

Sociálne služby pre seniorov, typy, veľkosť a priestorová diferencovanosť – komparácia Českej republiky a Slovenskej republiky

Social services for seniors, types, size and spatial differentiation – a comparison of Czech and Slovak Republics

Marcela Káčerová | kaceroва@fns.uniba.sk

*Katedra humánnej geografie a demografie,
Prírodovedecká fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave*

Jana Ondačková | ondackova@gmail.com

*Schubert&Franzke,
Kartografické vydavateľstvo s.r.o., Bratislava*

Jozef Mládek | mladek@fns.uniba.sk

*Katedra humánnej geografie a demografie,
Prírodovedecká fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave*

ABSTRAKT

Cieľom nášho príspevku je analýza starostlivosti o starých ľudí v populáciách Českej republiky a Slovenskej republiky. Je zameraná na vývoj legislatívy pre existenciu sociálnych služieb, identifikáciu typov sociálnych zariadení pre seniorov v regionálnom pohľade v oboch krajinách. Predmetom záujmu je vzťah medzi demografickými zmenami (starnutie obyvateľstva) a (ne)dostatkom vybraných druhov sociálnych služieb v jednotlivých regiónoch (kraje, okresy). Napriek dlhému vývoju týchto služieb v spoločnom štáte má ich veľkosť, štruktúra a priestorové rozmiestnenie určité rozdiely. Česká spoločnosť reflektuje rýchlejšie demografické zmeny, a pružnejšie vytvára nové a dynamické formy kombinovanej formálno-neformálnej starostlivosti o svojich seniorov. Slovenská republika zostáva hlbšie v intenciách nastolených vzorcov starostlivosti z predchádzajúceho obdobia. Medzi iným sa to odráža i v rozdielnom zastúpení troch základných typov služieb – ambulatných, terénnych a pobytových. Možno predpokladať ďalší rozvoj sociálnych služieb pre seniorov, najmä z dôvodov starnutia oboch populácií. Rozvoj sociálnych služieb by sa mal orientovať na väčšiu diverzifikáciu poskytovaných služieb. Z regionálneho aspektu je aktuálna potreba rovnomernejšieho rozmiestnenia s rozšírením v regiónoch, ktoré majú v súčasnosti poddimenzované kapacity.

ABSTRACT

The aim of this paper is to analyze the social care (system) of elderly populations in the Czech and the Slovak Republic. It focuses on the legislative development of social services and identifying the types of social facilities for seniors in the regional aspect in both countries. The object of interest is the relationship between demographic changes (ageing of population) and (in)sufficiency of selected social services in different unities (regions and districts). Despite a long development of these services in the one common state, the size, structure and regional distribution causes some differences. The Czech society reflects demographic changes faster and more flexible. In addition to it, it creates new dynamic forms of combined formal and informal care for their seniors. The Slovak Republic

remains deeper in the patterns of social care from the previous period. Among others, this also reflects a different representation of the three basic types of services – ambulatory, field and residential. It is expected that the further development of social services for seniors will continue, particularly for the reason of ageing of both populations. The development of social services should focus on greater diversification of services. From the regional aspect, there is an actual need for a more balanced distribution with expansion in regions that shows undersized capacity.

KEY WORDS

social services for seniors, ambulatory, field and residential services, population ageing

Úvod

Zmeny vekových štruktúr sú charakteristickou črtou vývoja všetkých populácií. Tieto zmeny majú komplexnejší charakter, dotýkajú sa všetkých vekových kategórií obyvateľstva. Veľmi často sa posudzujú ako procesy starnutia obyvateľstva. Je viacej charakteristických znakov starnutia obyvateľstva (pokles plodnosti, emigrácia mladých vekových kategórií obyvateľstva a pod.), pričom najväčšiu pozornosť si zasluhuje starnutie zhora t.j. nárast počtosti a podielu obyvateľstva starších vekových kategórií.

V procese starnutia industrializovaných spoločností nejde len o to ako rastie podiel a počet starších osôb, ale že sa znova vymedzuje staroba ako sociálna kategória a vzťah spoločnosti k nej. Ide o predefinovanie postavenia seniorov v meniacom sa systéme sociálnej stratifikácie (Mareš, 1998). Proces populačného starnutia vyvoláva zmeny, ovplyvňujúce spoločenské zložky ekonomickej aktivity, spotreby a služieb. Enormný nárast starého obyvateľstva podnecuje k zmenám v sociálnej oblasti, v oblasti formálnej a neformálnej starostlivosti. Zvyšovanie dlhovekosti znamená, že tri aj štyri generácie rodín v súčasnosti prežívajú. Vynára sa potreba riešiť ich bývanie

a sociálne zabezpečenie. Bývanie („living arrangements“) starých ľudí je ovplyvnené množstvom faktorov: rodinný stav, zloženie domácnosti resp. veľkosť rodiny a štruktúra (existencia resp. neexistencia detí), kultúrne tradície, príbuzenské vzťahy, vhodnosť sociálnych služieb a sociálnej podpory, fyzické črty bytového fondu a miestnej spoločnosti (Schoenmaeckers, Kotowska, 2005, Kinsella, Velkoff, 2001).

So starnutím obyvateľstva súvisí veľké množstvo javov, ktoré si zasluhujú vedeckú ako i administratívno-organizačnú pozornosť. Pri jeho posudzovaní, hodnotení jeho dôsledkov sa objavujú optimistické (pozitívne) i pesimistické (negatívne) názory. Pozitívne hodnotenie populačného starnutia sa opiera o stály rast kvality života obyvateľstva, vyjadrenej najmä rastúcou strednou dĺžkou života. Na Slovensku v roku 1950 dosahovala stredná dĺžka života pri narodení 59 rokov u mužov a 63 rokov u žien. V Českej republike to bolo 62 rokov muži a 67 rokov ženy. Do roku 2010 vzrástli tieto ukazovatele na Slovensku na 71,6 rokov u mužov (resp. 74,4 v ČR) a 78,8 rokov u žien (resp. 80,6 v ČR). V týchto ukazovateľoch sa odráža ekonomický rozvoj, starostlivosť o verejné zdravie, zlepšenie výživy obyvateľstva, zvyšovanie vzdelanostnej a kultúrnej vyspelosti spoločnosti.

Častejšie sa populačné starnutie vníma pesimisticky, ako významná ekonomická a sociálna hrozba budúceho vývoja. Spájajú sa s nim problémy ekonomického vývoja (starnúca pracovná sila), zdravotnej starostlivosti a najmä finančnej udržateľnosti dôchodkového systému. Sú tu i ďalšie špecifické potreby obyvateľstva starších vekových kategórií – osobitné, enormne vysoké nároky na zdravotnícke zabezpečenie, požiadavky na veľkosť a technickú vybavenosť bývania, osobitné stravovacie požiadavky, nároky na kultúrne a športové programy a pod. Aj s týmito potrebami sú spojené zvýšené požiadavky na ich materiálne, personálne a finančné zabezpečenie.

Mnohé z týchto potrieb obyvateľov – seniorov zabezpečujú aktivity a zariadenia sociálnych služieb.

Cieľom nášho výskumu je analýza starostlivosti o starých ľudí v populáciách Českej republiky a Slovenskej republiky. Záujem o túto problematiku vyplýva zo skutočnosti, že počet seniorov v oboch populáciách sa zvyšuje. Odhaduje sa, že 13 % seniorov potrebuje pomoc v domácnosti, 7-8 % potrebuje sústavnejšiu domácu starostlivosť a 5 % potrebuje ústavnú starostlivosť (Holmerová et al., 2007). Prvotný záujem našej analýzy je zameraný na vývoj legislatívy pre vznik, formovanie a existenciu sociálnych služieb. Ďalším cieľom je identifikovať dve základné charakteristiky sociálnych zariadení: druhové a kapacitné možnosti zariadení pre seniorov v regionálnom pohľade v oboch krajinách. V neposlednom rade je predmetom nášho záujmu vzťah medzi demografickými zmenami resp. zvýšeným dopytom ľudí odkázaných na sociálne služby (seniori) a (ne)dostatkom vybraných druhov sociálnych služieb v jednotlivých regiónoch (kraje, okresy) Slovenskej republiky a Českej republiky.

Dáta boli získané výhradne pre účely tohto článku, pričom sme vychádzali z registrov poskytovateľov sociálnych služieb evidovaných na príslušných ministerstvách k 1.7.2010, ktoré sú dostupné online. Všetky hodnotenia a analýzy sa vzťahovali k tomuto dátumu. Pobytové sociálne služby sme hod-

notili aj z hľadiska lôžkovej kapacity, pričom neroztriedené údaje (udávané za viaceré druhy služieb spolu) v zariadeniach Žilinského kraja boli dožiadané priamo u poskytovateľov sociálnych služieb. V prípade ambulantných a terénnych služieb sme od hodnotenia ich kapacity upustili v dôsledku nedostatočnej bázy dát Slovenskej republiky.

1. Sociálne služby – legislatívne podmienky ich formovania a existencie

Jednotná politika v spoločnom štáte sa prirodzene prejavila i v podobnom vývoji sociálnej starostlivosti v oboch jeho častiach. „V bývalom Československu (po roku 1945) nachádzame veľkokapacitné sociálne zariadenia, ktoré slúžia pre rôzne postihnutých občanov (telesne postihnutí, duševne postihnutí rôzneho veku)“ (Krupa et al., 2006, s. 12). Podobne tomu bolo i v Západnej Európe. Avšak kým v Západnej Európe po roku 1970 dochádza k reformám smerujúcim k deinštitucionalizácii a komunitnej starostlivosti, tak v Československu ostáva zachovaný inštitucionálny koncept sociálnej starostlivosti.

Prvým krokom k zlepšeniu zabezpečovania sociálnych služieb v priestore Českej republiky a Slovenskej republiky bolo prijatie zákona č. 180/1990, ktorý zrušil monopol štátu na poskytovanie sociálnych služieb. Poskytovateľom od roku 1990 mohli byť aj organizácie a občania, ktorým štát mohol poskytovať príspevky na úhradu nákladov za tieto služby.

O rok neskôr pripravilo *Ministerstvo práce a sociálnych vecí* České republiky vyhlášku č. 182/1991, ktorá zadefinovala 13 druhov zariadení sociálnej starostlivosti. Medzi zariadenia primárne určené seniorom radíme domovy dôchodcov a domovy – penzióny pre dôchodcov. Sociálnu starostlivosť pre týchto obyvateľov poskytovali aj ústavy pre telesne postihnutých dospelých občanov, ústavy pre telesne postihnutých dospelých občanov s pridruženým mentálnym postihnutím, ústavy pre telesne postihnutých dospelých občanov s viacerými vadami, ústavy pre zmyslovo postihnutých dospelých občanov a ústavy pre mentálne postihnutých dospelých občanov. Rovnako táto vyhláška zadefinovala poskytovanie opatrovateľskej služby v domácnostiach občanov.

V Slovenskej republike definuje zákon č. 135 z roku 1992 sociálne služby ako špecializované činnosti, ktoré svojím obsahom zodpovedajú výchovnej a poradenskej starostlivosti, ústavnej sociálnej starostlivosti, starostlivosti v ostatných zariadeniach sociálnej starostlivosti, opatrovateľskej službe, stravovaniu, kultúrnej a rekreačnej starostlivosti, poskytovanými podľa osobitných predpisov. K rozčleneniu ústavnej starostlivosti došlo až v zákone 195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci. Zákon definuje 12 typov zariadení, pričom rovnako ako v Českej republike aj na Slovensku za kľúčové možno považovať domovy dôchodcov a zariadenia opatrovateľskej služby, pod ktoré spadali domovy – penzióny pre dôchodcov. Z ďalších druhov zariadení boli významné domovy sociálnych služieb, zariadenia chráneného bývania, rehabilitačné strediská a z neústavnej starostlivosti opatrovateľská služba, organizovanie spoločného stravovania, prepravná služba. Obce navyše zriaďujú aj kluby dôchodcov, jedáleň pre dôchodcov, stredisko osobnej hygieny či práčovňu.

V Slovenskej republike dochádza k ďalšej zmene organizácie sociálnych služieb v roku 2002 s cieľom striktného oddelenia pôsobnosti štátnej správy a samosprávy. Sociálnu sféru upravuje zákon č. 416/2001 Z.z. o prechode niektorých pôsobností z orgánov štátnej správy na obce a vyššie územné celky. V priebehu rokov 2002 – 2004 prešli všetky zariadenia sociálnych služieb do kompetencie obcí a samosprávnych krajov (Wolekova, Petijová, 2007). V Českej republike zaznamenávame obdobnú reformu verejnej správy v roku 2002, avšak sociálnu službu môže aj naďalej poskytovať aj Ministerstvo práce a sociálnych vecí, ktoré je v súčasnosti zriaďovateľom 5 špecializovaných ústavov sociálnej starostlivosti.

