

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Zhodnocení marketingové strategie vybraného zařízení sociálních
služeb v podmínkách působení zákona 108/2006 Sb., o sociálních
službách a návrh její inovace**

Diplomová práce

Vedoucí práce:
Ing. Jan Molek, Csc.

Autor:
Bc. Andrea Vrábliková

2009

**Zhodnocení marketingové strategie vybraného zařízení sociálních služeb
v podmínkách působení zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a návrh její
inovace**

Cílem mé práce „Zhodnocení marketingové strategie vybraného zařízení sociálních služeb v podmínkách působení zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a návrh její inovace“ bylo zjistit, zda zařízení vůbec marketingové strategie využívají a pokud ano, v jakých oblastech. Zjišťovala jsem také, jaký dopad na chod zařízení má nový zákon o sociálních službách, zda existují nějaké rozdíly v používání strategií dle zřizovatele zařízení. Dále jsem zkoumala kvalitu zpracování informačních letáků a internetových stránek, na nichž se tato zařízení prezentují. Tohoto výzkumu se zúčastnila zařízení z Karlovarského a Jihočeského kraje, která nabízejí pobytové služby seniorům, a to službu „Domov pro seniory“ nebo „Domov se zvláštním režimem“.

Marketing sociální péče nemá v České republice dlouhou historii, jde o segment, kterému není věnována dostatečná pozornost. Marketing je ve většině případů používán u soukromých poskytovatelů sociálních služeb. Hlavním důvodem je stále ještě převis poptávky po sociálních službách nad nabídkou a monopolní postavení většiny poskytovatelů sociálních služeb v rámci svých regionů.

Ve své práci jsem prováděla kvalitativní výzkum. Při zpracování výzkumu jsem použila jako základní metody dotazování a analýzu dokumentů. U metody dotazování jsem zvolila techniku rozhovoru a ten byl veden jako polostandardizovaný. Při sběru dat pomocí analýzy dokumentů jsem využívala techniku sekundární a obsahovou analýzu dat.

Z výzkumu vyplynulo, že pokud bude na trhu dostatečný počet poskytovatelů sociálních služeb a kvalitní informační síť o těchto poskytovatelích, nebude trvat dlouho a poskytovatelé si začnou uvědomovat „finanční hodnotu a důležitost“ uživatelů. Role zákazníka pak bude zásadním předpokladem k fungování tržního systému sociálních služeb. Zařízení si pak při stanovování svých cílů musí volit dílčí cíle, u kterých bude možno změřit míru jejich naplnění, a tím motivovat zaměstnance a posilovat poslání zařízení.

Dobré fungování marketingu v pobytových zařízeních sociálních služeb tedy nezáleží na druhu zřizovatele, ale záleží hlavně na managementu zařízení, tedy na řediteli a jeho osobnostních a kvalifikačních předpokladech. Z výzkumu ale vyplývá nejistota ze strany vedoucích pracovníků pobytových zařízení v souvislosti s rozdělováním státních dotací, která může vést ke snižování kvality nabízených služeb a ke snižování propagace zařízení.

Dále vyplynulo, že cílovou skupinu uživatelů domovů pro seniory by měli tvořit senioři s příspěvkem na péči II., III. a IV. stupně z důvodu provázání zdravotního stavu, resp. soběstačnosti a příjmů poskytovatelů pobytových služeb. Zatím tomu tak není, ale v průběhu pár let by se měla situace změnit.

Co se týče standardů kvality sociálních služeb, tak při jejich zavádění do praxe, je nesmírně důležité jejich pochopení a motivace všech pracovníků, management zařízení by měl proto hledat vhodné formy a metody.

Práce by měla posloužit jako cenný zdroj informací o této dnes velmi diskutované problematice.

Evaluation of the marketing strategy of selected social services facilities operating under the Social Services Act No. 108/2006 Coll., and its proposed innovation

The objective of my thesis “Evaluation of the marketing strategy of selected social services facilities operating under the Social Services Act No. 108/2006 Coll.,¹ and its proposed innovation” was to ascertain whether the facilities had been making use of any marketing strategy, and if so, in what fields. I also investigated the impact of the new Social Services Act on operation of the facilities, and whether there were any differences in usage of strategies in dependence on the founders of the facilities. I also examined the quality of information leaflets and websites used for presentation of the facilities. This research was conducted in facilities in the Region of Karlovy Vary and the Region of South Bohemia offering housing services to seniors, namely “home for seniors” or “home with a special regimen” services.

Marketing of social care has not had a long history in the Czech Republic; it is a segment which has not been experiencing sufficient attention. Marketing is mostly used by private providers of social services. The main reason has still been the excess demand for social services and the monopoly position of most of social services providers within their regions.

In my thesis I conducted qualitative research. While processing the research, I used questioning and document analysis as the basic methods. As far as the questioning method is concerned, I selected the technique of a semi-standardized interview. While collecting the data by means of document analysis, I used the technique of secondary and content analysis of the data.

It follows from the research that, provided that there is a sufficient number of social services providers on the market together with a quality information network focused on the providers, the providers will realize the “financial value and importance” of the users soon. Then the customer’s role will be the basic precondition for functioning of a market system of social services. When setting its objectives, facilities must set sub-objectives that allow measurement of their achievements and thus motivation of their employees and strengthening of the mission of the facility.

¹ Coll. – Collection of Laws of the Czech Republic

Good marketing function in housing facilities providing social services does not depend on the kind of the founder but particularly on the management of the facility, i.e. the director and his/her personality and qualification. However, it follows from the research that the executives of housing facilities feel uncertainty in relation with allocation of subsidies, which may result in reduced quality of offered services and decreased promotion of facilities.

It also follows that the target group of users of seniors' homes should be the seniors connected with the care allowance of degree II, III and IV due to interconnection of their health state, or rather self-sufficiency, with the receipts of the housing services providers. This has not been the case so far but the situation is expected to change within several years.

While putting quality standards of social services into practice, it is extremely important to secure that the standards are understood and all the staff members are motivated so the executives of the facility should search for suitable forms and methods.

The thesis is supposed to serve as a valuable source of information on this currently widely discussed issue.

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci na téma „Zhodnocení marketingové strategie vybraného zařízení sociálních služeb v podmínkách působení zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a návrh její inovace“ vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 25.5.2009

.....

Na tomto místě bych ráda poděkovala zejména svému vedoucímu práce Ing. Janu Molkovi, Csc., za jeho čas, ochotu se mnou spolupracovat a za odborné vedení diplomové práce. Také bych chtěla poděkovat svému konzultantovi panu Jiřímu Horeckému, B.A. et B.A (Hons), prezidentu APSS ČR. Dále bych chtěla poděkovat vedoucím pracovníkům všech zařízení, za ochotu zúčastnit se tohoto výzkumu. V neposlední řadě patří toto poděkování mé rodině za velkou podporu a trpělivost, kterou mi poskytla během vypracovávání této práce.

Obsah

Úvod	11
1. Současný stav	12
1.1. Charakteristika sociálních služeb	13
1.1.1. Historie sociálních služeb	14
1.1.2. Vývoj legislativy sociálních služeb	14
1.2. Zákon o sociálních službách	15
1.2.1. Formy poskytování sociálních služeb	17
1.2.2. Nová typologie sociálních služeb.....	17
1.2.3. Sociální poradenství	17
1.2.4. Služby sociální péče	17
1.2.5. Služby sociální prevence	19
1.2.6. Pobytová zařízení sociálních služeb pro seniory	21
1.2.7. Sociální služby poskytované za úhradu	22
1.2.8. Sociální služby poskytované zdarma.....	23
1.2.9. Co nový zákon přináší poskytovatelům a uživatelům	23
1.3. Financování sociálních služeb	24
1.3.1. Dosavadní financování sociálních služeb.....	24
1.3.2. Financování sociálních služeb od roku 2007	26
1.3.3. Příspěvek na péči	27
1.3.4. Dotace ze státního rozpočtu.....	28
1.3.5. Dotace z rozpočtu obcí a krajů	29
1.4. Kvalita sociálních služeb	29
1.4.1. Evaluace kvality sociálních služeb	30
1.4.2. Standardy kvality sociálních služeb	30
1.4.3. Model EFQM – European Foundation for Quality Management	33
1.4.4. Registrace sociálních služeb	34
1.4.5. Krajské střednědobé plány rozvoje sociálních služeb	34
1.5. Definice marketingu	35

1.5.1. Marketingové prostředí.....	36
1.5.2. Marketingové řízení	37
1.5.3. Marketingová koncepce	38
1.5.4. Marketingové cíle	38
1.5.5. Poslání organizace	39
1.6. Strategický marketing	39
1.6.1. Definice strategie	39
1.6.2. Strategické plánování	40
1.7. Marketingový plán	40
1.7.1. Druhy marketingových plánů.....	40
1.7.2. Základy plánování.....	41
1.7.3. Účel plánování	41
1.7.4. Tvorba marketingových plánů	41
1.8. Strategické analýzy	42
1.8.1. STEP analýza – analýza vnějšího prostředí	42
1.8.2. SWOT analýza – analýza vnitřního prostředí	43
1.8.3. Benchmarking	44
1.8.4. Model osmi dimenzí excellence (výtečnost)	45
1.8.5. Marketingový mix	45
1.9. Nabídka a poptávka po sociálních službách	46
1.9.1. Demografické stárnutí obyvatelstva	47
2. Cíle práce a hypotézy	48
3. Metodika	48
3.1. Použitá metodika	48
3.2. Charakteristika výzkumného souboru	49
4. Výsledky	50
4.1. Sociálně demografický profil Jihočeského kraje.....	50
4.2. Charakteristika zařízení Prácheňské sanatorium o.p.s. – Loucký Mlýn	51
4.2.1. Rozhovor: Prácheňské sanatorium – Loucký Mlýn	54
4.3. Charakteristika zařízení Domov pro seniory Horní Planá	61

4.3.1. Rozhovor: Domov pro seniory Horní Planá.....	63
4.4. Charakteristika zařízení G-centrum Tábor – Domov pro seniory	73
4.4.1. Rozhovor: G-centrum Tábor – Domov pro seniory.....	75
4.5. Sociálně demografický profil Karlovarského kraje	83
4.6. Charakteristika zařízení Vila Maria – Domov pro seniory	84
4.6.1. Rozhovor: Vila Maria – Domov pro seniory	86
4.7. Charakteristika zařízení Domov pro seniory Pernink	93
4.7.1. Rozhovor: Domov pro seniory Pernink	95
4.8. Charakteristika zařízení Domov pro seniory Karlovy Vary – Stará Role	103
4.8.1. Rozhovor: Domov pro seniory Karlovy Vary – Stará Role	105
4.9. Analýza dokumentů	112
5. Diskuse	113
6. Závěr	127
7. Seznam použitých zdrojů	131
8. Klíčová slova.....	139
9. Přílohy.....	140

Úvod

Ve své diplomové práci se zabývám zhodnocením marketingových strategií jednotlivých zařízení sociálních služeb v podmínkách působení zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a návrh její inovace. Tento výzkum probíhal v Karlovarském a Jihočeském kraji, kde byla vytipována zařízení z registru poskytovatelů sociálních služeb, která poskytují pobytové služby seniorům. Tohoto výzkumu se tedy zúčastní 6 zařízení, která jsou zapsána v registru jako zařízení, nabízející službu: „Domov pro seniory“, příp. „Domov se zvláštním režimem“. Chtěla bych tedy zjistit, zda tato zařízení mají vypracované nějaké marketingové strategie, zda je nějakým způsobem ovlivnil nový zákon o sociálních službách.

Marketing sociální péče nemá v České republice dlouhou historii, jde o segment, kterému není věnována dostatečná pozornost. Marketing je ve většině případů používán u soukromých poskytovatelů sociálních služeb.

Toto téma je velice aktuální z hlediska zvyšujícího se počtu seniorské populace v následujících letech. Jelikož bude narůstat poptávka po sociálních službách a budou přibývat i noví poskytovatelé, budou muset ti poskytovatelé, kteří chtějí být lepší a budou chtít vyniknout, mít zpracovanou strategii pro dobré fungování zařízení.

Projekce vývoje obyvatelstva, která byla zpracována ČSÚ na počátku tohoto tisíciletí ukazuje, že v následujících letech dojde ve struktuře naší populace k významným změnám. Do roku 2025 se předpokládá, že počet osob starších 65 let vzroste o více než 50 %, přičemž počet osob starších 80 let, které jsou nejčastějšími klienty pobytových služeb sociální péče, vzroste dokonce o více než 60 %.

Výsledky této práce mohou poskytnout informace o tom, jak fungují zařízení, poskytující pobytové služby seniorům v podmínkách působení nového zákona o sociálních službách. A jakým způsobem lze využít marketing v sociální oblasti.

1. Současný stav

Marketing sociální péče nemá v České republice dlouhou historii, jde o segment, kterému není věnována dostatečná pozornost. Marketing je ve většině případů používán u soukromých poskytovatelů sociálních služeb. Hlavním důvodem je stále ještě převis poptávky po sociálních službách nad nabídkou a monopolní postavení většiny poskytovatelů sociálních služeb v rámci svých regionů. Dalším důvodem je fakt, že neziskový sektor má relativně mladou historii v porovnání s ostatními vyspělými zeměmi (17).

Cílem sociálních služeb by mělo být, co nejdelší zachování zdraví a soběstačnosti, integrace do společnosti a možnost, co nejdelšího setrvání v rodinném prostředí (41).

Nový zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, posiluje pozici uživatele, který se prostřednictvím příspěvku na péči stává zajímavým partnerem pro poskytovatele. Trendem péče o seniory je tedy důraz na setrvání v jejich přirozeném prostředí s využitím terénních a ambulantních služeb (17).

K 31. 12. 2007 žilo v ČR celkem 1 513 tis. osob nad 65 let (53).

Koncepce uvádí, že více jak 85 % pobytových zařízení sociální péče v České republice je zřizováno kraji nebo obcemi. Nestátní neziskové organizace poskytují zejména ambulantní a terénní sociální služby. Ústavní zařízení se reprezentují jako poměrně stabilní systém, který je dán trvalou poptávkou a předem stanovenými zdroji financování (47)

Projekce vývoje obyvatelstva, která byla zpracována ČSÚ na počátku tohoto tisíciletí ukazuje, že v následujících letech dojde ve struktuře naší populace k významným změnám. Do roku 2025 se předpokládá, že celkový počet obyvatelstva mírně poklesne, ale počet osob starších 65 let vzroste o více než 50 %, přičemž počet osob starších 80 let, které jsou nejčastějšími klienty pobytových služeb sociální péče, vzroste dokonce o více než 60 % (41).

