více obyvatel mělo trvalý pobyt ve městech (54,4%) než na venkově (45,6%). 397 036 (k 21. 5. 2011) různých národností. Nejvíce obyvatel je slovenské národnosti, ke které se hlásí 85,8%.

### 3.1.2 Organizace veřejné správy na Slovensku

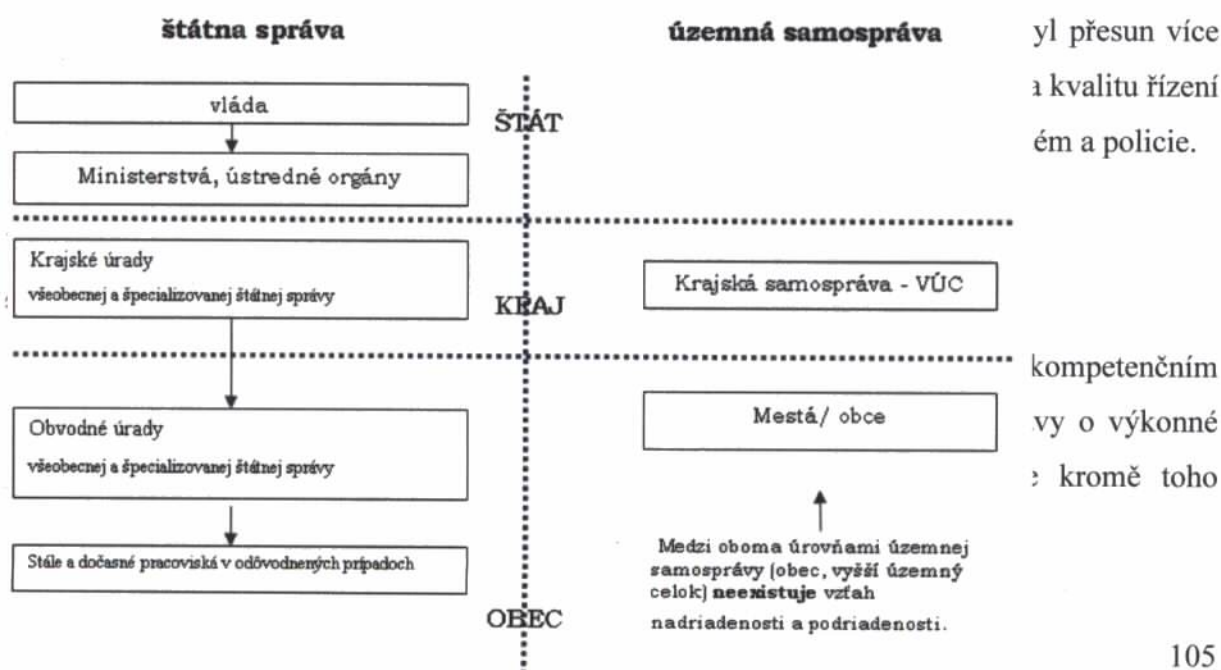
Státním zřízením je Slovensko parlamentní demokratickou republikou. V čele státu stojí prezident volený přímou volbou na 5tileté funkční období. O svoji moc se během vládnutí dělí se Slovenskou národní radou (parlamentem), která je zákonodárným orgánem se 150 poslanci, kteří jsou stejně jako prezident voleni přímou volbou.

Do roku 1989 byla místní veřejná správa na Slovensku vykonávána prostřednictvím národních výborů - orgánů socialistické moci, stejně tak jako v Česku. V září 1990 přijala Slovenská národní rada zákon č. 369/1990 Sb. o obecním zřízení. Tímto se obnovila místní samospráva na úrovni obcí. Došlo k oddělení státní správy a územní samosprávy a k zavedení takzvaného odděleného modelu veřejné správy. V roce 1990 došlo ke zrušení krajské úrovně státní správy. Místní státní správa byla na území Slovenska organizována v 38 okresech a 121 obvodech. V roce 1996 došlo k další reorganizaci místní státní správy. Bylo zrušených 121 obvodů a znovu se zavedla krajská úroveň státní správy. Slovenská republika byla rozdělena na 8 krajů a 79 okresů.

K 1. lednu 2002 vznikla druhá úroveň místní samosprávy, v rámci hranic administrativních krajů. V souladu s ústavou je nazývána vyšší územní celek (VÚC). Veřejná správa je tedy v současnosti organizována na třech úrovních: stát - kraj - obec. Každá úroveň má své volené představitele, rozdělené úlohy a odpovědnost. Některé úkoly / kompetence jsou rozděleny mezi státní správou a samosprávou. Volení představitelů všech tří úrovní (Národní rada, zastupitelstvo VÚC, městské / obecní zastupitelstvo) jakož i starostové měst / starostové obcí a předsedové samosprávy VÚC jsou voleni na základě všeobecného, rovného a přímého volebního práva tajným hlasováním na období 4 let.

Obrázek 2 Usporiadanie verejnej správy od 1. 1. 2004

**Usporiadanie verejnej správy od 1.1.2004:**





Základními úkoly státní správy jsou: hospodářská politika, zahraniční politika, bezpečnostní politika, obrana, civilní ochrana, hasičský sbor, soudnictví, vězeňství, celní pravomoci, měnové záležitosti, daňové úřady (mimo místních daní), pošty, železnice, dálniční systém, cesty I. třídy, úřady práce a služeb zaměstnanosti, vysoké školy, vybraná zdravotnická, kulturní a školská zařízení, letiště (regionální spolu s obcemi a kraji), ochrana přírody a regionální politika (dělená s obcemi a kraji).

### Samospráva

Města a obce zabezpečují samosprávnou působnost v rámci svých originálních kompetencí a ve svých samosprávných kompetencích mohou vydávat obecně závazné nařízení a stanoviska. Mezi originální kompetence, respektive samosprávou působnost, patří: místní komunikace, hromadná doprava, veřejná prostranství, zeleň, čistota, ochrana přírody a životního prostředí, vodní hospodářství, odkanalizování, komunální odpad, územní plánování, místní rozvoj, bydlení, předškolní a školská zařízení, sociální zařízení, polikliniky, některé nemocnice, kultura, matriky, některé přestupky, místní policie, výběr místních daní a poplatků, participace na regionálních plánech.

Ve vybraných oblastech, kde je to pro stát výhodnější, byl obcím svěřen i výkon přenesené působnosti státní správy. Jde o oblast matrik, stavebního řádu a části kompetencí ve školství. Tyto úkoly vykonávají jménem státu, stát je odpovědný za řízení a kvalitu služeb a financování těchto úkolů. Přesun úkolů na obce se dosud uskutečnil ve dvou etapách: 1990 - 1991 a 2002 - 2004 a bude pokračovat i v budoucnosti.

Kraje na Slovensku jsou v současnosti nejvyšší územněsprávní jednotkou a také jednotkou státní správy na Slovensku. První kraje na Slovensku vznikly roku 1949. K redukci jejich počtu došlo roku 1960 a roku 1990 byly kraje zcela zrušeny. Znovu byly zavedeny 1. 7. 1996, odkdy se Slovensko znovu dělí na osm krajů:

- Bratislavský kraj
- Banskobystrický kraj
- Košický kraj
- Nitriansky kraj
- Prešovský kraj
- Trenčiansky kraj

- Trnavský kraj
- Žilinský kraj

Obrázek 3 Mapa Slovenska - rozdělení dle krajů



Území jednotlivých krajů jsou k dnešnímu dni identická s územím samosprávních krajů, což jsou nejvyšší jednotky územní samosprávy na Slovensku. Stát spravuje úřady na území kraje prostřednictvím Krajských úřadů.

Tabulka 8 Územní samosprávné kraje

Kraj	Sídlo	Samosprávní kraj
Banskobystrický	Banská Bystrica	Banskobystrický
Bratislavský	Bratislava	Bratislavský
Košický	Košice	Košický
Nitranský	Nitra	Nitranský
Prešovský	Prešov	Prešovský
Trenčianský	Trenčín	Trenčianský
Trnavský	Trnava	Trnavský
Žilinský	Žilina	Žilinský



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

### 3.2 Národnosti na Slovensku

Podle výsledků Sčítání obyvatel domů a bytů z roku 2011 jsou nejpočetnějšími národnostmi na Slovensku, maďarská a romská národnost. Zatímco podíl trvale bydlících obyvatel v Slovenské republice hlásících se ke slovenské a maďarské národnosti v období let 2001 - 2011 klesl, podíl obyvatel s romskou národností mírně vzrostl. Při sčítání v roce 2011 se přihlásilo k slovenské národnosti 80,7%, to je 4 352 775 trvale bydlících obyvatel v SR (v roce 2001 85,8%, to je 4 614 854), k maďarské národnosti 8,5%, to je 458 467 trvale bydlících obyvatel v SR (v roce 2001 9,7%, to je 520 528) a k romské národnosti 2%, to je 105 738 trvale bydlících obyvatel v SR (v roce 2001 1,7%, to je 89 920).

V každém z osmi krajů žilo nejvíce obyvatel se slovenskou národností. Nejvyšší podíl i počet obyvatel si Slovenská národnost zapsal v Žilinském kraji (93,1%, to je 641 602). Obyvatelé maďarské národnosti byli v rámci Slovenska nejvíce zastoupeni v Nitranském kraji (24,6%, to je 169 460). Nejvíce obyvatel s romskou národností žilo v Prešovském kraji. Při sčítání v roce 2011 si romskou národnost uvedlo 5,3%, to je 43 097 obyvatel s trvalým pobytem v Prešovském kraji. V Prešovském kraji byl zaznamenán i nejvyšší podíl trvale bydlících obyvatel s rusínskou národností (3,5%, to je 28 835). Nejvíce obyvatel české národnosti žilo v rozhodujícím okamžiku sčítání 2011 v Bratislavském kraji (1,1%, to je 6 820). Podíl obyvatel s jinými než uvedenými národnostmi nedosáhl v rámci SR a krajů 1%.

V absolutních číslech v období let 2001 - 2011 přibylo nejvíce obyvatel s romskou (15 818), s rusínskou (9 281), s moravskou (938) a s polskou národností (482). Nejvyšší úbytek v absolutních číslech zaznamenala slovenská (o 262 079), maďarská (o 62 061), česká (o 14 253), ukrajinská (o 3 384) a německá národnost (o 715).

Slovenská republika těmto skupinám zaručuje všestranný rozvoj, zejména právo společně s jinými příslušníky menšiny nebo skupiny rozvíjet vlastní kulturu, právo rozšiřovat a přijímat informace v jejich mateřském jazyce, sdružovat se v národnostních sdruženích, zakládat a udržovat vzdělávací a kulturní instituce.

Občanům příslušníkům národnostních menšin nebo etnickým skupinám se, za podmínek stanovených zákonem, zaručuje kromě práva na osvojení si státního jazyka i právo na vzdělání v jejich jazyku, právo užívat jejich jazyka v úředním styku, právo účastnit se na řešení věcí týkajících se národnostních menšin a etnických skupin.



Postavení národnostních menšin na Slovensku komplexně upravuje Ústava Slovenské republiky. Práva národnostních menšin a etnických skupin tvoří samostatný čtvrtý oddíl Ústavy SR. Ve smyslu článku 12 se základní práva a svobody zaručují na území Slovenské republiky všem bez ohledu na pohlaví, rasu, barvu pleti, jazyk, víru a náboženství, politické, či jiné smýšlení, národní nebo sociální původ, příslušnost k národnosti nebo etnické skupině, majetek, rod nebo jiné postavení. Nikoho nelze z těchto důvodů poškozovat, zvýhodňovat nebo znevýhodňovat. Každý má právo svobodně rozhodovat o své národnosti. Zakazuje se jakékoli ovlivňování tohoto rozhodování a všechny způsoby nátlaku směřující k odnárodnění. Podle článku 33 a 34 Ústavy příslušnost ke kterékoli národnostní menšině nebo etnické skupině nesmí být nikomu na újmu.

Zároveň jsou práva národnostních menšin a etnických skupin chráněny i jinými zákony a mezinárodními iniciativami. Jednou z nejvýznamnějších je Rámcová úmluva o ochraně národnostních menšin, která byla přijata usnesením NR SR č. 128 z 21. června 1995 a vstoupila v platnost 1. února 1998.

Dohled nad dodržováním práv národnostních menšin a etnických skupin, jakož i vytváření podmínek pro vývoj jejich kultury a jazyka, má v kompetenci především Úřad vlády SR. Nejvyšším představitelem politické vůle ve vztahu k menšinám je místopředseda vlády SR pro znalostní společnost, evropské záležitosti, lidská práva a menšiny. Odborným pracovištěm Úřadu vlády Slovenské republiky, které se zabývá i problematikou národnostních menšin a etnických skupin a přímo ho řídí kancelář místopředsedy vlády SR, je Sekce lidských práv a menšin. Její organizační úřad - Odbor lidských práv a menšin - plní zároveň úlohu sekretariátu Rady vlády pro národnostní menšiny a etnické skupiny. Rada je poradním a koordinačním orgánem vlády SR pro oblast národnostní politiky a pro oblast implementace Evropské charty regionálních či menšinových jazyků.

Zároveň sekce úzce spolupracuje se Slovenským národním střediskem pro lidská práva, které bylo zřízeno antidiskriminačním zákonem a od roku 2005 plní funkci monitorovacího orgánu ve vztahu k dodržování lidských práv, mimo jiné i národnostních menšin a etnických skupin. Při výkonu své funkce místopředseda vlády SR spolupracuje i s Úřadem zmocněnce vlády SR pro romské komunity. Jde o poradní orgán vlády pro problematiku romských komunit



evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

v Slovenské republice, který plní úkoly zaměřené na řešení záležitostí romských komunit a realizuje opatření ke zlepšení postavení a jejich integraci do společnosti.

Politické záměry vlády SR ve vztahu k národnostním menšinám a s nimi souvisejícími lidskými právy koncepčně a systémově realizuje ve své činnosti i Ministerstvo kultury SR. Na základě programového prohlášení vlády SR v listopadu 1998 se na Ministerstvu kultury SR utvořila samostatná sekce menšinových kultur (v současnosti sekce menšinových a regionálních kultur).

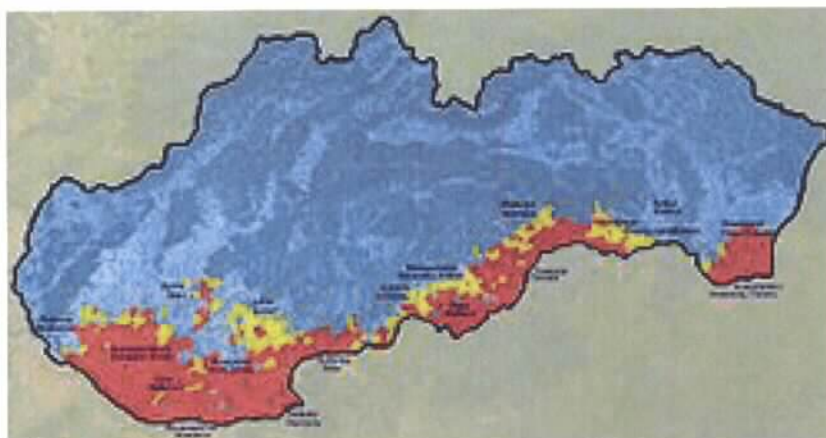
Dohled nad uplatňováním a prováděním národnostního učení spadá do pravomoci Ministerstva školství SR. Ministerstvo zajišťuje vzdělávání pro menšiny v předškolních zařízeních, základních školách, středních školách, speciálních školách a školských zařízeních s vyučovacím jazykem nebo vyučováním jazyka maďarské, ukrajinské, rusínské a německé národnostní menšiny. Zároveň podporuje několik programů, jejichž cílem je rozvoj školních a vzdělávacích návyků u znevýhodněných skupin patřících k romské menšině. Poradním orgánem ministra školství při plnění úkolů v oblasti národnostního školství je Rada pro národnostní školství.

### **3.3 Romská menšina na Slovensku**

Nežli se zmíníme v základních bodech o romské menšině na Slovensku, je nutno podotknout, že nejpočetnější menšinou v této zemi je ta maďarská, jak uvádíme v předešlé kapitole. Za příslušníky maďarské menšiny na Slovensku jsou považováni občané Slovenské republiky hlásící se k maďarské národnosti, a občané Maďarské republiky mající v SR krátkodobý, či trvalý pobyt.

Při sčítání lidu v roce 2011 se k maďarské národnosti přihlásilo 8,5% obyvatel, což je 458 467 trvale bydlících lidí v SR (v roce 2001 to bylo více než o jedno procento více - 9,7%, tedy 520 528). Přestože počet obyvatel hlásících se k maďarské národnosti klesl oproti sčítání v roce 2011, jedná se stále o největší menšinu na území SR. Nejvíce příslušníků této menšiny žije v jižní části země při hranicích s Maďarskem, převážně v okrese Komárno v Nitranském kraji a v okrese Dunajská Streda v Trnavském kraji.

Obrázek 4 Romská menšina na Slovensku



V předešlé kapitole jsme uvedli, že podíl trvale bydlících obyvatel v Slovenské republice hlásících se ke slovenské a maďarské národnosti v období let 2001 - 2011 klesl, podíl obyvatel s romskou národností mírně vzrostl. Při sčítání v roce 2011 se přihlásilo k romské národnosti 2%, to je 105 738 trvale bydlících obyvatel v SR (v roce 2001 1,7%, to je 89 920).

Za příslušníky romské menšiny na Slovensku jsou považováni občané Slovenské republiky hlásící se k romské národnosti. Podle údajů z roku 2011 žije v SR 105 738 trvale bydlících obyvatel náležících k této menšině. Toto číslo znázorňuje občany SR, kteří při sčítání lidu označili svou národnost za romskou. Neoficiální zdroje hovoří až o 458 000 až 520 000 příslušnicích této menšiny, tvořících tak téměř 10% celkového obyvatelstva Slovenska. Jedná se o druhou největší menšinu na území SR, první největší je maďarská menšina. Nejvíce příslušníků této menšiny žije ve východní části země, převážně v Košickém, Prešovském a Banskobystrickém kraji.



Obrázek 5 Romská menšina na Slovensku



Jak je patrné z mapy, nejpočetnější komunity Romů se soustřeďují v Prešovském, Košickém a Banskobystrickém kraji. Jejich nízká vzdělanostní a společenská úroveň je staví do znevýhodněné pozice.

Romská národnostní menšina na Slovensku má svou vlastní vnitřní strukturu spočívající na rodinně a rodových vztazích, proto se identita Romů (etnická i sociální) reflektovala na úrovni příslušnosti k vlastní rodině s jistým statusem v lokální komunitě v čele s Vajdou. Tradice vlastního způsobu života a přenos kulturního dědictví ústním podáním z generace na generaci trvala až do 20. století. Nerespektování specifik Romů, a ani jejich nepoznání, a rozbití rodinného a skupinového života Romů vedlo k procesům dekulturnizace, degenerace minority, k růstu etnických konfliktů. Z hlediska struktur a vrstev jsou Romové na Slovensku nejméně strukturovaným etnikem.

Romská komunita je vnitřně silně diferencovaná. Důležitou diferenciací je stabilizace subetnických podskupin na Slovensku. Nejpočetnější jsou skupiny usedlých Romů, takzvaní Rumunři a kočovných, olašských Romů, Vlašika Roma, samostatnou skupinou jsou zbytky německých Sintů. Romové se stejně odlišují jazykem a dialekty, které používají a z nichž přebírají slova do romštiny. V slovenském prostředí používají slovenštinu a její dialekty, na



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

jižním Slovensku maďarštinu. Romy na Slovensku diferencuje i jejich původ v městském či venkovském prostředí a příslušnost ke konkrétnímu regionu Slovenska.

Pouze malé procento z odhadovaného počtu Romů žijících na Slovensku přiznává romský původ. Romové nejsou příliš ochotni deklarovat svou romskou identitu. Takto nízký indikátor národní identity signalizuje i jistý stupeň formální asimilace romské národnosti do společnosti. Nízké sebeurčení Romů lze dokumentovat například i váhavým úsilím využívat právo etnické menšiny užívání svého jazyka ve školách a na úřadech nebo slabým udržováním romských tradic a zvyků. Sebeidentifikace Romů do značné míry souvisí s tím, jak se na ně dívají členové majority.

Vzdělanostní struktura romské minority má v současnosti nejhorší parametry. Téměř 80% Romů na Slovensku má sotva ukončené základní vzdělání, respektive je zcela bez vzdělání. Vyšší vzdělání u Romů (včetně úplného středního vzdělání s maturitou, středního odborného a vysokoškolského vzdělání) nedosahuje ani 2% osob. Jazykový handicap je postupně spojován se sociálním deficitem a vede k neodůvodněnému přeřazování romských dětí do speciálních škol, kde jsou speciální třídy pro romské děti.

### 3.3.1 Romský problém

S romskou menšinou se na Slovensku objevuje takzvaný romský problém. Romská problematika představuje široký okruh téměř všech sociálních problémů - vysoká míra nezaměstnanosti (většinou dlouhodobé nezaměstnanosti), nízká úroveň vzdělanosti a kvalifikace, špatné bytové podmínky, nižší životní úroveň, vysoká míra závislosti na sociálních dávkách, kriminalita, prostituce a drogová problematika.

Majorita vnímá Romy zpravidla jako jednotnou skupinu, která se odlišuje a žije na okraji společnosti. Sociální vyloučení a diskriminace Romů ve veřejných věcech a v rámci občanské společnosti je důležitým faktorem ovlivňujícím přístup Romů k zaměstnání, vzdělání a dalším veřejným službám. Vyloučení Romů na Slovensku pramení z kombinace historických, kulturních, sociálních i geografických faktorů a výrazně se liší od komunity ke komunitě. Celkový rozsah tohoto problému a jeho kořeny je velmi těžké identifikovat.

Negativní vnímání Romů mezi Neromů se za posledních deset let zintenzivnilo a vztahy mezi oběma skupinami se soustavně zhoršují. Pro tento fakt existuje několik možných vysvětlení,





evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

včetně upadajícího společenského postavení Romů, jejich rostoucí nezaměstnanosti a rostoucí závislosti na sociálních dávkách. Negativní stereotypy jsou posilovány i rostoucí geografickou separací a klesajícím kontaktem mezi Romy a Neromy.

Oddělení a marginalizovaní Romové mají nízký sociální kapitál, to znamená, že postrádají sociální sítě a kontakty, na které by se mohli spolehnout a těžit z nich. Do velké míry jsou izolováni od většinového obyvatelstva. Romové vzácně udržují fungující vztahy s jinými etnickými skupinami, což vede k sociální distanci a nepochopení na obou stranách. Instituce, zejména samosprávné orgány, veřejné služby a kostely se nejčastěji nacházejí v integrovaných oblastech, do kterých mají Romové omezený přístup. Romské děti jsou často zařazovány do zvláštních škol a tříd. Sociální pracovníci jen zřídka navštěvují segregované osady a obecně mají omezené kontakty s romskými osadami.