Uchádzaním sa o členstvo a následným začlenením krajín do štruktúr Európskej únie dochádza k prispôsobovaniu národných a regionálnych plánov sociálnej starostlivosti k európskej sociálnej politike. Medzi strategické dokumenty EÚ v oblasti služieb patria Amsterdamská zmluva, Lisabonská stratégia, Európsky sociálny program, Akčný plán Európskej komisie Rovnosť príležitostí pre ľudí so zdravotným postihnutím.

Rešpektovaním zásad európskeho spoločenstva je snaha dosiahnuť tri ciele v oblasti sociálnych služieb:

- 1) Dostupnosť – druhová, časová, ekonomická, fyzická
- 2) Kvalita – štandardy kvality, informovanosť, komunitná starostlivosť
- 3) Udržateľnosť – koordinácia medzi zdravotnou a sociálnou starostlivosťou a medzi miestnymi, regionálnymi a štátnymi organizáciami, verejné aj súkromné financovanie, zabezpečenie ľudských zdrojov

S cieľom individualizácie a skvalitnenia sociálnych služieb vypracovalo v roku 2002 Ministerstvo práce a sociálnych vecí Českej republiky *Standardy kvality sociálnych služieb*, ktoré spĺňajú väčšinu odporúčaní z *Dobrovoľného európskeho rámca pre kvalitu sociálnych služieb*. Štandardy mali spočiatku iba odporúčací charakter, avšak od 1.1.2007 sa stali záväzným dokumentom ako príloha Vyhlášky MPSV č. 505/2006. Podobne Slovensko zadefinovalo Štandardy kvality sociálnych služieb ako prílohu č. 2 k zákonu č. 448/2008.

Za komplexne rozpracovaný zákon možno považovať súčasný český zákon o sociálnych službách č. 108/2006. Podľa tohto zákona bude poskytovaná sociálna pomoc dostupná, efektívna, kvalitná, bezpečná a hospodárna. Na zvýšenie informovanosti o dostupnosti poskytovateľov sociálnych služieb bol zriadený *Regístr poskytovateľů sociálních služeb*. Sociálne služby sa poskytujú v troch formách – pobytovej, terénnej a ambulantnej. Dochádza aj k diverzifikácii a zväšenej špecializácii sociálnych služieb. Zákon rozlíšil 20 rôznych druhov zariadení sociálnych služieb. Z hľadiska nami zvolenej vekovej kategórie sú najvýznamnejšie domovy pre seniorov, centrá denných služieb, denné stacionárne, týždenné stacionárne, domovy pre osoby so zdravotným postihnutím, domovy so zvláštnym režimom, chránené bývanie. V oblasti sociálneho poradenstva sú navyše poskytované osobná asistencia, opatrovateľská služba, tiesňová starostlivosť, sprievodcovská a predčitateľská služba, podpora samostatného bývania a odľahčovacia služba. Azda ešte významnejším prv-

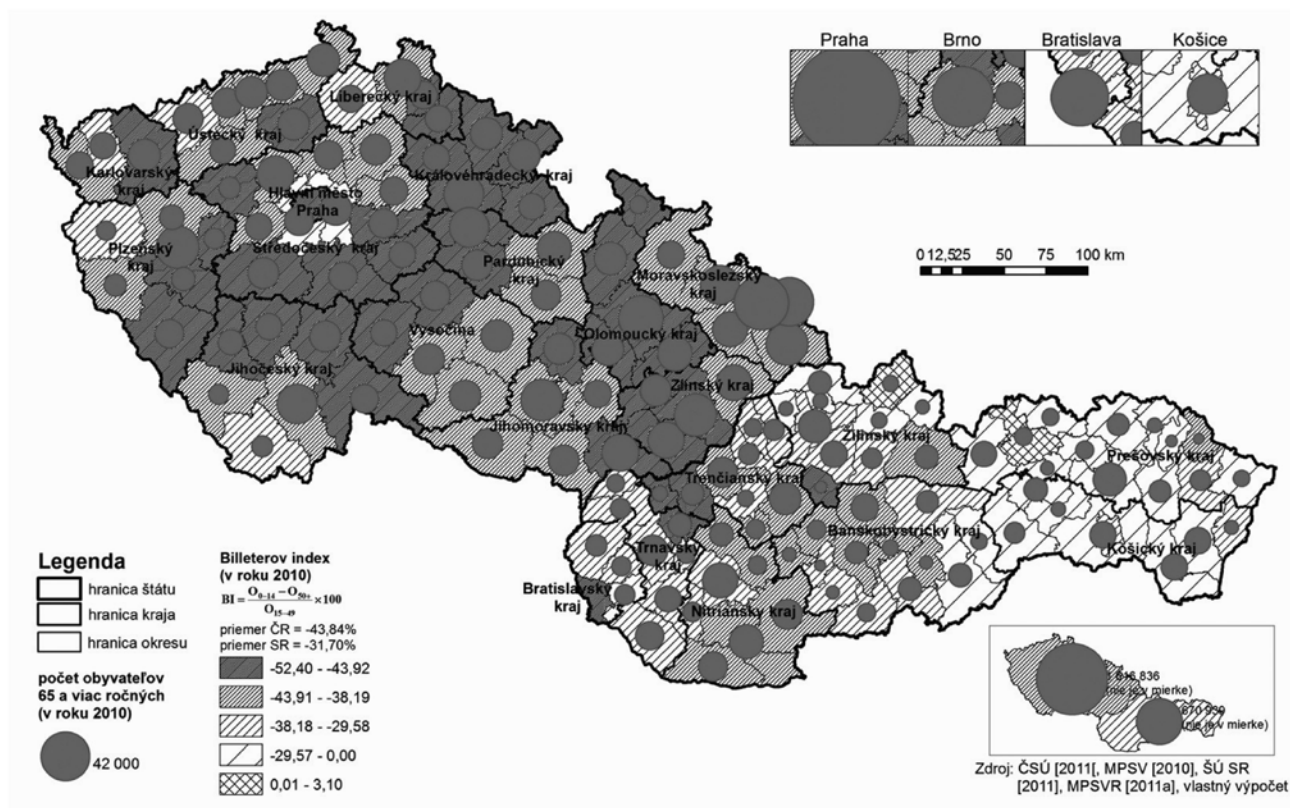
kom je zavedenie tzv. príspevku na starostlivosť. Príspevok je poskytovaný vo výške od 2000,- Kč (ľahká závislosť) do 11 000,- Kč (úplná závislosť) mesačne. Príspevok by mal finančne pomôcť zabezpečiť starostlivosť v rámci prirodzenej komunity a tým zvyšovať podiel ambulantných a terénnych služieb na úkor pobytových. Podstatnou zmenou je aj povinnosť spracovania strednodobých plánov rozvoja sociálnych služieb pre kraje a ministerstvo.

Podobné princípy obsahuje aj slovenský zákon č. 448/2008. Rovnako ako je tomu v Českej republike, aj na Slovensku je možno poskytovať sociálnu službu v troch formách – ambulantnej, terénnej a pobytovej. Platí pritom, že poskytovanie terénnej alebo ambulantnej služby má prednosť pred pobytovou. Ak terénna alebo ambulantná služba nie je vhodná, účelná alebo dostatočne nerieši nepriaznivú sociálnu situáciu fyzickej osoby, poskytuje sa pobytová sociálna služba. Pri pobytovej sociálnej službe má prednosť týždenná pred celoročnou pobytovou sociálnou službou. Poskytovanie v zariadení s kapacitou nižšou ako je 40 má prednosť pred zariadeniami s vyššou kapacitou. Súčasná právna úprava vymedzuje päť oblastí poskytovania sociálnych služieb. Tretou oblasťou je poskytovanie sociálnych služieb ako riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriazniveho zdravotného stavu, alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku. Prevažne pobytové zariadenia pre túto skupinu obyvateľstva sú zariadenia podporovaného bývania, zariadenia pre seniorov, zariadenia opatrovateľskej služby, rehabilitačné stredisko, domov sociálnych služieb, špecializované stredisko, ktoré dopĺňujú denný stacionár, opatrovateľská služba, prepravná služba, sprievodcovská a predčitateľská služba, požičiavanie pomôcok. Aj v Slovenskej republike sa zavádza povinnosť pre vyššie územné celky, ale aj obce vypracovávať komunitné plány sociálnych služieb a koncepcie rozvoja sociálnych služieb.

V posledných rokoch sa v oboch republikách dostáva do popredia otázka humanizácie sociálnych služieb. Prijímatelia žijúci v inštitucionálnej starostlivosti totiž bývajú izolovaní od širšieho spoločenstva, nemajú moc nad svojimi životmi a rozhodnutiami, upadajú do dennej rutiny a stávajú sa pasívnymi. Navyše v krajinách Strednej a Východnej Európy výdavky na ústavnú starostlivosť presahujú polovicu výdavkov verejnej starostlivosti (Zpráva..., 2009). Preto sa členským štátom únie odporúča deinštitucionalizácia a podpora sociálnych služieb v prirodzenom prostredí. Na podporu transformácie sociálnych služieb môže poskytnúť finančné prostriedky Európsky sociálny fond (vzdelávanie personálu), či Európsky fond pre regionálny rozvoj (budovanie a podpora komunitných služieb).

Tieto trendy sa odrážajú v Národných prioritách sociálnych služieb vypracovaných Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky v roku 2009. Medzi priority patrí najmä podpora zotrvania v prirodzenom prostredí, rozvoj ambulantných a terénnych služieb, zvýšenie kvality a vzdelávanie zamestnancov. O dva roky neskôr bola vypracovaná stratégia deinštitucionalizácie v Slovenskej republike, ktorej hlavnými cieľmi bola prípravná fáza deinštitucionalizácie – utvorenie právnych podmienok, vypracovanie národných projektov a zriadenie výboru expertov pre deinštituci-

Mapa 1: Starnutie obyvateľstva Českej republiky a Slovenskej republiky



analizáciu. V roku 2011 taktiež vznikol *Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012-2015*. Plán do roku 2014 predpokladá zrealizovanie pilotných projektov. Monitorovať sa bude 24 zariadení (po tri v každom VÚC), z ktorých vzíde päť až osem pilotných transformačných projektov. Plán ďalej predpokladá vznik Národného centra prepodporu deinštitucionalizácie, legislatívnu a metodickú podporu transformácie, ako aj jej následný monitoring.

V Českej republike bola v roku 2007 vypracovaná *Koncepcie podpory transformácie pobytových sociálnych služieb v iné typy sociálnych služieb, poskytovaných v prirodzenej komunite užívateľa a podporujúci sociálnu začlenenú užívateľa do spoločnosti*. Medzi jej ciele patrí zvýšenie informovanosti verejnosti, zaistenie koordinácie, podpora zariadení do 40 užívateľov umiestnených v prirodzenej komunite, rozvoj terénnych a ambulantných služieb, zvyšovanie kvality. Zámery koncepcie uviedol do praxe projekt Podpora transformácie sociálnych služieb, ktorý zahájil pilotné projekty transformácie, na základe ktorých bol v roku 2009 vypracovaný dokument *Kritéria transformácie, humanizácie a deinštitucionalizácie vybraných služieb sociálnej starostlivosti* a v roku 2010 otvorené *Národné centrum podpory transformácie*. Aj medzi súčasné priority rozvoja sociálnych služieb pre roky 2009 – 2012 patrí mimo iného transformácia sociálnej starostlivosti, ktorej cieľom je sieť komunitných služieb a zvýšenie kvality, zabezpečenie akreditovaných kurzov vzdelávania, ale aj podpora pre starajúcu rodinu a blízkych, rovnako ako ďalšia podpora stred-

nodobých regionálnych plánov, či participácia na úrovni Európskej únie.