V období příštích deseti let lze také očekávat nárůst potřeby marketingu sociálních služeb. Intenzita této potřeby se bude lišit v závislosti na typu poskytovaných služeb (17).

1. 1. Charakteristika sociálních služeb

Sociální služby jsou poskytovány lidem, kteří jsou společensky znevýhodněni. Jejich cílem je zlepšit kvalitu života, popřípadě v maximální možné míře začlenit tyto lidi do společnosti, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu a skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství (34).

Sociální služby představují činnosti napomáhající osobám řešit nepříznivou sociální situaci, do které se dostaly z důvodu věku, nebo nepříznivého zdravotního stavu. Dále jsou určeny osobám, které se ocitly v krizové sociální situaci, mají životní návyky vedoucí ke konfliktu se společností, žijí v sociálně znevýhodněném prostředí, nebo z jiných vážných důvodů (29).

Sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností, zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení (48).

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, poskytnutí informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů (46).

Sociální služby jsou zaměřeny na lidi, a to jak na jedince a jejich rodiny, tak i na jejich sociální síť. Jaké služby jsou poskytovány, vyplývá z individuálních potřeb lidí a z celkových potřeb komunit, v nichž tito lidé žijí. Sociální služby by měly lidem pomáhat žít běžným životem – umožnit jim pracovat, nakupovat, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o svou domácnost, stejně jako o všechny další věci, které jsou lidmi vnímány jako samozřejmé až do chvíle, kdy nám v nich nějaký stav začne bránit. Proto existuje velmi silná preference služeb, které jsou založeny na poskytování v rámci vlastního přirozeného společenství, což umožňuje lidem žít ve vlastním domově. (4).

Posláním sociálních služeb je především usilovat o to, aby občan znovu získal schopnost zabezpečovat své potřeby vlastním přičiněním. V Evropě má poskytování sociálních služeb tradici shodnou s evropskou kulturou vůbec(45).

Sociální služba je činnost nebo soubor činností, jimiž se zajišťuje pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci. Forma a rozsah pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost, musí působit na osoby aktivně a motivovat je k činnostem, které neprodlužují jejich nepříznivou sociální situaci (43).

1.1.1. Historie sociálních služeb

Sociální služby nemocným a starým lidem byly v minulosti poskytovány ve špitálech, které byly zřizovány církevními institucemi. Města poskytovala chudinskou péči, která obsahovala sociální služby jako ubytování a poskytování stravy. Už tehdy dobrovolná činnost předcházela péči veřejné. Začaly vznikat nevládní dobrovolné organizace sdružující občany, kteří chtěli pomáhat. Tyto organizace přispěly k podstatnému rozšíření sociálních služeb a ke zvýšení kvality poskytovaných služeb. Také byly zřizovány přechodné azyly pro chudé, útulky, noclehárny, ke stravování sloužily obecní kuchyně.

Po roce 1948 došlo k vytvoření státního monopolu a sociální služby mohl vykonávat jen Svaz invalidů a Katolická charita Diakonie. Po listopadu 1989 byl monopol státu zrušen a vytvořen prostor pro obnovu dobrovolných organizací. (34).

1.1.2. Vývoj legislativy sociálních služeb

Počátky sociálních služeb lze spatřovat v péči o chudé, případně jinak sociálně slabé osoby. Na našem území byla veřejná chudinská péče legislativně upravena až v polovině 19. století jako péče na místní úrovni. V prozatímním obecním zřízení č. 170/1849 ř.z. byl zakotven právní nárok příslušníků obce na „zaopatření podle dokázané potřeby“. Obecní zákon č. 18/1862 ř.z. stanovil povinnost obce „pečovati o chudé a obecní ústavy dobročinné“. V Rakousku-Uhersku se prováděcími zákony staly zákon č. 105/1883 ř.z., o domovském právu a chudinský zákon č. 59/1868 čes.z.z. Právní řád Československé republiky tyto předpisy recipoval zákonem č. 11/1918 Sb., o zřízení samostatného státu československého. Domovské právo stanovovalo právo na pobyt v obci a nárok na zaopatření chudinské (34).

Toto domovské právo bylo v roce 1948 zrušeno a nahrazeno institutem československého občanství zákonem č. 174/1948 Sb. Veškerá sociální péče přešla z obcí na stát. Systém sociálního zabezpečení upravoval až zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení. Po osmi letech platnosti zákona o sociálním zabezpečení byl přijat nový právní předpis č. 101/1964 Sb., o sociálním zabezpečení. Služby měly být poskytovány občanům, kteří potřebují pomoc k překonání nepříznivých životních situací. Na tento zákon dále navázal zákon č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení. Následujícím právním předpisem byl dosud platný zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení. Legislativa platná do roku 1989 zná tedy pouze ústavní péči a pečovatelskou službu **(34)**.

V průběhu 90. let minulého století vznikaly zcela nové druhy služeb reagující na reálné potřeby. Potřebu i reálný rozsah sociálních služeb totiž ovlivňuje řada demografických, sociálních a ekonomických faktorů. K nejvýznamnějším patří prodlužování délky života a pokroky v lékařství **(5)**.

V souvislosti s tím se začalo diskutovat o potřebné změně systému sociální péče, kterou přinesl až nový zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., účinný od ledna roku 2007, který spolu s dalšími předpisy, zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu a zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi **(34)**.

1.2. Zákon o sociálních službách

Zákon o sociálních službách byl v červenci roku 2005 schválen Vládou ČR a následně jako vládní návrh předložen do Parlamentu ČR. Zde byl schválen a po podpisu prezidenta byl zveřejněn ve Sbírce zákonů ČR, jako zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách s tím, že účinnost byla stanovena od 1.ledna 2007. Následovalo přijetí prováděcí vyhlášky k tomuto zákonu; vyhláška č. 505/2006 Sb. **(21)**

Tento zákon je určitým posunem směrem k rovnoprávnosti a svobodě v rozhodování o volbě sociální služby. Dalším očekáváním tohoto zákona je, že se sníží náklady obcí, měst, krajů i státu na poskytování sociálních služeb, neboť uživatelé si je budou sami volit a platit **(33)**.

Zákon vytváří právní rámec pro nesčetné množství vztahů mezi lidmi a institucemi. Lidé mají právo na to, aby žádali o pomoc ze strany veřejné správy a poskytovatelů sociálních služeb v případě, že nejsou schopni řešit svou nepříznivou sociální situaci. Toto právo je založeno na obecném principu solidarity ve společnosti. Nárok mají lidé také na bezplatné sociální poradenství, které se vztahuje k možnostem řešení jejich nepříznivé sociální situace **(26)**.

Cíle zákona o sociálních službách:

- vytvořit podmínky pro uspokojování oprávněných potřeb osob,
- naplnit princip rovných příležitostí pro všechny členy společnosti,
- zajistit potřebnou podporu a pomoc pro sociální začlenění osob a důstojné podmínky života
- získat přehled o rozsahu a charakteru sítě sociálních služeb,
- zajistit potřebnou síť sociálních služeb v území,
- zrovnoprávnit poskytovatele sociálních služeb **(21)**,
- podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí,
- rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud jsou schopni, vést samostatný život,
- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů **(46)**.

Hlavním požadavkem na nový zákon o sociálních službách bylo, aby uživatelům přinesl právo na svobodnou volbu způsobu a zajištění sociální služby, aby jim zajistil dostupnost péče, aby nový zákon garantoval kvalitu poskytované péče, aby jim umožnil účastnit se rozhodovacích procesů o formě poskytování sociálních služeb. Součástí očekávání také bylo, že dojde k postupné "deinstitucionalizaci" sociálních služeb, to znamená, že služby budou více poskytovány mimo kamenné budovy v bydlištích klientů, kde mají přirozené sociální vazby **(30)**.

1.2.1. Formy poskytování sociálních služeb

Sociální služby se poskytují jako služby terénní, ambulantní a pobytové.

Terénními službami se rozumí služby, které jsou poskytovány osobě v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je dopravována do zařízení sociálních služeb, ale není zde ubytována.

Pobytovými službami se rozumí služby, které jsou spojeny s ubytováním osoby v zařízeních sociálních služeb (48).

1.2.2. Nová typologie sociálních služeb

Nový zákon o sociálních službách definuje tři typy sociálních služeb – sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (42).

1.2.3. Sociální poradenství

Sociální poradenství poskytuje osobám v nepříznivé sociální situaci potřebné informace přispívající k řešení jejich situace. Základní sociální poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství je poskytováno osobám v jednotlivých typech poraden (občanské, manželské, rodinné, atd) (46).

1.2.4. Služby sociální péče

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Jejich cílem je v co největší míře zapojit osoby do běžného života společnosti. Pokud tyto osoby mají nepříznivý zdravotní stav nebo vysoký věk, je cílem těchto služeb zajistit důstojné prostředí a zacházení.

Ke službám sociální péče patří (42):

- **Osobní asistence** je terénní služba určená především lidem se zdravotním postižením a seniorům. Asistenti pomáhají člověku zvládnout péči o sebe a umožňují jim účastnit se života ve společnosti (59).

- **Pečovateľská služba** je převážně terénní služba, která je poskytována především v domácnosti. Služba je určena lidem se zdravotním postižením, seniorům a případně i rodinám s dětmi. Pečovatelé pomáhají člověku zvládnout péči o sebe a o domácnost.
- **Tísňová péče** je nepřetržitá telefonická a elektronická komunikace s lidmi, kteří se ocitli v ohrožení zdraví nebo života. Díky této komunikaci je možné zprostředkovat neodkladnou pomoc, v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu (59).
- **Průvodcovské a předčitatelské služby** jsou určeny lidem, kteří mají sníženou schopnost komunikovat nebo orientovat se v prostoru. Jedná se zejména o osoby se smyslovým postižením.
- **Podpora samostatného bydlení** je služba, která se zaměřuje na posilování osobních schopností člověka samostatně bydlet.
- **Odlehčovací služby** mají za cíl umožnit pečujícím osobám, které se starají o osoby se sníženou soběstačností, nezbytný odpočinek. Obvykle je tato služba nabízena i v rámci jiných druhů služeb.
- **Centra denních služeb** jsou ambulantní službou, kterou mohou využívat osoby se sníženou soběstačností s cílem zajištění pomoci, osobní hygieny a současně pomoc s vyřízením osobních záležitostí či nabídkou sociálně terapeutických činností (59).
- **Denní stacionáře** jsou ambulantní službou, kterou navštěvují osoby se sníženou soběstačností. V průběhu dne je zde zabezpečována komplexní péče s ohledem na potřeby uživatelů.
- **Týdenní stacionáře** jsou pobytovou službou pro osoby se sníženou soběstačností, jež potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Pobyt je zabezpečován obvykle po dobu pracovních dnů a služba nabízí komplexní péči.
- **Domovy pro osoby se zdravotním postižením** jsou pobytovou službou s celoročním provozem, které zabezpečují osobám se sníženou soběstačností vyžadujícím pravidelnou pomoc komplexní péči (60).

- **Domovy pro seniory** jsou pobytovou službou s celoročním provozem, které zabezpečují seniorům se sníženou soběstačností vyžadujícím pravidelnou pomoc a komplexní péči. Služba je určena především seniorům, kteří z objektivních důvodů již nemohou žít ve svém přirozeném sociálním prostředí.
- **Domovy se zvláštním režimem** jsou pobytovou službou s celoročním provozem. Jejich služby jsou uzpůsobeny zvláštním potřebám osob, které trpí duševní nemocí, jsou závislé na návykových látkách nebo trpí Alzheimerovou chorobou, či jiným typem demence. Provoz této služby může být součástí domova pro seniory, či domova pro osoby se zdravotním postižením (29).
- **Chráněné bydlení** je typ pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, ale mají schopnost žít víceméně samostatně.
- **Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny)** se poskytují osobám, které se neobejdou bez pomoci jiné osoby a nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení, jelikož jim není možné zabezpečit péči v domácnosti, či v zařízení sociálních služeb (48).

1.2.5. Služby sociální prevence

Tyto služby napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou sociálním vyloučením ohroženi. Cílem těchto služeb je napomáhat osobám překonat jejich nepříznivou sociální situaci a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (47)

Ke službám sociální prevence patří (29):

- **Raná péče** je terénní, popřípadě ambulantní služba poskytována dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jeho vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace (29).

- **Telefonická krizová pomoc** je terénní služba poskytována na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou nedovedou řešit vlastními silami.
- **Tlumočnické služby** jsou terénní, popřípadě ambulantní služby, které jsou poskytovány osobám s poruchami komunikace způsobenými většinou smyslovým postižením. Tito lidé potřebují pomoc jiné fyzické osoby.
- **Azylové domy** poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci a bez přístřeší.
- **Domy na půl cesty** poskytují pobytové služby osobám do 26 let věku, které opustily školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě osobám z podobných zařízení, a také jsou služby určeny pro osoby, které jsou propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby (29).
- **Kontaktní centra** jsou nízkoprahová zařízení, která poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách.
- **Krizová pomoc** je terénní, ambulantní nebo pobytová služba poskytována osobám na přechodnou dobu, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy tuto situaci neumí řešit vlastními silami (47).
- **Intervenční centra** poskytují pomoc osobám, které jsou ohroženy násilným chováním jiné osoby. Tyto služby jsou poskytovány jako ambulantní, terénní nebo pobytové.
- **Nízkoprahová denní centra** poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby osobám bez přístřeší (29).
- **Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež** poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let, které jsou ohroženy společensky nežádoucími jevy. Je zde snaha zlepšit kvalitu jejich života.
- **Noclehárny** poskytují ambulantní služby osobám, které jsou bez přístřeší a mají zájem využít hygienického zařízení a přenocování (48).