Romové v zemích střední Evropy, tedy i na Slovensku, patří mezi sociální kategorie nejvíce ohrožené vyloučením z trhu práce a v důsledku toho mezi socioekonomicky slabší společenské vrstvy. V minulosti byla převážná část romské populace součástí "tradiční, staré" chudoby a tvořila viditelné "ostrůvky chudoby". S nástupem industrializace přišlo ke kumulaci handicapů a Romové se umísťovali mezi nižšími sociálními kategoriemi. Období transformace po roce 1989 vedlo v případě velké části romské populace k tomu, že Romové se změnami zařadili spíše do kategorie poražených jako do skupiny vítězů. Podle I. Radičové je důvodem především jejich stratifikační vykořeněnost. Romové podle ní totiž nebyli během transformace v roce 1989 zapojeni ani do jedné ze dvou stratifikačních pyramid bývalého režimu: vzhledem ke své nízké kvalifikaci a vzdělanosti nebyly formálně funkčně zařazeni na trh práce a nebyli ani zařazeni v jistých sociálních sítích. Tak se znásobila hloubka chudoby, do které po roce 1989 padli.

Následně vznikly podle I. Radičové dva výrazné jevy. První z nich odkazuje na takzvanou znásobenou marginalizaci, kdy Romové žijí oddělení na marginalizovaném území. Vytváří se uzavřené společenství s homogenizovanou strukturou, kde se prosazuje jen jeden vzorec sociálního chování a jedna životní strategie. Vzniká fenomén, který se nazývá kulturou chudoby.

Radičová hovoří o fenoménu znásobené kulturní závislosti, která se navenek projevuje výraznou pasivitou, rezignací, apatií aj. agresivitou. Typické rysy underclass přesahují znaky



romské etnicity. Oba zmíněné jevy stabilizují cyklus absolutní chudoby a podmiňují past nezaměstnanosti, z níž se Romové nedokážou využitím svého současného potenciálu dostat. Stávají se závislými na dávkách sociální podpory a na dávkách sociální pomoci poskytovanými institucemi státní sociální politiky.

Výsledkem je extrémně vysoká dlouhodobá nezaměstnanost, přičemž dochází k mezigeneračnímu reprodukování tohoto stavu. Nerovnost šancí Romů je tedy důsledkem nahromaděných hendikepů: hendikepu historického postavení ve společnosti spolu s veřejnou politikou zaměřenou na romskou menšinu, handicapu nezařazení do stratifikačních pyramid a hendikepu nepřipravenosti samotných Romů na transformaci.

Na Slovensku pracuje s Romy a romskou problematikou řada organizací, sdružení a spolků. Je zde aktivní řada nevládních organizací a nadací, jejichž činnost se omezuje právě na národnostní menšiny. Některé se spíše orientují na publikační činnost a sběr dat, jiné svými grantovými programy aktivity národnostních spolků i finančně podporují. Mezi ty nejznámější patří: Nadácia otvorenej spoločnosti, Nadácia Pontis, Nadácia SOCIA, Stredoeurópska nadácia, Nadácia Milana Šimečku, Nadácia škola doktorán, PDCS, Ľudia proti rasizmu, Priatelia zeme – CEPA, OZ Človek v ohrození, Rómsky vzdelávací fond, Liga aktivistov pre ľudské práva, Amnesty International.

### ***3.4 Sociální pojištění a důchodový systém***

Údaje o sociální pojištění a o důchodovém systému na Slovensku jsou získány z Ministerstva práce, sociálních věcí a rodiny Slovenské republiky. Sociální zabezpečení na Slovensku má tři základní formy, kterými jsou sociální pojištění, sociální pomoc a sociální podpora.

#### **3.4.1 Sociální pojištění**

Úkolem sociálního pojištění je ochrana obyvatel v různých životních situacích, jako je například mateřství nebo pracovní neschopnost, a to zejména pokud jde o následky ve vztahu k pracovní síle. Podstata pojistného systému vychází z předchozí ekonomické aktivity občanů a jejich příjmů. Jde o systém zásluhovosti, který je součástí reformy sociálního pojištění, což v praxi znamená, že výše pojistné dávky bude adekvátní odvedené části, tedy odvodů do pojistných fondů.

Sociální pomoc představuje systém náhradních zdrojů nejčastěji v situacích hmotné nouze nejvíce ohrožených skupin obyvatel. Občan, který je bez příjmu, má nárok na pomoc ze strany státu formu dávek v hmotné nouzi. Ty ale nemohou být trvalou, ale jen dočasnou náhradou pracovního příjmu.

Sociální podpora je zaměřena na rodinné dávky, které jsou financovány ze státního rozpočtu, prostřednictvím kterých se stát přímo podílí na řešení některých životních situací (např. narození, výživa a výchova dítěte, smrt rodinného příslušníka a podobně). Nárok na rodinné dávky není podmíněn placením příspěvků nebo příjmovými poměry oprávněných osob.

Sociální pojištění je nejrozsáhlejší částí systému sociálního zabezpečení na Slovensku. Jde o povinné veřejnoprávní pojištění, založené na placení pojistného a pobírání dávek. Jeho úkolem je ochránit velkou část obyvatelstva před náročnými životními situacemi a zajistit přerozdělení důchodů v národním hospodářství. Důchodový systém představuje soubor cílů, nástrojů a metod, jejichž prostřednictvím stát zajišťuje příjem svého ekonomicky neaktivního obyvatelstva. Avšak důchodový systém se netýká pouze důchodců, ale ve značné míře ovlivňuje i příjmy a chování ekonomicky aktivního obyvatelstva. Pracující a vydělávající lidé totiž odvodem určité části své mzdy průběžně financují živobytí ostatních.

Sociální pojištění upravuje zákon č. 461/2003 Sb., o sociálním pojištění ve znění pozdějších předpisů a je v zásadě konstruováno jako povinné zákonné pojištění. Kromě povinného pojištění, zákon o sociálním pojištění umožňuje i dobrovolné pojištění a to konkrétně v systému nemocenského pojištění, důchodového pojištění a pojištění v nezaměstnanosti. Pojistné na jednotlivé druhy pojištění a pojistné do rezervního fondu solidarity jsou určeny procentní sazbou z vyměřovacího základu dosaženého v rozhodném období. Systém sociálního pojištění sestává z pěti samostatných pojistných systémů:

- **Nemocenské poistenie** - je pojištění pro zajištění příjmu v případě ztráty nebo snížení příjmu z výdělečné činnosti v důsledku dočasné pracovní neschopnosti, potřeby ošetřování nebo opatrování, těhotenství a mateřství. Z nemocenského pojištění se poskytují následující nemocenské dávky:
  - nemocenské,
  - ošetrovné,
  - vyrovnávací dávka,



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

- materské.
  
- **Dôchodkové poistenie** - zákon o sociálnom poistení rozlišuje starobní pojištění, zaměřené na zajištění příjmu ve stáří a pozůstalostní a invalidní pojištění určené pro případ poklesu schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pojištěnce a pro případ úmrtí. Z důchodového pojištění se poskytují následující důchodové dávky:
  - zo starobného poistenia
    - starobný dôchodok,
    - predčasný starobný dôchodok,
    - vdovský dôchodok a vdovecký dôchodok,
    - sirotsky dôchodok,
  - z invalidného poistenia
    - invalidný dôchodok,
    - vdovský dôchodok a vdovecký dôchodok,
    - sirotsky dôchodok.
  
- **Úrazové poistenie** – je pojištění pro případ poškození zdraví nebo úmrtí v důsledku pracovního úrazu, služebního úrazu a nemoci z povolání. Z tohoto pojištění se poskytují následující úrazové dávky:
  - úrazový príplatok,
  - úrazová renta,
  - jednorazové vyrovnanie,
  - pozostalostná úrazová renta,
  - jednorazové odškodnenie,
  - pracovná rehabilitácia a rehabilitačné,
  - rekvalifikácia a rekvalifikačné,
  - náhrada za bolesť a náhrada za sťaženie spoločenského uplatnenia,
  - náhrada nákladov spojených s liečením,
  - náhrada nákladov spojených s pohrebom.





evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

- **Garančné poistenie** - je pojištění pro případ platební neschopnosti zaměstnavatele na uspokojení nároků zaměstnance a na úhradu příspěvků na starobní důchodové spoření nezaplacených zaměstnavatelem do základního fondu příspěvků na starobní důchodové spoření. Takto je povinně pojištěný zaměstnavatel zaměstnance v pracovněprávním vztahu a člena družstva, který je v pracovním vztahu k družstvu. Z tohoto pojištění se poskytuje dávka pouze zaměstnanci. Za zaměstnance je považována fyzická osoba v pracovním poměru, fyzická osoba v právním vztahu na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr a člen družstva, který je v pracovním vztahu k družstvu.
- **Poistenie v nezamestnanosti** - je pojištění pro případ ztráty příjmu z činnosti zaměstnance v důsledku nezaměstnanosti a na zabezpečení příjmu v důsledku nezaměstnanosti. Z pojištění v nezaměstnanosti se poskytuje dávka v nezaměstnanosti. Povinně pojištěný v nezaměstnanosti je zaměstnanec, který je zároveň pojištěný v nemocenském pojištění.

### 3.4.2 Důchodový systém

V oblasti důchodového systému Slovenská republika přistoupila po roce 2003 k rozsáhlé reformě, v důsledku čehož se jednopilířový systém se stanovenými dávkami PAYG (pay as you go - systém průběžného financování s mezigeneračním přerozdělením), která původ způsob změnila na systém postavený na třech samostatných pilířích:

- **I. pilíř - povinné důchodové pojištění** – je prováděné sociálním zabezpečení na základě zákona č. 461/2003 Sb., sociálním pojištění ve znění pozdějších předpisů s účinností od 1. ledna 2004. Z důchodového pojištění se podle zákona o sociálním pojištění za podmínek stanovených tímto zákonem poskytují důchodové dávky:

#### A. ze starobního pojištění:

- starobní důchod,
- předčasný starobní důchod,
- vdovský důchod a vdovecký důchod,
- sirotčí důchod.

B. z invalidního pojištění:

- invalidní důchod,
  - vdovský důchod a vdovecký důchod,
  - sirotčí důchod.
- **II. pilíř - starobní důchodové spoření** - financované prostřednictvím kapitalizace a prováděné penzijními institucemi na základě zákona č. 43 /2004 Sb., o starobním důchodovém spoření a o změně některých zákonů ve znění pozdějších předpisů s účinností od 1. ledna 2005. Z II. pilíře jsou vypláceny tyto důchody:
    - starobní důchod,
    - předčasný starobní důchod,
    - pozůstalostní důchody - vdovský důchod, vdovecký důchod a sirotčí důchod.

Starobní důchod a předčasný starobní důchod se vyplácí ve formě programového výběru s doživotním důchodem nebo ve formě doživotního důchodu.

- **III. pilíř - dobrovolné doplňkové důchodové spoření** - financované prostřednictvím kapitalizace, prováděné doplňkovými důchodovými společnostmi na základě zákona č. 650/2004 Sb., o doplňkovém důchodovém spoření a o změně některých zákonů ve znění pozdějších předpisů, s účinností od 1. ledna 2005.

Doplňkové penzijní spoření představuje dobrovolný třetí pilíř důchodového systému, ve kterém jsou finanční prostředky účastníků penzijního spoření spravované soukromými společnostmi. Účelem doplňkového důchodového spoření je umožnit účastníkovi získat doplňkový důchodový příjem ve stáří a doplňkový důchodový příjem v případě ukončení výkonu tzv. "Rizikových prací", to je prací, které jsou zařazeny na základě rozhodnutí orgánu na ochranu zdraví do kategorie 3 nebo 4 nebo skončení výkonu prací zaměstnance, který je taneční umělec nebo hudební umělec, který provádí profesi hráče na dechový nástroj, tzv. "Rizikových prací", to je prací, které jsou zařazeny na základě rozhodnutí orgánu na ochranu zdraví do kategorie 3 nebo 4 nebo skončení výkonu prací zaměstnance, který je taneční umělec nebo hudební umělec, který provádí profesi hráče na dechový nástroj.

### 3.5 Podpora rodinám s dětmi

Rodiny s dětmi na Slovensku stát finančně podporuje v rámci systému státní sociální podpory jednorázovými a opakovanými státními sociálními dávkami s cílem finančně přispět rodičům na výdaje spojené s narozením dítěte nebo více dětí současně a se zajištěním péče o nezaopatřené děti, jejich výchovu a výživu.

Při poskytování státní podpory rodinám s dětmi se nesleduje příjem rodiny a proto se ani příjem rodiny netestuje, až na výjimku při poskytování náhradního výživného. Dávky poskytované rodinám s dětmi v rámci systému státní sociální podpory jsou financovány výhradně ze státního rozpočtu. Poskytování jednotlivých dávek je legislativně upraveno zákony, které stanoví podmínky nároku na jednotlivé dávky, jejich výši, způsob a proces vyplácení včetně ustanovení zaměřených na minimalizaci možností neúčelného využívání finančních prostředků. Rodinám s dětmi jsou určeny následující příspěvky:

- Pridavok na dieťa,
- Príplatok k prídavku na dieťa,
- Rodičovský príspevok,
- Príspevok pri narodení dieťaťa,
- Príplatok k príspevku pri narodení,
- Príspevok rodičom, ktorým sa súčasne narodili tri deti,
- Príspevok na starostlivosť o dieťa,
- Náhradné výživné,
- Príspevok na podporu náhradnej starostlivosti o dieťa.

#### 3.5.1 Pridavok na dieťa

Pridavok na dieťa je státní sociální dávka, kterou stát přispívá oprávněné osobě na výchovu a výživu nezaopatřeného dítěte. Podmínky pro získání příspěvku jsou:

- péče oprávněné osoby o nezaopatřené dítě,
- trvalý pobyt nebo přechodný pobyt oprávněné osoby (týká se pouze cizinců) na území Slovenské republiky,



- trvalý pobyt nebo přechodný pobyt vyživovaného dítěte (týká se pouze cizinců) na území Slovenské republiky.

Nárok na přídavek nevzniká, pokud se nezaopatřenému dítěti poskytuje péči v zařízení a důvodem takové péče je provádění rozhodnutí soudu o nařízení ústavní péče, předběžného opatření nebo rozhodnutí o uložení ochranné výchovy nebo výchovného opatření. Nárok na přídavek taktéž nevzniká, jestliže se oprávněná osoba a nezaopatřené dítě pobývají ve státě, který není členským státem Evropské unie, stranou Dohody o Evropském hospodářském prostoru nebo Švýcarskou konfederací, a během pobytu v tomto státě oprávněná osoba není veřejně zdravotně pojištěna nebo dobrovolně veřejně zdravotně pojištěna ve Slovenské republice. Oprávněná osoba k uplatnění nároku na přídavek je:

- rodič nezaopatřeného dítěte,
- osoba, které je nezaopatřené dítě svěřeno do péče nahrazující péči rodičů na základě pravomocného rozhodnutí soudu,
- plnoleté nezaopatřené dítě, pokud není rodiče nezaopatřeného dítěte,
- plnoleté nezaopatřené dítě, pokud má upravenou vyživovací povinnost od rodičů,
- plnoleté nezaopatřené dítě, které uzavřelo manželství,
- plnoleté nezaopatřené dítě, jehož manželství zaniklo.

**Výška přídavku je 22,54 €.**

Částka se upravuje k 1. lednu kalendářního roku koeficientem, kterým se upravily částky životního minima. Částka se zaokrouhluje na nejbližší eurocent a vyhlásí ji Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny SR opatřením, jehož úplné znění zveřejní ve Sbírce zákonů SR nejpozději do 31. prosince kalendářního roku.

Oprávněná osoba uplatňuje nárok na přídavek na úřadu práce, sociálních věcí a rodiny příslušného podle místa jejího trvalého pobytu nebo přechodného pobytu (týká se pouze cizinců). Nárok na přídavek na dítě si uplatňuje oprávněná osoba písemnou formou - prostřednictvím písemné žádosti.

### 3.5.2 Příplatek k přídavku na dítě

Příplatek k přídavku na dítě je státní sociální dávka, kterou stát připlácí oprávněné osobě k přídavku na dítě na výchovu a výživu nezaopatřeného dítěte, na které nelze uplatnit daňový bonus podle zvláštního předpisu. Podmínky nároku je:

- splnění podmínek nároku na přídavek péči oprávněné osoby o nezaopatřené dítě, trvalý pobyt nebo přechodný pobyt oprávněné osoby (týká se pouze cizinců) na území Slovenské republiky, trvalý pobyt nebo přechodný pobyt vyživovaného dítěte (týká se pouze cizinců) na území Slovenské republiky,
- pobírání starobního důchodu, předčasného starobního důchodu, invalidního důchodu z důvodu poklesu schopnosti vykonávat výdělečnou činnost o více než 70 %, výluhového důchodu nebo pobírání důchodové dávky téhož druhu v cizině oprávněnou osobou a další fyzickou osobou, která si může uplatnit daňový bonus podle § 33 zákona č. 595/2003 Z. z. o dani z příjmů ve znění pozdějších předpisů (druhý rodič, druhý náhradní rodič nebo manžel rodiče, který není rodičem nezaopatřeného dítěte, pokud žijí s nezaopatřeným dítětem v domácnosti),
- neprovádění výdělečné činnosti oprávněnou osobou a další fyzickou osobou, která si může uplatnit daňový bonus podle § 33 zákona č. 595/2003 Z. z. o dani z příjmů ve znění pozdějších předpisů,
- nepřiznání daňového bonusu na vyživované dítě, na které si oprávněná osoba uplatnila nárok na přídavek na dítě.

Splnění podmínek nároku na příplatek k přídavku se sleduje u oprávněné osoby a současně i u další fyzické osoby, která si může uplatnit daňový bonus. Oprávněnou osobou k uplatnění nároku na příplatek k přídavku je:

rodič nezaopatřeného dítěte,

- osoba, které je nezaopatřené dítě svěřeno do péče nahrazující péči rodičů na základě pravomocného rozhodnutí soudu.

**Výše příplatku k přídavku je 10, 57 € měsíčně.**

Částka se upravuje od 1. ledna kalendářního roku koeficientem, kterým se upravily částky životního minima. Částka se zaokrouhluje na nejbližší eurocent. Částku vyhlásí Ministerstvo

práce, sociálních věcí a rodiny Slovenské republiky opatřením, jehož úplné znění zveřejní ve Sbírce zákonů SR nejpozději do 31. prosince kalendářního roku.

### 3.5.3 Rodičovský příspěvek

Rodičovský příspěvek je státní sociální dávka, kterou stát přispívá oprávněné osobě k zajištění řádné péče o dítě. Oprávněná osoba má nárok na rodičovský příspěvek, pokud:

- zabezpečuje řádnou péči o dítě,
- má trvalý pobyt nebo přechodný pobyt na území SR.

Řádnou péčí je podle tohoto zákona péče poskytovaná dítěti v zájmu jeho všestranného fyzického vývinu a psychického vývoje, zejména přiměřená výživa, hygiena, výchova a dodržování preventivních prohlídek dítěte. Podmínka řádné péče o dítě se považuje za splněnou, jestliže oprávněná osoba zabezpečuje řádnou péči o dítě osobně nebo jinou zletilou fyzickou osobou nebo právnickou osobou. Oprávněnou osobou je

- rodič dítěte,
- fyzická osoba, které je dítě svěřeno do péče nahrazující péči rodičů na základě rozhodnutí soudu nebo na základě rozhodnutí úřadu práce, sociálních věcí a rodiny,
- manžel rodiče dítěte, pokud žije s rodičem dítěte v domácnosti.

**Výše rodičovského příspěvku je 194,7 eura měsíčně.**

Jestliže oprávněná osoba zabezpečuje řádnou péči o dvě a více současně narozených dětí, rodičovský příspěvek v částce 194,7 eura se zvyšuje o 25% na každé dítě, které se narodilo současně.

Výše rodičovského příspěvku je každoročně stanovena opatřením Ministerstva práce, sociálních věcí a rodiny Slovenské republiky a je vyhlášeno ve Sbírce zákonů SR nejpozději do 31. prosince.



### 3.5.4 Príspevok pri narodení dieťaťa

Príspevek při narození dítěte je státní sociální dávka, kterou stát přispívá na pokrytí výdajů spojených se zajištěním nezbytných potřeb novorozence. Podmínky nároku příspěvku při narození dítěte jsou:

- narození dítěte,
- trvalý pobyt oprávněné osoby na území SR.

Nárok na příspěvek při narození dítěte na totéž dítě vzniká pouze jednou. Pokud se současně narodí více dětí, nárok na porodné vzniká na každé dítě. Nárok na příspěvek při narození dítěte nevzniká oprávněné osobě, pokud před uplatněním nároku na porodné dala svolení k osvojení dítěte nebo dítě bylo svěřeno do péče náhradních rodičů na základě pravomocného rozhodnutí soudu nebo příslušného orgánu nebo dítěti byla nařízena ústavní péče pravomocným rozhodnutím soudu.

Oprávněnou osobou na uplatnění nároku na příspěvek při narození dítěte je:

- matka, která dítě porodila,
- otec dítěte, pokud matka dítěte zemřela nebo po matce dítěte bylo vyhlášeno pátrání nebo dítě bylo svěřeno do výchovy otce na základě pravomocného rozhodnutí soudu,
- osoba, která převzala dítě do péče nahrazující péči rodičů na základě pravomocného rozhodnutí soudu nebo příslušného orgánu.

**Výše příspěvku při narození dítěte je stanovena od 1. ledna 2009 na jedno dítě 151,370 €.**

Pokud se současně narodily dvě nebo více dětí a dvě z nich se dožily 28 dní, zvyšuje se porodné o jednu polovinu uvedené částky na každé dítě, které se dožilo 28 dní.

### 3.5.5 Příplatek k příspěvku při narození dieťaťa

Příplatek k příspěvku při narození dítěte je státní sociální dávka, kterou stát připlácí na zvýšené výdaje spojené se zabezpečením nezbytných potřeb dítěte, které se matce narodilo jako první dítě, druhé dítě nebo třetí dítě, které se dožilo alespoň 28 dní.

Podmínky nároku na příplatek k příspěvku při narození dítěte jsou:

- splnění podmínek nároku na porodné



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

- narození prvního, druhého nebo třetího dítěte, které se dožilo alespoň 28 dní.

Oprávněnou osobou k uplatnění nároku na příplatek příspěvku při narození dítěte je:

- matka, která porodila první dítě, druhé dítě nebo třetí dítě, které se dožilo alespoň 28 dní,
- otec dítěte, pokud matka dítěte, která porodila první dítě a zemřela nebo po matce, která porodila první dítě, a bylo po ní vyhlášeno pátrání,
- dítě, které se narodilo matce jako první dítě, druhé nebo třetí, které se dožilo alespoň 28 dní, bylo svěřeno do výchovy otce na základě pravomocného rozhodnutí soudu.

Oprávněná osoba uplatňuje nárok na příplatek k podáním písemné žádosti na Úřadu práce, sociálních věcí a rodiny podle místa narození dítěte.