2. Seniori a ich kvantitatívny rast, veková štruktúra a priestorový obraz

Česká republika a Slovenská republika tvorili počas dlhého obdobia jeden štátny útvar, v dôsledku čoho krajiny ovplyvňovali rovnaké spoločenské udalosti, ktoré viedli k utváraniu podobných vzorcov ich demografického správania. Napriek tomu možno pozorovať aj určité špecifiká v oboch populáciách a to najmä v intenzite pôrodnosti. Na Slovensku bola dlhodobo vyššia, v dôsledku čoho procesy starnutia v Českej republike prebiehali rýchlejšie. Aj po rozpade spoločného štátu je populačný vývoj týchto republík podobný a obe krajiny v súčasnosti patria medzi populácie s rýchlym nárastom absolútnej i relatívnej početnosti seniorov. V priebehu 20. storočia sa počet obyvateľov 65 a viac ročných v SR zvýšil 4,2 násobne (zatiaľ čo celkový počet obyvateľov vzrástol iba 1,8 násobne) a jeho podiel vzrástol zo 5,3 % na 12,3 %. V českej populácii sa v priebehu rokov 1920-2010 celkový počet obyvateľov zvýšil 1,1 násobne a obyvateľstvo staršie ako 65 rokov vzrástlo 2,6 krát, pričom podiel tejto skupiny obyvateľstva sa zvýšil z 6,2 % na 15,4 %. Aj na regionálnej úrovni sa v Českej republike nachádza viac okresov so staršou populáciou. Na Slovensku je viac vekovo mladších okresov (mapa 1). Nadpriemerné zastúpenie seniorskej zložky je charakteristické

v České republice v oblasti české vnitrozemské periférie (okresy juhočeského a východočeského regionu hraničící se Stredočeským krajom). Je to dôsledok pretrvávajúcej emigrácie produktívneho obyvateľstva a následne nízkej pôrodnosti. Druhú skupinu okresov tvoria vplyvom nadpriemernej strednej dĺžky života mestské okresy (Praha, Plzeň, Brno) a moravské okresy (Zlínsky, juh Olomouckého kraja). Na Slovensku disponujú najstaršou vekovou štruktúrou okresy Trenčianskeho a Nitrianskeho kraja, a to najmä vďaka dlhodobu nižšej úrovni plodnosti. Naša analýza bude zameraná na vzťah procesov starnutia, ich nástupu, rýchlosti a priestorovej diferencovanosti s rozvojom a rozmiestnením zariadení sociálnych služieb.

3. Sociálne zariadenia

Lokalizácia sociálnych zariadení v regionálnom aspekte má pri jej teoretickom posudzovaní najsilnejšie väzby s obyvateľstvom, s jeho priestorovým rozmiestnením. Časť tých zariadení, ktoré majú slúžiť potrebám seniorov, má prirodzene silný vzťah k rozmiestneniu obyvateľstva starších vekových kategórií. Aj v takomto pomerne jasnom vzťahu treba zvažovať viacero faktorov, ktoré môžu rozmiestnenie sociálnych služieb modifikovať. Ak napr. hodnotíme početnosť obyvateľov 65 ročných a starších, tak je potrebné hodnotiť ich distribúciu podľa podrobných vekových kategórií. S rastom zastúpenia obyvateľov 80 ročných a starších budú narastať ich nároky na kapacity sociálnych zariadení. Je potrebné zvažovať i tradície rodinných, medzigeneračných vzťahov a možnosť účasti pôvodných rodín pri zabezpečovaní starostlivosti o seniorov. Rozmiestnenie sociálnych zariadení pre seniorov môžu ovplyvniť i ďalšie faktory, ako je hustota zaľudnenia, charakter osídlenia (urbánne útvary, vidiecke sídla), vzdelanie obyvateľstva, finančné a materiálne zabezpečenie obyvateľstva a ďalšie.

Vzhľadom na prezentované legislatívne zmeny v oblasti jednotlivých druhov sociálnych služieb zhodnotíme z časového hľadiska vývoj dvoch typov zariadení – domovov dôchodcov a domovov – penziónov pre dôchodcov. V oboch republikách platí, že domov dôchodcov bol určený pre občanov, ktorí poberali starobný dôchodok a zároveň potrebovali pre svoj nepriaznivý zdravotný stav sústavnú starostlivosť inej osoby, ktorú občanovi nemohla zabezpečiť rodina ani opatrovateľská služba, zatiaľ čo domov – penzión pre dôchodcov bol určený pre obyvateľov v dôchodkovom veku (prípadne invalidní), ktorých zdravotný stav si nevyžadoval komplexnú starostlivosť inej osoby a boli tak vo vhodných podmienkach schopní viesť relatívne samostatný život (Vyhláška MPSV ČR č.182/1991). Vo východiskovom roku 1991 môžeme pozorovať, že Česká republika disponovala 269 domovmi a 56 penziónmi a Slovenská republika s 92 resp. 32 zariadeniami (tab. 1). Toto zastúpenie bolo v súlade s pomerom početnosti seniorov v krajinách. V ostatných 20 rokoch sa však vývoj začal diferencovať. Kým Česko dokázalo do roku 1997 početnosť penziónov strojnásobiť, tak na Slovensku ich vývoj stagnoval. Vzhľadom na fakt, že táto sociálna služba nie je nevyhnutnou, došlo k zriadeniu iba v niekoľkých mestách. V ostatných regiónoch s vyššou mierou rodinnej súdržnosti a nižšími finančnými prostriedkami sa uplatňovala len sporadicky. Pozoruhodný je aj vývoj lôžkovej kapacity v Českej republike. Zatiaľ čo na začiatku 90. rokov miesta pribúdali veľmi dynamicky, v ostatných rokoch dochádza pri tomto type sociálnej služby k nižším prírastkom a teda preferencii menších zariadení. Po decentralizácii verejnej správy na Slovensku (viď kap. 2) mnohé samosprávy hospodarili s nedostatočnými finančnými prostriedkami a uprednostnili nevyhnutnejšie sociálne služby. Počet penziónov tak postupne klesol až na 13 zariadení v roku 2006. V Českej republike dochádza v tomto období k stagnácii. Pozitívny vývoj zaznamenali v oboch krajinách domovy pre dôchodcov, ktoré počas

Tabuľka 1: Zariadenia sociálnych služieb v Českej republike a v Slovenskej republike

Indikátor			1991	1994	1997	2000	2003	2006	2009	2010*
Počet zariadení	Domov dôchodcov	ČR	269	290	314	338	369	390	454	471
		SR	92	109	118	154	175	201	222	267
	Domov-penzión pre dôchodcov	ČR	56	106	146	148	144	142	-	-
		SR	32	35	38	30	20	13	-	-
	Spolu v prepočte na 1000 seniorov	ČR	0,25	0,29	0,33	0,34	0,36	0,36	0,29	0,29
		SR	0,22	0,25	0,26	0,30	0,31	0,33	0,33	0,40
Počet lôžok	Domov dôchodcov	ČR	31 915	32 798	34 248	36 163	38 315	38 672	37 272	36 529
		SR	9 765	10 684	10 953	13 204	12 666	13 258	13 893	10 999
	Domov-penzión pre dôchodcov	ČR	5 903	10 159	12 547	12 129	11 487	11 428	-	-
		SR	3 640	4 179	4 254	3 039	1 899	1 703	-	-
	Spolu v prepočte na 100 seniorov	ČR	2,89	3,18	3,35	3,40	3,51	3,41	2,36	2,26
		SR	2,43	2,57	2,51	2,62	2,35	2,34	2,09	1,64

Pozn. * Dáta za rok 2010 uvádzame na základe údajov z Registrov poskytovateľov sociálnych služieb.

Zdroj: ČSÚ (1993 – 2009), ŠÚ SR (1996 – 2010), ČSÚ (2011), MPSV (2010), ŠÚ SR (2011), MPSVR (2011a), vlastný výpočet

celého sledovaného obdobia zvyšovali svoju početnosť. Medzi rokmi 2006 – 2009 môžeme v prípade Česka pozorovať zvýšený prírastok, ten však súvisí so zmenou zákona v roku 2006 a pretransformovaním mnohých penziónov na domovy. Napriek nárastu početnosti zariadení dochádza v tomto období iba k miernemu nárastu lôžok v Slovenskej republike a dokonca poklesu kapacity v Českej republike, čo súvisí so začatím transformácie sociálnych služieb. V dôsledku rýchlejšie starnúcej populácie v Českej republike od roku 2006 možno pozorovať znižujúci sa počet zariadení v prepočte na seniorskú populáciu. V Slovenskej republike registrujeme počas celého obdobia rastúci trend. Ukazovateľ lôžkovej kapacity na 100 seniorov vykazuje v oboch republikách klesajúci trend už od roku 2003.

Sociálne služby v oboch krajinách majú zákonne ukotvený rozsah poskytovanej starostlivosti. Pre našu analýzu boli vytvorené dvojice paralelných (kompatibilných) druhov poskytovaných služieb v oboch krajinách. Ich vymedzenie malo podmienku, rovnaká „povaha“ služby v oboch krajinách a zároveň sú to služby určené prevažne pre vekovú kategóriu (v prípade Slovenskej republiky cieľová skupina) seniorov.

K dátumu nášho výskumu platí, že väčší počet služieb je v Českej republike, čo sa z pohľadu veľkosti populácie a hlavne početnosti seniorov dalo predpokladať (tab. 2). V našej komparácii sa nachádzajú tri typy poskytovaných služieb: ambulantných, terénnych a pobytových¹. Česká republika má viac menej rovnomerné zastúpenie všetkých troch typov služieb v pomere: 31,5 % (A)– 35,7 % (T)– 32,8 % (P). Štruktúra služieb na Slovensku je 6,0 % (A)– 47,1 % (T)– 46,9 % (P) a teda ambulantný typ služieb je v Slovenskej republike značne poddimenzovaný. V početnosti len špecializované zariadenie, domov sociálnych služieb/ domovy pre osoby so zdravotným postihnutím, domovy so zvláštnym režimom majú prevahu v Slovenskej republike.

Lepšiu vybavenosť sociálnymi službami v prepočte na 1 000 obyvateľov v seniorskom veku dosahuje Slovenská (2,61 ‰) ako Česká (1,84 ‰) republika. Na úrovni okresov možno konštatovať, že vyššie hodnoty zaznamenali v oboch republikách okresy s nižším zastúpením seniorov (juhozápadné pohraničie Českej republiky, Jeseník, Bruntál, Česká Lípa, severné a východné Slovensko), prípadne okresy s nadpriemerným zastúpením terénnych služieb (kraj Vysočina, Žilinský, Košický kraj). Naopak aj napriek vyššiemu absolútnemu počtu sociálnych služieb za podpriemerné z hľadiska tohto ukazovateľa možno považovať okresy veľkých miest, či Moravy s nadpriemernou strednou dĺžkou života. V prípade moravských okresov navyše možno uvažovať o vplyve religiozného faktora, ktorý vedie k zvýšenej rodinnej súdržnosti a neformálnej starostlivosti o seniorov a nižšom dopyte po sociálnych službách.

Na takýto fenomén poukázal vo svojej práci Rehrer (1998),

ktorý porovnával krajiny Severnej (prevažne protestantskej) a Južnej (prevažne katolíckej) Európy. Zatiaľ čo v Severnej Európe iba 25 % seniorov chce žiť s rodinou a využíva skôr inštitucionálnu a kolektívnu starostlivosť, tak v Južnej Európe preferuje bývanie s rodinou až 75 % seniorov, rodinné väzby sú tu silnejšie a starostlivosť prebieha v rámci širšej rodiny a je menej formálna.

3.1 Početnosť zariadení poskytovateľov sociálnych služieb

Slovenská republika dosahuje len 60 % (1762) z početnosti zariadení poskytovateľov sociálnych služieb pre seniorov v Českej republike (2980). Nutné však je pripomenúť, že početnosť seniorov Slovenska dosahuje len 40 % z početnosti seniorov Českej republiky. V okresnom pohľade sa prevažne Českej republiky len potvrdzuje (mapa 2). Maximá v Slovenskej republike logicky dosahuje Bratislava so 116 poskytovateľmi a druhým v poradí je okres Žilina so 77. Česká strana má maximá v Prahe (236) a Brne (117). Najmenšie počty poskytovateľov dosahujú malé okresy Slovenska (s nízkou infraštruktúrou všeobecne) s hodnotou nižšou ako 10 (Medzilaborce, Stropkov, Levoča). Okresy Českej republiky takúto hodnotu ani nedosahujú. Štruktúra poskytovateľov vzhľadom k forme zriaďovateľa (verejný – neverejný²) je taktiež veľmi odlišná v porovnávaných populáciách. Kým v Slovenskej republike 71 % služieb zabezpečujú verejní zriaďovatelia, v Česku má tento druh poskytovaných služieb len 45,7% zastúpenie. V Českej republike totiž po roku 2002 dochádza k prechodu zariadení nielen do správy obcí, ale aj neštátnych neziskových organizácií (Krajský úrad Zlínskeho kraje 2006). Neverejní poskytovatelia v Českej republike sú navyše mnohokrát podporovaný formou rozličných grantov.

Rozvoju sociálnych služieb poskytovaných neverejnými poskytovateľmi v priestore Slovenskej republiky bráni i legislatívny rámec, ktorý vytvára rozdielne podmienky pre prístup k informáciám a zdrojom. Ten totiž určuje, že finančný príspevok dostane poskytovateľ iba v prípade, že sociálna služba je nedostatková a poskytovateľ nekoná za účelom dosiahovania zisku (zákon č. 195/1998). Mimovládne organizácie považujú túto právnu úpravu za obmedzovanie voľnej súťaže a poukazujú na fakt, že nedochádza k zohľadňovaniu ekonomickej efektívnosti a kvality poskytovaných služieb (Woleková, Petijová 2007). Na Slovensku tak celoplošne pôsobia iba Slovenská katolícka charita (v súčasnosti decentralizovaná na 10 diecéznych charít) a Evanjelická diakónia (v súčasnosti 12 zriadených služieb pre seniorov), v ostatných prípadoch sa obyčajne jedná o individuálne iniciatívy miestnych spolkov.