- **Služby následné péče** jsou ambulantní nebo pobytové služby, které jsou poskytovány osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly nebo se podrobily léčbě, nebo abstinují.
- **Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi** jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, jehož vývoj je ohrožen v důsledku dlouhodobě krizové sociální situace, kterou sami rodiče nezvládají.
- **Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením** jsou ambulantní, popřípadě terénní služby, které se poskytují osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.
- **Sociálně terapeutické dílny** jsou ambulantní služby, které jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, a proto nemohou být umístitelné na otevřeném pracovním trhu (48).
- **Terapeutické komunity** poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu osobám, které jsou závislé na návykových látkách nebo s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.
- **Terénní programy** jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života, nebo jsou tímto způsobem života ohroženi.
- **Sociální rehabilitace** je soubor specifických činností, které směřují k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních, ambulantních nebo pobytových služeb (47).

1.2.6. Pobytová zařízení sociálních služeb pro seniory

Domovy pro seniory - Tato ústavní zařízení jsou určena především občanům, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči. Tato péče jim nemůže být zajištěna v jejich vlastním prostředí za pomoci rodiny, ani pečovatelskou službou nebo jinými terénními službami sociální péče. Dále je toto zařízení určeno pro staré občany, kteří toto umístění nezbytně potřebují z jiných vážných důvodů (37).

Nebývají sem však přijímány osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení . V domovech pro seniory se poskytuje zejména bydlení, zaopatření (stravování, úklid a další služby), zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče a v případě potřeby osobní vybavení (37).

Domovy se zvláštním režimem – Zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, nebo závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou a Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Poskytují se zde stejné služby jako v domovech pro seniory (48).

1.2.7. Sociální služby poskytované za úhradu

Úhradu nákladů za poskytování sociálních služeb hradí osoba ve výši sjednané ve smlouvě uzavřené s poskytovatelem sociálních služeb podle zákona o sociálních službách. Při stanovení úhrady je poskytovatel omezen stanovením maximální denní částky, která je upravena vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Příjmem osoby se pro účel úhrady rozumí prakticky veškeré příjmy. Tyto příjmy jsou uvedeny v § 7 zákona č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu. Po úhradě za ubytování a stravu musí osobě zůstat alespoň 15 % jejího příjmu. Úhrada za péči se stanoví při poskytování pobytových služeb, s výjimkou týdenních stacionářů, ve výši přiznaného příspěvku (47).

Podle vyhlášky č. 505/2006 Sb., je maximální výše úhrad (56):

- za poskytování sociálních služeb v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem 180 Kč denně celkem za úkony, včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování,
- za celodenní stravu 150 Kč,
- za oběd, včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy 75 Kč (56).

1.2.8. Sociální služby poskytované zdarma

Sociální služby poskytované bez úhrady jsou takové, které řeší nějakou krizovou situaci, nebo na kterých má společnost zájem z důvodu ochrany před vznikem společensky nežádoucích jevů (47).

Bez úhrady nákladů se poskytují (6):

- sociální poradenství,
- raná péče,
- telefonická krizová pomoc,
- tlumočnické služby,
- krizová pomoc,
- služby následné péče,
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- terénní programy,
- sociální rehabilitace,
- sociální služby v kontaktních centrech a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež,
- služby sociálně terapeutických dílen (6).

1.2.9. Co zákon přináší poskytovatelům a uživatelům

Poskytovatelům:

- zákonnou oporu pro poskytování širokého sortimentu sociálních služeb,
- jasné vymezení činností, které jsou obsahem sociálních služeb včetně specifikace činností, které tvoří náplň jednotlivých typů služeb,
- právo na úhradu nákladů těchto sociálních služeb: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, služby v denních centrech,
- uživatel bude hradit náklady za poskytnuté sociální služby ve smluvené výši, maximálně však do limitu stanoveného prováděcím právním předpisem (19),

- jde-li o pobytové služby poskytované v týdenních stacionářích, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, chráněném bydlení, zdravotnických zařízeních ústavní péče, centrech sociálně rehabilitačních služeb, azylových domech, domech na půl cesty a terapeutických komunitách, hradí uživatel navíc ubytování a stravu,
- omezení výše úhrad neplatí u služeb poskytovaných nad rámec povinných činností u jednotlivých typů sociálních služeb,
- poskytovatelé mají právo účastnit se přípravy střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v obci v případě, že obec takový plán zpracovává,
- poskytovatelé mají právo požádat o dotace ze státního rozpočtu na poskytování sociálních služeb (19).

Uživatelům:

- právo na svobodnou volbu způsobu a zajištění sociální služby,
- lepší dostupnost a kvalitu poskytované péče,
- zákon garantuje kvalitu služeb prostřednictvím standardů kvality,
- smluvní vztah mezi uživatelem a poskytovatelem,
- díky příspěvku na péči mají uživatelé možnost rozhodnout se o tom, kdo jim poskytne sociální služby (30).

1.3. Financování sociálních služeb

Poskytování sociálních služeb je důsledkem stavu sociální nouze. To znamená neschopnost člověka zabezpečit své potřeby vlastními silami z jiných důvodů, než hmotných. První otázka proto zní, zda a jak může občan sám z vlastních prostředků uhradit náklady na sociální služby, kterých se mu nedostává (51).

1.3.1. Dosavadní financování sociálních služeb

Jako historii financování sociálních služeb lze označit stav od r. 1990 do r. 2007. V tomto období prakticky nedochází k marginálním změnám ve financování sociálních služeb a to i přes skutečnosti, že v 90. letech na trh vstoupily neziskové organizace a

obce. Tento systém financování sociálních služeb lze označit za systém s prvky centrálního administrativně direktivního charakteru řízení (17).

Systém financování sociálních služeb byl před rokem 2007 roztržštěný. Některé zdroje plynuly krajům a obcím, jiné přímo poskytovatelům sociálních služeb. Jedním ze základních pilířů poskytování sociálních služeb je princip vícezdrojového financování. Zdroje financování byly:

- dotace od státu,
- dotace od krajů, případně krajských úřadů
- dotace od obcí
- příspěvky nadací, případně nadačních fondů
- dary, sponzoring, příspěvky od klientů (42).

Podle modelu financování platného do 31. 12. 2006 kraje obdržely v rámci celkové dotace ze státního rozpočtu finanční prostředky a tyto prostředky pak rozdělovaly jednotlivým ústavům, tedy těm, jejichž byly zřizovateli. Na provoz ústavů sociální péče a domovů důchodců, jejichž zřizovatelem a provozovatelem je obec, byla poskytována dotace na lůžko. Jednalo se o účelovou dotaci vyplácenou obcím Ministerstvem financí z kapitoly Všeobecná pokladní správa státního rozpočtu v rámci souhrnného finančního vztahu státního rozpočtu k rozpočtům obcí. Tato dotace podléhala finančnímu vypořádání za příslušný rok (25).

Mezi nejčastější typy sociálních zařízení patřily domovy důchodců a penziony pro důchodce. Tato zařízení byla zřizována okresními úřady nebo obcemi jako rozpočtové nebo příspěvkové organizace (39).

Mezi hlavní příjmové položky DD patřily:

- platby obyvatel DD za pobyt,
- státní dotace (od krajského úřadu), asi 1/3 celkových nákladů
- dotace od městského, resp. obecního úřadu, asi 1/3 celkových nákladů (39).

1.3.2. *Financování sociálních služeb od roku 2007*

Hlavními zdroji financování sociálních služeb jsou od roku 2007:

- dotace ze státního rozpočtu,
- účelové dotace krajů a obcí,
- úhrada od uživatelů,
- finanční prostředky ze zdrojů Evropské unie,
- dary, sponzoring,
- vlastní zdroje poskytovatelů sociálních služeb **(28)**.

Zásadní změny v této oblasti přinesl nový zákon o sociálních službách. Cílem změn v oblasti financování sociálních služeb bylo zejména:

- zabezpečit svobodnou volbu způsobu zabezpečení služeb,
- sjednotit podmínky pro získání veřejných prostředků všemi subjekty poskytující péči, za podmínek jejich akreditace,
- zajistit rovnoprávné postavení a stabilní financování všem poskytovatelům sociálních služeb,
- zabezpečit spoluúčast uživatele při řešení jeho sociální situace,
- nastartovat proces deinstitucionalizace a individualizace péče,
- reagovat na evropské trendy **(31)**.

Zákon posiluje finanční soběstačnost uživatelů tím, že zavedl příspěvek na péči, a zároveň prostřednictvím dotačních titulů, směřovaných k zadavatelům a poskytovatelům sociálních služeb, se podílí na zajištění potřebné sítě sociálních služeb **(42)**.

Financování sociálních služeb by se mělo stát důležitým nástrojem sociální politiky v oblasti sociálních služeb. Financování by tedy nemělo být pouze mechanickým rozdělováním prostředků **(20)**.

1.3.3. Příspěvek na péči

Jednou z nejvýznamnějších změn, kterou nový zákon o sociálních službách přinesl, je koncipování nové sociální dávky – příspěvku na péči. Příspěvek na péči je poskytován osobám, které jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého sociálního stavu odkázány na pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti (42).

V souvislosti s tímto příspěvkem byly zrušeny dávky poskytované za obdobným účelem před 1.1.2007. Od 1.1.2007 bylo zrušeno zvýšení důchodu pro bezmocnost poskytované podle zákona 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, poživatelům důchodů z důchodového pojištění (29).

Dále byl od 1.1.2007 zrušen příspěvek při péči o blízkou osobu nebo jinou osobu, který byl rovněž poskytován podle zákona o sociálním zabezpečení osobám, pečujícím o bezmocnou osobu nebo o dítě dlouhodobě těžce zdravotně postižené, vyžadující mimořádnou péči (29).

Tímto příspěvkem je do sociální oblasti zaváděn prvek „nakupování služby“. Stát tímto způsobem posiluje kupní schopnost lidí, kteří jsou závislí na pomoci jiné fyzické osoby a umožňuje jim možnost volby. Část lidí tak může využít příspěvek k úhradě práce svých rodinných příslušníků, případně jiných osob, kteří se o něho budou starat. Druhá část lidí může použít příspěvek na úhradu profesionálních sociálních služeb. (21).

Příspěvek náleží osobě, o kterou má být pečováno, nikoliv pečujícímu. Příspěvek na péči nemůže být přiznán dítěti, jež je mladší než jeden rok (38).

O udělení příspěvku na péči rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností, popřípadě odvolání vyřizuje krajský úřad. Řízení o udělení příspěvku se skládá ze dvou částí – posouzení zdravotního stavu žadatele a sociálního šetření. Příjemce příspěvku musí tento příspěvek využít na zajištění potřebné pomoci. Musí také do patnácti dnů od přidělení příspěvku úřadu obce s rozšířenou působností písemně oznámit, kdo a jakým způsobem mu pomoc poskytuje (44).

Příspěvek na péči je poskytován ve čtyřech úrovních:

- *stupeň I*, který je definován jako *lehká závislost* - tento stupeň je přiznáván těm osobám, které potřebují každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 5 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti,
- *stupeň II.*, který je definován jako *středně těžká závislost* - tento stupeň je přiznáván těm osobám, které potřebují každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti,
- *stupeň III.*, který je definován jako *těžká závislost* - tento stupeň je přiznáván těm osobám, které potřebují každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti,
- *stupeň IV.*, který je definován jako *úplná závislost* - tento stupeň je přiznáván těm osobám, které potřebují každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti (29).

Výše příspěvku na péči:

I. lehká závislost – 3000 Kč pro osoby do 18 let/ 2000 Kč pro osoby nad 18 let

II. středně těžká závislost – 5000 Kč pro osoby do 18 let/ 4000 Kč pro osoby nad 18 let

III. těžká závislost – 9000 Kč pro osoby do 18 let/ 8000 Kč pro osoby nad 18 let

IV. úplná závislost – 11000 Kč pro osoby do 18 let/ 11000 Kč pro osoby nad 18 let (48).

1.3.4. Dotace ze státního rozpočtu

Dotace ze státního rozpočtu se poskytuje na zajištění poskytování sociálních služeb poskytovatelům, jež jsou zapsáni v registru sociálních služeb. Tato dotace se poskytuje prostřednictvím rozpočtu kraje k financování běžných výdajů, které souvisí s poskytováním sociálních služeb v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb (47).

Žádost o poskytnutí dotace na příslušné rozpočtové období předkládá krajský úřad ministerstvu. Účelové dotace se poskytují dle zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech (47).

1.3.5. Dotace z rozpočtu obcí a krajů

Obec nebo kraj může ze svého rozpočtu poskytnout účelové dotace dle zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, a to všem poskytovatelům, kteří jsou zapsáni v registru (47).

1.4. Kvalita sociálních služeb

Kvalita poskytovaných sociálních služeb je dnes jedním z velmi živých a diskutovaných témat. Kvalita v obecné rovině je souhrn vlastností, které ukazují na to, jaká daná věc vlastně je. Můžeme jej také nahradit synonymem „hodnota“. Všichni poskytovatelé sociálních služeb, kteří mají registrovanou sociální službu, mají povinnost zavádět kvalitu ve svých zařízeních (11).

Kvalitu sociálních služeb lze sledovat na MAKRO a MIKRO úrovni. Na makro úrovni má odpovědnost vláda, parlament a odborné organizace. Je zde hodnocena péče v rámci celého systému poskytovaných sociálních služeb. Patří sem:

- dostupnost péče
- přiměřenost péče
- efektivita péče
- hospodárnost péče
- klientova autonomie a spokojenost
- bezpečnost prostředí.

Na mikro úrovni má odpovědnost management jednotlivých zařízení sociální péče.

Patří sem:

- úroveň poskytovaných služeb
- průzkumy spokojenosti klientů
- míra účinnosti poskytované péče (14).

Kvalita sociálních služeb je v jednotlivých zemích Evropské unie zajišťována různě. Hovoří se o tradičních profesionálních systémech, jako je inspekce a supervize. Tyto definují kvalitu z hlediska poskytování služeb a zaměřují se na vysokou odbornost pracovníků. Vzhledem k probíhajícím socioekonomickým změnám, které vyvíjí tlak na pružnost i cenovou únosnost veřejných služeb, tak se stále více prosazují také způsoby zajištění a zvyšování kvality, které jsou převzaty z obchodní sféry. Kvalitě veřejných služeb a jejímu zvyšování se v České republice věnuje Národní program politiky podpory jakosti, jež ukládá jednotlivým resortům zpracovat resortní programy pro zvyšování kvality (50).