**Výše příplatek k příspěvku při narození dítěte je 678,490 €.**

### **3.5.6 Príspevok rodičom, ktorým sa súčasne narodili tri deti**

Príspevok rodičom je štátni sociální dávka, ktorou štát prispívá jednou za rok rodičom alebo osobě, ktorá prevzala deti do péče nahrazující péči rodičů na základě pravomocného rozhodnutí soudu, na zvýšené výdaje, které vznikají v souvislosti s péčí o:

- současně narozené tři děti nebo více dětí,
- v průběhu dvou let opakovaně narozená dvojčata nebo více dětí současně.

Podmínky nároku na příspěvek rodičům jsou:

- alespoň tři ze tří nebo více současně narozených dětí, případně v průběhu dvou let opakovaně narozených dvojčat jsou ve věku nejvýše 15 let. U dvojčat, nebo více současně narozených dětí, které se opakovaně narodily během dvou let, se sleduje věková hranice dětí, které se narodily první v pořadí;
- péče oprávněné osoby o děti;
- trvalý pobyt oprávněné osoby a výše uvedených dětí na území Slovenské republiky.

Príspevok rodičom se poskytuje na každé dítě v kalendářním roce pouze jednou. Nárok na příspěvek rodičům nevzniká při péči o dítě, kterému se poskytuje péči v zařízení celoročně, pokud je důvodem takové péče výkon ústavní výchovy na základě pravomocného rozhodnutí

příslušného orgánu nebo výkon ochranné výchovy na základě pravomocného rozhodnutí soudu.

Oprávněnou osobou k uplatnění nároku na příspěvek je:

- rodič dětí;
- osoba, která převzala děti do péče nahrazující péči rodičů na základě pravomocného rozhodnutí soudu.

Pokud se rodiče nedohodnou, kdo z nich uplatní nárok na příspěvek rodičům, přednostní právo na tento příspěvek má matka dětí. Oprávněná osoba si může uplatnit nárok na příspěvek rodičům na úřadu práce, sociálních věcí a rodiny příslušného podle místa jejího trvalého pobytu na základě písemné žádosti.

***Výška příspěvku na jedno dítě podle věku od 1. ledna 2009 je:***

- 81,990 €, jde-li o dítě do 6 let věku,
- 101,250 €, jde-li o dítě od 6 let věku do 15 let věku,
- 107,550 €, jde-li o dítě ve věku 15 let věku.

### **3.5.7 Příspěvek na starostlivost' o dítě**

Poskytováním příspěvku na péči o dítě stát přispívá rodiči nebo fyzické osobě, které je dítě svěřeno do péče na úhradu výdajů vynaložených na péči o dítě. Jestliže soud svěřil dítě do péče jednomu z rodičů, je oprávněnou osobou k uplatnění nároku na příspěvek na péči o dítě. Příspěvek na péči o dítě patří oprávněné osobě na každé dítě. Pokud je více oprávněných osob, které splňují podmínky nároku na příspěvek, náleží příspěvek na totéž dítě jen jedné z nich. Oprávněná osoba má nárok na příspěvek na péči o dítě, pokud:

- vykonává výtěžnou činnost, studuje denní formou na střední škole nebo na vysoké škole,
- je poskytovatelem péče o dítě na území Slovenské republiky,
- má trvalé bydliště nebo přechodný pobyt na území Slovenské republiky,
- dítě má trvalý pobyt nebo přechodný pobyt na území Slovenské republiky.





evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

Péče o dítě se provádí

- v rodinném prostředí dítěte,
- v prostředí účelově vytvořeném a upraveném pro výkon péče o dítě,
- v rodinném prostředí fyzické osoby poskytující péči o dítě.

***Výška příspěvku na péči o dítě za kalendářní měsíc je:***

- v částce prokázaných výdajů oprávněné osoby, nejvíce však 230 €,
- 41,10 €, pokud péči o dítě zajišťuje jiná fyzická osoba a nevyplácí se jí rodičovský příspěvek nebo rodič, který vykonává výdělečnou činnost a nezajistí péči o dítě jinak.

### **3.5.8 Náhradné výživné**

Náhradním výživným se přispívá k zajištění výživy nezaopatřeného dítěte v případě,

- že si povinná osoba neplní vyživovací povinnost stanovenou pravomocným rozhodnutím soudu nebo soudem schválenou dohodou,
- že nezaopatřenému dítěti nevznikl nárok na sirotčí důchod, nebo výška sirotčího důchodu nedosahuje výšku minimálního výživného stanoveného zákonem o rodině.

Nárok na náhradní výživné vznikne, pokud jsou splněny následující podmínky:

- neplnění vyživovací povinnosti povinnou osobou v plné výši ve lhůtě a způsobem určených pravomocným rozhodnutím soudu nebo soudem schválenou dohodou nejméně tři po sobě následujících měsíců od splatnosti poslední splátky výživného, a pokud exekuční řízení trvá nejméně tři měsíce od doručení návrhu na provedení exekuce exekutorovi,
- oprávněné osobě nevznikl nárok na sirotčí důchod nebo sirotčí výsluhový důchod, nebo částka sirotčího důchodu, nebo sirotčího výsluhového důchodu je nižší než částka minimálního výživného stanoveného zákonem o rodině.

Náhradní výživné se poskytuje ve výši určené pravomocným rozhodnutím soudu nebo soudem schválené dohody, nejvýše však ve výši 1,2 násobku částky životního minima pro nezaopatřené dítě.

Pokud si povinná osoba plní vyživovací povinnost částečně, náhradní výživné se poskytne ve výši rozdílu mezi výší výživného určeného pravomocným rozhodnutím soudu nebo soudem schválené dohody, která se zohledňuje nejvíce ve výši 1,2 násobku částky životního minima pro nezaopatřené dítě a výškou zaplaceného výživného.

Náhradní výživné, na které má nárok oprávněná osoba, která pečuje o sirotka, je ve výši:

- minimálního výživného, pokud oprávněné osobě nevznikl nárok na sirotčí důchod,
- sirotčího výsluhového důchodu,
- rozdíl mezi minimálním výživným a částkou sirotčího důchodu.

Žadatelem může být:

- rodič dítěte,
- jiná fyzická osoba, které bylo nezaopatřené dítě svěřeno do péče,
- nezaopatřené dítě, pokud je zletilé.

Žadatel si může uplatnit nárok na náhradní výživné podáním písemné žádosti o náhradní výživné na úřadu práce, sociálních věcí a rodiny příslušného podle místa trvalého pobytu žadatele.

### ***3.6 Legislativní ukotvení sociálních služeb v historickém přehledu***

Legislativní ukotvení sociálních služeb na Slovensku nelze oddělit od historie sociálních služeb v České republice, protože šly až do roku 1992 ruku v ruce. Krátký historický exkurz formování politiky sociálních služeb jako součásti systému sociálního zabezpečení (sociální ochrany) lze začít ve druhé polovině minulého století. Tehdy se zákonem o sociálním zabezpečení z roku 1956 různé typy sociálních intervencí, včetně sociální péče a služeb uspořádaly do jednotného státního systému sociálního zabezpečení s důsledným vymezením kompetencí orgánů sociální správy v této oblasti veřejného zájmu.

Pokryvání sociálních rizik v oblasti nemoci, invalidity či stáří bylo vázáno na zaměstnání a mělo v té době v rámci systému sociálního pojištění již svou tradici. To však neplatilo pro oblast sociální péče a služeb, které se dříve poskytovaly spíše charitativní a dobrovolnickou formou. Z tohoto období pramení postoje k systému sociální péče (pomoci) a jeho



jednotlivým nástrojům jako k systému a nástrojům "poslední instance", které prakticky přetrvávají do dnes.

Jako součást zákona o sociálním zabezpečení z roku 1956 se kodifikoval subsystém takzvané sociální péče (od roku 1998 byl nazýván jako systém sociální pomoci), v rámci kterého se poskytovaly dávky a služby rodinám s dětmi, starším lidem, lidem se zdravotním postižením nebo lidem v různých mimořádných situacích. Výkonné orgány národních výborů, ale i dobrovolné organizace, církve a náboženské společnosti, také podniky a jednotná zemědělská družstva zřizovaly ústavy sociální péče pro starší a zdravotně postižené lidi, lidi s trvalými tělesnými a smyslovými poruchami a chorobnými stavy. Zásady jejich zřizování, organizace a správy připravoval státní úřad sociálního zabezpečení a výkon dozoru realizovaly výkonné orgány národních výborů. Vedle ústavní péče se v tomto období začaly budovat základy domácí ošetrovatelské péče. Ta se poskytovala zpočátku zejména na základě dobrovolnictví, později v kombinaci s profesionálními pracovníky.

Dalším významným mezníkem byl rok 1975, kdy byl přijat nový zákon o sociálním zabezpečení. Sociální služby v něm byly nadále zařazeny jako součást pilíře sociální péče. Navzdory rostoucímu prosazování zásady podpory setrvání osob v jejich přirozeném rodinném prostředí, hrála významnou pozici nadále ústavní péče. Novým prvkem však byla snaha o postupnou diverzifikaci ústavní péče zaváděním i denních a týdenních forem pobytu, zejména u dětí se zdravotním postižením. Její součástí byly různé typy souvisejících služeb, jako ubytování, vzdělávání, výchova, zaopatření, kulturní či zdravotní péče.

Zásadním mezníkem pro oblast sociálních služeb jako součásti systému sociálního zabezpečení bylo přijetí zákona o sociálním zabezpečení v roce 1988 a jeho prováděcí vyhlášky zaměřené na celou oblast sociální péče. Sociální péče byla podobně jako v předchozích obdobích poskytována rodinám s dětmi, starším osobám a osobám se zdravotním postižením, společensky nepřizpůsobeným osobám a takovým, které se vyskytly ve zvlášť náročných životních podmínkách.

Sociální služby byly poskytovány formou pečovatelské služby, ústavní péče (zejména pro děti a dospělé s různými druhy zdravotního postižení), péče pro důchodce (domovy důchodců a domovy a penziony pro důchodce), péče v jiných účelových zařízeních sociální péče (např. pro osamělé matky s dětmi či pro výkon pěstounské péče), formou stravování, středisek



osobní hygieny, prádelen či klubů důchodců. Paleta poskytovaných služeb byla velmi pestrá. V průběhu let se neměnila ani tak jejich smysl, jako spíše systém jejich organizování a financování s výraznými ambicemi směrem k decentralizaci sociálních služeb.

Zákon z roku 1988 o sociálním zabezpečení a jeho prováděcí vyhláška se staly základem právní úpravy sociálních služeb až do roku 1998, kdy se celá část o sociálním zabezpečení z původního zákona o sociálním zabezpečení vyčlenila a přijetím zákona č. 195/1998 Sb. o sociální pomoci vytvořila zvláštní pilíř sociální pomoci. Jednou z jeho věcných součástí byla i problematika sociálních služeb a jejich právní úprava.

Celý proces "emancipace" sociálních služeb vyvrcholil v roce 2009, kdy vstoupil v platnost samostatný zákon č. 448/2008 Sb. o sociálních službách a završil proces rozpadu zákona o sociální pomoci, který se přetransformoval na skupinu samostatných zákonů upravujících jednotlivé oblasti sociální péče (sociální pomoci). Zánikem zákona o sociální pomoci však nezanikl pilíř "sociální pomoci" jako součást systému sociálního zabezpečení (ochrany) s jeho specifickými vlastnostmi a úlohami. Proces stále vyšší míry legislativní specifikace sociálních služeb v rámci systému sociálního zabezpečení (sociální ochrany) neznamenal a dodnes neznamena jejich věcné vyčleňování z tohoto systému. Byl spíše projevem rostoucího uznání významu sociálních služeb při řešení nepříznivých sociálních situací lidí se zachováním jejich plnohodnotné pozice jako součásti systému sociálního zabezpečení (sociální ochrany) a jeho vnitřní složitosti.

### ***3.7 Politika sociálních služeb jako součást systému sociální ochrany***

Systém sociální ochrany se na Slovensku skládá ze čtyř subsystémů (pilířů, oblastí veřejného zájmu), kterými jsou:

- zdravotní péče,
- sociální pojištění,
- státní sociální podpora,
- sociální pomoc.

Jednotlivé pilíře se od sebe liší:

- typem sociálních rizik, která pokrývají,

- charakterem nástrojů, které používají (věcné dávky ve formě služeb nebo peněžité dávky / příspěvky) a možnostmi jejich kombinování,
- základním principem financování (buď na základě pojištění, nebo redistribuce z daní),
- způsobem financování (univerzální pro všechny lidi splňujících zákonem stanovená kritéria nebo v závislosti na příjmu jednotlivce a jeho rodiny).

Na základě pojištění jsou financovány dva subsystemy (pilíře). Jedním je zdravotní péče, v jejímž rámci se poskytují pacientům zdravotnické služby v souladu se zdravotnickou legislativou, která definuje nároky pojištěnců z veřejného zdravotního pojištění. Na principu pojištění je postaven i subsystem sociálního pojištění, v rámci kterého se pokrývají taková sociální rizika, jako ztráta příjmu pro pracovní neschopnost, invaliditu, dosažení důchodového věku, úraz nebo nemoc z povolání, nezaměstnanost či platební neschopnost zaměstnavatele.

Na jiném principu jsou založeny subsystemy státní sociální podpory a sociální pomoci. Oba pokrývají širokou škálu sociálních rizik a událostí (např. narození dítěte a péče o dítě, náhradní rodinnou péči, úmrtí člena rodiny; ale i hmotnou nouzi, sociální důsledky těžkého zdravotního postižení, závislost na sociální službě z důvodu nepříznivé životní situace). Spojuje je to, že nástroje, které k tomu používají, jsou financovány ze státního nebo regionálního či místního rozpočtu, tedy z daní formou jejich přerozdělování. Právě financování z daní formou přerozdělování dělá nástroje, které se poskytují v rámci státní sociální podpory či sociální pomoci, zvláště citlivými na aktuální ekonomickou situaci země. V rámci pilíře sociální pomoci je situace jiná, protože kromě důkazu, že situace nastala (např. osoba je nezaměstnaná a nemá už nárok na dávku v nezaměstnanosti), se zkoumá i příjem a majetek této osoby a osob, které patří s ní do společně posuzovaného okruhu osob. Jde tedy o komplexní sociální, často i zdravotní posuzování životní a sociální situace lidí a hledání nejvhodnějších forem věcné či finanční pomoci, případně jejich kombinace.

Na Slovensku jsou tedy sociální služby součástí sociální pomoci jako jednoho z pilířů sociální ochrany, poskytují se výhradně ve formě věcné pomoci, tedy jako služby, ne jako přímé peněžité dávky, poskytují se v závislosti na příjmu a majetku odkázané osoby a její rodiny a jsou financovány z daní (státního, regionálního či místního rozpočtu) v kombinaci s příjmem odkázané osoby a její rodiny popřípadě z darů a jiných příjmů.





evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

### 3.7.1 Dávkové systémy, přímé platby, peněžité příspěvky

Poskytování různých sociálních dávek, přímých plateb podmíněných nepříznivým zdravotním stavem či přímo těžkým zdravotním postižením se v současnosti považuje za přímý nástroj modernizace služeb dlouhodobé péče. Nejde přitom jen o důchodové dávky (invalidní či starobní důchod), ale i o soustavu různých forem peněžních příspěvků (v některých zemích se nazývají jako individuální účty a jiné peněžní programy) poskytující osobám závislým na pomoc jiných a jejich rodinám větší výběr a flexibilitu při organizování potřebných balíčků služeb a osob / institucí, které jim služby poskytují. Individuální účty umožňují kombinovat různé typy a formy péče a dělit odpovědnost za péči mezi neformální péči a profesionální službu.

Takto organizovaná péče umožňuje nejen obecně vyšší míru flexibility a sebeurčení ze strany příjemců služeb a jejich rodin, ale posiluje i postavení starších osob a osob se zdravotním postižením jako jejich spotřebitelů.

Zkušenosti s individuálními balíčky má například Německo, Nizozemsko či Velká Británie. Systém přímých plateb je v podmínkách Slovenska známý jako systém peněžních příspěvků primárně souvisejících s kompenzací sociálních důsledků těžkého zdravotního postižení. Jde o všechny typy peněžních příspěvků, které se původně poskytovaly podle zákona o sociální pomoci a od 1. ledna 2009 se poskytují v rámci specializované právní úpravy zákona č. 447/2008 Sb. o peněžních příspěvcích na kompenzaci těžkého zdravotního postižení.

### 3.7.2 Veřejný a neveřejný poskytovat sociálních služeb

Podle platného zákona o sociálních službách je na Slovensku veřejným poskytovatelem sociální služby obec, dále poskytovatel zřízený nebo založený obcí či vyšším územním celkem (krajem). Všichni ostatní poskytovatelé jsou považováni za neveřejné poskytovatele (v zahraničí se používá spíše pojmenování privátní nebo soukromí poskytovatelé). Přívlastek "neveřejný" neznámá, že by neveřejný poskytovatel poskytoval služby mimo okruh veřejného zájmu. Bez ohledu na to, zda neveřejný poskytovatel poskytuje sociální službu bez účelu dosahovat zisk nebo zda na poskytování sociálních služeb získává nějakou státní dotaci,





evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

vždy se poskytování činností, které spadají podle zákona do okruhu sociálních služeb, považuje za veřejný zájem.

### **3.8 Národní priority rozvoje sociálních služeb na Slovensku**

V červnu 2009 Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny Slovenské republiky vypracovalo Národní priority rozvoje sociálních služeb pro roky 2009 až 2013, které jsou odrazem reálné situace poskytování sociálních služeb na Slovensku, vycházejí z místních potřeb a zároveň z priorit Evropského společenství s ohledem na dostupnost a přístupnost sociálních služeb a jejich finanční udržitelnost. Národní priority rozvoje sociálních služeb jsou východiskem pro obce při vypracovávání komunitních plánů sociálních služeb a pro samosprávné kraje při tvorbě koncepcí rozvoje sociálních služeb. Zaměřují se na:

1. podporu setrvání klienta v přirozeném prostředí rozvojem terénních sociálních služeb;
2. rozvoj ambulantních a pobytových sociálních služeb v zařízeních s týdenním pobytem;
3. zvýšení kvality a humanizace poskytovaných sociálních služeb prostřednictvím rekonstrukce, rozšiřování, modernizace a budování zařízení sociálních služeb;
4. vzdělávání zaměstnanců v oblasti sociálních služeb.

#### **Ad. 1 Podpora setrvání klienta v přirozeném prostředí rozvojem terénních sociálních služeb**

Důvodem stanovení této priority na Slovensku je skutečnost, že terénní sociální služby jsou zde podle dostupných statistických údajů nedostatečně rozvinuté nebo zcela chybí. Mezi slabé stránky patří i nedostatečně vytvořené podmínky pro setrvání klienta v přirozeném, tedy domácím, prostředí a nedostatečná terénní sociální práce. Tato priority se tedy zaměřuje právě na terénní sociální služby pro lidi odkázané na pomoc jiné osoby. Jejich poskytování podle dostupných údajů klesá i přes zvyšující se poptávku. I přesto, že občan, který o tuto sociální službu požádá a splní hmotně-právní podmínky poskytování služby, jeho nárok často není uspokojen. Důležitou aktivitou této priority je také rozvoj terénních programů a sociálních služeb.

Měřitelné ukazatele dosažení priority do roku 2013:

- zvýšení podílu sociálních služeb poskytovaných v domácím prostředí;
- zvýšení podílu poskytovaných finančních příspěvků neveřejným poskytovatelům terénních sociálních služeb ze strany obcí a samosprávných krajů.

### **Ad. 2 Rozvoj ambulantních a pobytových sociálních služeb v zařízeních s týdenním pobytem**

Záměrem stanovení této priority je postupná deinstitucionalizace sociálních služeb na Slovensku, avšak s přihlédnutím k potřebám a schopnostem klienta a s cílem poskytovat mu sociální služby v jeho rodinném nebo komunitním prostředí. Poskytování ambulantních sociálních služeb a sociálních služeb v zařízeních s týdenním pobytem umožňuje rozvíjet rodinné a společenské vztahy klienta s ohledem na jeho schopnosti a možnosti s cílem zařadit ho do společnosti a na trh práce.

Měřitelné ukazatele dosažení priority do roku 2013:

- zvýšení podílu ambulantních sociálních služeb a sociálních služeb v zařízení s týdenním pobytem;
- zvýšení podílu poskytovaných finančních příspěvků neveřejným poskytovatelům ambulantních sociálních služeb a sociálních služeb v zařízení s týdenním pobytem ze strany obcí a samosprávných krajů.

### **Ad. 3 Zvýšení kvality a humanizace poskytovaných sociálních služeb prostřednictvím rekonstrukce, rozšiřování, modernizace a budování zařízení sociálních služeb**

Cílem trendů humanizace a modernizace na Slovensku je zajistit kvalitní sociální služby, tak jak si to žádají nejen klienti, ale i jak jsou uplatňovány v Evropské unii. V praxi to znamená především zajištění dostupnosti služeb. Tato povinnost vyplývá poskytovatelům sociálních služeb i přímo ze zákona o sociálních službách a má umožnit příjemcům sociálních služeb přístup do prostředí a budov, ve kterých se poskytují a zajistit minimální standardy bydlení. Jde zejména o odstranění architektonických bariér v interiérech i exteriérech sociální služby a zajistit jejich materiálně technické vybavení, a to nejpozději do 31. 12. 2013. V případě rozšiřování, modernizace a budování zařízení sociálních služeb je kladen důraz na rozvoj





evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

takových druhů sociálních služeb, které prioritně umožní klientovi setrvat ve své komunitě a žít v takovém typu zařízení sociálních služeb, které odpovídá rodinnému typu zařízení a zvyšovat variabilitu poskytovaných sociálních služeb tak, aby si klient mohl svobodně vybrat takový druh sociální služby, která nejlépe odpovídá jeho potřebám.

Měřitelné ukazatele dosažení priority do roku 2013:

- zvýšení počtu metrů čtverečních obytné plochy připadající na jednoho obyvatele v zařízení sociálních služeb na 10 metrů čtverečních / 1 klient v jednolůžkovém pokoji a 8 metrů čtverečních / 1 klient ve dvou a více lůžkovém pokoji,
- zvýšení počtu bezbariérových prostor a budov, ve kterých se poskytují sociální služby;
- zvýšení počtu zařízení, které prioritně umožní klientovi setrvat ve své komunitě a žít v takovém typu zařízení sociálních služeb, které odpovídá rodinnému typu zařízení.

### 3.8.1 Vzdělávání zaměstnanců v oblasti sociálních služeb

Jedním z cílů nové právní úpravy poskytování sociálních služeb je zajistit jejich profesionální výkon a tedy i zvýšit kvalitu poskytovaných sociálních služeb. Jedním ze základních předpokladů dosažení tohoto cíle je vzdělávání zaměstnanců sociálních služeb v rámci potřeby splnění kvalifikačních předpokladů pro výkon sociální služby a zároveň jejich další vzdělávání a prohlubování kvalifikace. V této prioritě je nezbytné vzdělávání zaměstnanců, tak aby splnili kvalifikační předpoklady stanovené zákonem o sociálních službách.

Měřitelné ukazatele dosažení priority do roku 2013:

- 100 % pečovatelek / pečovatelů s kvalifikačním předpokladem v souladu s § 84 odst. 9 zákona o sociálních službách k 31. 12. 2011;
- zvýšení podílu odborných zaměstnanců v sociálních službách.