Podobne problematickú situáciu pre poskytovateľov neverejných služieb zaznamenávame i v Českej republike. Najmarkantnejšou bariérou rozvoja neštátnych organizácií

1 – *Ambulantná forma* sociálnej služby sa poskytuje fyzickej osobe, ktorá dochádza, je sprevádzaná alebo je dopravovaná do miesta poskytovania sociálnej služby. Miestom poskytovania ambulantnej sociálnej služby môže byť aj zariadenie, súčasťou služby však nie je ubytovanie.

Terénna forma sociálnej služby sa poskytuje fyzickej osobe v jej prirodzenom sociálnom prostredí.

Pobytová forma sociálnej služby je spojená s ubytovaním v zariadeniach sociálnych služieb.

2 – Verejný poskytovateľ – obec, právnická osoba zriadená obcou alebo založená obcou, právnická osoba zriadená vyšším územným celkom alebo založená vyšším územným celkom, v prípade Českej republiky aj Ministerstvo práce a sociálnych vecí

Neverejný poskytovateľ – iné osoby, predovšetkým neštátne neziskové organizácie (občianske združenie, obecne prospešná spoločnosť, cirkevné právnické osoby), obchodné spoločnosti (spoločnosť s ručením obmedzeným, akciová spoločnosť, družstvo)

Tabuľka 2: Početnosť pobytových, terénnych a ambulantných služieb

Slovenská republika		Česká republika	
zariadenie podporovaného bývania	37	chráněné bydlení	65
rehabilitačné stredisko	4	sociální rehabilitace	2
špecializované zariadenie, domov sociálnych služieb	420	domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem	301
zariadenie pre seniorov	267	domovy pro seniory	471
zariadenie pre opatrovateľské služby	91	odlehčovací služby	127
denný stacionár	1	centrum denních služeb, denní stacionář, týdenní stacionář	12
pobytové služby spolu	820	pobytové služby spolu	978
zariadenie pre opatrovateľské služby	0	odlehčovací služby	45
opatrovateľská služba – terénna	753	osobní asistence, pečovatelská služba	924
spievodcovia a predčítateľské služby	2	průvodcovské a předčitatelské služby	29
prepravná služba	52	-	-
-	-	socialně aktivizační služby pro seniory	21
tlmočnicke služby	11	tlumočnické služby	33
ostatné	6	ostatné	12
terénne služby spolu	824	terénne služby spolu	1064
denný stacionár	19	centrum denních služeb, denní stacionář, týdenní stacionář	148
rehabilitačné stredisko	26	sociální rehabilitace	95
-	-	odborné sociální poradenství	525
-	-	socialně aktivizační služby pro seniory	167
špecializované zariadenie, domov sociálnych služieb	40	domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem	0
požičiavanie pomôcok	19	-	-
ostatné	5	ostatné	3
ambulantné služby spolu	109	ambulantné služby spolu	938
sociálne služby spolu	1753	sociálne služby spolu	2980

Zdroj: MPSV (2010), MPSVR (2011a), vlastný výpočet

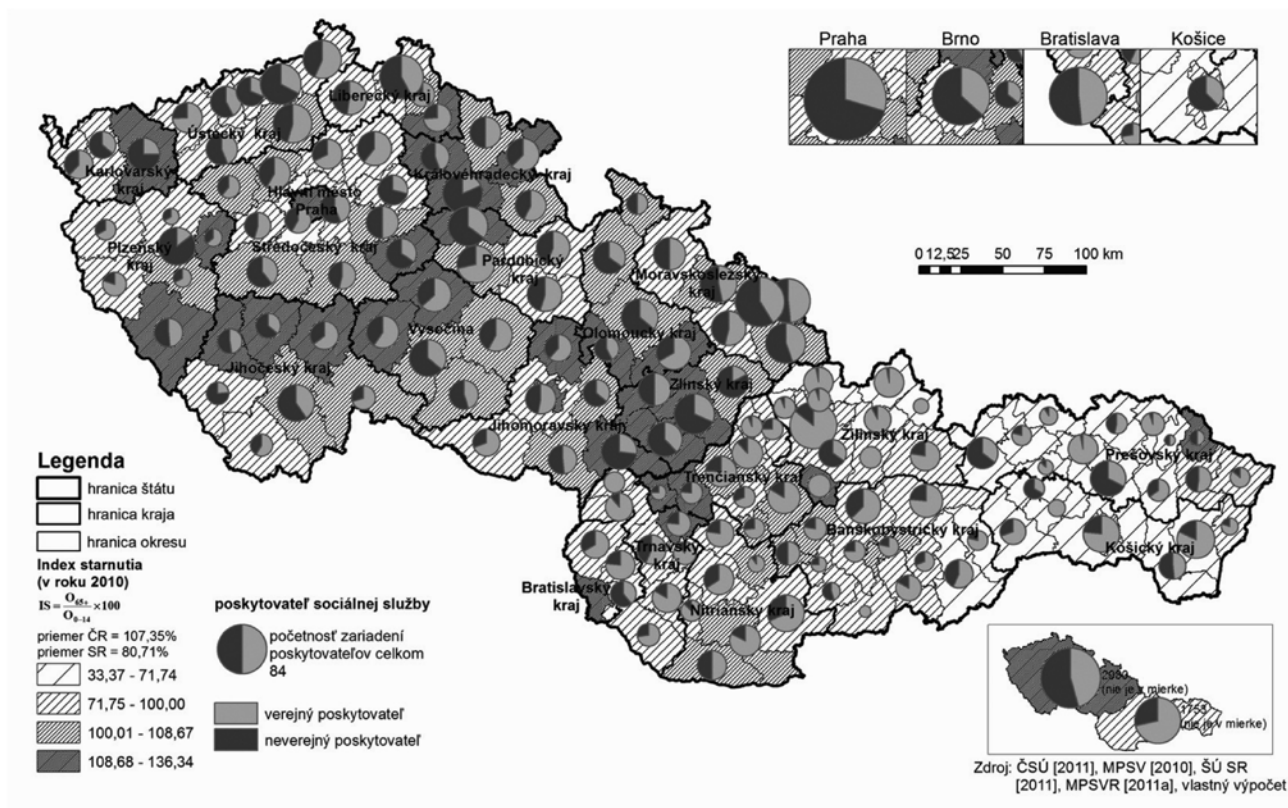
v oblasti sociálnych služieb je financovanie, ktoré je riešené formou centrálne riadených dotácií, avšak so žiadnou víziou rozvoja sociálnych služieb, udeľovaním dotácií iba na jeden rok a pravidelným meškaním tak výsledkov dotačného riadenia ako aj samotných platieb (Matoušek et al., 2007, Nešporová, Svobodová, 2006).

Vnútna štruktúra verejných poskytovateľov v okresoch nevykazuje výrazne diferencie medzi krajinami (mapa 3). V oboch krajinách patria medzi najrozšírenejšie tri služby: opatrovateľská služba, zariadenia pre seniorov/ domovy pre seniorov a špecializované zariadenia, domovy sociálnych služieb/ domovy pre osoby so zdravotným postihnutím, domovy so zvláštnym režimom. Vo všeobecnosti však možno povedať, že Česká republika predsa len disponuje vyváženejšou druhovou rozmanitosťou. Okresy Slovenska majú v šiestich prípadoch len verejných poskytovateľov (100 %). Polovicu z nich nachádzame v Žilinskom kraji. V Českej republike

takýto okres neexistuje.

Necelých 30 % služieb je v súkromných rukách na Slovensku a 54 % poskytovateľov je neverejných v Česku (mapa 4). S prevahou neverejného sektora disponujú dve najväčšie mestá Bratislava, Košice, s ekonomicky lepšie zabezpečeným obyvateľstvom, ale aj okresy Martin, Prešov, Poprad a Krupina. Neverejní poskytovatelia služieb absentujú v slovenských okresoch: Gelnica, Ružomberok, Skalica, Turčianske Teplice, Tvrdošín a Veľký Krtíš. Najrozšírenejší podiel neverejných poskytovateľov v Českej republike je v okresoch Plzeň – mesto, Vsetín, Hradec Králové a Karlovy Vary. Vnútna štruktúra neverejných služieb vykazuje zásadný rozdiel medzi krajinami. Kým slovenské okresy majú (s výnimkou nižšieho zastúpenia opatrovateľskej služby) obdobné zastúpenie služieb ako u verejných poskytovateľov, české okresy majú odlišné služby, ktoré zriaďuje neverejný sektor. Výrazným sa stáva v štruktúre neverejných poskytovateľov odborné sociálne

Mapa 2: Početnost zariadení poskytovateľov sociálnych služieb pre seniorov



poradenstvo, sociálne aktivizačné služby, teda novšie a finančne menej náročné sociálne služby. Tieto typy služieb nie sú vôbec zastúpené v Slovenskej republike.

3.2 Formy poskytovania sociálnych služieb

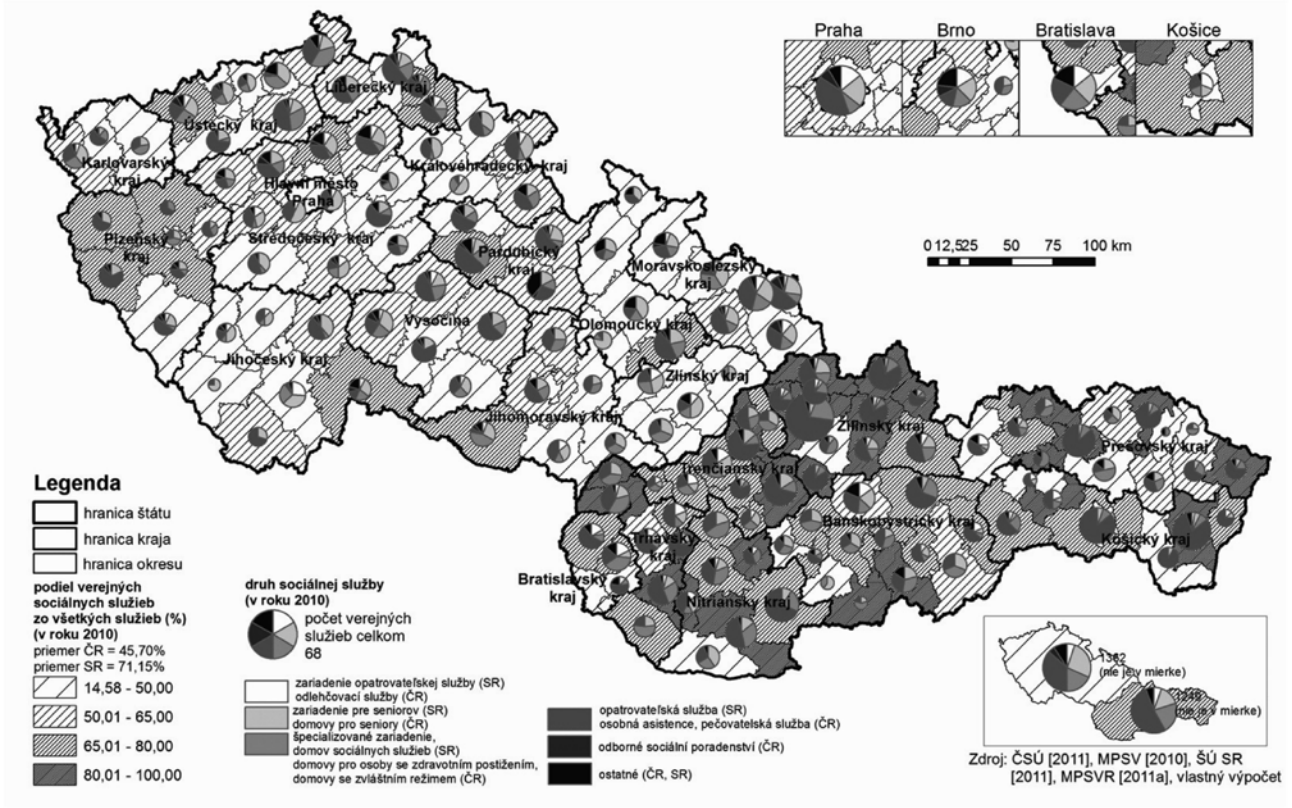
Ako sme už uviedli vyššie, v oboch krajinách platí preferencia ambulantných a terénnych služieb pred pobytovými. Tieto priority sa lepšie darí naplňovať Českej ako Slovenskej republike. Výraznejšie zastúpenie ambulantných služieb na Slovensku totiž nachádzame iba v okresoch krajských miest (Bratislava, Trnava, Banská Bystrica, Prešov, Košice) a tak celorepublikový priemer dosahuje len 5,76 %. V regionálnom pohľade možno v Českej republike podobne ako na Slovensku konštatovať, že vyššie zastúpenie (nad 20 %) ambulantných služieb dosahujú okresy veľkých miest (Praha, Plzeň, Hradec Králové, Pardubice, Brno, Olomouc, Frýdek-Místek, Karviná, Ostrava). Nadpriemerné zastúpenie pozorujeme aj v Stredočeskom a Ústeckom kraji (mapa 5). Ambulantné služby tak v Českej republike zaznamenali 19,6 %.