1.4.1. Evaluace kvality sociálních služeb

Pokud se v sociálních službách hovoří o kvalitě služby, má se většinou na mysli posuzování věrohodnosti služby, tedy do jaké míry se služba realizuje v souladu s původním záměrem. V současnosti je aktuální hodnocení kvality poskytovaných služeb, zejména z hlediska principů reformy sociálních služeb. Kvalita je vnímána jako dodržení určitých stanovených standardů poskytování služby. Posuzovány mohou být např. následující aspekty služby:

- povaha a rozsah poskytované služby,
- dostupnost pro cílovou skupinu,
- kvalifikace personálu,
- kvalita evidence a plánování služby,
- interní a externí koordinace (22).

1.4.2. Standardy kvality sociálních služeb

Kvalita je stručně řečeno výsledek srovnání mezi očekáváním a výkonem. Kvalita je cílem snažení po dokonalosti, je metodou a způsobem podpory aktivní účasti pracovníků založená na angažovanosti a odpovědnosti každého jednotlivce(3).

Standardy kvality popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Standardy jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií, které mají průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby (34).

Standardy kvality sociálních služeb se dostávají do popředí pozornosti od konce 90. let a počátku roku 2000. Organizacím, které patří k poskytovatelům sociální péče, jsou postupně poskytovány dokumenty, vysvětlující jejich význam a důležitost v oblasti sociální péče (58).

Standardy kvality sociálních služeb byly vytvořeny pod vedením MPSV v průběhu let 2000 – 2002, a to zástupci odborné veřejnosti, poskytovatelů sociálních služeb i uživatelů sociálních služeb. Standardy byly v průběhu přípravy rovněž porovnávány a doplňovány se standardy kvality sociálních služeb některých evropských zemí. Dále jsou do standardů promítnuty principy tradičních systémů zajištění kvality, zejména EFQM (European Foundation for Quality Management) (52).

Standardy sociálních služeb obsahují popis, jak by tyto služby měly vypadat. České standardy a kritéria jsou pro snadnější orientaci očíslovány od 1 do 15. Standardy se dělí do tří základních částí – procedurální, personální a provozní (8).

Plnění Standardů kvality je hodnoceno systémem bodů. Obsah jednotlivých standardů kvality a bodové hodnocení stanoví prováděcí předpis (15).

Procedurální standardy:

- *cíle a způsoby poskytování služeb* – jsou zde definovány cíle, postupy, poslání služby,
- *ochrana práv uživatelů sociálních služeb* – jsou zde definovány oblasti, v nichž by mohlo dojít k ohrožení práv uživatelů,
- *jednání se zájemcem o službu* – informace směrem k uživateli o poskytovaných službách,
- *dohoda o poskytování služeb* – pokud zahrnuje ubytování je vždy písemná,
- *plánování a průběh poskytovaných služeb* – jsou vypracována pravidla plánování služeb,
- *osobní údaje* – způsoby archivace, evidence,
- *stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování služeb* – jak a komu si mohou uživatelé stěžovat (34),

- *návaznost na další zdroje* – spolupráce s jinými dostupnými službami veřejnosti, podpora kontaktu s rodinou (34).

Personální standardy:

- *personální a organizační zajištění sociální služby* – je zde stanovena struktura a počet pracovních míst, kvalifikace, zaškolování pracovníků, vnitřní pravidla pro externí pracovníky,
- *profesní rozvoj zaměstnanců* – požadavky na znalosti lidí pracujících v sociálních službách, program dalšího vzdělávání (2).

Provozní standardy:

- *místní a časová dostupnost poskytované sociální služby* – je určeno místo a doba, kdy je služba dostupná,
- *informovanost o poskytované sociální službě* – za účelem dostupnosti a transparentnosti služby,
- *prostředí a podmínky* – materiální, technické a hygienické podmínky, prostředí, kde se služba poskytuje,
- *nouzové a havarijní situace* – zařízení, zaměstnanci i uživatelé jsou připraveni na nouzové a havarijní situace,
- *zvyšování kvality sociální služby* – vedení zařízení dbá o zvyšování kvality, způsoby zjišťování spokojenosti uživatelů se službami (47).

Silné stránky standardů:

- nastavení úrovně toho, co společnost očekává od sociálních služeb
- zaměstnanci vědí, co je od nich požadováno, ale i klient zná svá práva
- jednotnost přístupu na celém území republiky
- aktivizace zaměstnanců i vedení k naplňování standardů
- zlepšení komunikace mezi aktéry sociálních služeb (8)

Slabé stránky standardů:

- malá informovanost o nových přístupech
- obavy z nejednotného vnímání při hodnocení standardů ze strany inspektorů
- obavy zaměstnanců z mnoha nejistot
- obavy z financování (8).

1.4.3. Model EFQM – European Foundation for Quality Management

Tento model se zaměřuje na devět oblastí činností organizace. Prvních pět vytváří předpoklad pro to, aby organizace měla dobré výsledky (vedení, pracovníci, politika a strategie, partnerství a zdroje, procesy) a ve zbylých čtyřech (pracovníci, uživatelé, společnost, klíčové výsledky ekonomiky) se hodnotí z hlediska dosažených výsledků a cílů. Model EFQM představuje komplexní analýzu organizace a všech jejích procesů a činností, bere v úvahu potenciál zaměstnanců, uživatele i okolí. Záměrem modelu je posun stylu řízení. Tento model vychází z předpokladu, že vynikající výsledky organizace mohou být dosaženy jen za podmínky maximální spokojenosti klientů, spokojenosti vlastních zaměstnanců a při respektování okolí (3).

Model excelence EFQM je praktickým nástrojem, který používají organizace různými způsoby:

- jako nástroj sebehodnocení, kterým zjišťují, kde jsou na cestě k excelenci. Nástroj, který jim pomáhá pochopit mezery a následně podněcuje k řešení,
- jako základ pro společný slovník a způsob myšlení o organizaci (struktuře), který se společně používá ve všech útvarech (funkcích),
- jako příručka pro identifikaci příležitostí pro zlepšování rozmíst'ování existujících iniciativ, odstraňování duplicit a identifikování mezer,
- jako strukturu pro systém managementu organizace (36).

1.4.4. Registrace sociálních služeb

Dalším z nových prvků, které uvádí nový zákon o sociálních službách, je povinnost každého poskytovatele registrovat se na příslušném krajském úřadě. Tato skutečnost přispěje k tomu, že bude odstraněn dlouhodobý problém, s nímž se potýkaly statistické orgány a výzkumná sféra (42).

Oprávnění k poskytování služeb vydává (registr poskytovatelů povede) krajský úřad.

Pro získání oprávnění bude třeba splnit následující podmínky:

- písemná žádost,
- bezúhonnost a odborná způsobilost poskytovatele,
- bezúhonnost a odborná způsobilost všech fyzických osob přímo poskytujících sociální služby,
- zajištění hygienických podmínek pro poskytování služeb,
- vlastnické nebo užívací právo k objektu nebo prostorám, kde budou služby poskytovány,
- zajištění materiálních a technických podmínek (40).

Na tuto registraci existuje právní nárok. Pokud žadatel prokáže, že splňuje podmínky, které požaduje zákon o sociálních službách, je registrující orgán povinen registraci udělit. O registraci rozhoduje místně příslušný krajský úřad a v případě, že zřizovatelem poskytovatele je ministerstvo, pak rozhoduje toto ministerstvo (47).

1.4.5. Krajské střednědobé plány rozvoje sociálních služeb

Kompetence a povinnosti krajů v oblasti sociálních služeb se zásadním způsobem změnilo s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon stanovuje, že kraj zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na svém území. Dále je zde stanovena povinnost kraje zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a se zástupci osob, kterým jsou poskytovány sociální služby (1).

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb je chápán jako výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů, jehož obsahem je popis a analýza existujících zdrojů a potřeb, včetně ekonomického vyhodnocení, strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb, povinnosti zúčastněných subjektů, způsobu sledování a vyhodnocování plnění plánu a způsobu, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb (1).

Plánování rozvoje sociálních služeb se podle zákona opírá o metodu komunitního plánování. Při komunitním plánování jsou vyhodnoceny potřeby, zmapováno existující zázemí, stanoveny nejvýznamnější priority a analyzovány možnosti dalšího rozvoje. Podstatným rysem je zapojení a úzká spolupráce tří hlavních skupin aktérů (tzv. „triády“) - zadavatele zodpovědného za zajištění (sociálních) služeb na určitém území (obec, kraj), poskytovatelů služeb a zástupců jejich uživatelů (1).

1.5. Definice marketingu

Marketing se zabývá zjišťováním a naplňováním lidských a společenských potřeb. Je to společenský proces, v němž jedinci a skupiny získávají to, co potřebují a chtějí. Během tohoto procesu vytváříme, nabízíme a svobodně směňujeme s jinými výrobky, či službami, které mají hodnotu. Cílem marketingu je tedy poznat a pochopit zákazníka natolik dobře, aby mu výrobek či služba padla jako šitá na míru. Vše, čeho je zapotřebí, je učinit výrobek nebo službu dostupnými (27).

Marketing je soubor postupů a nástrojů, s jejichž pomocí se snažíme zvýšit pravděpodobnost úspěchu a dosažení cílů na trhu. Marketing tedy představuje proces plánování a realizace koncepcí, tvorby cen, propagace výrobků a služeb s cílem dosáhnout takové směny, která uspokojí požadavky jednotlivců i organizací (12).

Je to proces řízení, jehož výsledkem je poznání, předvídání, ovlivňování a ve finální fázi uspokojení potřeb a požadavků zákazníka efektivním způsobem zajišťujícím splnění cílů organizace. S tím jsou spjaté i procesy ovlivňování zákazníků pomocí reklamy a dalších komunikačních prostředků (61).

Efektivně zajistit splnění cílů organizace znamená, mít jasné a reálné cíle, seznamovat s nimi neustále všechny zaměstnance organizace (61).

Marketingově orientovaná organizace vychází ze zjištění, že proces řízení vychází nejen z potřeb organizace samotné, ale i z potřeb celé společnosti. Teprve optimálním uspokojováním potřeb a přání celé společnosti může pak daná organizace dosahovat i svých cílů (61).

Základy marketingu byly původně vyvinuty pouze v organizacích orientujících se na zisk. Marketing identifikuje šance na trhu, obsahuje strategie a volí jednotlivé obchodní možnosti. Proces marketingu je orientace na odbytový trh a tím na zákazníky, resp. uživatele (17).

Marketing je souhrn metod, přístupů a činností umožňujících efektivně řešit problémy. Marketing je vystaven vlivu změn souvisejících s vývojem lidské společnosti a jejího myšlení (16).

Navzdory důrazu kladenému na marketing a marketingový přístup je marketing v mnoha organizacích dosud spíše halasnou proklamací než skutečností. Opravdový marketing začíná od zákazníka, od jeho demografických charakteristik, jeho podmínek, potřeb a hodnot. Cílem marketingu je poznat zákazníka a porozumět mu tak dobře, aby mu výrobky, či služby byly „šité na míru“ (9).

Lidé, kteří byli zapojeni do neziskového marketingu, si uvědomovali, že ještě před deseti lety nebylo možno o marketingu ani mluvit. Neziskové organizace přijímaly tento názor nepoužívat slovo marketing do doby, dokud existovaly dostatečné zdroje pro jejich fungování. Nicméně, instituce začaly zaznamenávat pokles, jak financí tak i zaměstnanců, a tak svět marketingu byl slyšet čím dál častěji (35).

1.5.1. Marketingové prostředí

Marketingové prostředí je dáno vysokou proměnlivostí v čase a je velmi rizikové a překvapivé. To vychází ze skutečnosti, že marketing odráží chování a jednání lidí, kteří často reagují nikoliv racionálně, ale i emotivně (61).

Každá marketingová činnost je ovlivňována řadou determinantů, podmínek, ale i faktorů, které lze měnit a zlepšovat (61).

Podle nich se dělí marketingové prostředí na:

- *vnitřní prostředí* – vybavenost, finanční situace, technický rozvoj, lidské zdroje, umístění, image instituce,
- *vnější prostředí* – mikroprostředí a makroprostředí **(61)**.

Vnější marketingové prostředí lze také rozdělit:

- marketingové mikroprostředí,
- marketingové makroprostředí **(61)**.

Marketingové mikroprostředí je tvořeno faktory částečně kontrolovatelnými, tedy lidmi. Lidmi uvnitř podniku, ale také mimo podnik. V podnikové praxi se jedná o problém, na kolik se vedení podniku podaří svou podnikovou identitu (poslání, vize, cíle, hodnoty, ale také směrnice a předpisy) prosadit mezi zaměstnanci a určit tak podnikovou kulturu **(12)**.

Marketingové makroprostředí je tvořeno faktory, které podnik nemůže ovlivnit. Mezi tyto faktory patří:

- demografické prostředí – růst populace, stárnutí, nízká porodnost, úmrtnost,
- ekonomické prostředí – vysoká míra inflace, nezaměstnanost,
- přírodní prostředí – znečištění vod a ovzduší,
- technologické prostředí – zrychlující tempo inovací,
- politické prostředí – legislativa,
- kulturní prostředí – jazyková, náboženská specifika **(27)**.

1.5.2. Marketingové řízení

Marketingové řízení je ve své podstatě algoritmický proces, který se skládá z pěti základních kroků. Jednotlivé znaky jsou **(12)**:

V → **SCP** → **MM** → **R** → **K**

Výzkum → Segmentace, Cílení, Presentace nabídky → Realizace → Kontrola **(12)**

Východiskem pro účinnou a úspěšnou aplikaci marketingu v řízení organizací je definice vlastního poslání organizace a vymezení cílů. Cíle organizace jsou obvykle definovány jako měřitelné výsledky, kterých se organizace snaží dosáhnout. Stanovení cílů musí být zcela přesné a konkrétní. Jejich jasné vyjádření pak napomáhá správně se orientovat a racionálně kontrolovat úsilí řídicích i výkonných pracovníků (12).

1.5.3. Marketingová koncepce

Marketingová koncepce se objevila v polovině padesátých let minulého století. Místo filozofie, orientované na výrobek, se obchod přesunul k filozofii orientované na zákazníka a jeho reakce (27).