Vláda Slovenské republiky dále schválila dne 30. 11. 2011 Strategii deinstitucionalizace systému sociálních služeb a náhradní péče. Slovensko se tak hlásí k celosvětovému trendu systematického odstraňování důsledků dlouhodobě uplatňovaného, ale už historicky prodělaného modelu institucionální izolace a segregace lidí vyžadujících dlouhodobou pomoc a péči ve specializovaných zařízeních, jmenovitě dětí v náhradní péči a osob se zdravotním postižením, seniory, a jeho nahrazení alternativním modelům služeb a opatření, svým





evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

charakterem co nejvíce podobným podmínkám běžného života. Taková změna modelu je jedním z cílů současné politiky Evropské unie v oblasti sociálního začlenění a zdravotního postižení a je součástí závazků Slovenské republiky v mezinárodní lidsko-právní agendě mezi které patří například Úmluva o právech dítěte a Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. Základním záměrem deinstitucionalizace ve Slovenské republice je vytvoření a zajištění podmínek pro nezávislý a svobodný život všech občanů, odkázaných na pomoc společnosti v přirozeném sociálním prostředí komunity prostřednictvím komplexu kvalitních alternativních veřejných, tedy i sociálních služeb.

### **3.8.2 Právo na sociální službu na Slovensku**

Od roku 2009 je na Slovensku poprvé stanoven právním řádem právo osoby na poskytnutí sociální služby, která odpovídá jejím potřebám, podporuje její lidská práva, důstojnost a sociální začlenění. Takto formulovaným právem Slovensko navazuje na některé mezinárodní závazky, zvláště na Čl. 14 revidované Evropské sociální charty (1996), která explicitně zavazuje země zajistit svým občanům "právo na prospěch ze sociálních služeb". Ostatní dokumenty, např. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (2006) nedefinuje právo na sociální služby, ale vymezuje je jako prostředek (nástroj) na uplatňování práva žít nezávisle a v rodině či komunitě, práva osobní mobility, přístupu k informacím, vzdělání, práci či k rehabilitaci.

### **3.8.3 Uplatňování zásady rovného zacházení**

Navazuje na princip rovnosti uplatňovaný práva na sociální zabezpečení (ochrany), podle kterého se zajišťují práva všech oprávněných subjektů podle jednotných pravidel, což samozřejmě neznamená uplatňování zásady "všem stejně". Nevylučuje se diferenciací a individualizací pomoci formou sociálních služeb, nepřijatelný je však subjektivismus při posuzování odkázanosti, při rozhodování a následném poskytování sociálních služeb. Jde o uplatňování rovného zacházení s každým podle pravidel antidiskriminační legislativy stavující, že se v sociálním zabezpečení zakazuje diskriminaci na základě pohlaví, rasy nebo etnického původu.

### 3.8.4 Komplexnost posuzování potřeb

Posudková činnost pro účely sociálních služeb je komplexní, což znamená, že se berou v úvahu nejen zdravotní aspekty posuzované osoby, které hodnotí lékař (lékařská posudková činnost), ale i sociální aspekty odkázanosti na sociální službu (sociální posudková činnost). V rámci druhé jmenované se posuzují individuální schopnosti občana a jeho úsilí řešit svou situaci vlastním přičiněním; přihlíží se i na jeho rodinné zázemí a celkové prostředí, ve kterém žije (např. podmínky bydlení, dostupnost služeb, apod.).

### 3.8.5 Věcný charakter sociálních služeb

Sociální služby se v podmínkách Slovenska poskytují výlučně jako věcná pomoc, ne ve formě dávky a finanční pomoci.

### 3.8.6 Práva a povinnosti poskytovatelů i příjemců sociálních služeb

Osoby jako zájemci o sociální službu nebo její přímí příjemci mají právo výběru druhu a formy sociální služby, právo na dostupné informace o sociálních službách, v případě pobytových služeb mají právo na ovlivňování všech okolností souvisejících s poskytováním sociální služby. Zároveň však mají povinnost účinně spolupracovat v procesu posuzování odkázanosti na sociální službu, její poskytování zda při vzniku jakýchkoliv změněných podmínek jejich života a sociální situace.

Široký rozsah povinností mají poskytovatelé sociálních služeb. Musí přihlížet k individuální potřebě schopnosti a cílům jejich příjemců a tyto promítat do individuálních rozvojových plánů; spolupracovat se všemi důležitými subjekty (rodinou příjemce, obcí či komunitou) a poskytovat služby na vysoké odborné úrovni a v požadované kvalitě. Za tímto účelem se musí permanentně vzdělávat a provádět program supervize. Do okruhu povinností patří i ochrana života, zdraví a důstojnosti příjemce sociální služby a s tím spojená možnost užívání prostředků jeho tělesného nebo netělesného omezení jen v případě přímého ohrožení života nebo zdraví příjemce sociální služby. Na druhé straně, na podporu činnosti poskytovatelů sociálních služeb slouží různé dotační mechanismy či poskytování poradensko-metodické



činnosti ze strany Ministerstva práce, sociálních věcí a rodiny Slovenské republiky či jejich zřizovatelů.

### 3.8.7 Kombinace povinných a fakultativních činností

Poskytovatelé sociálních služeb poskytují nebo zajišťují poskytování různých odborných činností, ale i obslužných či dalších činností podle zákonem stanovených povinností a podmínek. Za účelem zvýšení kvality poskytované sociální služby však mohou poskytovat nebo zajišťovat poskytování i dalších činností (muzikoterapie, arteterapie, hipoterapie, canisterapie, biblioterapie, hydroterapie, aromaterapie či činnostní terapie), ale jen za podmínek, že mají na to vytvořeny podmínky.

### 3.8.8 Výhradní vztah věcné a dávkové pomoci

Téměř výhradně platí, že když se na řešení určité nepříznivé sociální situace poskytuje nějaká sociální dávka, nemůže se poskytnout sociální služba určena pro podobný účel. Např. pokud se pro účely pomoci při sebeobsluze poskytuje peněžitý příspěvek na osobní asistenci nebo peněžitý příspěvek na opatrování, není možné současně poskytnout pečovatelskou službu nebo službu v pobytovém zařízení sociálních služeb. Výjimkou je situace poskytování odlehčovací služby pro pečující členy rodiny, kdy se navzdory poskytování peněžního příspěvku na hlídání na přechodnou dobu odkázané osobě poskytuje "náhradní" sociální služba s cílem podpořit regeneraci sil pečující osoby.

### 3.8.9 Kombinace profesionálních a dobrovolných činností

Sociální služby jsou typickou oblastí pro dobrovolnické angažování osob rozličného věku. Platí základní princip, že dobrovolníci nemají nahrazovat placené zaměstnance poskytovatelů sociálních služeb, ale doplňovat jejich práci, protože dobrovolnictví tvoří zvláštní a svébytný sektor společnosti (Frič, Pospíšilová a kol., 2010). Evropská sociální charta v Čl. 14, který se zabývá již zmiňovaným právem na prospěch ze sociálních služeb, vyzývá státy, aby podporovaly účast jednotlivců a jiných dobrovolnických nebo jiných organizací při zakládání a udržování takových služeb.



### 3.8.10 Partnerská forma práce a partnerství

Za účelem předcházení vzniku nebo zmírnění nepříznivých sociálních situací, na které jsou zaměřeny sociální služby, lze zakládat mnohá partnerství, která jsou zaměřena na realizaci projektů nebo programů při komunitní práci. Partnerství mohou uzavírat různé orgány sociální správy, např. obce, kraje, úřady práce, úřady sociálních věcí, rodiny, komunity či jiné významné sociální subjekty. V rámci partnerství může docházet k účelnému propojení sociálních služeb se službami zaměstnanosti či jinými sociálními intervencemi.

### 3.9 Oblasti, druhy a formy sociálních služeb

Potřeba různorodosti sociálních služeb z hlediska jejich druhů a forem vychází z různorodosti nepříznivých sociálních situací, které sociální služby pokrývají a cílových skupin, kterým se sociální služby poskytují. Přes různorodost druhů a forem se bezprostředně realizuje princip individualizace v sociálních službách, který je jedním z principů charakterizujících celý pilíř sociální pomoci, jehož jsou sociální služby systémovou součástí. V sociálních službách se angažují odborníci a odbornice různých oborů a stupňů kvalifikovanosti, což objektivně vychází z různorodosti činností, které se v rámci nich provádějí:

- **Odborné činnosti** - obsahují základní či specializované sociální poradenství, poskytování pomoci v případě, že osoba je odkázána na pomoc při běžných denních činnostech (např. při stravování, hygieně, oblékání a svlékání, pohybu, orientaci v prostředí), poskytování pomoci při uplatňování či při výkonu práv a právem chráněných zájmů ohrožených osob. V rámci odborných činností se poskytuje též sociální rehabilitace, pracovní terapie, ošetrovatelská péče v zařízení či tlumočení. Univerzální činností v rámci sociálních služeb je poskytování sociálního poradenství, které je součástí každé sociální služby poskytované podle zákona.
- **Obslužné činnosti** - jde o ubytování, stravování, úklid, žehlení, praní a údržbu prádla a šatstva poskytované osobám v nepříznivé sociální situaci využívajících pobytové sociální služby.
- **Další činnosti** – v rámci sociálních služeb jde o vytváření podmínek například na přípravu stravy či její výdej; provádění nevyhnutelné hygieny, úschovu cenných věcí; vzdělávání či zájmovou činnost. Za další činnosti se považuje i poskytování osobního



evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

vybavení (např. šatstvo, obuv, hygienické či školní potřeby, věci osobní spotřeby v rezidenčních zařízeních); přeprava osob; donáška stravy či půjčování pomůcek.

Zákon o sociálních službách vymezuje, které odborné, obslužné a další činnosti je poskytovatel povinen provádět nebo vytvářet podmínky pro jejich provádění v závislosti na druhu sociální služby, kterou poskytuje.

### 3.9.1 Oblasti a druhy sociálních služeb

Nepříznivé sociální situace, na které jsou zaměřeny sociální služby, jsou v rámci slovenské legislativy rozděleny do pěti oblastí, v rámci kterých se poskytují specifické druhy sociálních služeb specifickým cílovým skupinám:

- **Oblast uspokojování základních životních potřeb**

Tato oblast je zaměřena na osoby, které mají problémy se zajištěním nezbytných podmínek pro uspokojování jejich základních životních potřeb lidí (ubytování, stravy, základního ošacení a obuvi a základní osobní hygieny). Zohledňuje se přitom způsob jejich života a prostředí, ve kterém pobývají. V rámci této oblasti se poskytují následující druhy sociálních služeb:

- nocleháreň,
- útulok,
- domov na pol ceste,
- nízkoprahové denné centrum,
- zariadenie núdzového bývania.

Noclehárna, útulek i domov na půli cesty jsou určeny k zajištění základních životních potřeb lidí, včetně ubytování. U domova na půli cesty je však explicitně určena skupina těch, kterým se službou zajišťují životní potřeby a ubytování. Jde o osoby po skončení pobytu v dětském domově, v zařízení sociálních služeb či po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody, tedy takové, u kterých se nahrazuje jedna forma ubytování jiným, což v případě osob bez domova využívajících služby nocleháren a útulků nemusí platit. Nízkoprahové denní centrum poskytuje služby během dne i noci. "Nízkoprahovost" je dána snížením nároků na závislé



osoby prokazovat důkazy o své sociální situaci, operativnosti zásahu prostřednictvím sociální služby v kombinaci se snahou o vytváření podmínek pro poskytování pomoci při uplatňování práv a právem chráněných zájmů lidí v popsaném typu sociální nouze. Taková kombinace vytváří podmínky pro postupné budování perspektivního řešení do budoucnosti. Zvláštní formou je zařízení nouzového bydlení speciálně určené pro oběti násilí, oběti obchodování s lidmi, osamělé těhotné ženy nebo rodiče, starší lidi či jiné osoby, které nemají zajištěné ubytování nebo stávající nemožou z vážných důvodů využívat.

#### • Oblast podpory rodiny s dětmi

Představuje unikátní sadu nástrojů v oblasti sociálních služeb, která do přijetí samostatné právní úpravy sociálních služeb na Slovensku neexistovala. Nejde přitom o služby, které mají nahradit podporu rodin v rámci státní sociální podpory, ale o služby, které je doplňují a pokrývají mimořádné situace v rodinách převážně přechodného charakteru. V rámci předmětné oblasti se poskytují tyto druhy sociálních služeb:

- pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a podpora zosúladovania rodinného a pracovného života,
- zariadenie dočasnej starostlivosti o dieťa,
- nízkoprahové denné centrum pre deti a rodinu.

Službou terénní osobní péče o dítě se nahrazuje pečovatelská služba, která mohla být do konce roku 2008 poskytována i dítěti, přičemž se využívala jen minimálně. V rámci této oblasti se může osobní péče o dítě poskytovat i v době, kdy rodič vyvíjí aktivity vedoucí k návratu na trh práce (např. během účasti na rekvalifikačním kurzu), aby nedocházelo ke kolizi při sladění rodičovských a pracovních povinností. Zařízení dočasné péče o dítě je pobytovým sociálním zařízením, ve kterém se pomáhá rodině v případě, že rodič nemůže zajišťovat na přechodnou dobu osobní péči o dítě (např. pro nemoc, výkon trestu odnětí svobody). V nízkoprahových denních centrech pro děti a rodinu se poskytují sociální služby tehdy, pokud má rodina řešit svou situaci pro nevhodné životní návyky či způsob života. Kromě sociálního poradenství se jí poskytují i alternativní možnosti trávení volného času a aktivizace svépomocné činnosti.



- **Oblast řešení nepříznivé sociální situace z důvodu těžkého zdravotního postižení, nepříznivého zdravotního stavu či dovršení důchodového věku**

Jde o oblast, která je v sociálních službách zastoupena výrazně nejčastěji. Poskytují se v ní sociální služby osobám, které jsou zpravidla delší dobu odkázány na pomoc jiné osoby při běžných denních činnostech, při péči o domácnost či při rozličných sociálních aktivitách z důvodu těžkého zdravotního postižení nebo nepříznivého zdravotního stavu zpravidla spojeného s vyšším věkem. Pro svou dlouhodobější povahu (na rozdíl od služeb pro rodiny s dětmi) se mohou nazývat i jako služby dlouhodobé péče. V rámci služeb dlouhodobé péče se pro osoby odkázané na pomoc jiné osoby poskytují tyto druhy sociálních služeb:

- opatrovatel'ská služba,
- zariadenie opatrovatel'skej služby,
- zariadenie podporovaného bývania,
- zariadenie pre seniorov,
- rehabilitačné stredisko,
- domov sociálnych služieb,
- špecializované zariadenie,
- denný stacionár,
- prepravná služba,
- sprievodcovská služba a predčitateľ'ská služba,
- tlmočnícka služba a sprostredkovávanie tlmočnickej služby,
- sprostredkovanie osobnej asistencie,
- požičiavanie pomôcok.

Rozhodování o tom, která sociální služba se poskytne, je výsledkem komplexního lékařského a sociálního posuzování. Pro většinu sociálních služeb z této oblasti se stanoví některý ze šesti stupňů odkázanosti na pomoc jiné osoby při úkonech sebeobsluhy. Tyto jsou definovány jako: stravování a pitný režim, vyprazdňování močového měchýře a tlustého střeva, osobní hygiena, celková koupel, oblékání a svlékání, změny polohy, sezení a stání, pohybu po schodech a rovině, orientace v prostředí, dodržování léčebného režimu a potřeby dohledu.



evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

Pomoc při těchto úkonech se poskytuje v zařízení pro seniory, zařízení pečovatelské služby, rehabilitačním středisku, domě sociálních služeb, specializovaném zařízení či v denním stacionáři. Minimální stupeň odkázanosti při úkonech sebeobsluhy, jehož posouzení je podmínkou pro poskytnutí sociální služby, může být přitom při každé ze služeb jiný. Kromě úkonů sebeobsluhy se v těchto zařízeních poskytují osobám, v závislosti na jejich potřeby, i mnohé obslužné či další činnosti. V případě zařízení podporovaného bydlení se očekává, že se osoba dokáže obsloužit, zvládne i péči o domácnost či si zajišťuje sama sociální aktivity.

Zvláštní postavení má pečovatelská služba, v jejímž rámci se poskytuje pomoc nejen při úkonech sebeobsluhy, ale i při péči o domácnost a v rámci realizace sociálních aktivit. Pro nárok na pečovatelskou službu je minimální stupeň požadované odkázanosti na pomoc jiné osoby stanoven nejnižší II. stupeň. Naopak, při výše uvedených pobytových formách péče je minimální stupeň stanoven se záměrem eliminovat poskytování pobytové péče v případě, že osoba může za pomoci pečovatelské služby setrvat v domácím prostředí.

Pro účely přepravní služby, průvodcovské, předčitatelské, tlumočnické služby, služby zprostředkovávání tlumočnické služby a osobní asistence a pro účely půjčování pomůcek se využívá jiné posuzování, často vázané na výsledky posuzování v systému peněžních příspěvků na kompenzaci.

#### • **Oblast využívání telekomunikačních technologií**

Služby zařazené do této oblasti patří k novým využívajícím moderní informační a komunikační technologie k zajištění permanentního kontaktu mezi odkázanou osobou s nepříznivým zdravotním stavem a poskytovatelem služby s cílem zabránit vzniku krizové situace nebo její řešení. Oblast zahrnuje tyto druhy sociálních služeb:

- monitorovanie a signalizácia potreby pomoci,
- krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií.

Monitorování a signalizace potřeby pomoci se zajišťuje na základě spojení odkázané osoby s centrálním dispečinkem, který v případě signalizované potřeby (např. přes náramek, pager) zajistí poskytnutí potřebné pomoci. Krizová pomoc se realizuje telefonicky, faxem nebo

internetem zejména formou sociálního poradenství osobám, které se vyskytly v akutní tíživé situaci (např. telefonické linky důvěry).

#### • Oblast podpůrných služeb

Poslední oblastí jsou podpůrné služby. Nejde o sociální služby v pravém slova smyslu. Jejich specifikem je to, že se často spojují se sociálními službami z jiných oblastí. Poskytují se převážně ambulantní formou a některé z nich jsou zaměřeny na podporu neformální péče směrem k podpoře rodin osob odkázaných na intenzivní pomoc jiné osoby. Jsou to sociální služby fakultativní povahy, tj. obec nebo kraj nejsou povinné ji poskytnout, a to ani v případě, že v jejich územní jednotce se nacházejí osoby, které by byly na ně odkázány. I proto se v nich často angažují neveřejní poskytovatelé sociálních služeb. Do oblasti podpůrných služeb patří tyto druhy služeb:

- odlehčovací služba,
- pomoc při výkonu opatrovnických práv a povinností,
- denné centrum,
- integrační centrum,
- jídelna,
- pracovna,
- středisko osobní hygieny.

Odlehčovací služba je novým druhem sociální služby zaměřené na podporu těch lidí (nejčastěji příbuzných), kteří intenzivně opatrují závislého člena rodiny, za což pobírají peněžitý příspěvek na opatrování. V průběhu kalendářního roku se může sumárně na 30 kalendářních dnů poskytnout z příslušné místní samosprávy "náhradní péče" (nejčastěji přechodným umístěným do sociálního zařízení) a pečující osoba si může odpočinout způsobem, jaký si sama zvolí.

Na pomoc opatrovníkům (osobám zastupujícím dospělé osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům), ale i samotným odkázaným osobám, které nedokážou uplatňovat a chránit svá práva a právem chráněné zájmy, se může poskytovat služba zaměřená na pomoc při výkonu opatrovnických práv a povinností. Služby denního centra, integračního centra, jídelny, prádelny či střediska osobní hygieny mohou poskytovat široké škále osob, které se





evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

nacházejí v nepříznivé sociální situaci, protože jsou bez domova nebo mají těžké zdravotní postižení či dovršily důchodový věk. Často jsou provázány na sociální služby z oblasti zaměřené na zajišťování a uspokojování základních životních potřeb (např. na služby noclehárny), které doplňují během dne a tím zvyšují šance na komplexnější řešení sociální situace odkázaných lidí.

### 3.9.2 Formy sociálních služeb na Slovensku

Sociální služby se neliší jen zařazením do výše uvedených oblastí, ale i formou, jakou se poskytují. Platná legislativa se při vymezení forem sociálních služeb opírá o teoretické poznatky pomáhajících disciplín. V souladu s tím je sociální služby lze poskytovat:

- **AMBULANTNÍ FORMOU** – osoba dochází do místa, kde poskytovatel provozuje sociální službu, přičemž takovým místem může být i zařízení sociálních služeb. Tehdy mluvíme o rezidenční péči poskytované denní formou. Na Slovensku se však využívá minimálně (jen kolem 3% ze všech ubytovacích dní v zařízeních sociálních služeb).
- **TERÉNNÍ FORMOU** - služby poskytované v přirozeném sociálním prostředí odkázané osoby. Zákon vymezuje i možnost organizovat různé terénní programy s cílem předcházet sociálnímu vyloučení jedinců, rodin a komunit v nepříznivé sociální situaci.
- **POBYTOVÁ FORMA** - každá sociální služba, jejíž součástí je ubytování jako obslužná činnost. Poskytuje se na celoroční nebo týdenní bázi.
- **JINÁ FORMA** - poskytování sociální služby telefonicky nebo použitím telekomunikačních technologií.

Jednotlivec má právo na výběr formy sociální služby. Následně platí obecná zásada přednosti terénní nebo ambulantní formy služby před pobytovou, a v rámci pobytové formy přednost týdenní pobytové sociální služby před takovou, která je poskytována celoročně.

**Centrální registr poskytovatelů sociálních služeb na Slovensku rozlišuje tyto druhy služeb:**

Denne centrum	Sprostredisko osobnej asistencie
Denny stacionar	Sprostred. tlmc. služby
Domov na pol ceste	Stredisko osobnej hygieny
Domov soc.sluzieb	Tlmcnicka sluzba
Integracne centrum	Utulok
Jedalen	Zakladne soc. poradenstvo
Krizova pomoc prostred. IT	Zariadenia docasnej.starostlivostio deti
Monit.a signal. potreby pomoci	Zariadenia opatrovateľskej služby
Nizkopr.centrum pre deti a rod	Zariadenia podporovaného byvania
Nizkoprahove denne centrum	Zariadenia pre seniorov
Noclaharen	Zariadenie nudzoveho byvania
Opatrovateľska sluzba	
Pomoc pri osobnej starostlivosti o dieta	
Pomoc pri vykone opatrovnickych prav a povinnosti	
Poziciavanie pomocok	
Pracovna	
Prepravna sluzba	
Rehabilitacne stredisko	
Soc.rehabilitacia	
Specializovane soc. poradenstvo	
Specializovane zariadenie	
Sprievodc.a predcit. sluzba	

### 3.9.3 Posudková činnost

Zákon o sociálních službách na Slovensku dále pracuje s pojmem posudková činnost. Tou se rozumí lékařská posudková činnost a sociální posudková činnost. Posudkovou činností se zjišťuje závislost fyzické osoby s těžkým zdravotním postižením nebo fyzické osoby s nepříznivým zdravotním stavem na sociální službu v zařízení pro fyzické osoby, které jsou odkázány na pomoc jiné fyzické osoby a na pečovatelskou službu.