Podobné zastúpenie vykazuje v Česku aj kombinovaná forma ambulantno-terénnych služieb s 22,28 %. Najrozšírenejšími sú tieto služby opäť v okresoch s dominanciou okresného mesta (Praha, Plzeň, Brno, Hradec Králové, Pardubice, Liberec, Ostrava), ako aj niekoľkých ďalších prevažne moravských okresov (Kroměříž, Zlín, kraj Vysočina). Na Slovensku dosa-

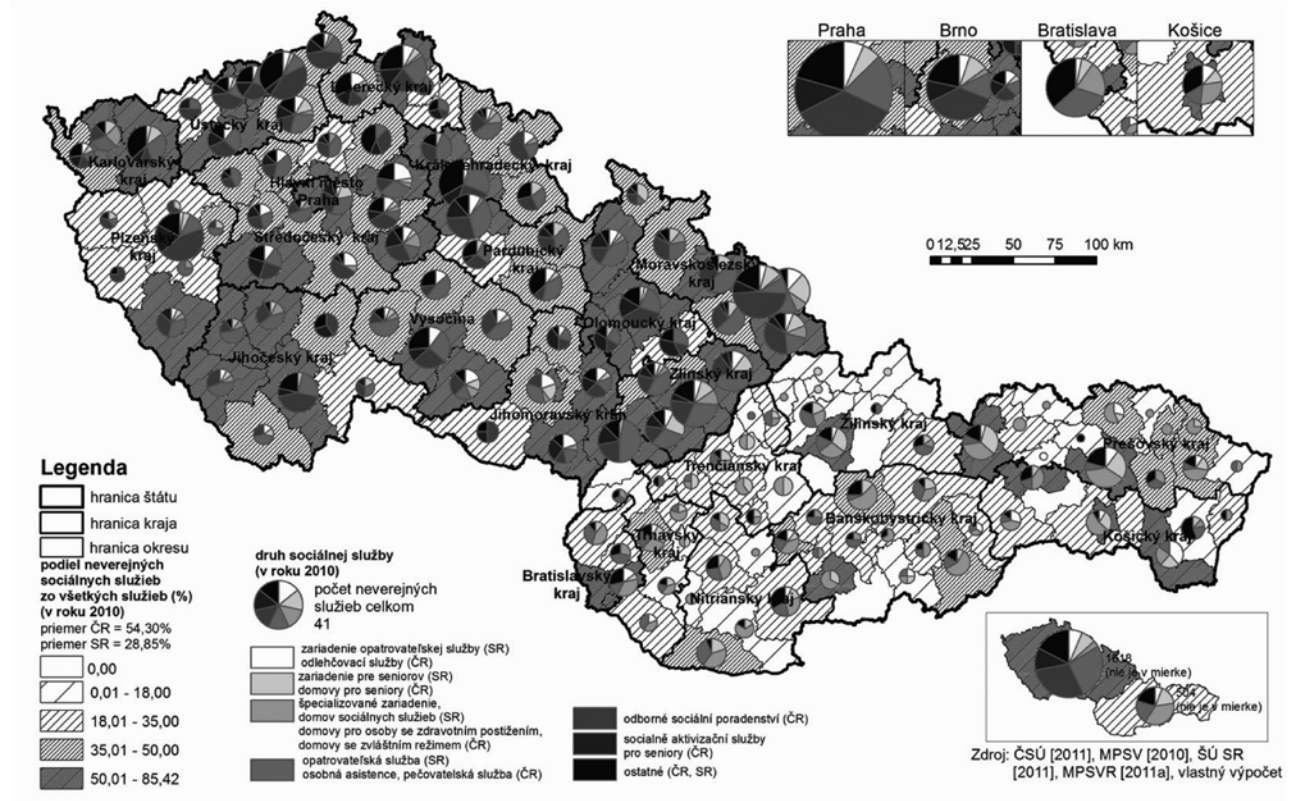
huje táto forma poskytovania zanedbateľné hodnoty (0,46 %).

Najrozšírenejšou v Slovenskej republike je terénna forma poskytovania (46,81 %). V niekoľkých okresoch predovšetkým Žilinského a Košického kraja dosahuje nadpolovičnú väčšinu sociálnych služieb pre seniorov. V Českej republike predstavujú terénne služby štvrtinu sociálnych služieb, pričom aj tu nachádzame dva okresy s nadpolovičným zastúpením (Český Krumlov, Rokycany). Významné zastúpenie terénnych služieb môžeme rovnako pozorovať v Plzeňskom kraji, ktorý je z hľadiska sociálnych služieb podpriemerne vybavený. Vzhľadom na vyššiu diferenciáciu foriem poskytovania v Českej republike (vysoké zastúpenie ambulantno-terénnych služieb) dosahujú najvyššie relatívne zastúpenie v Česku pobytové služby (32,15 %). V Slovenskej republike je pobytovou formou poskytovaných 43,96 % sociálnych služieb. Avšak kým v Českej republike nachádzame iba štyri okresy s vyšším ako 50% zastúpením (Jeseník, Znojmo, Třebíč, Jindřichův Hradec), tak na Slovensku je takýchto okresov až 34, pričom v štyroch okresoch zaznamenáme viac ako 75% zastúpenie (Krupina, Levoča, Medzilaborce, Veľký Krtíš). Pobytové služby v kombinácii s inou formou poskytovania (ambulantné a pobytové, terénne a pobytové, ambulantné, terénne a pobytové) nemajú, s výnimkou ambulantno-pobytových služieb v domovoch sociálnych služieb v Bratislave, početnejšie zastúpenie tak v Českej ako v Slovenskej republike.

Mapa 3: Sociální služby pre seniorov poskytované verejným poskytovateľom



Mapa 4: Sociální služby pre seniorov poskytované neverejným poskytovateľom



3.3 Ambulantné sociálne služby³

Ambulantné služby v Českej a Slovenskej republike sa výrazne líšia tak početnosťou ako aj ich štruktúrou. Kým v Slovenskej republike zaznamenávame iba 105 ambulantných služieb, tak v Česku je to deväťnásobne viac – 938 služieb. A tak kým v Českej republike pripadá na 10 000 seniorov 5,8 ambulantných služieb, na Slovensku je to iba 1,5 služby. Tomu zodpovedá aj okresná mierka (mapa 6). Na Slovensku nachádzame až 28 okresov (predovšetkým na juhu krajiny), v ktorých úplne absentujú sociálne služby poskytované ambulatnou formou. Túto nelichotivú situáciu zapríčiňuje nízky dopyt po tomto type sociálnej služby, pretože aj súčasne nízke kapacity ambulantných služieb nie sú slovenskými seniormi dostatočne využívané (Banskobystrický samosprávny kraj, 2011). Nízky dopyt seniorov vyplýva predovšetkým z nedostatočnej informovanosti a finančnej zabezpečenia obyvateľstva. Okresy s vyššou relatívnou početnosťou sú roztrúsené pozdĺž republiky a nevytvárajú kompaktné celky. V Českej republike nadpriemerné hodnoty dosahujú okresy veľkých miest, pričom v Plzni dosahujú viac ako 50% zastúpenie. Takéto rozloženie je výsledkom strategických plánov jednotlivých krajských centier. Zavedenie špecifických služieb totiž podporujú iba vo veľkých mestách (Pardubický kraj, 2011), či významných centrách dochádzky (Plzeňský kraj, 2007), nakoľko zavedenie do ostatných obcí sa javí ako neefektívne z hľadiska financovania a využitia. Na jednej strane tak dochádza k vytváraniu komplexných centier, na druhej strane dochádza k prehľbovaniu nedostatočnej vybavenosti periférnych oblastí.

Slovenské okresy vo všeobecnosti dosahujú aj nižšiu mieru heterogenity, keď v jednotlivých okresoch väčšinou zaznamenávame iba jeden až dva druhy poskytovaných služieb. Najvyššie zastúpenie majú domovy sociálnych služieb, a to predovšetkým v Prešovskom a Košickom kraji, či niektorých mestách – Trnava, Banská Bystrica, Trenčín. Rozšíreným typom sú aj rehabilitačné strediská (24 % zo všetkých ambulantných služieb), s vyšším zastúpením v Bratislavskom kraji, kde je informovanosť obyvateľstva a následne aj dopyt po tomto type sociálnej služby vyššia. Po 18 % dosahuje požíčanie pomôcok a denný stacionár. Kým požíčanie pomôcok je v priestore značne diferencované, denné stacionáre sú väčšinou situované do okresov veľkých miest so širším spektrom sociálnych služieb.

V Českej republike je situácia značne diferencovaná. V okresoch s nižším počtom služieb (ambulantných i celkovo) je logicky aj nižšia druhová rozmanitosť. Jedná sa predovšetkým o okresy Juhočeského a Plzeňského kraja, v ktorých sa podobne ako na Slovensku zameriavajú iba jeden až dva druhy poskytovaných služieb (odborné sociálne

poradenstvo, rehabilitačné stredisko, či socialno-aktivizačné služby pre seniorov). Väčšou mierou heterogenity oplývajú okresy s vyšším počtom služieb, ako aj okresy Stredočeského kraja. Dominantnou ambulatnou službou (55,97 %) v Českej republike je odborné sociálne poradenstvo, ktoré dosahuje významné zastúpenie okrem spomínaného Juhočeského a Plzeňského kraja aj v štruktúrne postihnutých regiónoch Ústeckého a Moravskosliezského kraja. Sociálne aktivizačné služby pre seniorov zaznamenali 17 % a možno ich považovať za pozitívny signál smerom k preferovanému aktívnemu starnutiu obyvateľstva. Špecializujú sa na ne okresy s dominantným postavením okresného mesta, Stredočeský kraj a mnohé moravské okresy. Podobné zastúpenie ako v prípade Slovenskej republiky zaznamenali centrá denných služieb a denné stacionáre s 15 %, ktoré sa sústreďujú najmä do oblasti Stredných a Východných Čiech. Nerovnomerným rozmiestnením je charakteristická sociálna rehabilitácia, ktorá tvorí 10 % ambulantných služieb Českej republiky.