Marketingové myšlení vychází ze zájmů konečného uživatele služeb a výrobků. K uspokojování potřeb zákazníků je orientována veškerá činnost poskytovatele služeb, či výrobce. Při této koncepci se vychází od zadu, tedy od finálního užítku věcí a služeb. Tomuto cíli se pak postupně dopředu přizpůsobují ekonomické aktivity producentů a poskytovatelů služeb. Vychází se ze zjištění situace na trhu, ze zjišťování a vyhodnocování potřeb zákazníků. Je potřeba jednat v souladu s přáním zákazníků a pružně reagovat na změny jejich potřeb. Tato koncepce může za optimálních podmínek plnit základní požadavek tržního systému řízení ekonomiky, tj. optimální alokaci zdrojů tam, kde je jich zapotřebí a poskytování služeb v odpovídající kvantitě a kvalitě (61).

1.5.4. Marketingové cíle

Cíle vyjadřují, čeho chce organizace dosáhnout v dlouhodobém i krátkodobém horizontu. Cíle je potřeba formulovat pro jednotlivé úrovně písemně (55).

Požadavky na formulaci cílů:

- cíl musí být stanoven k jednomu přesně specifikovanému tématu,
- cíl musí být vztažen k výsledkům, nikoliv k činnostem,
- cíl musí být vyjádřen v měřitelných jednotkách,
- ve stanovení cíle musí být obsažen i termín splnění (55),

- cíl musí provokovat k výkonům, ale musí být dosažitelný,
- cíl musí být kontrolovatelný běžnými nástroji podnikové evidence (55).

1.5.5 Poslání organizace

Stručná formulace vize, poslání a hodnot zaručuje organizaci nejen to, že má jasnou představu o sledovaných cílech, ale také usnadňuje sdílení této představy s ostatními lidmi uvnitř organizace. Formulování těchto cílů je o to důležitější, oč je organizace větší. Důvodem k formulaci poslání je to, že tímto organizace určuje dlouhodobé jádro své činnosti. Tím organizace směřuje k tomu, aby její rozhodnutí byla konzistentní a aby neztrácela ze zřetele hlavní cíl, za kterým chce jít (54).

1.6. Strategický marketing

Je to proces realizace cílů stanovených ve strategickém plánu zahrnující implementaci, vyhodnocování a případnou úpravu činností, směřujících k dosažení cílů, které jsou obsaženy ve strategickém plánu (55).

O strategickém marketingu hovoříme v souvislosti s rozhodovacími procesy na úrovni vrcholového managementu podniku. Strategický charakter nabývá v momentě, kdy se už dnes při plánování budoucích činností soustředí na vymezení okruhu potenciálních zákazníků a specifikaci jejich potřeb. Pokouší se projektovat podmínky na budoucím trhu a usiluje o nalezení nejvhodnějšího budoucího postavení na trhu. Strategický marketing je tedy plně soustředěn na zákazníka (16).

1.6.1. Definice strategie

Strategií se rozumí určité schéma (projekt, směr) postupu, které naznačuje, jak za přesně daných podmínek dosáhnout vytyčených cílů. Je to přehled kroků a činností, které jsou přijímány s vědomím částečné neznalosti všech budoucích podmínek a nelze přesně označit jednotlivé výhody a nevýhody pro potřeby budoucího rozhodování (16).

Strategie charakterizuje směr, který bude organizační jednotka sledovat v určitém časovém období a který vede k nejefektivnější alokaci zdrojů pro dosažení vytyčených marketingových cílů (16).

Strategie zahrnuje dva aspekty:

- Závažnost strategického rozhodnutí – je zde zásadně ovlivněno budoucí nasměrování organizace, z možných strategií je vybrána a realizována pouze jedna a návrat je možný jen za cenu vysokých nákladů.
- Dlouhodobost strategických plánů – většinou vypracovávají na dobu 3-5 let. Pokud je stabilnější vnější prostředí, je možno použít strategický plán na delší časové období (55).

1.6.2. Strategické plánování

Je to proces, během něhož vzniká určitá představa, čím by se měla organizace v budoucnu zabývat a vyvíjet, aby mohla zrealizovat své cíle a záměry. Plánování je činnost, která napomáhá dosáhnout požadovaného stavu organizace na konci vytyčeného období. Skládá se z analýzy současného stavu, určení cílů, rozvržení činností a nakonec také kontroly (55).

1.7. Marketingový plán

Marketingový plán je ústředním nástrojem pro řízení marketingového úsilí. Marketingové plány se zaměřují pouze na oblasti produktu a trhu a rozpracovávají strategicky stanovené cíle, týkající se určeného cílového trhu (12).

1.7.1. Druhy marketingových plánů

- **Operativní plán** (krátkodobý) obvykle pokrývá časový horizont do jednoho roku. Slouží k určování aktuálních úkolů podniku a k řízení jeho každodenních aktivit (12).

- **Taktický plán** (střednědobý) umožňuje pružné reagování na případné změny ve vnějším i vnitřním marketingovém prostředí. Týká se časového horizontu od jednoho do tří let.
- **Strategický plán** (dlouhodobý) slouží k definování poslání podniku a jeho dlouhodobých cílů. Tento plán definuje marketingovou strategii firmy, určuje potřebné zdroje financí, charakterizuje segmenty trhu a popisuje hlavní směry podnikových aktivit. Lze říci, že tento plán pokrývá neomezený časový horizont **(12)**.

1.7.2. Základy plánování

Plánování obsahuje definování cílů organizace, formulování strategie pro jejich dosažení a vytvoření uceleného souboru plánů pro integrování a koordinování činností organizace. Zabývá se nejen tím, co má být uděláno, ale i jak to má být uděláno. Existuje samozřejmě plánování formalizované a neformální. Při neformálním plánování se nic neseписuje, a tedy sdílení cílů ostatními je většinou minimální. Při formalizovaném typu plánování jsou definovány určité cíle pro určité časové období, a také konkrétní program pro jejich dosažení **(49)**.

1.7.3. Účel plánování

Plánování umožňuje koordinaci aktivit, poskytuje směr jak manažerům, tak i ostatním zaměstnancům. Pokud zaměstnanci vědí, kam organizace a její části směřují a jak mají přispívat k dosažení cílů, pak mohou koordinovat své aktivity a vzájemně spolupracovat. Plánování redukuje nejistotu tím, že nutí manažery dívat se dopředu, odhadovat vývoj situací a odpovídajícím způsobem na ně reagovat. Plánování také redukuje překrývající se a zbytečné činnosti. Zamezuje se tím plýtvání časem.

A na závěr lze také říci, že plánování formuluje normy, které jsou důležité pro kontrolování **(49)**.

1.7.4. Tvorba marketingových plánů

Proces tvorby plánů je ovlivněn třemi podmiňujícími faktory. Tři podmiňující faktory jsou: úroveň v organizaci, stupeň nejistoty vnějšího prostředí a délka závazků do budoucnosti.

První faktor ukazuje všeobecný vztah mezi úrovní manažerů v organizační struktuře organizace a typem plánování. Pro vrcholové manažery je charakteristické strategické plánování a pro manažery nižších úrovní operativní plánování.

Druhým faktorem je nejistota vnějšího prostředí, z čehož vyplývá, že při vysoké nejistotě by plány měly být specifické a flexibilní. Manažeři musí být připraveni kdykoliv plány přepracovat, či dokonce radikálně změnit.

Posledním faktorem ovlivňujícím plánování je časový rámec plánů. Tento faktor ovlivňuje závazky budoucí, a to tím více, čím delší je časové období. Znamená to tedy, že plány by měly být vytvořeny na tak dlouhé časové období, aby mohly být splněny závazky a cíle, vzniklé při jejich tvorbě **(49)**.

1.8. Strategické analýzy

Marketingová strategie slouží k identifikaci specifických trhů, na které se chce organizace zaměřit a k vypracování souboru marketingových nástrojů, které mu umožní na tyto trhy proniknout **(12)**.

Formulace strategie představuje filozofii organizace **(18)**.

1.8.1 STEP analýzy - Analýza vnějšího prostředí

Tato analýza představuje srozumitelný a přehledný nástroj k ohodnocení vlivů globálního prostředí na organizaci **(18)**.

Podstatou analýzy je odpovědět na 3 otázky:

1. Které z vnějších faktorů mají vliv na organizaci?
2. Jaké jsou možné účinky těchto faktorů?
3. Které z nich jsou v blízké době nejdůležitější? **(18)**

Mezi tyto faktory patří **(18)**:

S - *společenské (sociální) faktory*

Zahrnuje faktory související se způsobem života lidí, včetně životních hodnot - demografická křivka, průměrná délka života, hustota obyvatelstva, rodinné faktory, migrace obyvatelstva, dopravní obslužnost, úroveň vzdělávání, masmédiá, atd.

T - *technické (technicko-technologické) faktory*

Zahrnují faktory, které souvisejí s vývojem výrobních prostředků, materiálů a procesů, atd.

E - *ekonomické faktory*

Zahrnují faktory, které souvisí s vývojem ekonomických procesů v okolí organizace - toky peněz, zboží, služeb, informací a energií, a to včetně problematiky (ne)zaměstnanosti, trhu práce, platových podmínek, konkurence, podílů na trhu, atd.

P - *politicko-právní faktory*

Jde o faktory, které souvisí s výkonem politické moci (od úrovně státu až po samosprávu v obci), s politickou situací, legislativou, stavem právního vědomí **(18)**

1.8.2. SWOT analýza - Analýza vnitřního prostředí

SWOT analýza slouží k základní identifikaci současného stavu organizace. Sumarizuje faktory působící na efektivnost marketingových aktivit a ovlivňující dosažení vytyčených cílů **(16)**.

SWOT – jsou začáteční písmena příslušných anglických termínů:

Strengths (přednosti = silné stránky)

Weaknesses (nedostatky = slabé stránky)

Opportunities (příležitosti)

Threats (hrozby) **(16)**

Ke stanovení marketingové strategie je zapotřebí provést SWOT analýzu organizace. Je nutné vědět o silných stránkách a příležitostech organizace a ty pak promítnout do marketingových plánů a strategií organizace. Sumarizace slabých stránek a ohroženích organizace je nutná v případě analýzy trhu a konkurence (17).

Analýza SWOT vychází z předpokladu, že strategického úspěchu dosáhne organizace tehdy, když maximalizuje přednosti a příležitosti a minimalizuje nedostatky a hrozby. Analýza SWOT je pro tvůrce strategických plánů užitečná v mnoha směrech:

- Poskytuje manažerům logický rámec k hodnocení současné, ale i budoucí pozice jejich organizace.
- Z tohoto hodnocení mohou manažeři usoudit na strategické alternativy, které by mohly být nejvhodnější.
- Analýza může být prováděna periodicky, aby mohla informovat o tom, které interní nebo externí oblasti nabyly nebo naopak ztratily význam pro organizaci.
- Vede ke zlepšení výkonnosti organizace (17).

1.8.3. Benchmarking

Benchmarking definujeme jako hledání nejlepších postupů v podnikání, které vedou k vynikajícím výsledkům. Benchmarking boří zaběhlá paradigmatata, pomáhá organizacím udržovat se ve stavu připravenosti k akci a poskytuje modely, směřující ke znamenitosti, nebo-li k excelenci. Záměrem benchmarkingu je stanovit cíle pro to, aby organizace mohla nastartovat realistický proces zlepšování, aby porozuměla změnám, které jsou k takovému zlepšování nutné (13).

Benchmarking ovšem neznamená zvítězit za každou cenu. V první řadě je benchmarking legální, systematický, veřejný a etický proces, který dává podněty k efektivní konkurenceschopnosti. Jeho hybnou silou je duch "učení se pomocí sdílení".

Konečné důsledky benchmarkingu se pak mohou odrazit např.:

- v lepším rozhodování (založeném na lepších informacích),
- ve stanovení náročnějších cílů,
- ve zvýšené spokojenosti zákazníků (13),

- v urychlení procesu změny,
- v úsporách nákladů,
- ve zlepšení konkurenceschopnosti (13).

1.8.4. Model osmi dimenzí excellence (výtečnosti)

Primárním cílem každé firmy je co nejlépe obstát na trhu. Každá sociální služba, tedy „produkt“, je bez ohledu na její typ a formu výsledkem nějakého „procesu“ a má pro jejího uživatele určitý „výsledný užitek“. Tento model lze využít, jak pro interní funkce organizace (marketing, řízení kvality, lidské zdroje, apod.), tak i jako účinný nástroj k tomu, jak identifikovat prioritní oblasti, v nichž je třeba usilovat o výtečnost (strategické plánování – dimenze 1, 2, 5 a 6) (32).

Co by tedy organizace měla dělat, chce-li opravdu zákazníkům sloužit a být potencionálně úspěšná, východisko je zřejmé z následujícího:

Dimenze č. 1: Zákazníkem očekávaný užitek – Obsahem této dimenze je zamýšlený komplexní užitek, jež je důvodem volby uživatele.

Dimenze č. 2: Nežádáný výsledek, kterému se chtějí uživatelé vyhnout – uživatelé se mu chtějí vyhnout nebo alespoň eliminovat.

Dimenze č. 3: Charakteristiky výrobků a služeb, které uživatelé potřebují – uživatel potřebuje mít dostatek relevantních informací.

Dimenze č. 4: Procesy spojené s pořizováním produktu (služby) uživatelem - excellence v této oblasti zahrnuje čas a náklady na pořízení služby.

Dimenze č. 5: Výrobce (poskytovatelem) očekávaný užitek – v případě neziskových organizací je očekávaným užitekem vytvoření či udržení cílového publika organizace.

Dimenze č. 6: Nežádoucí výsledky, kterým se chce výrobce (poskytovatel) vyhnout – známkou výtečnosti je neexistence např. odchod uživatelů ke konkurenci apod.

Dimenze č. 7: Charakteristiky produktu (služeb) podle potřeb výrobce (poskytovatele) – excellence zahrnuje produkty, které se vyvíjejí bez zvláštních nákladů.

Dimenze č. 8: Charakteristiky procesu podle potřeb výrobce – charakteristiky zahrnují nízkou variabilitu procesu, vysokou flexibilitu a pod (32).

1.8.5. Marketingový mix

Marketingový mix je řízení hodnot, které jsou nabízeny zákazníkům. Je to nástroj pro realizaci marketingové strategie. Vyvinout produkt (product) nebo službu, a následně je úspěšně prodat téměř bez znalosti zákaznických motivů, je dnes sice stále možné, ale stále více obtížnější. Totéž platí pro vnímání ceny (price), která ztrácí svou jednotkovou nákladovou podstatu a začíná se projevovat motivace pro řízení celkových nákladů spojených s daným výrobkem nebo službou. Dále se distribuce neomezuje pouze na místo (place), ale zahrnuje management způsobu předávání služby a jeho kvalitu. Konečně z pouhé propagace (promotion) se stává integrovanější spotřebitelská komunikace (10).