Lékařská posudková činnost je hodnocení a posuzování zdravotního stavu a změn zdravotního stavu fyzické osoby, které provádí lékař na základě smlouvy s obcí nebo krajem. Posudkový lékař spolupracuje se sociálním pracovníkem obce nebo kraje a při výkonu lékařské posudkové činnosti vychází z lékařského nálezu, posudku, zprávy o průběhu a vývoji nemoci a zdravotního postižení nebo výpisu ze zdravotní dokumentace, které předložila fyzická osoba žádající o posouzení odkázanosti na sociální službu. Na základě výsledků posouzení vypracuje posuzující lékař lékařský posudek, který obsahuje stupeň odkázanosti fyzické osoby na pomoc jiné fyzické osoby a termín opětovného posouzení zdravotního stavu fyzické osoby.

Sociální posudková činnost je posuzování individuálních předpokladů fyzické osoby, její rodinné zázemí a prostředí, které ovlivňuje začlenění fyzické osoby do společnosti. Výsledkem sociální posudkové činnosti je sociální posudek, který obsahuje znevýhodnění fyzické osoby s těžkým zdravotním postižením nebo s nepříznivým zdravotním stavem v oblasti sebeobslužných úkonů, úkonů péče o svou domácnost a při základních sociálních aktivitách podle přílohy v porovnání s fyzickou osobou stejného věku a pohlaví bez zdravotního postižení nebo bez nepříznivého zdravotního stavu. Sociální posudkovou činnost pro účely posuzování odkázanosti na sociální službu provádí sociální pracovník obce nebo kraje.





evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

### 3.10 Kompetence v sociálních službách na Slovensku

V sociálních službách se angažují různí klíčoví aktéři. Některým z nich přímo právní úprava zaručuje potřebná práva, zároveň je zavazuje určitými povinnostmi tak, aby se účinně naplňovalo právo lidí na poskytnutí sociální služby v situacích splňujících podmínky zákona a, aby takto poskytnutá pomoc byla účinná a efektivní. Nazývá je jako účastníků právních vztahů při poskytování sociálních služeb. Patří mezi ně:

- občan jako příjemce sociální služby,
- veřejný nebo neveřejný poskytovatel sociální služby,
- Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny SR jako ústřední orgán státní správy, do jehož agendy patří sociální služby jako součást sociální ochrany,
- obec,
- vyšší územní celek (kraj),
- partnerství (partnerství sociální inkluze, pokud se založí na podporu sociálního začlenění lidí formou sociálních služeb).

Do sociálních služeb vstupují jako klíčoví aktéři i jiné významné subjekty, i když ne v pozici přímých účastníků právních vztahů. Jsou to například úřady práce, sociálních věcí a rodiny, sociální pojišťovna, zdravotní pojišťovny, školská zařízení nebo finanční úřady. Angažují se také nestátní neziskové organizace, uživatelské a klientské organizace, univerzitní a jiné výzkumné a vzdělávací pracoviště či média.

Působnost a povinnosti v oblasti sociálních služeb v nejširším kontextu vycházejí z rámcových kompetencí, které Ministerstvu práce, sociálních věcí a rodiny SR (dále jen MPSVR SR) určuje základní kompetenční zákon, zákon o krajích a zákon o obcích. Zákon o sociálních službách tyto rámcové kompetence na úseku sociálních služeb blíže specifikuje.

#### 3.10.1 Kompetence MPSVR SR

Kompetenční zákon vymezuje MPSVR SR jako ústřední orgán státní správy i pro oblast sociální pomoci. Pro oblast sociálních služeb tuto obecnou kompetenci zákon o sociálních službách blíže specifikuje zejména jako oblast strategické a koncepční činnosti, hodnotící činnosti a činnosti dohledu. Primárním úkolem ministerstva na úseku sociálních služeb je



evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

vytvářet takové základní podmínky pro užitek ze sociálních služeb, které jsou srovnatelné pro všechny lidi na území Slovensku jako účastníků právních vztahů sociálních služeb. Jsou jimi nejen občané SR, ale za přesně definovaných podmínek i cizinec, jejich rodinní příslušníci či zahraniční Slováci zdržující se na Slovensku.

Ministerstvo vykonává i činnosti zaměřené na oblast kvality a vzdělávání v sociálních službách, konkrétně na proces posouzení podmínek kvality poskytovaných sociálních služeb, určování obsahu a rozsahu odborné přípravy pro pracovní činnosti prováděné v sociálních službách a na zajišťování či vyhodnocování procesů akreditace vzdělávacích programů v oblasti sociálních služeb a jiných specializovaných činností. Kromě toho ministerstvo vede Centrální registr poskytovatelů sociální služby a dohlíží nad poskytováním sociálních služeb tak, aby byly zajištěny v souladu s respektováním důstojnosti a lidských práv osob v nepříznivé sociální situaci. Od roku 2012 se v rámci recentralizačního procesu stalo součástí kompetencí ministerstva i poskytování finančního příspěvku obcím na poskytování vybraných druhů sociálních služeb.

### 3.10.2 Kompetence vyšších územních celků

Zákon o krajích obecně zavazuje vyšší územní celky péčí o všestranný rozvoj území a potřeby jeho obyvatel a to i zabezpečováním tvorby a plnění programu sociálního, ekonomického a kulturního rozvoje území. V oblasti sociálních služeb se tyto závazky konkretizují ve formě koncepční činnosti, činnosti posuzování a rozhodování o vybraných druzích sociálních služeb a jejich poskytování či zabezpečování poskytování. Součástí kompetencí regionální samosprávy je i registrace poskytovatelů sociálních služeb v regionu a jejich příjemců a spolupráce při zpracovávání statistických přehledů o vývoji sociálních služeb.

Vyšší územní celky zpracovávají Koncepce rozvoje sociálních služeb pro příslušný region. Dokument vychází z Národních priorit rozvoje sociálních služeb platných pro celé Slovensko a zároveň je základem pro přípravu komunitních plánů na místní úrovni.

Kraje jsou i významným poskytovatelem vybraných druhů sociálních služeb a dále mohou fakultativně zajišťovat poskytování jiných druhů sociálních služeb. Pro všechny poskytované sociální služby provádí komplexní posudkovou činnost (lékařskou i sociální) a v případě, že



nemá některou ze služeb zřízenou, objednává ji u neveřejných poskytovatelů, kterým pro tento účel poskytuje finanční příspěvky. Krajská samospráva je odpovědná za významnou část rezidenční péče poskytované v rámci sociálních služeb a to zejména pro osoby s těžkým zdravotním postižením. S ohledem na propojenost krajské a místní samosprávy, vyvíjí kraje vůči obcím potřebnou metodickou činnost s cílem vyrovnat výrazné rozdíly mezi jednotlivými městy a obcemi v oblasti sociálně-ekonomických podmínek a minimalizovat dopad těchto rozdílů na dostupnost sociálních služeb pro lidi v nepříznivých sociálních situacích.

### 3.10.3 Kompetence měst a obcí

Zákon o obcích zavazuje města a obce povinnostmi utvářet a chránit zdravé podmínky pro zdravý způsob života a práci jejich obyvatel. V rámci takto obecně vymezené kompetence zavazuje zákon o sociálních službách obce a města několika klíčovými kompetencemi. Především jsou zodpovědné za vytváření podmínek pro komunitní rozvoj, za posuzování odkázanosti osob na pomoc, rozhodování a poskytování vybraných druhů sociálních služeb a za vedení evidence jejich příjemců.

Na základě příslušné regionální Koncepce rozvoje sociálních služeb regionu zpracovává obec Komunitní plán sociálních služeb, ve kterém popisuje výchozí socioekonomické parametry svého území, potřeby obyvatel z hlediska různých typů sociálních intervencí, a to včetně sociálních služeb, pokrytí této potřeby existujícími službami v souladu mezi potřebami a službami z hlediska udržitelného rozvoje města a obce.

Města a obce jsou odpovědné za posuzování potřeby a poskytování vybraných druhů sociálních služeb. Podobně jako v případě regionální samosprávy, i místní samospráva může fakultativně zajišťovat poskytování jiných druhů sociálních služeb než těch, které má obligatorně stanovené v zákoně. V případě, že města a obce nemají některou z obligatorních sociálních služeb zřízenou, nakupují ji u neveřejných poskytovatelů, kterým na uvedený účel poskytují finanční příspěvky. V kompetencích místní samosprávy převažují sociální služby poskytované ambulantní nebo terénní formou.



V současné době je kladen důraz na péči poskytovanou starším lidem, pro které se na této úrovni poskytují i pobytové (rezidenční) sociální služby formou zařízení pro seniory a zařízení pečovatelské služby. Zvláštní činností obcí je depistážní činnost, tedy vyhledávání osob v nepříznivých sociálních situacích, kterým je třeba poskytnout sociální služby. Jde o zajišťování primární, částečně i sekundární prevence, na kterou však dosud zpravidla obce a města nemají dostatek jak finančních tak organizačních zdrojů.

### **3.11 *Financování sociálních služeb***

Sociální služby jsou typickým příkladem vícezdrojového financování. Na Slovensku se stále častěji hovoří o takzvaném veřejně-soukromém mixu financování. Nejde přitom jen o spravedlivé rozdělování veřejných prostředků na rozličné druhy sociálních služeb pro různé cílové skupiny, ale i o zapojování soukromých zdrojů do jejich financování. Potřeba kombinovaného vícezdrojového financování vyplývá ze subsidiarity sociálních služeb v systému sociální ochrany, ze závislosti na redistribučních mechanismech, kterými je pokryta jen část prostředků potřebných pro jejich financování. Financování sociálních služeb se v současnosti na Slovensku řídí určitými principy:

- kombinace veřejných (státních, regionálních, místních) zdrojů se zdroji uživatele sociální služby a jeho rodiny,
- vyživovací povinnost členů rodiny při spolufinancování sociálních služeb,
- ochrana příjmu uživatele a jeho rodiny před nepřiměřeně vysokou úhradou za sociální službu,
- preference vybraných druhů sociálních služeb na místní úrovni pro účely státního kofinancování,
- možnost samoplátcovství v sociálních službách,
- využívání jiných zdrojů pro financování.

Při respektování těchto zásad jsou sociální služby na Slovensku financovány z:

- veřejných zdrojů,
- úhrady za poskytování sociální služby od příjemce případně od jeho rodiny,
- darů,



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

- výsledků hospodaření poskytovatelů sociálních služeb,
- příjmu ze sociálního podnikání případně z jiného příjmu.

Výši úhrady za konkrétní druh sociální služby pro její příjemce stanovuje ve svém obecně závazném nařízení vyšší územní celek nebo obec. I když se pro tento účel bere do úvahy příjem a majetek příjemce, případně příjem a majetek výživou povinných členů rodiny (rodiče nezaopatřených dětí, či naopak dospělých dětí rodičů či manželských partnerů), zákon přesně vymezuje, jako je tento příjem a majetek chráněný v případě, že jsou nízké a nedostatečné k placení plné výšky úhrady.

V případě, že obec nebo vyšší územní celek nemají zřízenou sociální službu, kterou jsou povinni svým obyvatelům poskytovat, mohou ji pro jejich potřeby nakoupit zvenčí u neveřejného poskytovatele. Za tímto účelem neveřejným poskytovatelům poskytují finanční příspěvky, konkrétně finanční příspěvek na péči (pro osoby odkázané na pomoc jiné osoby) při úkonech sebeobsluhy a finanční příspěvek na provoz. Obce, stejně tak jako kraje, nakupují potřebné sociální služby pro své obyvatele zvenčí a jsou povinny pravidelně kontrolovat účelnost takto vynaložených finančních prostředků. Uvedený systém je totiž nezabýváje konečné odpovědnosti za uplatňování práva občanů na sociální službu poskytovanou v příslušné kvalitě.

Součástí nejnovějšího vývoje v oblasti financování sociálních služeb je i zavedení systému samoplátcovství, které se uplatňuje v případě, kdy se pro účely financování sociální služby pro konkrétního závislého člověka neposkytují žádné veřejné zdroje a náklady spojené se službou si v plné míře dobrovolně hradí sám. V takovém případě nepodléhá žadatel o sociální službu ani povinnosti podstoupit proceduru komplexního lékařského a sociálního posuzování, což výrazně zjednodušuje proces zahájení poskytování sociální služby.

Sociální služby na Slovensku jsou založené primárně na principech solidarity a subsidiarity a udržování rovnováhy mezi nimi. Nejširší solidarita v sociálních službách formou jejich povinného kofinancování z veřejných zdrojů, zejména ze zdrojů měst, obcí a vyšších územních celků, vyžaduje systémové řešení otázky účelově vázaných finančních prostředků na oblast sociálních služeb v rozpočtech těchto samosprávných jednotek. Delegování kompetencí na úseku sociálních služeb na samosprávu od roku 2009 však nebylo doprovázeno tímto krokem, co od počátku výrazně znejišťovalo a dodnes znejišťuje jak



samotnou samosprávu při plnění svých kompetencí, tak lidi při uplatňování jejich práva na sociální službu v různých typech nepříznivých sociálních situací. Výsledkem je praxe, kdy samosprávné orgány často povyšují princip subsidiarity v sociálních službách nad právo jedince na sociální službu a všeobecnou solidaritu. Závislé osoby a jejich rodiny jsou tlačeni k svépomoci, resp. pomoc formou sociálních služeb je poskytována na nejnižší možné úrovni.

Druhým aspektem této nerovnováhy je málo efektivní, přímo neúčinný systém uplatňování subsidiarity v sociálních službách, zejména v podobě vtahování soukromých zdrojů příjemců sociálních služeb a jejich příbuzných do financování sociálních služeb v rámci plnění vzájemné vyživovací povinnosti. Dosavadní vývoj v sociálních službách reaguje na vzniklý stav zaváděním stále přísnějších a důslednějších způsobů zohledňování příjmu a majetku příbuzných osob. Snahou je zabránit účelovému chování některých rodin v nakládání s majetkem odkázané osoby, kterým se chtějí vyhnout nebo minimalizovat podíl účasti na placení úhrady např. za pobytovou službu poskytovanou jejich příbuznému. Novela zákona o sociálních službách (zákon č. 50 / 2012 Sb.), která vstoupila v platnost 1. 3. 2012, upravuje nový způsob financování veřejných poskytovatelů sociálních služeb a neveřejných poskytovatelů vybraných druhů sociálních služeb. Legislativní podmínky pro poskytování finančního příspěvku na financování sociální služby v zařízení zřízeném nebo založeném obcí jsou upraveny v § 71 odst. 6 a § 78b novely zákona o sociálních službách. Legislativní podmínky pro poskytování finančního příspěvku na zajištění poskytování sociální služby neveřejným poskytovatelem vybraných druhů sociálních služeb obcí jsou upraveny v § 78a a § 78b novely zákona o sociálních službách.

### **3.11.1 Finanční příspěvek na sociální služby zřizované obcí**

Výše finančního příspěvku na financování sociální služby v zařízení zřízeném nebo založeném obcí, nebo obcí, která poskytuje sociální službu v zařízeních, podle druhu sociální služby na měsíc a na rozpočtový rok.



Tabulka 9 Finanční příspěvek na sociální služby zřizované obcí

<i>Druh sociální služby</i>	<i>Výše příspěvku na 1 místo v zařízení na měsíc</i>	<i>Výška příspěvku na 1 místo v zařízení na rozpočtový rok</i>
Noclehárna	120 eur	<b>1 440 eur</b>
Útulek	120 eur	<b>1 440 eur</b>
Domov na pol ceste	150 eur	<b>1 800 eur</b>
Zariadenie núdzového bývania	150 eur	<b>1 800 eur</b>
Zariadenie dočasnej starostlivosti o deti	180 eur	<b>2 160 eur</b>
Zariadenie podporovaného bývania	200 eur	<b>2 400 eur</b>
Zariadenie pre seniorov	320 eur	<b>3 840 eur</b>
Zariadenie opatrovateľskej služby	320 eur	<b>3 840 eur</b>
Rehabilitačné stredisko	184 eur	<b>2 208 eur</b>
Domov sociálnych služieb	330 eur	<b>3 960 eur</b>
Špecializované zariadenie	330 eur	<b>3 960 eur</b>
Denný stacionár	184 eur	<b>2 208 eur</b>

Zákon o sociálních službách, který je v Slovenské republice účinný od 1. 1. 2009, určuje způsoby financování sociálních služeb veřejným poskytovatelem následovně:

- z rozpočtu veřejného poskytovatele sociální služby,
- z poplatků za sociální služby od příjemce sociální služby,
- z prostředků přijatých na základě písemné darovací smlouvy,
- z prostředků sdružení obcí, sdružení vyšších územních celků a sdružení osob,
- z výsledku hospodaření z vedlejší činnosti, kterou vykonávají zařízení, v zřizovatelské nebo zakladatelské působnosti obce nebo vyššího územního celku s jeho souhlasem,
- z příjmů ze sociálního podniku,
- z jiných zdrojů.

### 3.11.2 Finanční příspěvek na zabezpečení soc. služby u neveřejného poskytovatele soc. služeb

Výška finančního příspěvku na zabezpečení poskytování sociální služby neveřejnému poskytovateli sociální služby, podle druhu sociální služby na měsíc a rozpočtový rok.

Tabulka 10 Finanční příspěvek na zabezpečení sociální služby u neveřejného poskytovatele sociálních služeb

<i>Druh sociální služby</i>	<i>Výše příspěvku na 1 místo v zařízení na měsíc</i>	<i>Výška příspěvku na 1 místo v zařízení na rozpočtový rok</i>
Nocľaháreň	120 eur	<b>1 440 eur</b>
Zariadenie pre seniorov	320 eur	<b>3 840 eur</b>
Zariadenie opatrovateľskej služby	320 eur	<b>3 840 eur</b>
Denný stacionár	184 eur	<b>2 208 eur</b>

Sociální služby poskytované neveřejným poskytovatelem sociální služby mohou být financované z:

- finančního příspěvku osoby, pokud je odkázána na pomoc jiné osoby nebo z finančního příspěvku na provoz,
- poplatků za sociální služby od příjemce sociální služby na základě smlouvy,
- vlastních zdrojů neveřejného poskytovatele sociální služby,
- prostředků přijatých na základě písemné darovací smlouvy,
- výsledku hospodaření z podnikatelské činnosti neveřejného poskytovatele sociální služby po zdanění,
- zisku ze sociálního podniku,
- jiných zdrojů.

Příjemce sociální služby je povinen platit úhradu za poskytnutí sociální služby v částce určené poskytovatelem, přičemž veřejný poskytovatel určuje částku za poskytnutí sociální služby, způsob placení. Ve výši ekonomicky oprávněných nákladů neveřejný poskytovatel určuje částku za poskytnutí sociální služby a způsob placení ve výši oprávněných nákladů. To se nevztahuje na neveřejného poskytovatele sociální služby, který takovou službu poskytuje s

cílem dosáhnout zisku. Při zaplacení úhrady za opatrovatelskou službu, přepravnou službu a pomoc při osobnej starostlivosti o dieťa musí osobě, která využije tento druh sociální služby zůstat měsíčně nejméně 1,3 násobku částky životního minima na jednu zletilé osoby. Za celoročně poskytovanou pobytovou sociální službu musí příjemci zůstat měsíčně z jeho příjmu nejméně 20% částky životního minima na jednu zletilou osobu, při týdenním pobytu nejméně 50%, za nenemocniční sociální službu v zařízení s poskytnutím stravy nejméně 70% částky životního minima na jednu plnoletou fyzickou osobu. Příjemce za poskytování služeb neplatí, pokud je jeho příjem pod hranicí nebo na hranici životního minima.

Obec je povinna poskytovat finanční příspěvek na provoz spojený s poskytováním sociální služby neveřejném poskytovateli sociální služby, který neposkytuje sociální službu s cílem dosáhnout zisku a obec jej o to požádala, zároveň je sociální služba poskytována:

- sociální služba v zařízení, kterou je:
  - nocľaháreň,
  - nízkoprahové denné centrum,
  - nízkoprahové denné centrum pre deti a rodinu,
  - zariadenie pre seniorov,
  - zariadenie opatrovateľskej služby,
  - denný stacionár,
- pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa,
- opatrovatelskou službu,
- přepravnou službu.

Kraj (vyšší územní celek) je povinen poskytovat finanční příspěvek na provoz spojený s poskytováním sociální služby neveřejném poskytovateli sociální služby, který neposkytuje sociální službu s cílem dosáhnout zisku a požádal jej o to a zároveň je sociální služba poskytována:

- sociální služba v zařízení, kterým je: útulok; domov na pol ceste; zariadenie núdzového bývania; zariadenie dočasnej starostlivosti o dieťa; zariadenie podporovaného bývania; rehabilitačné stredisko; domov sociálních služieb; špecializované zariadenie; tlmočnicku službu; sociálnu službu v integračnom centre.



Obec nebo kraj může poskytnout finanční příspěvek provozovateli sociální služby, pokud nechce dosáhnout zisku a poskytuje sociální službu, kterou je:

- podporná sociální služba v zařízení, kterým je: denné centrum, jídelna, pracovna, stredisko osobnej hygieny;
- sprostredkovanie tlmočnickej služby;
- sprostredkovanie osobnej asistencie;
- sprievodcovská a pred čitateľská služba;
- požičiavanie pomôcok;
- monitorovanie a signalizácia potreby pomoci;
- krízová pomoc poskytnutá pomocou telekomunikačných zariadení;
- pomoc pri výkone opatrovníckych práv a povinností;
- základné sociálne poradenstvo ako samostatná odborná činnosť;
- terénna sociálna služba prostredníctvom terénnych programov.

Zákon zároveň stanoví dohled, kontrolu a sankce při porušování předpisů regulujících proces provádění sociálních služeb. Z hlediska sociální potřeby je nový zákon mnohem flexibilnější, protože pokrývá zvýšenou potřebu obyvatelstva po sociálních službách a zohledňuje demografický vývoj v Slovenské republice. Více zdrojové financování zaručuje vyšší možnost schopnosti obstát v konkurenčním prostředí pracovního a ekonomického trhu.

### **3.12 Kvalita sociálních služeb**

Pojem kvalita se postupně sává jedním z nejfrekventovanějších pojmů v odborných diskusích o sociálních službách, a to ve dvou souvisejících rovinách:

1. měření kvality v kontextu minimálních standardů kvality a jejich ověřování.  
Centrálním pojmem je v tomto případě pojem " standardy kvality " jako součást konceptu optimálních služeb.
2. zvyšování kvality jako specifické cesty k soustavnému zlepšování sociálních služeb.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

Na Slovensku neexistují na národní či legislativní úrovni standardy kvality v sociálních službách zpracovány v tom smyslu, že by určovaly minimálně referenční hodnoty pro různé aspekty sociálních služeb závazné pro všechny poskytovatele. Proto vzniká často dojem, že se problematice kvality v sociálních službách na Slovensku národní legislativa nevěnuje. Reálná kvalita a její management se však týkají činnosti konkrétních poskytovatelů sociálních služeb. Úkolem centrální úrovně je zejména vytvářet kontrolní mechanismy, aby poskytovatelé, bez ohledu na jejich právní formu, byli vázáni povinnostmi dodržovat určitá pravidla stanovená na centrální úrovni.