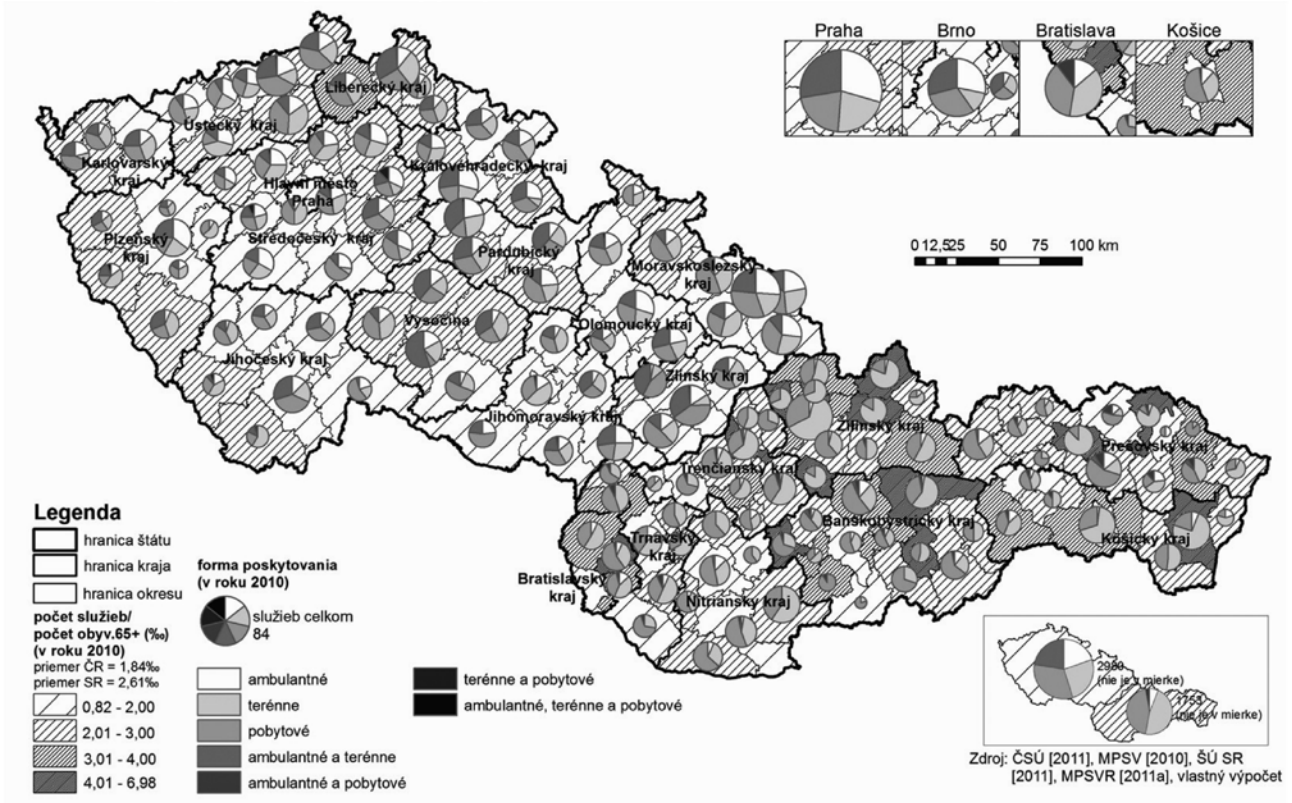
3.4 Terénne sociálne služby

Za nerovnomerne zastúpené možno považovať aj terénne sociálne služby, ktoré v okresoch variujú medzi 0 – 87,1 % z poskytovaných služieb (mapa 7). V prípade Slovenskej republiky existujú dva okresy s absenciou terénnych služieb – Krupina a Stropkov, v prípade Českej republiky takýto okres nenachádzame. Najvyššou vybavenosťou v oboch republikách disponujú hornaté regióny s rozptýleným charakterom osídlenia – Orava a Vysočina. V Žilinskom kraji, ako aj niekoľkých ďalších okresoch (Brezno, Michalovce, Levice, Prievidza) je početnejšie zastúpenie týchto služieb predovšetkým výsledkom činnosti spoločných obecných úradov. V Žilinskom kraji možno navyše uvažovať o vplyve silnejších rodinných väzieb, kedy obyvatelia uprednostňujú zotrvanie seniorov v domácom prostredí s istou pomocou (predovšetkým opatrovateľská služba) pred trvalým umiestnením seniora do inštitucionálneho zariadenia.

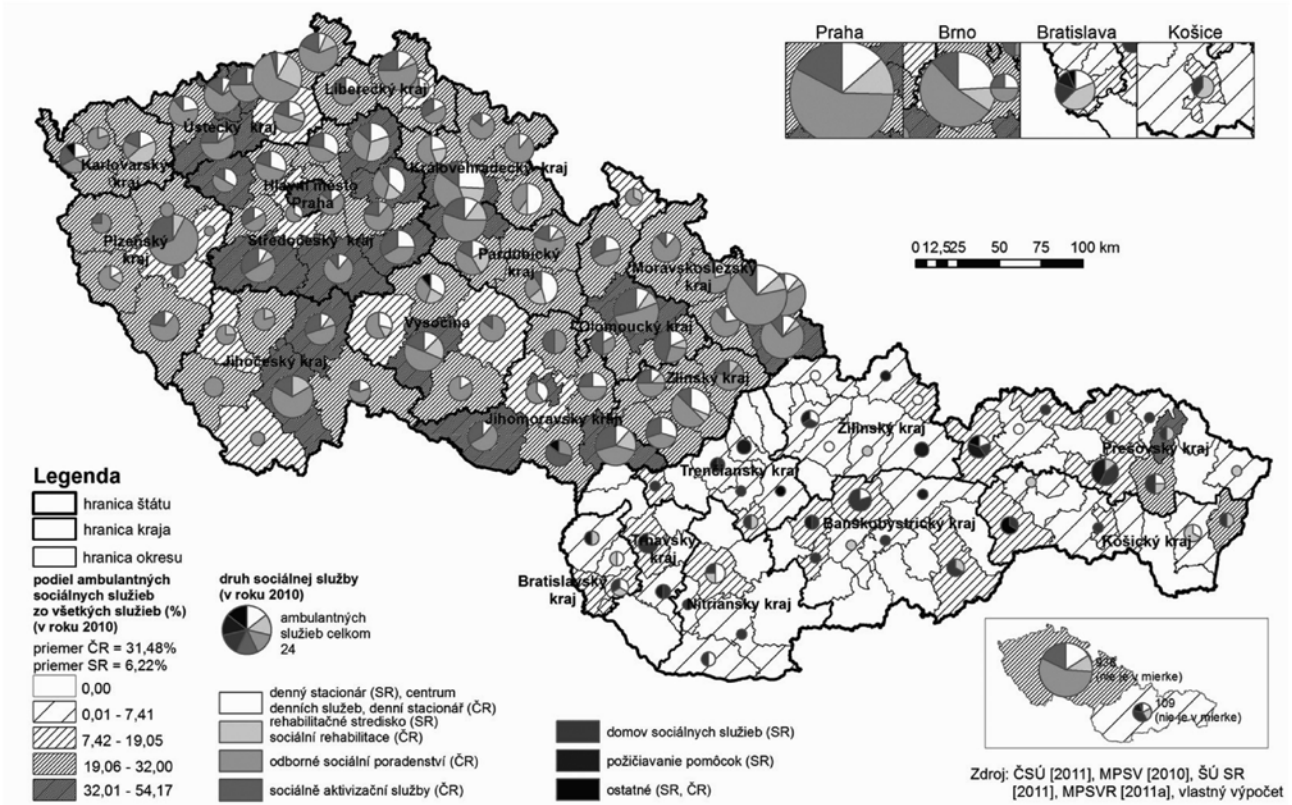
V oboch krajinách dominuje opatrovateľská služba, ktorá predstavuje 87 % z 1064 terénnych služieb Česka a 91 % z 826 terénnych služieb Slovenska. Na slovenskom území nachádzame 36 okresov so 100% zastúpením opatrovateľskej služby a to predovšetkým v periférnych častiach republiky. Na českej strane je takýchto okresov 26 s výraznejším zastúpením v Juhočeskom a Plzeňskom kraji a rovnako v perifériách republiky (Náchod, Rychnov na Kněžnou, Trutnov). V Slovenskej republike majú významnejšie zastúpenie (6,3 %) už iba prepravné služby, ktoré sú zvyčajne situované do väčších miest – Bratislava so svojím zázemím, Košice, Prešov, Martin. Druhou najpočetnejšou službou v Českej republike sú odľahčovacie služby s 4 %, pričom uplatnenie nachádzajú opäť vo vyššej miere v kraji Vysočina. Socialne-aktivizačné služby, sprievodcovské služby a tlmočnické služby zaznamenali 1-3% podiel. Ich zastúpenie je väčšinou výsledkom aktív krajských či celorepublikových spolkov pre zrakovo a sluchovo postihnutých občanov (TyfloCentrum, Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR, a i.).

3 – Ambulantno-terénne typy služieb sme do troch základných skupín služieb zaradili podľa prevahy (absolútnej početnosti služby) t.j. v prípade prevahy ambulantného typu sme ju priradili k ambulantným, v prípade terénneho typu boli zaradené do skupiny terénnych služieb (napríklad opatrovateľskú službu poskytovanú v ambulatno – terénnej forme sme zaradili medzi terénne služby). Analogicky sme vyriešili aj služby terénno-pobytové, ambulantno – pobytové a ambulantno-terénno-pobytové.

Mapa 5: Sociálne služby pre seniorov podľa formy poskytovania



Mapa 6: Štruktúra ambulantných služieb pre seniorov



3.5 Pobytové sociálne služby

Pobytové sociálne služby majú výraznejšie zastúpenie na Slovensku. Ak použijeme ukazovateľ absolútnej početnosti pobytových služieb, potom na Slovensku registrujeme 823 zariadení a v Českej republike 978 zariadení. Na Slovensku predstavujú tieto zariadenia 47,09 % zo všetkých zariadení služieb, zatiaľ čo v Česku je to 35,70 %.

Na úrovni okresov Slovenska je vo viac ako polovici okresov zastúpenie tohto typu služieb vyššie ako 50 % (mapa 8). Dominantne v okresoch Banskobystrického a Nitrianskeho kraja. Značne poddimenzovaný t.j. nižší ako 25% podiel vykazujú okresy Námestovo, Tvrdošín a Turčianske Teplice na severe Slovenska a okresy na východe: Sobrance, Svidník, Sabinov. Český priestor má najvyššie zastúpenie pobytových služieb v okresoch Třebíč, Znojmo, Jindřichův Hradec, Benešov a Jeseník. Ale až v 60 % okresov Českej republiky sa podiel pohybuje v rozmedzí 25-40 %.

V štruktúre pobytových služieb na Slovensku majú špecializované zariadenia, domovy sociálnych služieb 51,5% podiel (v Česku zariadenia domov pre osoby so zdravotným postihnutím, domovy so zvláštnym režimom) a druhým najrozšírenejším sú zariadenia pre seniorov/ domovy pre seniorov s 32,3 %. V Českej republike sú rovnako tieto dva typy najviac frekventovanými, ale ich poradie je opačné, s hodnotami 30,8 % a 48 %. Tretím najfrekventovanejším typom sú zariadenia opatrovateľskej služby/ odľahčovacie služby s 13% podielom v Česku resp. 11% v Slovenskej republike. Pozoruhodnou je skutočnosť, že Slovensko s počtom 91 zariadení tohto typu má až 1620 lôžok, zatiaľ čo Česko so 127 zariadeniami má lôžok len 1280.

Zariadenia pre seniorov s výnimkou troch slovenských okresov (Levoča, Stropkov a Zlaté Moravce) sa v každom okrese vyskytujú minimálne raz. Maximá dosahujú v okresoch Bratislava (17) a Prešov (10). Česká republika má maximum rovnako v hlavnom meste Praha (25), nasledované okresmi Brno – město a Karviná, ktoré majú zhodne po 16 zariadení. Za negatívny z hľadiska druhovej dostupnosti považujeme fakt, že v okresoch Domažlice, Tachov a Jihlava je zariadenie pre seniorov jediným typom pobytovej služby. Za nedostatočne vybavené možno považovať okresy Plzeňského kraja, keď všetky zaznamenali menej ako 4 domovy pre seniorov. Domovy pre osoby so zdravotným postihnutím, domovy so zvláštnym režimom/ špecializované zariadenia, domovy sociálnych služieb majú pomerne rovnomerné rozšírenie, ich zastúpenie chýba v okresoch Domažlice a Tachov, Jihlava a Jeseník. Na Slovensku tento typ služby absentuje len v okrese Sobrance. Zariadenia opatrovateľskej služby/odľahčovacie služby (predtým známe ako respitná starostlivosť) sú v Českej republike rozšírené v okresoch s rozvinutejšou sieťou sociálnych služieb – okresy krajských sídiel (Praha, České Budějovice, Pardubice, Hradec Králové, Ostrava), v Stredočeskom a Zlínskom kraji. V prípade Zlínskeho kraja sa jedná o prvé výsledky komunitného plánovania. V súlade s plánom rozvoja na roky 2009 – 2011 sú dnes odľahčovacie služby dostupné v každom okrese Zlínskeho kraja. Analogicky ich zastúpenie úplne absentuje v poddimenzovaných okresoch Plzeňského kraja, či Jeseníku. Celkovo až v 21 českých okresoch seniori

nemôžu počítať s týmto druhom služby. Ešte horšiu bilanciu však registruje Slovenská republika s 29 okresmi bez zariadenia opatrovateľskej služby. Zariadenia podporovaného bývania/chránené bývanie sa vyskytujú v oboch krajinách veľmi zriedkavo. V Česku registrujeme tieto zariadenia v severných častiach republiky s vyššou mierou urbanizácie – Ústí nad Labem, Děčín, Liberecký kraj, či v Stredočeskom a Pardubickom kraji. Na Slovensku majú tieto sociálne služby významnejšie pôsobisko len v okresoch Bratislava, Žilina, Banská Bystrica a Lučenec.