Aby byl marketingový mix správně používán, nesmí se na něj marketér dívat z pohledu prodávajícího, ale z hlediska kupujícího. Marketingový mix pak bude vypadat takto: Toto představuje „novou“ strukturu marketingového mixu, tzv. **C-mixu**, který má místo „P“ atributy „C“.

Customers values (zákaznické hodnoty)

Communication (komunikace)

Convenience (pohodlí při předávání služby, přiměřenost, vhodnost)

Costs (náklady) (10).

1.9. Nabídka a poptávka po sociálních službách

Ekonomika sociálních služeb musí vycházet z obecné teorie tržního mechanismu, což znamená, že i zde působí obě protichůdné síly:

- Poptávka po sociálních službách podmíněná jejich potřebou.
- Na druhé straně nabídka založená na určité síti poskytovatelů sociálních služeb.

Z pohledu poptávky můžeme tuto potřebu dále dělit na:

- Subjektivní potřeba – vychází z obecné definice potřeby, tj. vědomí nedostatku (61).

- Objektivní potřeba – tu si lidé většinou neuvědomují, mnohdy ji ani jako potřebu nepociťují a ze svých vlastních pohnutek ani často nevyhledávají. Lidé obvykle vyhledávají pomoc, až když je situace akutní (61).

Nabídka sociálních služeb je dána celkovým počtem poskytovatelů sociálních služeb v dané lokalitě, regionu, státu (61).

1.9.1. Demografické stárnutí obyvatelstva

Demografické stárnutí postihuje od poloviny 20. století všechny vyspělé země a stává se tak v současnosti jednou z nejzávažnějších otázek. Jedná se o proces, při kterém se postupně mění věková struktura obyvatelstva. A to tím, že se zvyšuje podíl seniorů a snižuje se podíl dětí mladších 15 let. Hlavní příčinou demografického stárnutí je pokles porodnosti a trvalý pokles specifických měr úmrtnosti vedoucí k prodlužování naděje dožití, a tím k častějšímu dožívání se vyššího a vysokého věku. Důsledky demografického stárnutí se dotýkají všech sfér sociálního a ekonomického vývoje. Proces populačního stárnutí se též promítá do postavení seniorů ve společnosti i do sféry soukromé, do mezigeneračních vztahů a vztahu uvnitř rodiny (37).

Vývoj složení obyvatelstva ČR podle hlavních věkových skupin mezi lety 1991 až 2006, vybrané roky v %, viz. tabulka č. 1 (57).

Právě prodlužování lidského života bez jeho dostatečné kvality, tedy alespoň zachování soběstačnosti, přiměřeného kontaktu se světem a plnohodnotného prožívání, nastoluje nové otázky ceny života a lidské důstojnosti. Přináší i praktické problémy spojené s dostupností a financováním dlouhodobé péče zdravotní i sociální (23).

Demografická prognóza je mylně považována za negativní jev a je redukována pouze na problematiku důchodové reformy. Budeme potřebovat nejenom více pobytových zařízení pro starší občany, ale také více možností pro aktivní a soběstačný život ve stáří. Stále větší část dospělého života budeme prožívat ve stáří (24).

2. Cíle práce a hypotézy

Cílem mé práce bylo zhodnotit úroveň marketingových strategií jednotlivých zařízení sociálních služeb v podmínkách působení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento výzkum probíhal v zařízeních v Karlovarském a Jihočeském kraji. Ve svém výzkumu jsem se zajímala o to, zda zařízení vůbec marketingové strategie využívají a pokud ano, v jakých oblastech. Zjišťovala jsem také, jaký dopad na chod zařízení má nový zákon o sociálních službách, a zda existují nějaké rozdíly v používání strategií dle zřizovatele zařízení. Dále jsem zkoumala kvalitu zpracování informačních letáků a internetových stránek, na nichž se tato zařízení prezentují. Chtěla jsem tedy zjistit, zda jsou pro potencionální uživatele srozumitelné, přehledné a zda se z nich uživatelé dozví všechny důležité informace. V závěru jsem se pokusila nastínit možný návrh inovace zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

3. Metodika

Ve své práci jsem prováděla kvalitativní výzkum, tudíž nemám na začátku výzkumu stanovené žádné hypotézy.

3.1. Použitá metodika

Dosažení cílů výzkumu předpokládalo sběr informací prostřednictvím více metod a technik, aby byla zajištěna validita výzkumu. Jako základní metody jsem zvolila dotazování a analýzu dokumentů.

U metody dotazování jsem zvolila techniku rozhovoru. Rozhovor byl veden jako polostandardizovaný. Ředitelé jednotlivých zařízení byli kontaktováni telefonicky a posléze dohodnuta osobní schůzka v zařízení.

Při sběru dat pomocí analýzy dokumentů jsem využívala techniku sekundární a obsahovou analýzu dat. Touto metodou byly zkoumány : letáky, internetové stránky a střednědobé plány rozvoje sociálních služeb.

Výsledky rozhovoru budou přepsány do textové podoby a zhodnocení letáků a internetových stránek bude formou tabulky.

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořila zařízení sociálních služeb poskytující pobytové služby seniorům v Karlovarském a Jihočeském kraji. Dalším kritériem bylo vybrat tato zařízení za každý kraj tři podle jejich zřizovatele. Podmínkou bylo, že vždy jedno zařízení z každého kraje zřizuje kraj, dalším zřizovatelem bude město a nakonec soukromý zřizovatel. Na základě toho byla náhodně vybrána zařízení z registru poskytovatelů sociálních služeb, která poskytovala sociální službu „Domov pro seniory“ nebo „Domov se zvláštním režimem“, jejichž hlavní cílovou skupinou byli senioři.

4. Výsledky

Tohoto výzkumu se zúčastnilo celkem 6 zařízení ze dvou krajů České republiky. Za Karlovarský kraj: městské zařízení – Domov pro seniory Karlovy Vary-Stará Role, krajské zařízení – Domov pro seniory v Perninku, soukromé zařízení – Vila Maria. Za Jihočeský kraj: městské zařízení – G-centrum Tábor, domov pro seniory, krajské zařízení – Domov pro seniory Horní Planá, soukromé zařízení – Prácheňské sanatorium, Loucký Mlýn.

4.1. Sociálně demografický profil Jihočeského kraje

Jihočeský kraj leží při hranici České republiky s Rakouskem a Německem. Má rozlohu 10 057,3 km², tj. 12,8 % rozlohy České republiky. Žije zde přibližně 630 006 obyvatel. Kraj má 623 obcí, z toho 52 měst. Asi 52 % obyvatelstva je soustředěno do 20 sídel s více než pěti tisíci obyvateli. České Budějovice jsou se svými téměř 95 tisíci obyvateli největším městem kraje, dále Tábor, který má 36 tisíc obyvatel.

Ekonomicky se řadí mezi průměrné regiony ČR, mzdy jsou zde s výjimkou okresu České Budějovice ve srovnání s ostatními kraji poměrně nízké.

Podle registru sociálních služeb v Jihočeském kraji působí 42 poskytovatelů sociální služby „domov pro seniory“, a tak se tento kraj v absolutním počtu poskytovatelů sociálních služeb řadí v rámci ČR na páté místo, ale při zohlednění počtu obyvatel je Jihočeský kraj šestý od konce v přepočtu domovů pro seniory na počet obyvatel kraje. Pokud porovnáme počet obyvatel na domov pro seniory v Jihočeském kraji s celorepublikový průměrem, dosahuje hodnota v Jihočeském kraji 1,3 násobku celorepublikového průměru.

Celkově je v Jihočeském kraji 40 zařízení, které je možné zahrnout do kategorie „pobytových služeb poskytovaných v zařízeních sociálních služeb určených pro seniory“. V současné době působí v Jihočeském kraji celkem 37 zařízení sociálních služeb, které poskytují sociální službu „domov pro seniory“. Téměř polovinu všech pobytových služeb určených pro seniory v regionu zřizuje Jihočeský kraj, více než třetinu pak obce. V cca 13 % případů jsou zřizovateli církevní organizace, jeden domov pro seniory provozuje fyzická osoba.

Celkem je tedy v současnosti v Jihočeském kraji k dispozici 3 540 míst (2 869 míst, která jsou k dispozici v domovech pro seniory je doplněno 398 místy v domovech se zvláštním režimem a 273 místy v domovech pro osoby se zdravotním postižením), ale některá místa nejsou dnes obsazena seniory.

Z důvodu stárnutí populace lze předpokládat v blízké budoucnosti růst významu sociálních a sociálně-zdravotních služeb.

4.2. Charakteristika zařízení Prácheňské Sanatorium o.p.s. – Loucký Mlýn

Loucký Mlýn se nachází uprostřed nádherné přírody nedaleko městečka Vodňany, na trase České Budějovice - Písek. Okolí je velmi klidné, s bohatými možnostmi pro klienty strávit příjemné dny venku.

Objekt působí útulně, v zařízení dominuje dřevo a dřevěné prvky. Nejbližším městem jsou Vodňany, jehož je Loucký mlýn téměř součástí. Cca 14 km odtud se nachází město Písek. Samotný objekt je zděná budova s vlastní čističkou odpadních vod, postavená vedle starobylého mlýna.

Zařízení je specializované pro klienty s Alzheimerovou chorobou, psychické poruchy a jiné typy demencí a poruchy chování ve stáří, včetně nejtěžšího stupně onemocnění. Toto zařízení není vhodné pro klienty plně ležící, i když je vybaveno polohovacími postelemi, antidekubitními pomůckami a vším, co k moderní ošetrovatelské péči patří. Podle zákona č.108/2006 Sb., jde o domov se zvláštním režimem.

Ubytování je realizováno ve dvoulůžkových a třílůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením. Klientům je kromě terapeutických a společenských místností k dispozici malá zimní zahrada, terasa i zahrádka v blízkosti mlýna. Kapacita zařízení je 62 klientů. Čekací doby se pohybují od 1-6 měsíců. Nyní se v pořadníku nachází okolo 45 klientů.

Poskytovaná komplexní péče:

- *Sociální péče a zdravotní péče*
- *Ubytování a stravování*
- *Ošetrovatelská rehabilitace*

- *Rehabilitace, fyzioterapie*
- *Různé druhy terapií (ergoterapie, basální terapie, reminiscenční terapie, canisterapie, hypoterapie, muzikoterapie, arteterapie, aromaterapie)*
- *Hospicová péče*
- *Dotyková péče*
- *Taneční a pohybová péče*
- *Péče videointerakcí*
- *Trénování paměti*
- *Aktivizace klienta zapojováním do běžného života návštěvami divadel, kin, kaváren, zábavních podniků, výletů, společných akcí apd.*
- *Psychowalkman, který vede ke zlepšení všech duševních výkonů, paměti, soustředění, IQ, zlepšuje úzkostné stavy, poruchy chování, napětí a nespavost*

Ceník

Loucký mlýn, ČR <i>Ceník platný od 1.1.2009.</i>		
Cena pobytu (ubytování, stravování, fakultativní náklady)	400	Kč/den
Cena standardního pobytu na rok	141,000	Kč/rok
Cena pobytu na doživotí, jednorázově	dle dohody	
Cena rezervace pobytu do 3 dnů na den	100	Kč/den
Cena rezervace pobytu do 14 dnů	200	Kč/den
Cena pobytu neužívaného lůžka	300	Kč/den
Administrativní poplatek přijetí	200	Kč
Administrativní poplatek propouštění	200	Kč
Administrativní poplatek měsíčně za vedení depozitního účtu a vedení administrativy	150	Kč
Mimořádný administrativní úkon	150	Kč
II. Večeře	15	Kč
Pedikúra	dle ceníku pedikérky	
Kadeřník	dle ceníku	

	kadeřníka	
Lékovka (jednorázový výdaj)	35	Kč
Doplňková výživa 1 porce	20	Kč
Přídavky k jídlu nad rámec jídelníčku	15	Kč/den
Příplatek za Vánoční svátky	300	Kč
Příplatek za Velikonoční svátky	150	Kč

Personální členění:

- 1 vrchní sestra
- 1 staniční sestra
- směnová sestra – střídají se
- 26 zdravotních sester a ošetrovatelek
- 10 provozní personál
- 1 sociální pracovnice
- 1 vedoucí provozu
- 1 účetní a administrativní pracovník
- 1 projektový manažer
- 1 sociální sestra
- 3 ergoterapeuti

4.2.1. Rozhovor: Prácheňské sanatorium – Loucký Mlýn

1. Myslíte si, že máte zde v okrese monopolní postavení? Nebo zde existují zařízení poskytující stejné či podobné služby?

Vzhledem k naší specializaci, tak si myslím, že bychom měli mít v okrese monopol.

2. Existuje nějaká instituce, která zprostředkovává informace zájemcům o Vaši pobytovou službu?

LDN, nemocnice, lékaři, děláme poradny a sociální referáty.

3. Jakou strukturu klientů (soběstačnost, zdravotní stav) jste přijímali do Vašeho zařízení před účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a jak se situace změnila po účinnosti? Byli Vašimi uživateli lidé, kteří očividně pomoc potřebovali?

Lidé, kteří k nám docházejí pomoc určitě potřebují, ale v souvislosti se zákonem se jejich struktura nijak nezměnila.

4. Poskytujete Vaše služby pouze uživatelům, kteří jsou příjemci příspěvku na péči, anebo tyto alespoň upřednostňujete? Případně upřednostňujete příjemce příspěvku ve vyšším stupni?

Skoro všichni uživatelé pobírají příspěvek na péči. Máme v zařízení všechny stupně příspěvku, ale samozřejmě při přijímání nás výše vůbec nezajímá. Pokud rodina příspěvek vyřízený ještě nemá a chtěla by ho, pomáháme jim s jeho vyřízením. Máme vytvořený automatický pořadník, ale pokud by nastala krizová situace nějakého klienta, jsme ochotni to vždy nějak vyřešit, aby nemusel dlouho čekat. Ale jinak to nejde upřednostňovat.

5. Nový zákon řeší to, že uživatel by měl sám rozhodovat o tom, jakou službu si zvolí a komu za ni zaplatí. Uživatel už tedy není objektem veřejné správy a jejího rozhodování. Je to podle Vás krok správným směrem, krok ke zvyšování kvality nabízených služeb?