### 3.12.1 Hodnocení podmínek kvality poskytované sociální služby

Národní legislativa nepoužívá pojem standardy kvality, ale pojem podmínky kvality poskytované sociální služby, které se hodnotí ve třech oblastech:

- 1. procedurální podmínky** - jsou zaměřeny zejména na hodnocení postupů, způsobů a pravidel při poskytování sociální služby, vypracovávání, hodnocení a revizi individuálního rozvojového plánu klienta, vytváření podmínek pro jejich aktivizaci a jejich možnost vyjádřit se ke kvalitě služby;
- 2. personální podmínky** - hodnocení postupů a pravidel pro přijímání zaměstnanců, jejich vzdělávání, hodnocení a poskytování jim supervize;
- 3. provozní podmínky** - vybavení a bezbariérovost prostředí poskytovatele služby, respektování lidské důstojnosti, hospodaření, poskytování, zpracovávání a dokumentování informací.

Kompetence hodnocení podmínek kvality v sociálních službách připadá podle platného zákona MPSVR SR. Má zvláštní pravomoc posuzovat podmínky kvality poskytovaných sociálních služeb prostřednictvím pověřených státních zaměstnanců a přizvaných odborníků pro jednotlivé oblasti hodnocení. Platnost této kompetence je však posunut až na rok 2015 s ohledem na ztížené podmínky celkového zabezpečování sociálních služeb v období ekonomické krize a její přetrvávajících účinků. To však neznamená, že se do roku 2015 problematice kvality zainteresované subjekty nemají věnovat. Je totiž třeba propojovat model založený na hodnocení dodržování standardů, který bude realizovat ministerstvo, s modelem trvalého zlepšování sociálních služeb založeném na sebehodnocení poskytovatelů.



evropský  
sociální  
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

### 3.12.2 Kvalifikační předpoklady a další vzdělávání v sociálních službách

Součástí kvality v sociálních službách je i kvalifikovanost zaměstnanců a zaměstnankyň, které v nich působí a zabezpečení systému jejich permanentního vzdělávání. Zákon o sociálních službách vymezuje okruh pracovních činností v oblasti sociálních služeb a kvalifikační předpoklady, které jsou potřebné pro jejich provádění. Jde o tyto činnosti:

- základní a specializované sociální poradenství,
- sociální práce,
- supervize,
- opatrovnictví,
- tlumočení,
- pomoc při výkonu opatrovnických práv,
- pracovní terapie,
- instruktor sociální rehabilitace,
- koordinace výkonu poskytování sociální rehabilitační činnosti.

Stejně určuje, jaké kvalifikační předpoklady musí mít splněny vychovatel a další pedagogický pracovník.

Osoba, která vykonává sociální práci nebo specializované sociální poradenství, musí mít ukončené vysokoškolské vzdělání výlučně v oboru sociální práce. Při některých jiných činnostech přicházejí ke splnění kvalifikačních předpokladů v úvahu i jiné pomáhající, příp. jiné disciplíny (např. pedagogika, speciální pedagogika, psychologie či právo). Činnosti v oblasti výchovy a vzdělávání, zdravotnických činností a lékařské posudkové činnosti vykonávané jako součást sociálních služeb se zajišťují kvalifikovanými odborníky výlučně z oblasti pedagogiky a zdravotnictví.

Zvláštní pozici má pracovní terapie, v jejímž rámci se očekává ukončené vzdělání odpovídající vykonávané činnosti (např. v oboru zahradnictví, aranžérství, hrnčířství, malířství) v kombinaci s absolvovaným akreditovaným vzdělávacím kurzem v oboru sociální práce. Z hlediska splnění kvalifikačních předpokladů se v sociálních službách nepřipouští doplnění minimálně požadovaného stupně vzdělání (např. bakalářského nebo magisterského) v rámci tzv. dalšího vzdělávání. To je určeno, v souladu se zákonem o celoživotním



vzdělávání, k jinému účelu. Konkrétně jde o prohlubování již nabyté kvalifikace (stupně vzdělání dosaženého ve školním vzdělávání), o průběžné udržování, zdokonalování nebo doplňování požadovaných znalostí nebo schopností potřebných k provádění pracovních činností v rámci sociálních služeb. Provádí se jako součást specializovaného vzdělávání zajišťovaného středními nebo vysokými školami, účastí na školicích akcích v sociální oblasti, na akreditovaných kurzech, sociálně-psychologickém výcviku nebo jako pravidelná lektorská či publikační činnost.

### 3.12.3 Akreditace vzdělávacích programů

Kvalita v sociálních službách zajišťována prostřednictvím kvalitního celoživotního vzdělávání lidí, kteří se v nich angažují, vyvolala i potřebu nového způsobu akreditace vzdělávacích programů. Novým zákonem o sociálních službách došlo v této oblasti k významnému posunu, který se realizoval dvěma směry:

1. Posílením kompetence MPSVR SR jako ústředního orgánu státní správy přímo zodpovědného za oblast sociálních služeb v oblasti akreditačního procesu, jelikož v období předtím provádělo akreditace vzdělávacích programů i pro sociální oblast Ministerstva školství SR.
2. Rozšíření povinnosti akreditace nejen na vzdělávací programy, ale i na jiné odborné činnosti, jakými jsou specializované sociální poradenství nebo sociální rehabilitace.
3. Pro účely přípravy podkladů a vyjádření pro rozhodování ministra práce, sociálních věcí a rodiny o udělení, neudělení, o změně, prodloužení nebo odnětí akreditace funguje na MPSVR SR od roku 2009 Akreditační komise. Skládá se ze zástupců státní správy a samosprávy, nevládního sektoru a akademické půdy.

### 3.12.4 Dobrovolnictví v sociálních službách

Neodmyslitelnou součástí kvality v sociálních službách se postupně stává její dobrovolnický prvek. Dobrovolnictví v sociálních službách patří k jedné z nejrozšířenějších oblastí dobrovolnictví, ve které se angažují lidé různého věku. Na Slovensku se v oblasti sociálních služeb jako dobrovolník angažuje více než 23% osob starších 15 let. V rámci formálního



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

dobrovolnictví jde zejména o pořádání aktivit, akcí a kampaní, stejně volnočasových aktivit dětí, mládeže či seniorů. Zejména se rozmáhá dobrovolnictví v sektoru dlouhodobé péče, v níž se angažují často starší lidé. Dobrovolníci a dobrovolnice představovaly v letech 2008-2010 až kolem 30% pracovníků působících u neveřejných poskytovatelů sociálních služeb dlouhodobé péče.

### **3.12.5 Dotace na nové druhy sociálních služeb**

Podle zákona o dotacích v působnosti MPSVR SR lze poskytovat dotace na různé dobročinné účely. Patří mezi ně i činnosti na úseku sociálních služeb a sociálně-právní ochrany dětí, které vykonávají registrovaní poskytovatelé takových služeb. Poskytovateli je možné na základě předložené žádosti poskytnout účelové dotace, které od roku 2012 poskytuje MPSVR SR na vybrané druhy sociálních služeb vykonávaných na místní úrovni.

### **3.13 Závěrem vybrané údaje k sociálním službám na Slovensku**

Sociální služby v SR se od roku 2009 poskytují v souladu se zákonem č. 488/2008 Sb. o sociálních službách a zákona č. 455/1991 Sb. o živnostenském podnikání. Zákon o sociálních službách upravuje právní vztahy a podmínky poskytování sociálních služeb, jejichž cílem je podporovat sociální začlenění občanů a uspokojovat sociální potřeby lidí v nepříznivé sociální situaci. Za nepříznivou sociální situaci se na Slovensku považuje stav sociální nouze fyzické osoby, rodiny a komunity, ve kterém se tato osoba, rodina, komunita nachází. Důvodem této nepříznivé sociální situace jednotlivce je, že nemá zajištěny základní životní potřeby, jeho životní návyky a způsob života, těžké zdravotní postižení nebo nepříznivý zdravotní stav, dovršení důchodového věku, výkon péče o osobu se závažným zdravotním postižením nebo jeho ohrožení ze strany jiných fyzických osob nebo z důvodu, že se stal obětí obchodování s lidmi.

Sociální služby podle tohoto zákona se poskytují prostřednictvím odborných, obslužných a dalších činností, které musí poskytovatel zajistit s tím, že odborné činnosti, kterými je sociální poradenství a sociální rehabilitace, že možné i samostatně. Poskytovatel může podle zákona



vykonávat i jiné činnosti, které zvýší kvalitu sociální služby. Sociální služby jsou služby veřejného zájmu a jsou poskytovány bez dosažení zisku. Zákon však umožňuje také poskytování sociálních služeb v rámci živnosti nebo podnikání, tedy za účelem vytváření zisku.

Zákon o sociálních službách rozděluje sociální služby do několika skupin, v závislosti na povaze nepříznivé sociální situace nebo cílové skupiny uživatelů, pro které jsou určeny:

- sociální služby k zajištění nezbytných podmínek pro uspokojování základních životních potřeb,
- sociální služby na podporu rodiny s dětmi,
- sociální služby na řešení nepříznivé sociální situace z důvodu těžkého zdravotního postižení, nepříznivého zdravotního stavu nebo z důvodu dovršení důchodového věku
- sociální služby využívající telekomunikačních technologií
- podpůrné služby.

Pro účely poskytování sociální služby při odkázanosti fyzické osoby na pomoc jiné fyzické osoby zákon o sociálních službách upravuje lékařskou a sociální posudkovou činnost, na jejímž základě se určuje závislost fyzické osoby na tuto sociální službu. Zákon o sociálních službách řeší poskytování zdravotní péče v rozsahu ošetrovatelské péče ve vybraných zařízeních sociálních služeb přímo sestrami, tedy zaměstnanci těchto zařízení, a zároveň upravuje poskytování sociální služby ve zdravotnickém zařízení ústavní péče.

Zákon o sociálních službách zrovnoprávňuje poskytovatele sociálních služeb při registraci, a to bez ohledu na to, zda jsou veřejným nebo neveřejným poskytovatelem, protože i veřejní poskytovatelé budou moci poskytovat sociální služby, jen pokud budou zapsáni do registru poskytovatelů sociálních služeb. Ve zvláštní části zákona je upraveno financování neveřejných poskytovatelů za splnění zákonem stanovených podmínek. Při financování jsou veřejní poskytovatelé rozlišováni z hlediska neziskovosti poskytované služby nebo podnikatelského záměru.

Legislativa dále stanoví způsob dohledu nad dodržováním tohoto zákona a ostatních obecně závazných právních předpisů při poskytování sociálních služeb. Dohled provádí Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny Slovenské republiky a zároveň hodnotí kvalitu poskytovaných



sociálních služeb na základě kvalitativních a kvantitativních kritérií, tedy standardů kvality, které jsou upraveny v příloze zákona. Zákon o sociálních službách upravuje také vzdělávání pracovníků v sociálních službách. Vzdělávacím programům MPSVR uděluje akreditace.

Zákon o sociálních službách zavedl také víceúrovňové komunitní plánování. Komunitní plán sociálních služeb obce musí vycházet z Národních priorit rozvoje sociálních služeb s cílem plánovat sociální služby tak, aby odpovídaly místním specifikům a potřebám fyzických osob a vycházely z analýzy skutkového stavu poskytování sociálních služeb.

Stejně tak plán nebo koncepce sociálních služeb vyššího územního celku tedy kraje musí vycházet z Národních priorit rozvoje sociálních služeb a komunitních plánů obcí v jeho územním obvodu. Mezi Národní priority rozvoje sociálních služeb Slovenské republiky schválené MPSVR SR do roku 2013 patří:

- podpora setrvání klienta v přirozeném prostředí rozvojem terénních sociálních služeb,
- rozvoj ambulantních a pobytových sociálních služeb v zařízeních s týdenním pobytem,
- zvýšení kvality a humanizace poskytovaných sociálních služeb prostřednictvím rekonstrukce, rozšiřování, modernizace a budování zařízení sociálních služeb,
- vzdělávání zaměstnanců v oblasti sociálních služeb.

Dne 1. 3. 2011 nabyl účinnosti zákon č. 551/2010 Sb., kterým se mění zákon o sociálních službách. Tato novela zákona o sociálních službách zajistila uplatňování práva fyzické osoby na výběr poskytovatele sociální služby v plném rozsahu bez jakýchkoliv omezení a následků s tím spojených (např. nemožnost financovat neveřejného nebo veřejného poskytovatele, pokud si ho klient přímo vybral) s cílem zajistit uživateli služby výběr jejího poskytovatele.

Rovněž se touto novelou zákona o sociálních službách novelizovala některá opatření, která například usnadňují vykonávání lékařské posudkové činnosti, byly upraveny podmínky úhrad oprávněných nákladů mezi veřejnými poskytovateli, některé podmínky poskytování finančních příspěvků neveřejným poskytovatelům a rovněž byla upravena některá přechodná ustanovení, která odsunula termín splnění některých povinností obcí a vyšších územních celků a povinnosti splnění vybraných kvalifikačních předpokladů pracovníků v sociálních službách.

Dne 30. 11. 2011 byl Národní radou SR schválen návrh novely zákona o sociálních službách, který byl připraven ve snaze řešit přetrvávající problémy a krizovou situaci ve financování sociálních služeb a eliminovat riziko kolapsu stávajících zařízení sociálních služeb, který by ohrožoval základní lidská práva a svobody příjemců sociálních služeb. Jelikož zákon nebyl podepsán prezidentem SR, byl znovu projednán a schválen Národní radou SR 31. 1. 2012 a nabyl účinnosti 1. 3. 2012 (zákon č. 50/2012 Sb.). Předmětem této novely zákona o sociálních službách je významná změna, která spočívá ve změně způsobu financování zařízení sociálních služeb zřízených nebo založená obcemi a neveřejných poskytovatelů vybraných druhů sociálních služeb prostřednictvím účelové dotace z rozpočtové kapitoly MPSVR SR.

Cílem této novely bylo podpořit klienta v co nejdelším setrvání v přirozeném domácím prostředí a snížit tlak na kapacity zařízení pro seniory. Tímto opatřením se také zpřísní podmínky pro přijetí klienta do takového typu zařízení zvýšením stupně závislosti na vznik nároku na sociální službu. Zákon přímo stanoví minimální výši úhrady za služby dlouhodobé péče, a to ve výši minimálně 50% ekonomicky oprávněných nákladů na sociální službu určených obcemi a vyššími územními celky v jejich obecně závazných vyhláškách.

Akceptováním opakovaných požadavků ze strany samosprávy a se záměrem zvýšit participaci a odpovědnost klienta a jeho rodiny na úhradě nákladů za sociální službu, a tím i příjmy do rozpočtů obcí a vyšších územních celků, se nově zohledňuje nejen současný příjem a majetek uživatele sociální služby, ale přihlíží se i k jeho příjmům získaných prodejem nemovitého majetku v posledních pěti letech.

Novela obsahuje i změny, které mají přispět k rozšíření okruhu osob, které budou moci provádět péči, čímž se vytvářejí flexibilnější podmínky pro zaměstnávání těchto osob a dále se zvyšuje dostupnost terénních sociálních služeb.

Za významnou lze považovat úpravu, která řeší takzvané "Nelegální poskytovatele", s cílem zabránit vzniku takovýchto poskytovatelů a ochránit práva dotčených občanů, a to formou ukládání vysoké pokuty, zákazem činnosti a vytvořením podmínek pro poskytnutí rychlé pomoci ohroženým fyzickým osobám adekvátní sociální službou.

Zákonem se znovu oddalují některé povinnosti poskytovatelů sociálních služeb (například plnění personálních standardů a odstranění bariér v zařízení), čímž se vytváří prostor pro



použití stávajících finančních zdrojů pro řešení situace v sociálních službách. Jestliže je novela zákona o sociálních službách reakcí na krizovou situaci ve financování sociálních služeb na Slovensku, odpovídají tomu i přijaté změny, které jsou jen přechodného charakteru a nelze je považovat za systémové řešení poskytování a financování sociálních služeb.

Ministerstvo připravuje rozsáhlou novelu zákona o sociálních službách, v rámci které nově vytváří podmínky systému dlouhodobé péče pro starší klienty a osoby se zdravotním postižením, které jsou odkázány na pomoc jiné osoby. Systém je však závislý na zavedení nového mechanismu financování sociálních služeb tak, aby se zajistilo právo klienta na sociální službu a její dostupnost na jedné straně a finanční udržitelnost takového systému na straně druhé. To je vzhledem ke stále rostoucím potřebám klientů a zvyšujícímu se jejich věku finančně velmi náročné, proto ministerstvo hledá celospolečenský konsensus a potřebné zdroje. V současnosti se uvažuje o více zdrojovém financování takových služeb, protože sociální služby byly decentralizované a jsou převážně financovány z rozpočtů samosprávy (obec, kraj), jejichž rozpočtové zdroje jsou nedostačující, a to i v důsledku hospodářské a finanční krize. Uvažuje se o financování sociálních služeb na lokální, ale i regionální úrovni i ze strany státu, který by měl být garantem už zákonem deklarovaného práva klienta na sociální službu.

Dalším záměrem je zajistit financování ošetrovatelských úkonů poskytovaných v zařízeních sociálních služeb ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění, tak aby se vytvořily podmínky pro koordinaci a provázanost zdravotní a sociální péče. Ve snaze zajistit kontinuitu a efektivitu poskytovaných sociálních služeb a současně ve snaze podpořit setrvání lidí odkázaných na pomoc co nejdéle v jejich přirozeném rodinném prostředí se MPSVR SR v současnosti věnuje procesu deinstitucionalizace sociálních služeb na Slovensku.

Vláda SR schválila 30. 11. 2011 Strategii deinstitucionalizace systému sociálních služeb a náhradní péče, kterou nazývá Strategie DI. Slovenská republika se tímto dokumentem hlásí k celosvětovému trendu systematického odstraňování důsledků dlouhodobě uplatňovaného, ale i historicky zavedeného modelu institucionální izolace a segregace lidí vyžadujících dlouhodobou pomoc a péči ve specializovaných zařízeních, obzvláště pak dětí v náhradní péči, osob se zdravotním postižením a seniorů. Původní systém nahradí alternativním modelem služeb, který se svým charakterem nejvíce podobným běžným životním



podmínkám. Taková změna modelu je nejen jedním z cílů současné politiky Evropské unie v oblasti sociálního začlenění a zdravotního postižení a je i součástí závazků Slovenské republiky v mezinárodní lidsko-právní agendě, např. Úmluvě o právech dítěte a Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením.

Základním záměrem deinstitucionalizace na Slovensku je tedy vytvoření a zajištění podmínek pro nezávislý a svobodný, život všech občanů, kteří jsou odkázáni na pomoc společnosti, a to v jejich přirozeném sociálním prostředí komunity prostřednictvím komplexu kvalitních alternativních služeb.

Dále MPSVR SR schválilo dne 14. 12. 2011 Národní akční plán přechodu z institucionální na komunitní péči v systému sociálních služeb pro léta 2012 - 2015 (dále jen "Národní akční plán DI"). Vypracovat Národního akčního plánu DI, je jedním ze základních úkolů Strategie DI. Národní akční plán DI představuje základní plánovací dokument MPSVR SR vedoucí k naplnění Strategie DI v oblasti přechodu z institucionální na komunitní péči v systému sociálních služeb ve Slovenské republice v letech 2012 - 2015.

Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny Slovenské republiky každoročně vydává Zprávu o sociální situaci obyvatelstva pro daný rok. V oblasti sociálních služeb pro rok 2011

### **3.13.1 Opatrovatel'ská služba**

V roce 2010 byla pečovatelská služba v domácnosti poskytována ze strany obcí 15 704 občanům. Ve srovnání s rokem 2009 jde (stejně jako v předchozím roce) o pokles počtu uživatelů této služby o 1 346 občanů, důvodem je nedostatek finančních zdrojů. Pečovatelskou službu poskytovalo v roce 2010 6 400 zaměstnanců měst a obcí. Ve srovnání s rokem 2009 jde o vyšší pokles zaměstnanců pečovatelské služby než v roce 2008, a to o 685 zaměstnanců. Poskytování této služby je na základě pracovních vztahů i dohod konaných mimo pracovní poměr. Na poskytování pečovatelské služby bylo v roce 2010 vynaloženo ze stran obcí 26 289 000 €. Oproti roku 2009 je to o 215 000 € méně, což odpovídá snížení počtu uživatelů i pečovatelka a pečovatelů.

### 3.13.2 Prepravná služba

V roce 2010 byla obcemi poskytována tato služba 3 325 občanům. Meziročně došlo k nárůstu o 1 252 občanů oproti roku 2009. Obce vynaložily v roce 2010 na poskytování přepravní služby 160 081 €, což oproti roku 2009 představuje nárůst o 86 556 €.

### 3.13.3 Zariadenia sociálnych služieb

K 31. 12. 2010 bylo v Slovenské republice 5 424 925 obyvatel, z toho 36 350 obyvatelům (0,67%) byly poskytovány služby v 911 zařízeních sociálních služeb zřízených obcí, krajem nebo neveřejným poskytovatelem. Sociální služby, které mají charakter dlouhodobé péče, byly poskytovány 32 547 klientům v 762 zařízeních (zariadenie pre seniorov, domov sociálních služieb, špecializované zariadenie, denný stacionár, zariadenie podporovaného bývania, rehabilitačné stredisko, zariadenie opatrovateľskej služby).

*V roce 2010 bylo v SR ve všech druzích zařízení sociálních služeb 38 751 míst, z toho se celoroční péči poskytovala v rámci 34 418 míst (88,8%), týdenní péče na 651 místech (1,7%), denní péče na 2 226 místech (5,7%) a přechodně se péče poskytovala na 1 397 místech (3,6%). Z celkového počtu až 35 394 míst (91,3%) připadá na sociální služby, které mají charakter dlouhodobé péče.*

Zařízení sociálních služeb čítala ke konci roku 2010 celkem 36 350 uživatelů. Z celkového počtu bylo 27 164 zdravotně postižených (74,7%) a 22 243 seniorů (61,2%). Sociální služby využívalo 15 033 mužů (41,4%) a 21 317 žen (58,6%). 33 360 uživatelům (91,7%) byly poskytovány sociální služby v takzvané dlouhodobé péče.

Z celkového počtu 911 zařízení sociálních služeb byl zřizovatelem 367 zařízení kraj (40%) a 217 zařízení (24%) zřizovala obec. Neveřejní poskytovatelé byly zakladateli 327 zařízení (36%), z toho bylo 85 zařízení církevní právnickou osobou, 206 zařízení jinou právnickou osobou a 10 zařízení zřizovaly fyzické osoby.