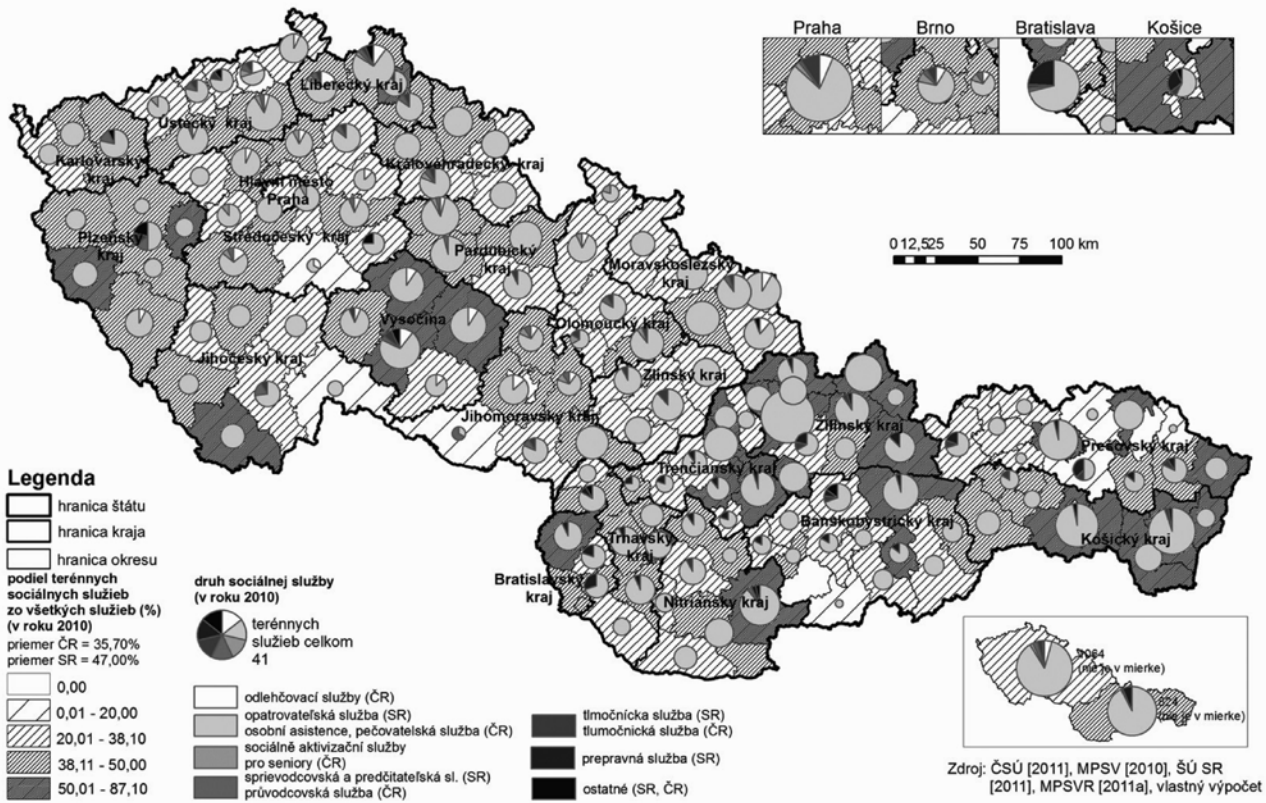
Žiada sa zhodnotiť nielen početnosť pobytových služieb, ale aj početnosť ich kapacity. Lôžková kapacita pobytových zariadení je na Slovensku päť lôžok na 100 obyvateľov v seniorskom veku, čo zodpovedá návrhu doporučených noriem vybavenosti službami pre starých a zdravotne postihnutých občanov (53 miest v zariadeniach pre seniorov celkom na 1000 obyvateľov starších ako 65 rokov⁴) vypracovaných *Federálnim ministerstvom práce a sociálnych vecí* v polovici 80. rokov a aktualizovaných *Socioklubom* v 90. rokoch 20. storočia. Tento ukazovateľ je v Česku nižší a dosahuje len tri a pol lôžka. Na tomto mieste však treba upozorniť na fakt, že väčšina domovov sociálnych služieb a špecializovaných zariadení v Slovenskej republike uvažuje o cieľovej skupine iba ako o fyzických osobách, prípadne deti, mládež a plnoleté fyzické osoby (kým Česká republika rozlišuje až 10 vekových kategórií). Pre tento druh sociálnej služby treba preto brať do úvahy, že mnohé lôžka sú síce teoreticky seniorom dostupné, avšak v skutočnosti sú obsadené aj osobami mladšími ako 65 rokov. Navyše zatiaľ čo obe republiky deklarujú podporu zariadeniam s kapacitou do 40 užívateľov (viď kap.2), tak v Slovenskej republike je viac ako 40 % lôžok poskytovaných v zariadeniach, ktoré prekračujú túto hranicu viac ako dvojnásobne. Obdobná situácia je však aj v Českej republike, v ktorej takéto lôžka predstavujú viac ako 55 % lôžkovej kapacity.

Nižšiu lôžkovú kapacitu ako tri lôžka na 100 seniorov má Slovenská republika v okresoch východného Slovenska Trebišov, Sobrance, Snina, Sabinov a na západnom v okresoch Piešťany, Senec a Bánovce nad Bebravou (mapa 9). Ide o okresy s celkovým nižším počtom pobytových služieb a súčasne s výnimkou Senca aj o okresy staré s vyšším počtom

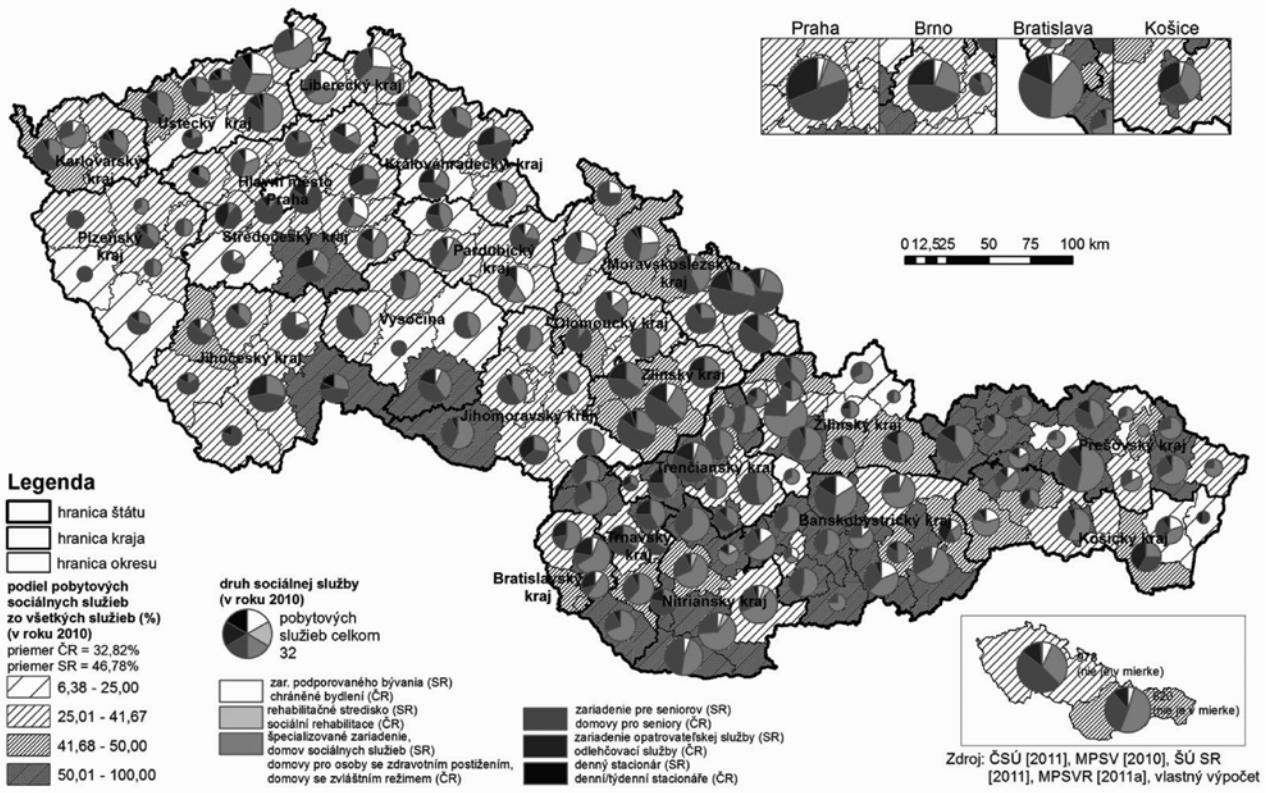
seniorov. Nižší počet lôžok ako 100 je v okresoch Stropkov (len jeden domov dôchodcov) a Sobrance (dve zariadenia špecializované zariadenia, domov sociálnych služieb). Najvyššími počtami lôžok disponujú veľké okresy Bratislava, Komárno, Košice, Nové Zámky, Žilina. Ich relatívny ukazovateľ však vzhľadom k počtu seniorov nepatrí k maximálnym v Slovenskej republike. Najvyššiu lôžkovú kapacitu evidujeme naopak v malých okresoch, v Turčianskych Tepliciach, Senici a Ilave. Česká republika disponuje s nižšou mierou lôžkovej kapacity aj na okresnej úrovni. Najvyššie početnosti logicky dosahuje Praha, Brno – město, Ostrava – město s kapacitami presahujúcimi 2000 lôžok. Kapacita v prepočte na počet seniorov okresu, ich však posúvajú k podpriemerným okresom. Naopak okresy Pelhřimov a Litoměřice evidujú najvyššiu mieru lôžkovej kapacity, takmer osem lôžok

4 – Průša et al. (1997)

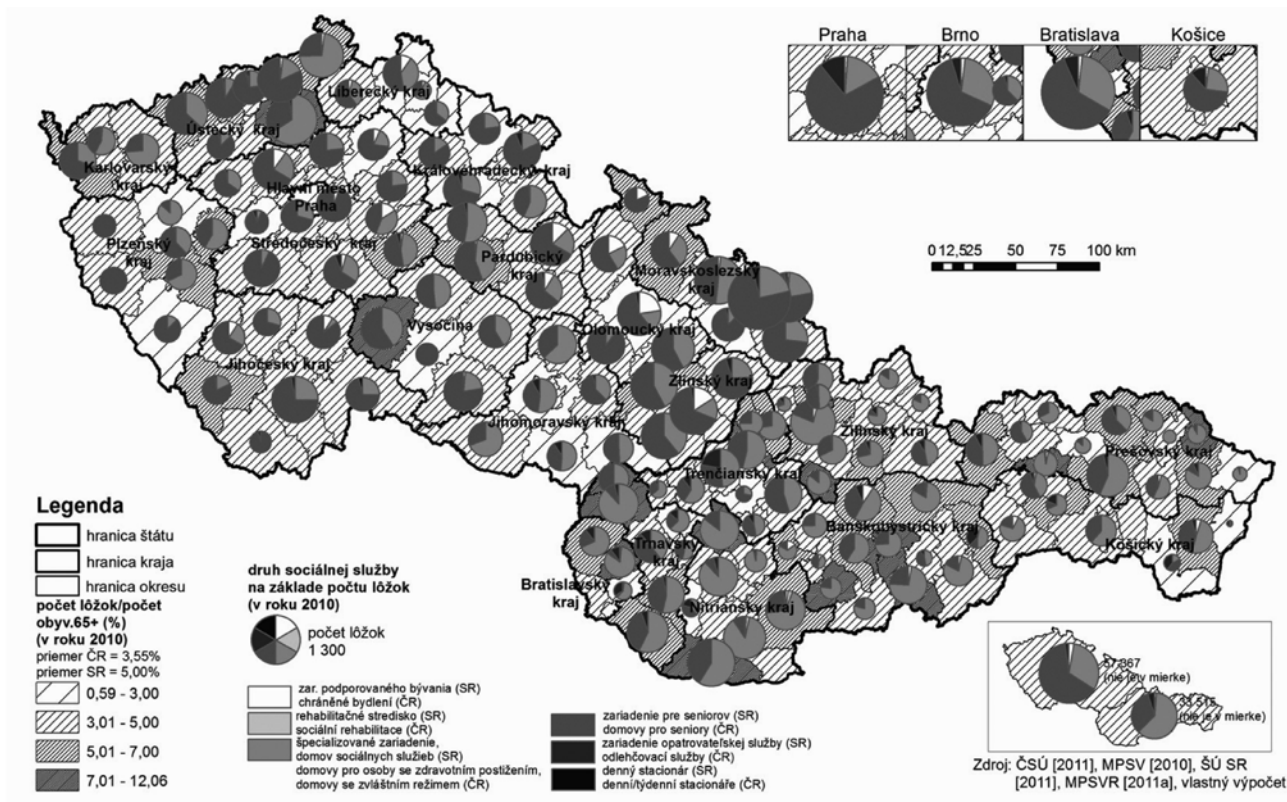
Mapa 7: Štruktúra terénnych služieb pre seniorov



Mapa 8: Štruktúra pobytových služieb pre seniorov



Mapa 9: Lůžková kapacita pobytových sociálních služeb pro seniorov



na 100 seniorov. Minimálne počty lôžok zaznamenali okresy s absenciou domovov pre osoby so zdravotným postihnutím, domovov so zvláštnym režimom (Tachov, Domažlice, Český Krumlov, Jihlava, Jeseník).