Ano myslím si, že je to velice pozitivní věc.

6. Je pro Vaše zařízení výhodnější, že nový zákon přesně vymezuje jednotlivé typy služeb a základních činností? Uživatel tedy zná, na co má v dané službě nárok.

Ano, u nás poskytujeme domov se zvláštním režimem, podle nového zákona.

7. Mohou podle Vás být lidé ve velkých pobytových zařízeních sociálně vyloučeni? Setkali jste se s tím někde?

Jsou všichni sociálně vyloučeni, jelikož došli na práh života a nejsou již tak schopni naplno žít život, ale nebrala bych to jako patologii.

8. S účinností nového zákona vyvstala povinnost poskytovatelů sociálních služeb, mít vypracované standardy kvality sociálních služeb a zajistit jejich plnění. Mělo Vaše zařízení problémy při vytváření a zavádění standardů kvality?

My už jsme je měly vypracované od roku 2002 a 2004 vešly v platnost, samozřejmě se postupně upravují. Problémy se zaváděním jsou problémy, jelikož ne všichni zaměstnanci se s nimi sžijí. Samozřejmě, že některé standardy se nám daří těžce prosazovat, jelikož naše klientela je velice specifická a ne všechno se dá napasovat podle zákona, např. že práva a povinnosti musí být viditelně vyvěšena, ale vezměte si klienty s demencí, kteří nechápou své okolí, natož aby něco četli.

9. Po zavedení nového zákona vešla v platnost také povinnost registrovat se. Proběhla tato registrace u Vašeho zařízení bez problémů, anebo jste měly problémy s některými typy poskytovaných služeb?

Registrace proběhla bez problémů.

10. Došlo v souvislosti se změnou cílové skupiny Vašich uživatelů (před zákonem příjemci důchodu) a po zákonu (snížená soběstačnost) s jejich úbytkem či přírůstkem ve Vašem zařízení?

Změnou zákona se vůbec nic nezměnilo, jedeme pořád stejně. Stále jsme vytíženi.

11. Došlo po zavedení zákona o sociálních službách k zavádění nových druhů služeb ve Vašem zařízení?

Myslím si, že my jsme už tak od toho roku 1996 jeli nadstandardně, takže nic nového. Ono ani není jaké pokud chceme dělat něco kvalitně nemůžeme jich mít mnoho.

12. Má Vaše zařízení vypracována vnitřní pravidla a pracovní postupy vyplývající ze standardů kvality sociálních služeb? A kdo je ve Vašem zařízení vypracovával?

Máme vypracována, já jsem začala základem a pak jsme přidávali všichni, včetně supervizorů, kteří nám to konzultovali.

13. Plánovali jste poskytování sociální služby už před účinností zákona, využívali jste nějaké formy alternativní komunikace?

My je máme od začátku našeho fungování, dříve to byly plány na měsíc a poté se vyhodnocovaly, nyní jsou to plány na 3 měsíce. Klíčoví pracovníci zde nefungují, ale komunikují s nimi zdravotní sestry a sociální pracovníce.

14. Berete a jakým způsobem zohledňujete potřeby a požadavky Vašich uživatelů?

Každého bereme jako individuum, ale jelikož diagnózy našich klientů jsou různé formy demencí, tak tito lidé ani nemají povědomí o tom co mohou ovlivnit, samozřejmě pokud klient nechce pracovat a chce jít na procházku jinam, je mu to umožňováno. Klient si sám neumí říct jaké aktivity na podporu jeho stavu jsou důležité.

15. Domníváte se, že Vaše zařízení je úspěšné? Jaká je Vaše představa úspěchu?

Já si myslím, že je úspěšné. Když jsme začínali, tak moc zákony v této oblasti nefungovaly nebo byly nedostačující, proboujeme vícezdrojové financování. Zařízení má stále zájemce, vybuodovalo si určitou image.

16. Jaké jsou Vaše dlouhodobé cíle?

Klademe si za cíl rozšiřovat tuto péči, jít s dobou a neustrnout, vzdělávat se a otvírat další a další zařízení pro tyto klienty. Pokud na sobě nebudeme pracovat, budeme jako celorepublikový průměr, a to my nechceme.

17. Jak poptávka po službě ovlivňuje výši úhrady za poskytované služby (strava, ubytování)?

Poptávka neovlivňuje, výši ceny ovlivňuje pouze region, ve kterém se zařízení nachází.

18. Jaké aktivity podnikáte, popřípadě podniknete pro podporu „prodeje“ Vašich služeb.

Moc ne, my už jsme zaběhlé zařízení, takže momentálně to pro nás nemá smysl.

19. Jak zviditelňujete Vaše zařízení a nabídku služeb pro budoucí uživatele.

Máme své internetové stránky, informační letáčky a asi nejvíce nás zviditelňují různé sociální referáty, úřady.

20. Máte přesně vypracovaný rozpočet na tyto marketingové aktivity a kolik?

Letáčků jsme nechali natisknout hodně, takže zatím nám stačí. A rozpočet tedy stanovený nemáme, pokud něco dojde, řeší se to hned.

21. V souvislosti s účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, byli jste nuceni vypracovat analýzu trhu, konkurence, atd.,...? Mělo s tím Vaše zařízení nějaké přímé či nepřímé náklady? A má Vaše zařízení konkrétní osobu, která se tímto zabývá?

Analýzu trhu běžně děláme, analýzu konkurence jsme nemuseli provádět, jelikož jsme zde zatím jediní.

22. Používalo či používá Vaše zařízení SWOT analýzu, pro které oblasti a aktivity?

Pokud ne, z jakého důvodu?

Kdysi jsme tuto analýzu prováděli, ale momentálně ne.

23. Umíte identifikovat silné a slabé stránky Vašeho zařízení?

Ze slabých stránek bych vyjmenovala obtížné přijímání nových pracovníků a profesionální slepota zdravotnických pracovníků.

Naši silnou stránkou je kvalitní péče a to, že si sami školíme personál.

24. Umíte identifikovat příležitosti a hrozby pro Vaše zařízení?

Hrozbu ani příležitosti zatím žádné nevidím.

25. Použili jste někdy metodu „Benchmarking“? Porovnávání své služby a svých postupů s největšími konkurenty.

Nepoužili.

26. Co děláte pro zvyšování a měření kvality?

Máme dva metodiky, kteří kontrolují kvalitu péče a přináší podněty ke změnám.

27. Máte vytvořeny metody, nástroje a opatření, jejichž pomocí a prostřednictvím jsou prosazovány strategie?

Nemáme vytvořené žádné strategie.

28. Podílí nebo podílelo se Vaše zařízení na KPSS?

Nepodílelo se.

29. Jak zní Vaše poslání?

Naším posláním je poskytování zdravotní a sociální péče starým a dlouhodobě nemocným lidem a lidem trpícím Alzheimerovou chorobou v době, kdy sami již nezvládají péči o svoji osobu a stávají se závislí na péči druhé osoby.

30. Co chcete, aby se vybavilo lidem v okolí, při vyslovení jména Vašeho zařízení?

Kvalitní péče.

31. Jste spokojeni s tím, co o Vás lidé říkají? Stálo vás to nějaké úsilí a co byste s tím do budoucna chtěli udělat?

Ano jsem spokojená.

32. Jaká je image Vašeho zařízení? Má Vaše zařízení jednotný styl?

V oděvech máme jednotný styl i v dokumentaci.

33. Jaké cíle si klade Vaše zařízení?

Mít dobrou pověst a kvalitní péči. Chtěli bychom otevřít podobné zařízení v jiné lokalitě.

34. Spatřujete v něčem přínosy strategických analýz a v jakých oblastech? (trendy, chyby, úspěchy)

Pokud by zde existovala konkurence, tak tyto strategie smysl mají.

35. Myslíte si, že víte co přivádí uživatele do Vašeho zařízení a ne ke konkurenci?

Kvalitní péče.

36. Domníváte se, že se změní zájem uživatelů o Vaše zařízení (snížení, růst)?

Myslím si, že se nezmění, klientů budeme mít stále dostatek.

37. Jak byste reagovali když by nastal pokles, aby Vaše kapacita byla naplněná?

Zatím si myslím, že se tak nestane.

38. Přemýšlíte rozšířit okruh uživatelů a proč?

Ano, chtěli bychom mít speciální zařízení pro lidi s apalickým syndromem.

39. Podle čeho se zájemci o pobytovou službu rozhodují?

Podle dobré pověsti zařízení v republice.

40. Jak funguje interní komunikace ve Vašem zařízení?

Teprve se to učíme, někdy se stává, že si mezi sebou zaměstnanci nepředávají informace a dochází ke zbytečným konfliktům.

41. Jaké jsou osobnostní předpoklady a jiné kvality u Vašich zaměstnanců v přímé
obslužné péči?

*Zdravotnického personálu je jak šafránu, takže my jsme rádi za každou zdravotní
setru a ta osobnost se z ní buď vyklube nebo ne. Jinak preferuji kladný vztah k práci,
ochota se vzdělávat.*

42. Máte vypracovaný dokument, který stanovuje základní principy etického
chování zaměstnanců?

Ano máme.

43. Spoluvytvářeli poslání Vašeho zařízení také zaměstnanci? Myslíte si, že jejich
práce má pro ně smysl a mají pocit, že se spolupodílejí na vytváření dobrého
jména Vašeho zařízení?

*Ano, ale nikdo nebyl schopen nic převratného vymyslet, takže finální podoba byla
v rukou profesionálů.*

44. Kolik plánujete uvolnit financí pro rok 2009 na vzdělávání Vašich zaměstnanců?

*My to nemáme dané přesně v rozpočtu, ale řeší se to v tu chvíli když si to můžeme
dovolit.*

45. Kolik zaměstnanců od roku 2007/2009 absolvovalo 150 hod kurzů?

Všichni.

46. Zpracováváte vzdělávací plány pro Vaše zařízení? Vycházejí z reálných a
individuálních potřeb Vašich zaměstnanců?

*Ano máme vypracované vzdělávací plány a to podle toho s jakou klientelou
zaměstnanci pracují a jsou s ní v neustálém kontaktu.*

47. Kolik procent z pracovní doby stráví pracovníci v přímé obslužné péči
administrativou?

Minimálně hodina denně.

48. Mají zaměstnanci možnost využívat supervize?

*Ano supervize v zařízení máme, já sama jsem vyškolený supervizor, takže když je
potřeba, funguji i já sama.*

49. Pokud by ceny za služby nebyly deregulovány vyhláškou č. 505/2006 Sb., jaké
byste si určili ceny?

My máme ceny tak jak je potřebujeme, takže bychom je neměnily. Chceme aby na tyto ceny dosáhla většina.

50. Má Vaše zařízení možnost zvýšit si finanční prostředky vedlejší hospodářskou činností?

Nestačíme na tuto činnost, věnujeme se pouze péči o klienty. Ani nevím co bychom dělali.

51. Dostává Vaše zařízení nějaké dary, sponzoring? Pokud ano, je zde nějaká osoba, která se tím zabývá? Děláte pro získávání darů, také něco sami?

Dostáváme, ale není to pravidelně a nejsou to velké částky.

52. Došlo po zavedení nového zákona o sociálních službách k navýšení nákladů na poskytování sociálních služeb? Jaké položky vyskočily nejvíce nahoru?

Jsou to mzdy, které vyskočily nahoru.

53. Myslíte si, že rozdělování dotací je nespravedlivé? Měla by podle Vás rozhodovat kvalita a potřeba služby?

Nikdo toho není samozřejmě dost.

54. Myslíte si, že tato nejistota může vést k tomu, že poskytovatelé nebudou mít tendenci dávat peníze na propagaci a na zkvalitňování služeb?

Ano myslím si to, jelikož my sami bychom potřebovali nějaké vybavení pro klienty, ale pokud nebudeme mít finance, nekoupíme si to.

55. Případá Vám dotace pro rok 2009 dostatečná?

Vyjdeme s ní, ale samozřejmě, že by to chtělo více financí.

56. Máte vyčleněného jednoho zaměstnance pro komunikaci s uživateli?

Nemáme, komunikují s klienty všichni zaměstnanci.

57. Myslíte si, že zákon o sociálních službách Vašemu zařízení přinesl spíše pozitiva či negativa? Jaké byste navrhoval případné změny zákona?

Já si myslím, že přinesl spíše pozitiva a případné návrhy bych viděla v úpravě standardů.

4.3. Charakteristika zařízení Domov pro seniory Horní Planá

Zřizovatelem tohoto zařízení je Jihočeský kraj. Domov pro seniory Horní Planá poskytuje sociální pobytové služby seniorům a osobám se zdravotním postižením především z Jihočeského kraje, kteří mají z důvodu věku a zhoršeného zdravotního stavu sníženou soběstačnost a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, zejména při zajištění stravování, osobní hygieny, péče o domácnost, navazování a udržení sociálních kontaktů, vyřizování osobních záležitostí i dalších činnostech.

Domov důchodců Horní Planá poskytuje celoroční ubytování. Celková kapacita DD je 110 lůžek, které jsou rozděleny do 3 bezbariérových navzájem propojených budov, ve kterých je celkem:

- 22 jednolůžkových pokojů (14 jednolůžkových pokojů s vlastním WC a koupelnou, 4 jednolůžkové pokoje jsou s WC a 4 jednolůžkové mají společná WC a koupelnu na chodbě)
- 22 dvoulůžkových pokojů (1 dvoulůžkový pokoj s WC)
- 12 vícelůžkových z toho:
 - 5 pokojů je trojlůžkových
 - 6 pokojů je čtyřlůžkových
 - 1 pokoj je pětilůžkový
- celkem je 50 lůžek ošetrovatelských

Sociální zařízení (WC a koupelny) jsou umístěna na chodbách. K dispozici jsou koupelny vybavené vanami Relax a Bath Parker s hydromasáží a dezinfekcí, polohově a výškově nastavitelné s příslušnými doplňky.