V roce 2011 tvořily celkové výdaje zařízení sociálních služeb 271 180 737 €. Z toho až 159 834 815 € (59%) bylo vynaloženo na mzdy a povinné pojištění. Ostatní výdaje byly určeny na koupi zboží a zajištění služeb, na pořízení dlouhodobého majetku a na zdravotní péči. Výdaje





evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

na sociální služby v zařízeních takzvané dlouhodobé péče činily 263 270 637 €, což je až 97% z celkových výdajů ve všech druzích zařízení sociálních služeb.

V zařízeních sociálních služeb bylo k 31. 12. 2010 celkem 18 769 zaměstnanců, což představuje nárůst oproti roku 2009 o 907 pracovníků. V zařízeních sociálních služeb dlouhodobé péče pracovalo až 18 192 zaměstnanců (97% z celkového počtu).

V roce 2010 bylo do pořadníků čekatelů na poskytování péče v zařízeních sociálních služeb zařazeno celkem 4 648 osob, z toho v zařízeních pro seniory 4 466 osob, v domovech sociálních služeb 176 osob a v zařízeních podporovaného bydlení 6 osob. Celkově počet čekatelů oproti roku 2009 klesl až o 10 258, což je pravděpodobně způsobeno tím, že v obce a kraje byly souladu se zákonem o sociálních službách povinny k 31. 12. 2010 přehodnotit závislost všech osob zapsaných do pořadníku čekatelů, přičemž lze předpokládat, že velké množství z nich (zejména v zařízeních pro seniory) nesplňovalo podmínky pro poskytování sociální služby v zařízení.

### **3.13.4 Neveřejný poskytovatelé sociálních služeb**

K 31. 12. 2010 poskytovalo sociální služby 358 neveřejných poskytovatelů, což představuje nárůst oproti roku 2009 o 83 poskytovatelů. Neveřejní poskytovatelé poskytovali sociální služby 30 219 klientům, což je o 1 761 více než v roce 2009. Celkové příjmy neveřejných poskytovatelů činily 58 063 000 € a celkové výdaje 58 403 000 €.

### **3.13.5 Dohled nad poskytováním sociálních služeb**

V souladu s § 98 a 99 zákona stát vykonává prostřednictvím MPSVR SR dohled nad dodržováním zákona o sociálních službách a obecně závazných právních předpisů při:

- poskytování sociálních služeb v souladu s dodržováním základních lidských práv a svobod,
- uzavírání smluv o poskytování sociální služby,
- dodržování závazků ze smlouvy o poskytování sociální služby,
- provádění odborných činností, na které byla udělena akreditace.



V roce 2011 MPSVR SR provedlo dohled nad poskytováním sociálních služeb celkem u 22 poskytovatelů sociální služby, z toho:

- 3 dokončené v roce 2011, přenesené z roku 2010,
- 15 provedených a dokončených v roce 2011,
- 4 zahájené v roce 2011, nedokončené, přenesené do roku 2012.

Z provedených dohledů nebylo zjištěno porušení právních předpisů pouze u 4 poskytovatelů sociální služby (z toho 3 veřejní a 1 neveřejný). U všech ostatních poskytovatelů sociální služby bylo zjištěno porušení obecně závazných právních předpisů, ale i nedostatky různého rozsahu a závažnosti.

V návaznosti na výkon dohledu u poskytovatelů sociální služby v předchozích letech ministerstvo provedlo též kontrolu plnění přijatých opatření k odstranění nedostatků zjištěných při výkonu dohledu ve 4 případech, přičemž v 1 opět zaznamenalo porušení Ústavy Slovenské republiky.

Součástí výkonu dohledu je i prověření podání a podnětů fyzických a právnických osob poukazujících na porušování práv příjemců sociální služby přímo u poskytovatele. Z 10 prověřovaných podání a podnětů fyzických osob se v 5 případech uváděné nedostatky nepotvrdily, ve 4 případech byly naopak potvrzeny. V 1 případě nebylo možné metodami dohledu prověřit stav věci a pisatel byl odkázán na orgány činné v trestním řízení.

### **3.13.6 Akreditace k provádění odborných činností a vzdělávacích programů**

Od 1. 1. 2009 MPSVR SR uděluje v souladu se zákonem o sociálních službách akreditace na odbornou činnost (specializované sociální poradenství a sociální rehabilitaci) a na vzdělávací programy. Od 1. ledna 2011 do 31. prosince 2011 bylo na MPSVR SR doručeno 48 žádostí o udělení akreditace. Z uvedeného počtu bylo 7 žádostí o udělení akreditace na odbornou činnost a 41 žádostí o udělení akreditace na vzdělávací programy. Od 1. ledna 2011 do 31. prosince 2011 bylo uděleno 42 akreditací na vzdělávací programy a 13 akreditací na odbornou činnost.

### 3.13.7 Dotace na podporu rozvoje sociální oblasti v působnosti MPSVR SR

MPSVR SR poskytovalo dotace v roce 2011 z rozpočtu kapitoly v souladu se zákonem č. 544/2010 Sb., o dotacích, který s účinností od 1. ledna 2011 nahradil výnos MPSVR SR o poskytování dotací. Celkově byly poskytnuty dotace v částce 2 614 768 €, z toho 2 520 175 € právnickým osobám.

Dotace na podporu rozvoje sociálních služeb a dotace na podporu provádění opatření sociálněprávní ochrany dětí a sociální kurately byly poskytnuty ve výši 1 780 290 € (155 podpořených 155 žádostí), z toho z kapitálových transferů v částce 1 140 581 € na koupi osobních a speciálních motorových vozidel, technických zařízení pro zlepšení manipulace s klienty s omezenou schopností pohybu, materiálového vybavení, na vytváření bezbariérového prostředí a na rekonstrukce a stavební úpravy. Na podporu rekondičních aktivit byly poskytnuty výdaje v částce 540 130 € (25 žádostí), na podporu členství v mezinárodní organizaci v sociální oblasti v částce 31 795 € (17 žádostí) a na podporu ediční činnosti (§ 8) v částce 167 960 € (18 žádostí). V rámci dotací na podporu rekondičních aktivit byly na dotace zaměřené na předcházení sociálnímu vyloučení a na podporu obnovení psychické a fyzické kondice fyzické osoby, která je poživitelem starobního, předčasného starobního nebo výsluhový důchodu a nevykonává činnost, která zakládá nárok na příjem ze závislé činnosti nebo z podnikání, poskytnuté dvěma subjektům výdaje v částce 432 460 €; prostřednictvím nich byl poskytnut příspěvek na rekreace 8 650 žadatelům. Z hlediska právní formy příjemce dotace byly rozpočtové prostředky poskytnuté obcím a krajům pro zařízení v jejich zřizovatelské působnosti v částce 1 162 271 €, občanským sdružením v částce 649 490 €, odborové organizaci v částce 307 500 €, neziskovým organizacím v částce 329 619 € a církevními organizacím v částce 71 295 €.

V souladu s § 9 zákona byla poskytnuta dotace fyzickým osobám na podporu humanitární pomoci v částce 94 593 € pro 350 fyzických osob v náročné životní situaci nebo v mimořádně nepříznivé sociální situaci na podporu řešení této situace.

## Seznam použité literatury

Altern und Zukunft. Bundesplan für Seniorinnen und Senioren. In Zusammenarbeit mit dem Bundesseniorenbeirat, 2012.

Bjalkovski, Ch. Frühbauer, O. Sociální služby v zemích Evropské unie. Praha: VÚPSV, 2000. bez ISBN.

Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderung in Österreich, 2008.

Betreutes wohnen für Seniorinnen Merkblatt/Erläuterungen.

Bruthansová, D. a kol. Právní úprava sociálních služeb ve vybraných evropských zemích. Praha: VÚPSV, 2001. bez ISBN.

Brücken für jene unter den Brücken, Caritas.

Die Kosten der Pflege in Österreich Ausgabenstrukturen und Finanzierung, Forschungsbericht 02/2006.

Die Verteilungswirkung des derzeitigen Finanzierungsmodells.

Eisenbach-Stangl, I., Moskalewicz, J., Tom, B. (Eds.), Two Worlds of Drug Consumption in Late Modern Societies, Ashgate Publishing Limited, European Centre Vienna, 2009.

Efficiency and Effectiveness of Social Spending, IZA DP No. 3482, 2008.

Erwin Eiersebner: Pflegegeld Österreich.

Der stationären Pflege in NÖ, Bericht 3/2010.

Gesamte Rechtsvorschrift für Finanzausgleichsgesetz 2008, Fassung vom 15. 11. 2012.

Gesamte Rechtsvorschrift für Hausbetreuungsgesetz, Fassung vom 13. 11. 2012.

Gesundheits- und krankenpflegegesetz (GuKG).

Href 2: Vašečka, Imrich. Sociálně potřební v romské menšině. (Podkladová studie pro koncepci magistrátu města Brna). Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra sociální politiky a sociální práce, 2000.



Href 3: Kolektív autorov: Poverty and Welfare of Roma in the Slovak Republic.

Humečková, J. Sociální služby v Rakousku, časopis Sociální služby, 5/2012.

Jahresbericht Jugendwohlfahrt des Landes OÖ, 2011.

Kolektív autorov. Chudoba rómov a sociálna starostlivosť o nich v Slovenskej republike. Bratislava: Svetová banka, nadácia S.P.A.C.E., Ineko, 2002.

Kolektív autorov. Národná správa o ľudskom rozvoji. Slovenska republika, 2000.

Krajňáková, Emília. Realizácia sociálnych služieb v podmienkach Slovenska. Košice: Technická univerzita v Košiciach, Ekonomická fakulta.

Mareš, Petr. Sociologie nerovnosti a chudoby. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999.

Mittel- und langfristige Finanzierung der pflegevorsorge. Österreichisches institut für Wirtschaftsforschung, 2008.

Modellprogramm der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gem. § 8 Abs. 3 SGB XI.

Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2010. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2010.

Pflegegeld Änderungen, 2011.

Pflegestudie, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2011.

Prof. Dr. Johannes Ruddy, MR Dr. Margarethe Fürstl-Grasser, MR Dr. Max Rubisch: Neue Tendenzen der Pflegevorsorge in Österreich.

Questionare Prevention BAWO, 2004.

Radičová, Iveta. Chudoba rómov vo vzťahu k trhu práce v Slovenskej republike. In: Sociológia 33, č. 5. 2001.

Repková, Květoslava. Politika sociálnych služieb. Inštitút edukológie a sociálne práce FF PU v Prešove. FF PU v Prešove, 2012.

Services for the Homeless in Austria, National Report on planning, regulation and funding, August / September 2003.

Smutek, M. Frühbauer, O. Role evropských municipalit v oblasti sociálních služeb. Praha: VÚPSV, 2001. bez ISBN.

Studie terénních a pobytových sociálních služeb pro seniory na území Dolního Rakouska, Ledax 2009.

Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení v Irsku.  
[http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Ireland\\_cs.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20Rights%20in%20Ireland_cs.pdf)práva v oblasti f

Vaše práva sociálneho zabezpečenia v Rakúsku, Európska únia 2011.

Vašečka, Michal. Rómovia. Súhrnná správa o stave spoločnosti. Inštitút preč verejné otázky. Bratislava. 2000.

Wallner, Johanes. Svaz domovů pro seniory a pečovatelských domovů v Rakousku.

Wurzer, M.: Das österreichische System der Pflegevorsorge um europäischen Vergleich, Grin 2010.

### **Internetové zdroje**

<http://2pe3.webnode.sk/news/romska-narodnostna-mensina/>

[www.antiskola.sk](http://www.antiskola.sk)

<http://www.bmask.gv.at/site/Service/Broschuerenservice/>

<http://www.bmask.gv.at/site/Soziales/>

[www.businessinfo.cz/](http://www.businessinfo.cz/)

[www.cairde.ie](http://www.cairde.ie)

[www.clarecare.ie](http://www.clarecare.ie)

[www.coru.ie](http://www.coru.ie)

[www.cosc.ie](http://www.cosc.ie)

[www.crc.ie](http://www.crc.ie)

[www.drugs.ie](http://www.drugs.ie)



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

<http://www.employment.gov.sk/ministerstvo.html>

[www.fsa.ie](http://www.fsa.ie)

[www.hiqa.ie](http://www.hiqa.ie)

[www.hse.ie](http://www.hse.ie)

[www.iascw.ie](http://www.iascw.ie)

[www.pobal.ie](http://www.pobal.ie)

[www.slovakia.org](http://www.slovakia.org)

<http://www.slovakia.culturalprofiles.net/?id=-12693>

<http://www.slovakia.culturalprofiles.net/?id=-13033>

[www.soilse.ie](http://www.soilse.ie)

[www.yoda.ie](http://www.yoda.ie)

[www.welfare.ie](http://www.welfare.ie)

[www.wifo.ac.at](http://www.wifo.ac.at)

<http://www.worldbank.org>



## Seznam tabulek

TABULKA 1 VÝVOJ HLAVNÍCH UKAZATELŮ DOMÁCÍ PÉČE V LETECH 2006 - 2012	21
TABULKA 2 VÝVOJ HLAVNÍCH UKAZATELŮ	22
TABULKA 3 STRUKTURA PŘÍJEMCŮ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI V RAKOUSKU	59
TABULKA 4 POROVNÁNÍ SPOLKOVÝCH ZEMÍ: CO SI POSKYTOVATEL SOCIÁLNÍ SLUŽBY BERE OD PŘÍBUZNÝCH ZPĚT	65
TABULKA 5 STANOVENÍ PŘIMĚŘENÉ VÝŠE PLNĚNÍ ZE STRANY KLIENTA	70
TABULKA 6 ROZMÍSTĚNÍ SLUŽEB V RAKOUSKU	73
TABULKA 7 POROVNÁNÍ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI V ČR A V RAKOUSKU	98
TABULKA 8 ÚZEMNÍ SAMOSPRÁVNÉ KRAJE	107
TABULKA 9 FINANČNÍ PŘÍSPĚVEK NA SOCIÁLNÍ SLUŽBY ZŘIZOVANÉ OBCÍ	154
TABULKA 10 FINANČNÍ PŘÍSPĚVEK NA ZABEZPEČENÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY U NEVEŘEJNÉHO POSKYTOVATELE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	155

## Seznam obrázků

OBRÁZEK 1 MAPA SLOVENSKA – ROZDĚLENÍ DLE OKRESŮ	104
OBRÁZEK 2 USPORIADANIE VEREJNEJ SPRÁVY OD 1. 1. 2004	105
OBRÁZEK 3 MAPA SLOVENSKA - ROZDĚLENÍ DLE KRAJŮ	107
OBRÁZEK 4 ROMSKÁ MENŠINA NA SLOVENSKU	111
OBRÁZEK 5 ROMSKÁ MENŠINA NA SLOVENSKU	112



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

## Přílohy

# ZÁKON O ZDRAVOTNÍ A OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

## (ZZOP)

### Hlava 3 – Ošetřovatelská péče

#### 1. oddíl – Všeobecná ustanovení

##### § 82 ZZOP Profil povolání

Ošetřovatelská péče zahrnuje péči o osoby odkázané na ošetřovatelskou péči a slouží k podpoře činnosti příslušníků tzv. vyššího stupně státní služby (gehobener Dienst) ve zdravotnictví a lékařů.

##### § 83 ZZOP Označení povolání

(1) Osoby, které jsou podle ustanovení tohoto spolkového zákona oprávněny k poskytování ošetřovatelské péče (§ 85), jsou oprávněny používat označení „ošetřovatel“.

(1a) Osoby, které podle § 104a úspěšně absolvovaly další vzdělání, jsou oprávněny používat za označením povolání dle odst. 1 odborné zaměření v závorce jako dodatečné označení.

(2) Občané zemí Evropského hospodářského prostoru a občané Švýcarského spříseženství (Švýcarska), kteří jsou dle tohoto spolkového zákona (§ 85) oprávněni k výkonu ošetřovatelské péče, mohou uvádět právoplatné označení vzdělání platná v zemi původu, resp. jejich zkratky, za předpokladu, že

není identické s označením povolání podle odst. 1 a nelze je zaměnit s označením, které v Rakousku předpokládá další vzdělání, a vedle označení vzdělání je uveden také název a místo instituce nebo zkušební komise, která toto označení vzdělání udělila.

(3) Uvádění

označení povolání nebo vzdělání dle odst. 1.1a a 2 neoprávněnými osobami, jiných zaměnitelných označení povolání a vzdělání neoprávněnými osobami nebo jiného než zákonem povoleného označení povolání je zakázáno.



## § 84 ZZOP Oblast působnosti

(1) Oblast působnosti ošetrovatelské péče zahrnuje

provádění ošetrovatelských úkonů dle odst. 2 a 3 a spolupráci při terapeutických a diagnostických činnostech dle odst. 4, včetně sociální péče o pacienty nebo klienty a vykonávání domácích prací.

(2) Ošetrovatelské úkony je možné provádět pouze na základě nařízení příslušníků vyššího stupně státní služby ve zdravotnictví a pod jejich dohledem. Při poskytování služeb mimo oficiální zařízení je nutné písemné nařízení. Připouští se doručení písemného nařízení faxem nebo prostřednictvím automatického datového přenosu, pokud je zajištěna dokumentace.

(3) Provádění ošetrovatelských úkonů zahrnuje především:

provádění základních ošetrovatelských technik,  
provádění základních mobilizačních technik,  
péči o tělo a stravování,  
monitorování zdravotního stavu,  
profylaktické ošetrovatelské úkony,  
dokumentaci provedených ošetrovatelských úkonů a péči, čištění a dezinfekci pomůcek.

(4) V rámci spolupráce s terapeutickými a diagnostickými zařízeními je možné ve výjimečných případech na základě písemného lékařského nařízení a pod dohledem příslušníků vyššího stupně státní služby ve zdravotnictví provádět následující činnosti:

podávání léčiv,  
převazování,  
podávání podkožních inzulínových injekcí a podkožních injekcí s léky proti srážlivosti krve, včetně odběru krve z kapiláry za účelem zjištění hladiny cukru v krvi pomocí testovacích tyčinek,  
podávání speciální výživy u žaludečních sond ležícím osobám,  
monitorování stavu nemocného na základě lékařské indikace, jako je měření krevního tlaku, tepu, teploty, vyměšování a vážení a také sledování stavu vědomí a dechu a jednoduchá aplikace tepla a světla.

Podle ustanovení § 15 odst. 6 ř. 1 může nařízení vydat i příslušník vyššího stupně státní služby ve zdravotnictví. Přípouští se doručení písemného nařízení faxem nebo prostřednictvím automatického datového přenosu, pokud je zajištěna dokumentace.

(5) Ve výjimečných případech lze dohled podle odst. 2 a 4 provádět také formou doprovodné kontroly v pravidelných intervalech, pokud

to připustí zdravotní stav příslušné osoby odkázané na ošetrovatelskou péči;  
je nařízení příslušníka vyššího stupně státní služby ve zdravotnictví, resp. lékaře, písemné a je zajištěna dokumentace;  
je zajištěna možnost dotázat se příslušníka vyššího stupně státní služby ve zdravotnictví, resp. lékaře, a  
intervaly kontroly písemně stanoví příslušník vyššího stupně státní služby ve zdravotnictví, resp. lékař, podle ošetrovatelských a lékařských potřeb a tak, aby byla zajištěna kvalita.

#### **§ 84a ZZOP**

(1) Vykonávání ošetrovatelské péče zahrnuje poskytnutí okamžité první pomoci, pokud není nablízku lékař. Lékař musí být neprodleně přivolán.

(2) Poskytnutí první pomoci ve smyslu odst. 1 zahrnuje především

ruční masáž srdce a umělé dýchání pomocí jednoduchých dýchacích pomůcek,  
defibrilaci pomocí poloautomatických přístrojů a  
podání kyslíku.

## **2. oddíl – Oprávnění k výkonu povolání**

### **§ 85 ZZOP**

K výkonu ošetrovatelské péče jsou oprávněny osoby, které

jsou starší 18 let;

jsou spolehlivé a jejich zdravotní stav vyhovuje podmínkám pro vykonávání povinností spojených s tímto povoláním (§ 27 odst. 2);

předloží doklad o kvalifikaci (§§ 86 až 88) a

mají dostatečné znalosti německého jazyka pro vykonávání tohoto povolání.

(2) K výkonu ošetrovateľskej péče jsou oprávněny také osoby, které jsou oprávněné k vykonávání vyššího stupně státní služby ve zdravotnictví.

### **§ 86 ZZOP Vnitrostátní doklad o kvalifikaci**

Jako doklad o kvalifikaci slouží vysvědčení o úspěšném ukončení vzdělání v rámci

vzdělávacího kurzu pro ošetrovatele podle ustanovení tohoto federálního zákona nebo vzdělávacího kurzu pro ošetrovatele podle ustanovení zákona o zdravotní péči.

### **§ 87 ZZOP Doklad o kvalifikaci v EHP (Evropský hospodářský prostor)**

(1) Doklady o kvalifikaci v oblasti ošetrovateľskej péče, které obyvatelům států EHP nebo Švýcarska vystaví stát EHP nebo Švýcarsko, budou podle ustanovení směrnice 2005/36/ES uznány.

(2) Spolkový ministr zdravotnictví, rodiny a mládeže na žádost udělí obyvatelům států EHP nebo Švýcarska, resp. třetích států dle § 28a odst. 3, kterým byl vystaven doklad o kvalifikaci dle odst. 1 v oblasti ošetrovateľství, povolení vykonávat povolání v oblasti ošetrovateľskej péče.

(2) Zemský hejtman na žádost udělí obyvatelům států EHP nebo Švýcarska, resp. třetích států dle § 28a odst. 3, kterým státy EHP nebo Švýcarsko vystavily doklad o kvalifikaci jako

diplomovaný pracovník v sociální péči se zaměřením na péči o seniory, se zaměřením na práci v rodině nebo se zaměřením na péči o zdravotně postižené nebo odborný pracovník v sociální péči se zaměřením na péči o seniory nebo se zaměřením na péči o zdravotně postižené

(čl. 1 odst. 2 ř. 1 p. a, b nebo c nebo ř. 2 p. a nebo b dohody dle čl. 15a federálního ústavního zákona o povolání pracovníků v sociální péči), povolení vykonávat povolání v oblasti ošetrovateľskej péče.

(3) Povolení vykonávat povolání dle odst. 2 a 2a je podmíněno úspěšným absolvováním volitelného srovnávacího vzdělávacího kurzu nebo zkoušky způsobilosti v případě, že se absolvované vzdělání s přihlédnutím k získaným znalostem v rámci pracovních zkušeností výrazně liší od rakouského vzdělání v oblasti ošetrovateľství.

(4) Srovnávací vzdělávací kurz dle odst. 3 představuje vykonávání ošetrovateľskej péče v Rakousku pod dohledem kvalifikovaného profesionála. Srovnávací kurz bude doplněn o další vzdělání, je-li to z odborného hlediska nutné. Srovnávací kurz se hodnotí.



(5) Zkouška způsobilosti dle odst. 3 je zkouška týkající se výlučně odborných znalostí a dovedností žadatele, podle které se posuzuje schopnost žadatele vykonávat v Rakousku ošetrovatelskou péči.

(6) Příslušné paragrafy: § 28a odst. 2, 3 a 5 až 7.