V štruktúre počtu lôžok (v kartodiagrame) sa prirodzene do istej miery odrážajú početnosti zariadení jednotlivých druhov služieb. Slovenské okresy disponujú najväčšími kapacitami v špecializovaných zariadeniach, domovoch sociálnych služieb/ domovoch pre osoby so zdravotným postihnutím, domovoch so zvláštnym režimom. České okresy majú naopak najviac lôžok v domovoch pre seniorov/ zariadeniach pre seniorov. Pri dožiadaných informáciách v Žilinskom kraji však zisťujeme, že štruktúra lôžok medzi zariadeniami pre seniorov a domovmi sociálnych služieb nie je stabilná. Ziskavame informácie, že počet lôžok zriaďovatelia zariadení prispôbujú aktuálnym potrebám – počtu žiadateľov jednotlivých druhov sociálnych služieb. Avšak zariadenia podporovaného bývania/chránené bývanie a zariadenia opatrovateľskej služby/odľahčovacie služby sa v kapacitnom náhľade uplatňujú v nižšej miere. Tento druh pobytovej služby sa totiž omnoho častejšie vyskytuje v podobe (v súčasnosti) preferovaných zariadení s kapacitou do 40 klientov.

Záver

Starostlivosť o seniorov je podstatnou zložkou sociálnych služieb. Napriek dlhému vývoju tohto typu služieb v spoločnom štáte má ich veľkosť, štruktúra a priestorové rozmiestnenie

určité rozdiely, špecifiká. Sú výsledkom predovšetkým odlišností ich transformačných procesov v oboch republikách ako i odlišností procesov starnutia obyvateľstva oboch populácií. Česká spoločnosť a riadiace orgány reflektujú rýchlejšie demografické zmeny, zmeny ekonomických pomerov a pružnejšie vytvárajú nové a dynamické formy kombinovanej formálno-neformálnej starostlivosti o svojich seniorov. Slovenská republika zostáva hlbšie v intenciách nastolených vzorcov starostlivosti z predchádzajúceho obdobia. Na Slovensku po roku 1990 prevládal odpor k akémukoľvek plánovaniu, do rozvoja sociálnych služieb sa investovalo málo financií, sústredilo sa najmä na dokončenie začatých stavieb. Túto situáciu navyše komplikovali reštitúcie a tak sa mnohé „staré“ sociálne zariadenia sťahovali do týchto novovznikajúcich priestorov (Woleková, Petijová, 2007), avšak bez navýšenia početnosti či druhej rozmanitosti poskytovaných sociálnych služieb. Táto skutočnosť sa následne odráža i v rozdielnom zastúpení troch základných typov služieb – ambulantných, terénnych a pobytových. V Českej republike je tento pomer 31,5 % (A)– 35,7 % (T)– 32,8 % (P), na Slovensku je 6,0 % (A)– 47,1 % (T)– 46,9 % (P).

Dobré možnosti porovnávania sociálnych služieb poskytujú počet a predovšetkým kapacity (bývalých) domovov a penziónov pre dôchodcov. V Českej republike je 36,5 tisíc lôžok (2,26 na 100 seniorov) a na Slovensku 11 tisíc lôžok (1,64 na 100 seniorov) v týchto zariadeniach. (Tab.1). Rozdielna úroveň sa dá vysvetliť viacerými príčinami. Ku kapacitným disproporciám prispieva aj vplyv rozdielneho dopytu po pobytových službách v sledovaných populáciách. Na Slovensku je

silnější faktor religiozity obyvateľstva a z toho vyplývajúceho silnejšieho prorodinného správania. Ešte stále žije relatívne väčší počet seniorov vo svojich rodinách často i viacgeneračných. Demografické prognózy poukazujú na enormný rast starších seniorov (nad 80 rokov), ktorí spravidla participujú vyššou mierou na využívaní zariadení a aktivitách pobytových sociálnych služieb. A tak aj napriek tomu, že niektoré kraje v Českej republike vyhodnotili súčasnú kapacitu lôžok za dostatočnú (Pardubický kraj, 2011, Krajský úrad Zlínskeho kraje, 2006), ukazuje sa potreba ich ďalšieho rozvoja.

Súčasnne preferované priority starostlivosti v rámci prirodzenej komunity sa darilo naplniť vo väčšej miere Českej republiky ako Slovenskej republiky. Ambulantné služby majú v Českej republike v porovnaní so Slovenskom niekoľkonásobne vyššie zastúpenie. Rozvoj ambulantných služieb v okresoch Slovenska limituje nízky dopyt zo strany obyvateľstva spôsobený nízkou informovanosťou o týchto typoch sociálnych služieb a nedostatočnými finančnými prostriedkami. Ambulantné služby tak nachádzajú uplatnenie iba vo väčších mestách. Na terénnych službách vo vyššej miere participujú menej urbanizované regióny, často s menšou druhovou rozmanitosťou sociálnych služieb.

Vo všeobecnosti hodnotíme ako nedostatkové alternatívne služby, ktoré umožňujú zotrvať seniorom dlhšie v prirodzenom prostredí a to predovšetkým novodobého druhu (napr. denný stacionár, rehabilitačné stredisko, sprievodcovské služby, odľahčovacie služby, požičiavanie pomôcok...). Nedostatočnú aktivitu verejných poskytovateľov v týchto oblastiach aspoň čiastočne eliminujú aktivity rôznych neziskových organizácií. Vyriešenie otázky problematického financovania neverejných poskytovateľov by mohlo priniesť ešte vyššiu participáciu tohto sektora (predovšetkým v Slovenskej republike) na poskytovaní sociálnej starostlivosti.

Súčasnne regionálne rozmiestnenie sociálnych služieb je výsledkom historického, živelného vývoja. Komunitné plány krajov v niekoľkých prípadoch nerozlišujú cieľové skupiny poberateľov sociálnych služieb (Nitriansky, Trenčiansky, Plzeňský) a tak možno hovoriť skôr o splnení si predpísanej povinnosti ako reálnom záujme spracovania strategického plánu pre ďalší rozvoj sociálnych služieb. Z priestorového aspektu je tak aktuálna potreba rovnomernejšieho rozmiestnenia s rozšírením možností využívať sociálne služby i v regiónoch, ktoré majú v súčasnosti poddimenzované kapacity. Ako problematické sa javia predovšetkým periférne oblasti oboch republík (Plzeňský, Juhočeský kraj, okresy Sobrance, Medzilaborce, Snina). V prípade slovenských okresov je tento deficit umocnený vysokou početnosťou obyvateľstva v seniorskom veku. Priaznivejšiu situáciu zaznamenávajú okresy veľkých miest, ktoré majú vysokú absolútnu početnosť i druhovú rozmanitosť služieb a predstavujú akési komplexné centrá sociálnych služieb. Avšak v týchto oblastiach by sa rozvoj sociálnych služieb mal naďalej orientovať na vyššiu kvalitu poskytovaných služieb (renovácia priestorov, preferencia menších zariadení), ako aj na ďalšiu diverzifikáciu poskytovaných služieb. Sebastačnosť seniorov totiž neupadá skokom, ale ide o postupný proces, takže je dôležité disponovať širokou škálou variabilných a flexibilných služieb a neuvažovať len o tradičných službách – opatrovateľská služba – domov

dôchodcov. Kvalitné služby prichádzajú za občanom a podľa jeho individuálnych potrieb, hľadajú optimálne riešenie jeho situácie.

Príspevok vznikol v rámci riešenia projektov VEGA 1/0562/12 s názvom „Nové demografické analýzy a prognózy obyvateľstva Slovenska a jeho regiónov s využitím progresívnych geografických aplikácií“ a KEGA 069UK-4/2013 s názvom „Sprievodca najmodernejšou kvalitatívnu a kvantitatívnu metodológiou v geografii – ako efektívne hľadať a interpretovať odpovede na výskumné otázky“.

Literatúra

- BANSKOBYSTRICKÝ KRAJ, 2011: Konceptia rozvoja sociálnych služieb v Banskobystrickom samosprávnom kraji na roky 2011 – 2017, 146 s. [online]. [cit. 19.05.2012]. Dostupné z: <http://www.vucbb.sk/portal/sites/default/files/bbsk/dokumenty/2011/koncepcne-materialy/koncepcia-rozvoja-socialnych-sluzieb-v-banskobystrickom-samospravnom-kraji-na-roky-2011-2017.pdf>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 1993 – 2009: Statistická ročenka České republiky 1993 – 2009. Praha: ČSÚ.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2011: Věkové složení obyvatelstva v roce 2010. [online]. Praha: ČSÚ, 2011. [cit.19.05.2012]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/publ/4003-11-r_2011.
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., et al., 2007: Vybrané kapitoly z gerontologie. [online]. Praha: EV public relations, 144 s. [cit. 28.06.2010]. Dostupné z: <http://www.geriatric.cz/dokumenty/VybrKapZGerontologie.pdf>
- KINSELLA, K. G., VELKOFF V. A., 2001: „An ageing world 2001.“ U.S. Census Bureau, Series P95/01-1 [online]. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 184 s. [cit. 15.6.2006]. Dostupné z: <http://www.census.gov/prod/2001pubs/p95-01-1.pdf>
- KRAJSKÝ ÚŘAD ZLÍNSKEHO KRAJE, 2006: Analýza vybavenosti území Zlínskeho kraje sociálnymi službami, 62 s. [online]. [cit. 19.05.2012]. Dostupné z: <http://old.kr-zlinsky.cz/docDetail.aspx?docid=31321&doctype=ART&nid=6976&cpi=1>
- KRUPA, S., et al., 2006: Rozvoj komunitných sociálnych služieb. [online]. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, 109 s. [cit. 31.05.2012]. Dostupné z: <http://www.rpsp.sk/download/publikacie/rozvoj.pdf>
- MAREŠ, P., 1998: Seniori a politika. In: Sociologický časopis 34, č.3, s. 321-337.
- MATOUŠEK, O., et al. 2007: Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2007: Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. [online]. Praha: MPSV, 26s. [cit. 31.5.2012]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2009: Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče. [online]. Praha:

- MPSV, 35 s. [cit. 31.5.2012]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny_postup_3_2009.pdf
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2010: Registr poskytovatelů sociálních služeb. [online]. [cit. 19.05.2012]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz>.
 - MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNÍCH VĚCÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY, 2011A: Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb. [online]. [cit. 19.05.2012]. Dostupné z: <http://www.employment.gov.sk/CRP/>
 - MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNÍCH VĚCÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY, 2011B: Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015. Bratislava: MPSVR SR.
 - NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., 2006: Nestátní sféra v oblasti podpory rodin a služeb pro rodiny. [online]. Praha: VÚPSV, 56 s. [cit. 19.05.2012]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_204.pdf
 - PARDUBICKÝ KRAJ, 2011: Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb. Pardubického kraje na období 2012 – 2015, 68 s. [online]. [cit. 19.05.2012]. Dostupné z: <http://www.pardubickykraj.cz/viewDocument.asp?document=22244&file=22369>
 - PLZEŇSKÝ KRAJ, 2007: Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji /na období 2008 – 2010/, 61 s. [online]. [cit. 19.05.2012]. Dostupné z: <http://www.kr-plzensky.cz/cs/system/files/1005011070904124703.pdf>
 - PRŮŠA, L., et al., 1997: Obce, města, regiony a sociální služby. Praha: Sociopress, 271 s.
 - REHER, D.S., 1998. Family Ties in Western Europe: Persistent Contrasts. In: Population and Development Review, Vol. 24, No. 2, s. 203-234
 - SCHOENMAECKERS, R., KOTOWSKÁ, I., 2005: Population ageing and its challenges to social policy. In: Population studies 50, 177 s. [online]. [cit. 13.6.2006]. Dostupné z: http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/population/N%B050_Active_Ageing.pdf
 - ŠTATISTICKÝ ÚRAD SR, 1996 – 2010: Štatistická ročenka Slovenskej republiky 1996 – 2010. Bratislava: ŠÚSR.
 - ŠTATISTICKÝ ÚRAD SR, 2011: Vekové zloženie obyvateľstva Slovenskej republiky v roku 2010. Bratislava: ŠÚSR.
 - Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
 - Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení.
 - WOLEKOVA, H., PETIJOVÁ M., 2007: Sociálne služby na Slovensku. Analýza ponuky a dopytu. [online]. Bratislava: SOCIA – nadácia na podporu sociálnych zmien, 35 s. [cit. 31.05.2012]. Dostupné z: <http://www.spo.sk/dokumenty/socialnesluzby.pdf>
 - Zákon č. 180/1990, o zmenách predpisov v nemocenskom a sociálnom zabezpečení a materskom príspevku a niektorých ďalších predpisov.
 - Zákon č. 135/1992, o poskytovaní sociálnych služieb právnickými a fyzickými osobami.
 - Zákon č. 195/1998, o sociálnej pomoci.
 - Zákon č. 416/2001, o o prechode niektorých pôsobností z orgánov štátnej správy na obce a na vyššie územné celky.
 - Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
 - Zákon č. 448/2008, o sociálních službách a o změne a doplnění zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.
 - Zpráva Ad-hoc expertní skupiny o přechodu z institucionální na komunitní péči. 2009, 22s. [online]. [cit. 31.5.2012]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/8387/Zprava-Ad-hoc-expertni-skupiny.pdf>