(7) V případě, že je povolení vykonávat povolání podmíněno dle odst. 3 úspěšným absolvováním srovnávacího kurzu či zkoušky, musí být splnění předepsané srovnávací zkoušky či kurzu zapsáno v rozhodnutí o povolení vykonávat povolání. Záznam provádí

v případě odst. 2 spolkový ministr zdravotnictví a

v případě odst. 2a zemský hejtman.

Oprávnění k výkonu ošetrovatelské péče vzniká teprve okamžikem zápisu.

(8) Podrobnější předpisy o povolení, provádění a hodnocení zkoušky způsobilosti a srovnávacího vzdělávacího kurzu stanovuje spolkový ministr práce, zdravotnictví a sociálních věcí prostřednictvím vyhlášky.

### **§ 88 ZZOP Doklad o kvalifikaci mimo EHP**

Doklad o úspěšně absolvovaném vzdělání v oblasti ošetrovatelské péče získaný v zahraničí, který nespadá pod § 87, platí jako doklad o kvalifikaci, pokud

je doklad prohlášen za ekvivalentní rakouskému vysvědčení dle § 89 (nostrifikace) nebo byl doklad uznán za ekvivalentní podle nařízení zákona o zdravotní péči předtím, než vstoupil v platnost tento federální zákon; a  
nostrifikační rozhodnutí splňuje všechny předepsané podmínky.

### **§ 89 ZZOP Nostrifikace**

(1) Osoby, které absolvovali státem uznávané vzdělání v zahraničí a hodlají ošetrovatelskou péči vykonávat v Rakousku, jsou oprávněny požadovat u zemského hejtmana příslušné spolkové země uznání svých dokladů o úspěšném absolvování vzdělání v oblasti ošetrovatelství, získaných mimo území Rakouska. Uznání požadují u hejtmana spolkové země, kde se nachází jejich

trvalé bydliště,

dále plánované bydliště a

dále plánované místo výkonu služby.

(2) V případě nostrifikačního řízení se uplatňuje § 32 odst. 2 až 7.

(3) Pokud není doklad zcela ekvivalentní, je nostrifikace podmíněna jednou z následujících podmínek, nebo oběma:

úspěšné vykonání jednoho nebo více doplňujících komisionálních přezkoušení,  
úspěšné absolvování praxe nebo několika praxí v rámci vzdělávacího kurzu pro ošetřovatele.

(4) Pokud jde o

připuštění žadatelů o nostrifikaci k doplňujícímu studiu,  
vyloučení ze studia,  
skládání zkoušek,  
složení zkušební komise,  
hodnocení výsledků zkoušky a  
podmínek opakování zkoušky,  
platí nařízení o vzdělání v oblasti ošetřovatelství.

(5) Splnění uložených podmínek musí zemský hejtman zapsat do rozhodnutí o nostrifikaci. Oprávnění k výkonu ošetřovatelské péče vzniká teprve okamžikem zápisu.

## **§ 90 ZZOP Výkon povolání**

(1) Výkon povolání v oblasti ošetřovatelské péče může být provozován v pracovním poměru

k zdravotnickému zařízení;

k zástupci jiných zařízení pod lékařským nebo ošetřovatelským vedením či dohledem, která slouží k prevenci, diagnostice nebo léčbě nemocí nebo k následné péči, péči o zdravotně postižené, k péči o osoby odkázané na ošetřovatelskou péči nebo k odběrům krve a krevních složek, nebo která nabízejí jiné zdravotnické a sociální služby;

k lékařům provozujícím volnou živnost;

3a. ke skupinovým praxím dle § 52a zákona o lékařích 1998;

k příslušníkovi vyššího stupně státní služby ve zdravotnictví provozujícímu volnou živnost;

k zařízením nebo orgánům státní správy, které nabízejí domácí ošetřování a

jsou ve služebním poměru k Justiční agentuře pro pečovatele (Justizbetreuungsagentur – JBA) dle zákona o justiční agentuře pro ošetřovatele č. 101/2008.

(2) Výkon povolání v oblasti ošetrovatelské péče je přípustný také v rámci poskytnutí pracovníků dle ustanovení zákona o poskytnutí pracovníků za předpokladu, že zaměstnavatel ve smyslu § 3 odst. 3 zákona o poskytnutí pracovníků

nezaměstnává v rámci poskytnutí pracovníků více než 15 ze sta příslušníků ošetrovatelského personálu a

je zajištěna kvalita a kontinuita péče odpovídající struktuře zařízení a pečovatelským a ošetrovatelským potřebám pacientů, klientů nebo osob odkázaných na ošetrovatelskou péči.

### **§ 91 ZZOP Odebrání oprávnění k výkonu povolání**

(1) Příslušný okresní správní úřad (na základě místa trvalého bydliště) může oprávnění k výkonu povolání odebrat, pokud nebyly od počátku splněny předpoklady dle § 85 nebo přestaly platit.

(2) Při odebrání oprávnění k výkonu povolání dle odst. 1 je třeba odevzdat

vysvědčení dle § 86 nebo rozhodnutí o povolení dle § 87 odst. 2 nebo rozhodnutí o nostrifikaci dle § 89 a

profesní průkaz (§ 10).

Tuto okolnost je třeba oznámit zemským hejtmanům a spolkovému ministru sociálního zabezpečení a generací.

(3) Pokud

existují předpoklady dle § 85 a

o obnovení výkonu povolání neexistují žádné další pochybnosti, je možné oprávnění k výkonu povolání na žádost osoby, které bylo toto oprávnění dle odst. 1 odebráno, znovu udělit. Povolení uděluje příslušný okresní správní úřad podle místa trvalého bydliště. Vracené doklady jsou znovu vydány a opět musí být informováni zemští hejtmani a spolkový ministr sociálního zabezpečení a generací.

(4) Proti rozhodnutí dle odst. 1 a 3 se lze odvolat u nezávislého zemského správního soudu.

## **3. oddíl – Vzdělávání**

### **§ 92 ZZOP Vzdělávání v oboru ošetrovatelské péče**



(1) Vzdělávání v oboru ošetrovatelské péče trvá jeden rok a obsahuje teoretickou a praktickou část v rozsahu celkem 1 600 hodin, přičemž polovina připadá na teoretické znalosti a polovina na praktickou výuku.

(2) Vzdělávání v oboru ošetrovatelské péče je možné absolvovat také

v rámci pracovního poměru,  
ve formě kombinovaného studia nebo  
ve spojení s jiným studiem.

V případě ř. 1 a 2 je třeba složit závěrečnou komisionální zkoušku (§ 100 odst. 3) nejpozději do dvou let, v případě ř. 3 nejpozději do tří let od začátku studia.

(3) V rámci praktického studia jsou účastníci vzdělávacího kurzu pro ošetrovatele (§ 95) oprávněni vykonávat

činnosti dle § 84 odst. 3 pod vedením a dohledem pedagogického a odborného personálu a činnosti dle § 84 odst. 4 na nařízení nebo pod vedením a dohledem lékaře nebo podle ustanovení § 15 odst. 6 ř. 1 příslušníka vyššího stupně státní služby ve zdravotnictví.

### **§ 93 ZZOP Obsah studia**

(1) Vzdělávání v oblasti ošetrovatelské péče zahrnuje především tyto oblasti:

profesní etika a nauka o ošetrovatelské péči,  
ošetrovatelské služby, včetně péče o staré osoby, paliativní péče a domácí ošetrování,  
nauka o hygieně a infekcích,  
výživa a dietní strava,  
základy stomatologie a patologie,  
základy farmakologie,  
první pomoc, ochrana při přírodních katastrofách a před zářením,  
základy mobilizace a rehabilitace,  
vedení podniku a domácnosti,  
úvod do sociologie, psychologie, gerontologie a sociální hygieny,  
kurz komunikace, řešení konfliktů, supervize a kreativity,  
struktura zdravotnictví a zdravotnická zařízení,  
právní základy profese.

(2) Během studia je třeba zohledňovat především geriatrické, gerontologické a gerontopsychiatrické aspekty.

#### **§ 94. ZZOP Zkrácené vzdělávání pro mediky**

(1) Osoby, které úspěšně ukončili studium všeobecného a zubního lékařství, jsou oprávněny absolvovat zkrácené studium ošetrovatelství.

(2) Toto studium má rozsah 80 hodin teoretické a 600 hodin praktické výuky a věnuje se oblastem potřebným pro výkon ošetrovatelské péče. Zohledněny jsou znalosti získané v rámci studia.

#### **§ 95 ZZOP Vzdělávací kurzy pro ošetrovatele**

(1) Studium ošetrovatelství se odehrává v kurzech (vzdělávací kurzy pro ošetrovatele), které jsou poskytovány

všeobecnými zdravotnickými zařízeními nebo zdravotnickými zařízeními pro chronicky nemocné a domovy pro seniory nebo zařízeními nebo orgány státní správy, které nabízejí domácí ošetrování, nebo ve spolupráci s výše uvedenými zařízeními, která splňují potřebné požadavky pro praktické vyučování, disponují potřebným učitelským a odborným personálem pro dosažení vzdělávacích cílů a učebními pomůckami a odpovídajícím prostorem pro účastníky kurzu.

(2) Praktickou část je třeba vykonávat

na příslušných odborných odděleních nebo v jiných organizačních jednotkách zdravotnického zařízení;

v zařízeních, která slouží ke stacionární péči o osoby odkázané na ošetrovatelskou péči; a

v zařízeních, která nabízejí domácí ošetrování nebo jiné zdravotnické a sociální služby a která splňují potřebné požadavky pro praktické vyučování, disponují potřebným učitelským a odborným personálem pro dosažení vzdělávacích cílů a učebními pomůckami a odpovídajícím prostorem pro účastníky kurzu.

#### **§ 96 ZZOP**

(1) Konání vzdělávacích kurzů pro ošetrovatele musí být povoleno zemským hejtmanem. Povolení bude uděleno, pokud bude doloženo, že

jsou k dispozici potřebné prostory, učební pomůcky i sociální zařízení pro konání teoretického vyučování;

je k dispozici potřebný učitelský a odborný personál pro pokrytí teoretického a praktického studia, který je odborně a pedagogicky kvalifikován a disponuje nezbytnými praktickými zkušenostmi;

funguje spolupráce se zařízeními dle § 95 odst. 2 a

v zařízeních uvedených v § 95 odst. 2 pracuje dostatečný počet příslušníků vyššího stupně státní služby ve zdravotnictví a dalšího odborného personálu, aby bylo zajištěno odpovídající odborné praktické vzdělávání pod odborným vedením a dohledem.

(2) Zemský hejtman má za úkol pravidelně kontrolovat plnění předpokladů dle odst. 1. Pokud tyto předpoklady (již) nejsou splněny, bude povolení po uplynutí zákonné lhůty pro odstranění nedostatků (nedojde-li v dané lhůtě k nápravě) zrušeno.

(3) Proti rozhodnutí zemského hejtmána dle odst. 1 a 2 se nelze odvolat.

#### **§ 97 ZZOP Vedení vzdělávacích kurzů**

(1) Speciální odborné a organizační vedení pod výlučným služebním dohledem zastává pro tyto účely ředitel s příslušnými odbornými a pedagogickými schopnostmi, který

1. vlastní oprávnění k výkonu vyššího stupně státní služby ve zdravotnictví; úspěšně absolvoval speciální pedagogické vzdělání a má minimálně tříletou zkušenost jako pedagog v oblasti zdravotnictví.

(2) Lékařsko-vědecké vedení vzdělávacího kurzu pro ošetřovatele zastává lékař s dostatečnými odbornými a pedagogickými zkušenostmi pro tyto účely.

(3) Ředitel i lékařsko-vědecký vedoucí mají své zástupce. Ti musí splňovat stejné požadavky dle odst. 1 nebo 2.

#### **§ 98 ZZOP Přijetí do vzdělávacího kurzu pro ošetřovatele**

(1) Osoby, které se ucházejí o přijetí do vzdělávacího kurzu pro ošetřovatele, musí doložit následující:

věk minimálně 17 let,

dobrý zdravotní stav umožňující vykonávání povinností spojených s povoláním ošetřovatele,



spolehlivost potřebná k vykonávání povinností spojených s tímto povoláním (§ 27 odst. 2) a úspěšné absolvování 9. ročníku základní školní docházky.

Splnění předpokladů dle ř. 4 lze ve výjimečných případech odpustit, pokud osoba, která se uchází o přijetí do kurzu, prokáže dostatečnou míru všeobecného vzdělání, takže lze předpokládat, že bude schopna zvládnout teoretickou i praktickou výuku.

(2) O přijetí uchazeče (odůvodnění vzdělávací smlouvy) rozhoduje právnická osoba instituce, která vzdělávací kurz pro ošetřovatele pořádá, po dohodě s ředitelem.

(3) Přijetí do kurzu může předcházet přijímací pohovor s uchazečem nebo přijímací zkouška.

(4) Při výběru uchazečů je třeba vzít v úvahu požadavky na povolání ošetřovatele, přičemž rozhodujícími faktory by mělo být školní vzdělání a vysvědčení, výsledky přijímacího pohovoru a zkoušky, životopis a celkový dojem uchazeče.

### **§ 99 ZZOP Vyloučení ze studia**

(1) Účastník vzdělávacího kurzu pro ošetřovatele může být vyloučen z kurzu, pokud se během vzdělávacího procesu pro výkon ošetřovatelské péče projeví jako nezpůsobilý, a to z následujících důvodů:

nespolehlivost dle § 27 odst. 2 nebo

nevyhovující zdravotní stav nebo

nesplnění jednoho z požadavků ke přijetí dle § 98 odst. 1 nebo

závažné porušení povinností v rámci teoretické nebo praktické výuky.

(2) O vyloučení (odůvodnění vzdělávací smlouvy) rozhoduje instituce, která vzdělávací kurz pro ošetřovatele pořádá, po dohodě s ředitelem.

(3) Před rozhodnutím o vyloučení je

třeba vyslechnout vedoucího zdravotnického úředníka a

dát postiženému možnost ospravedlnit se.

(4) pokud uchazeč nedosáhne cíle vzdělání a vyčerpá všechny možnosti opakování, je automaticky vyloučen ze vzdělávacího kurzu pro ošetřovatele. V této situaci není nutné rozhodnutí instituce dle odst. 2.

### **§ 100 ZZOP Zkoušky**

(1) Během celé doby trvání kurzu se pedagogický a odborný personál soustavně přesvědčuje o úrovni znalostí účastníků kurzu.

(2) V rámci hodnocení úrovně znalostí musí pedagogové příslušných předmětů či odborných oblastí

v rámci teoretické výuky připravovat zkoušky a

v rámci praktické výuky provádět přezkoušení.

(3) Po ukončení celého kurzu se skládá závěrečná zkouška před zkušební komisí (§ 101). V rámci závěrečné zkoušky se posuzuje, zda si účastník kurzu osvojil požadované znalosti a dovednosti pro vykonávání ošetrovatelské péče a zda je schopen toto povolání odborně vykonávat.

(4) Osoby, které úspěšně absolvovaly dvouleté vzdělání pro vyšší stupeň státní služby ve zdravotnictví, budou připuštěny k závěrečné komisionální zkoušce dle odst. 3 bez nutnosti absolvovat doplňující vzdělání.

### **§ 101 ZZOP Zkušební komise**

(1) Ve zkušební komisi zasedají dle § 100 odst. 3 tyto osoby:

vedoucí zdravotnický úředník země nebo jeho zástupce nebo jiná z odborného hlediska způsobilá osoba pověřená vedoucím zdravotnickým úředníkem jako předseda,

ředitel vzdělávacího kurzu pro ošetrovatele nebo jeho zástupce,

lékařsko-vědecký vedoucí vzdělávacího kurzu pro ošetrovatele nebo jeho zástupce,

zástupce instituce, která vzdělávací kurz pořádá,

odborný zástupce zákonného zájmového sdružení příjemců služby v oblasti zdravotnictví a

pedagogický personál pro daný zkušební předmět.

(2) Pokud se některý z členů komise dle odst. 1 ř. 6 nemůže zkoušky zúčastnit, je na řediteli vzdělávacího kurzu, aby určil jeho zástupce.

(3) Komise je usnášeníschopná, pokud byli všichni členové komise ředitelem vzdělávacího kurzu pro ošetrovatele řádně pozváni a kromě předsedy nebo jeho zástupce jsou přítomni minimálně tři další členové komise nebo jejich zástupci. Komise rozhoduje prostou většinou hlasů. Při rovnosti hlasů rozhoduje hlas předsedy komise.

### **§ 102 ZZOP Uznávání zkoušek a praxí**

(1) Zkoušky a praxe úspěšně absolvované v Rakousku v rámci

vzdělání v lékařském oboru,  
univerzitního studia či studia na odborné vysoké škole nebo  
zákonem ustanoveného vzdělání v sociální oblasti, může ředitel započítat do  
odpovídajících zkoušek a praxí v rámci studia pro ošetřovatele podle toho, do jaké  
míry se jejich obsah a rozsah shoduje.

(2) Zkoušky a praxe, které byly úspěšně absolvovány v zahraničí v rámci státem uznaného  
vzdělávání v oblasti ošetřovatelství, může ředitel započítat do odpovídajících zkoušek a praxí  
v rámci studia pro ošetřovatele podle toho, do jaké míry se jejich obsah a rozsah shoduje.

(3) Uznání dle odst. 1 a 2 osvobozuje uchazeče od povinnosti skládat zkoušky a účastnit se  
teoretické a praktické výuky v příslušných předmětech.

(4) Uznání zkoušek namísto závěrečné komisionální zkoušky je nepřípustné.

(5) Proti rozhodnutí ředitele dle odst. 1 a 2 se nelze odvolat.

### **§ 103 ZZOP Vysvědčení**

Osoby, které úspěšně složily závěrečnou komisionální zkoušku dle § 100 odst. 3, obdrží  
vysvědčení, ve kterém je uveden výsledek zkoušky a označení povolání „ošetřovatel“.

### **§ 104 ZZOP Vyhláška o vzdělávání a zkoušce**

Spolkový ministr práce, zdravotnictví a sociálních věcí stanovil prostřednictvím vyhlášky  
bližší ustanovení o vzdělání v oblasti ošetřovatelské péče, obzvláště pak o

vzdělávacím podniku, studijním plánu, minimálním rozsahu teoretické a praktické  
výuky a odborných předpokladech vedení a pedagogického a odborného personálu;  
způsobu a vykonání zkoušek, hodnocení výsledků zkoušek, podmínek pro opakování  
zkoušky, počtu možných opakování a o formě a obsahu vystaveného osvědčení a  
způsobu a délce trvání zkráceného studia dle § 94.

## **4. Oddíl – Doplnující a další vzdělávání**

### **§ 104a ZZOP**

(1) Ošetřovatelé jsou oprávněni absolvovat další vzdělání k rozšíření získaných znalostí a  
dovedností. Délka takového vzdělávání je minimálně čtyři týdny.

(2) Další vzdělávání dle odst. 1 je možné absolvovat v rámci pracovního poměru.



(3) Konání dalšího vzdělávání dle odst. 1 vyžaduje povolení zemského hejtmána. Povolení bude uděleno, jsou-li zajištěny organizační a odborné předpoklady pro předání odpovídajících znalostí a dovedností potřebných pro výkon povolání.

(4) Proti rozhodnutí zemského hejtmána dle odst. 3 se nelze odvolat.

(5) Po ukončení dalšího vzdělávání dle odst. 1 je třeba složit zkoušku. O úspěšně vykonané zkoušce bude vystaveno osvědčení.

(6) Úspěšné absolvování dalšího vzdělávání opravňuje k uvádění dodatečného označení dle § 83 odst. 1a.

#### **§ 104b ZZOP Vyhláška o dalším vzdělávání**

Spolkový ministr zdravotnictví prostřednictvím vyhlášky stanoví – s přihlédnutím k obsahu a rozsahu studia pro ošetřovatele a k požadavkům na výkon povolání – v jakých oblastech je přípustné další vzdělávání, a dále vydává podrobnější předpisy o

obsahu a konání dalšího vzdělávání s přihlédnutím k vhodnému a účelovému vzdělávacímu podniku;

skládání zkoušek, hodnocení výsledků zkoušek a podmínkách opakování zkoušky;

formě a obsahu vystaveného osvědčení a

jednotné podobě dodatečného označení dle § 83 odst. 1a.

#### **§ 104c ZZOP Doplnující vzdělávání**

(1) Vykonavatelé ošetřovatelské péče jsou povinni

získávat informace o nejnovějším vývoji a poznacích ve zdravotnictví a ošetřovatelství a

prohlubovat své znalosti a dovednosti získané během studia

prostřednictvím absolvování doplňujících kurzů každých pět let v minimálním rozsahu 40 hodin.

(2) Účastník získá potvrzení o účasti na doplňujícím kurzu.

## Statistické údaje České republiky, Rakouska, Slovenska, Irsko

Země	Počet obyvatel (v r. 2009)	Rozloha v km <sup>2</sup>	Minimální mzda (r. 2011)	Hrubá mzda (r. 2011)	Průměrný starobní důchod	Hrubý náhradový poměr <sup>1</sup> (v %)	Čistý náhradový poměr <sup>2</sup> (v %)
Česká republika	10 506 813	78 867	328,61 EUR	984 EUR	430 EUR (duben 2012)	50,2	64,4
Rakousko	8 210 281	83 871		3 272 EUR	987 EUR (r. 2011)	76,6	89,9
Slovensko	5 463 046	49 030	317 EUR	805 EUR	375 EUR (září 2012)	29	35,8
Irsko	4 203 200	70 273	1 491,85 EUR	2 737 EUR	783 EUR (r. 2010)	57,5	74,5

**Hrubý výdělek**

Eurostat: Population and social conditions, Labour market (labour), Net earnings and tax rates (earn\_net), Annual net earnings (earn\_nt\_net), dostupné na [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database), přístup listopad 2012, propočten VÚPSV

**Minimální mzda**

Eurostat: Population and social conditions, Labour market (labour), Minimum wages (earn\_minw), Monthly minimum wages - bi-annual data (earn\_mw\_cur), dostupné na [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database), přístup listopad 2012

**Průměrný starobní důchod**

Česká republika – [www.cssz.cz](http://www.cssz.cz)

Rakousko

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_bundesebene/pensionen\\_und\\_renten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/pensionen_und_renten/index.html)

Slovensko - [www.socpoist.sk/646/1614s](http://www.socpoist.sk/646/1614s)

Irsko - [www.welfare.ie](http://www.welfare.ie)

<sup>1</sup> hrubý náhradový poměr = podíl čistého důchodu ke hrubé mzdě

<sup>2</sup> čistý náhradový poměr = podíl čistého důchodu k čisté mzdě



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

### **Mezinárodní zkušenosti a srovnání**

*Odborná studie v rámci projektu Podpora procesů v sociálních službách*

Jiří Horecký

Ladislav Průša

Andrea Tajanovská

Vydala Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

Kotnovská 137, 390 01 Tábor)

IČ 60445831

Tel./fax: +420 381 213 332

[www.apsscr.cz](http://www.apsscr.cz)

**První vydání, Tábor 2012**

**Odpovědná redaktorka: Věra Velková**

ISBN 978-80-904668-6-9