Personální zajištění:

Ředitel Domova důchodců Horní Planá

Ekonomický úsek:

- 1 vedoucí ekonomického úseku
- 1 účetní
- 2 sociální pracovnice
- 3 informátor – telefonista

Zdravotní úsek:

- 1 vedoucí zdravotního úseku
- 6 všeobecných sester
- 1 ošetřovatelka
- 18 pracovníků sociální péče (přímá obslužná péče)
- 1 instruktor sociální péče (volnočasové aktivity)

Stravovací úsek:

- 1 vedoucí stravovacího úseku
- 5 kuchařek a 1 pomocná

Provozní úsek:

- 1 vedoucí provozního úseku
- 3 údržbáři
- 2 pradleny
- 7 pomocnic na úklid

Ceník – platný od 1.9.2008

+ 10% = WC je součástí pokoje + 25% = půdní vestavby (vybavení nad úrovní nadstandardu)

Počet lůžek na pokoji	ubytování	strava (hodnota potravin + režijní náklady)	celkem za 1 den	celkem za 1 měsíc (30 dní)
1 lůžkový pokoj	145,-	125,- (76,- + 49,-)	270,-	8.100,- Kč
1 lůžkový pokoj + 10%	155,-	125,- (76,- + 49,-)	280,-	8.400,- Kč
1 lůžkový pokoj + 25%	175,-	125,- (76,- + 49,-)	300,-	9.000,- Kč
2 lůžkový pokoj	130,-	125,- (76,- + 49,-)	255,-	7.650,- Kč
2 lůžkový pokoj + 10%	140,-	125,- (76,- + 49,-)	265,-	7.950,- Kč
3 a více lůžkový pokoj	115,-	125,- (76,- + 49,-)	240,-	7.200,- Kč

4.3.1. Rozhovor: Domov pro seniory Horní Planá

1. Myslíte si, že máte zde v okrese monopolní postavení? Nebo zde existují zařízení poskytující stejné či podobné služby?

Určitě nemáme monopolní postavení, v okrese Český Krumlov existuje domov seniorů, který je také zřizovaný Jihočeským krajem, dále jsou zde poskytovatelé z řad nestátních neziskových organizací, které jsou zřizovány městy, obcemi nebo soukromými subjekty.

2. Existuje nějaká instituce, která zprostředkovává informace zájemcům o Vaši pobytovou službu?

Sumarizované informace o pobytových zařízeních poskytuje Krajský úřad Jihočeského kraje, pak samozřejmě odbory, referáty sociálních věcí a zdravotnictví, obce III. typu, kterých je v kraji 17 a pak také další neziskové organizace.

3. Jakou strukturu klientů (soběstačnost, zdravotní stav) jste přijímali do Vašeho zařízení před účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a jak se situace změnila po účinnosti? Byli Vašimi uživateli lidé, kteří očividně pomoc potřebovali?

To naše zaměření je, že poskytujeme pomoc nebo službu lidem, kteří se o sebe plně nemohou sami postarat. Ale z určitého procenta se stávalo, že někteří lidé takto řešili svou bytovou situaci nebo nějaké další problémy, to se stává i dnes.

4. Poskytujete Vaše služby pouze uživatelům, kteří jsou příjemci příspěvku na péči, anebo tyto alespoň upřednostňujete? Případně upřednostňujete příjemce příspěvku ve vyšším stupni?

Jsme samozřejmě rádi pokud ta osoba má již priznaný příspěvek na péči v jakékoliv výši, ale samozřejmě nezohledňujeme příjemce s vyšším příspěvkem. Nyní jsme v situaci, kdy i my sami jsme schopni pomoci uživatelům podat tuto žádost. Pokud tedy tento člověk má na příspěvek nárok. My se hlavně při přijetí rozhodujeme podle zdravotního stavu, což znamená, že čekací listinu sice máme, vedeme si evidenci žadatelů, ale pokud je zde osoba, která se nachází na konci seznamu a nutně potřebuje naši pomoc, může být upřednostněna.

5. Domníváte se, že tento stav byl optimální pro Vaše zařízení?

To těžko hodnotit, hodně věcí se určitě změnilo k lepšímu, ale myslím si, že u nás ta změna nebyla tak markantní.

6. Nový zákon řeší to, že uživatel by měl sám rozhodovat o tom, jakou službu si zvolí a komu za ni zaplatí. Uživatel už tedy není objektem veřejné správy a jejího rozhodování. Je to podle Vás krok správným směrem, krok ke zvyšování kvality nabízených služeb?

To má dvě roviny, pokud se budeme bavit o našem zařízení, tak my poskytujeme službu podle paragrafu 49 zákona, a to pobytovou službu domov pro seniory. V té obecné rovině si myslím, že je to plus, ale pokud lidé pobírají příspěvek na péči a nejsou ubytováni v žádném ze zařízení pro seniory, tak se ty peníze ze systému ztrácí, myslím tím hlavně příspěvky ve stupni I. a II. Kvalitu, ale rozhodně zvyšovat budou muset všechna zařízení, osobně si myslím, že my poskytujeme kvalitní služby, takže zatím nepociťujeme nutnost zvyšovat kvalitu, ale vnímáme určité konkurenční prostředí.

7. Je pro Vaše zařízení výhodnější, že nový zákon přesně vymezuje jednotlivé typy služeb a základních činností? Uživatel tedy zná, na co má v dané službě nárok.

U nás velmi pozitivně vnímám práci našich sociálních pracovníků a troufnu si tvrdit, že i před účinností zákona uživatelé věděli za co platí. Každou změnu s nimi probíráme, takže naši uživatelé mají přesné informace o našich službách, cenách a jejich právech a povinnostech.

8. Mohou podle Vás být lidé ve velkých pobytových zařízeních sociálně vyloučeni? Setkali jste se s tím někde?

Ano mohou, mám zkušenosti s jedním zařízením, nejmenuji.

9. S účinností nového zákona vyvstala povinnost poskytovatelů sociálních služeb, mít vypracované standardy kvality sociálních služeb a zajistit jejich plnění. Mělo Vaše zařízení problémy při vytváření a zavádění standardů kvality?

Standardy máme vypracované, nicméně je to běh na dlouho trať a některé pasáže obtížněji prosazujeme. Konkrétně třeba počítačová interní síť, které by usnadnila práci našim zaměstnancům a jejich komunikaci mezi sebou samými. Někteří

zaměstnanci „staršího data“ s tím mají určité problémy, nechce se jim učit nic nového, ale myslím si, že postupně se nám to podaří vyřešit.

10. Po zavedení nového zákona vešla v platnost také povinnost registrovat se. Proběhla tato registrace u Vašeho zařízení bez problémů, anebo jste měly problémy s některými typy poskytovaných služeb?

K 30.6. jsme se registrovali tak, jak ukládal zákon a vše proběhlo v pořádku.

11. Došlo v souvislosti se změnou cílové skupiny Vašich uživatelů (před zákonem příjemci důchodu) a po zákonu (snížená soběstačnost) s jejich úbytkem či přírůstkem ve Vašem zařízení?

Pokud vím, tak v Jihočeském kraji byly zařízení, kde uživatelé byli lidé, kteří nepobírali starobní ani invalidní důchod. Kraj za ně v podstatě všechno hradil. My tu sami máme asi dva uživatele, kteří pobírají minimální důchod a my za ně zbytek uhradíme.

12. Došlo po zavedení zákona o sociálních službách k zavádění nových druhů služeb ve Vašem zařízení?

Nedošlo k zavádění nových druhů služeb.

13. Má Vaše zařízení vypracována vnitřní pravidla a pracovní postupy vyplývající ze standardů kvality sociálních služeb? A kdo je ve Vašem zařízení vypracovával?

Máme vypracována vnitřní pravidla, vypracovávala sociální pracovnice, ve spolupráci se mnou a s pracovníky přímé péče. Jedna sociální pracovnice je vyčleněna, která se těmito věcmi věnuje intenzivně.

14. Plánovali jste poskytování sociální služby už před účinností zákona, využívali jste nějaké formy alternativní komunikace?

Před účinností jsme neplánovali.

15. Berete a jakým způsobem zohledňujete potřeby a požadavky Vašich uživatelů?

V nedávné době zde probíhalo dotazníkové šetření spokojenosti našich uživatelů s tímto zařízením. Výstupy řeší sociální pracovnice ve spolupráci se mnou. Přípomínky uživatelé mohou mít, ale je to samozřejmě limitované. Pokud by byl nějaký problém, samozřejmě se ho snažíme řešit.

16. Mají uživatelé možnost ovlivnit podobu poskytovaných služeb?

Mají, ale je to ve velmi malé míře.

17. Kolik uživatelů využilo tzv. přechodného období a nemá uzavřenou smlouvu?

Nevyužil nikdo, všichni již mají uzavřené smlouvy.

18. Domníváte se, že Vaše zařízení je úspěšné? Jaká je Vaše představa úspěchu?

Myslím si, že zařízení je úspěšné a úspěšné i nadále bude, pokud naši uživatelé budou úspěšní a budou se zde cítit jako doma. A druhá věc je, že bychom chtěli být vnímáni laickou veřejností jako dobré zařízení poskytující kvalitní služby.

19. Jaké jsou Vaše dlouhodobé cíle?

Samozřejmě jsou cíle kterých bychom rádi dosáhli a které jsme si v roce 2008 vytyčili, ale díky dotacím z MPSV pro rok 2009 si myslím, že nejsou reálné. Ale tak v nejbližší době zřídít službu Home Care.

20. Jak poptávka po službě ovlivňuje výši úhrady za poskytované služby (strava, ubytování)?

Jsme limitováni vyhláškou. Poskytujeme veřejnou službu, tudíž by z tohoto principu neměla být zisková. Ale výše poptávky určitě nerozhoduje o ceně. Nemáme motivaci zvyšovat cenu ani snižovat.

21. Jaká si myslíte, že je Vaše výhoda vůči konkurenci?

Kvalitní služby, kvalitní tým pracovníků, kteří se velice dobře věnují našim uživatelům.

22. Jaké aktivity podnikáte, popřípadě podniknete pro podporu „prodeje“ Vašich služeb.

Internetové stránky, letáčky nebo informace v tisku.

23. Jak zviditelňujete Vaše zařízení a nabídku služeb pro budoucí uživatele.

Obdobně jako předchozí.

24. Jaké prostředky a média používáte k propagaci Vašeho zařízení?

Internet, rádio, noviny.

25. Máte přesně vypracovaný rozpočet na tyto marketingové aktivity a kolik?

Máme souhrnný rozpočet na celé zařízení a v tom není přesně vymezená položka na tyto aktivity. Ale my to řešíme formou nákupů služeb. Vše platíme z provozu zařízení.

26. V souvislosti s účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, byli jste nuceni vypracovat analýzu trhu, konkurence, atd.,...? Mělo s tím Vaše zařízení nějaké přímé či nepřímé náklady? A má Vaše zařízení konkrétní osobu, která se tímto zabývá?

Ano dělali jsme si malý průzkum trhu. Tento průzkum jsem si prováděl sám a zjišťoval jsem, kam by se toto zařízení mohlo ubírat dál. Žádné náklady s tím nebyly.

27. Provedlo Vaše zařízení výzkum tržních podmínek a výzkum potřeb a přání budoucích uživatelů sociálních služeb?

U potenciálních budoucích uživatelů jsme zatím žádný průzkum neprováděli.

28. Používalo či používá Vaše zařízení SWOT analýzu, pro které oblasti a aktivity? Pokud ne, z jakého důvodu?

SWOT analýzu jsme již prováděli, pracoval jsem na ní sám, konkrétně v oblasti výstavby nové části domova pro seniory.

29. Umíte identifikovat silné a slabé stránky Vašeho zařízení?

Silnými stránkami jsou zachovalé a atraktivní životní prostředí a zkušený personál.

Slabou stránkou je nedostatek lékařů v zařízení.

30. Umíte identifikovat příležitosti a hrozby pro Vaše zařízení?

Příležitosti vnímám např. v zajištění rezervního zdroje vytápění objektu a navazující bohatý kulturní a ozdravný program.

Hrozbou pro naše zařízení mohou být nedostatečné dotace.

31. Použili jste někdy metodu „Benchmarking“? Porovnávání své služby a svých postupů s největšími konkurenty.

Ano použili a myslím si, že zde v kraji patříme k těm lepším zařízením.

32. Co děláte pro zvyšování a měření kvality?

Pracujeme samozřejmě usilovně na zlepšování standardů a různých fakultativních služeb pro naše uživatele. Standardizované měření jsme zatím neprováděli.

33. Máte vytvořeny metody, nástroje a opatření, jejichž pomocí a prostřednictvím jsou prosazovány strategie?

Jednoznačně nemáme definovanou strategii, pouze sám pro sebe jsem si určil nějaký směr, kterým bychom se měli ubírat.

34. Podílí nebo podílelo se Vaše zařízení na KPSS?

Jihočeský kraj má zpracovaný střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, na kterém jsem se osobně podílel.

35. Jak zní Vaše poslání?

Posláním Domova pro seniory Horní Planá je poskytnout podporu občanům, kteří mají zejména z důvodu vysokého věku a zhoršeného zdravotního stavu sníženou soběstačnost a nemohou již žít v domácím prostředí, pomoc jim nemůže být zajištěna jejich rodinou, terénními ani ambulantními sociálními službami. Občanům zajišťujeme základní potřeby a vytváříme takové prostředí a podmínky, aby nešli do domova svůj život dožít, ale mohli žít aktivním, běžným způsobem života a prožili zde důstojné a co nejklidnější stáří.

36. Co chcete, aby se vybavilo lidem v okolí, při vyslovení jména Vašeho zařízení?

Kvalitní služby a spokojenost.

37. Jak se prezentujete a jak byste se chtěli prezentovat?

Jako zařízení s kvalitními službami domácího prostředí, kde lidé prožijí podzim svého života.

38. Jste spokojeni s tím, co o Vás lidé říkají? Stálo vás to nějaké úsilí a co byste s tím do budoucna chtěli udělat?

Nevím co o nás lidé říkají, ale proběhly zde nějaké ohlasy, kde lidé nás vnímají myslím si, že pozitivně. Převažují spíše pozitivní, ale setkal jsem se i s negativními reakcemi, ale to bylo spíše subjektivní hledisko dané osoby.

39. Jak byste chtěli, aby se Vaše zařízení prezentovalo navenek, směrem k novým uživatelům? Co chcete, aby lidé řekli o výsledcích Vaší práce?

Obdobné, že poskytujeme kvalitní služby. Chceme, abychom nepůsobili jako nemocniční zařízení.

40. Jaká je image Vašeho zařízení? Má Vaše zařízení jednotný styl?

Doufám, že máme ve všech oblastech.

41. Jaké cíle si klade Vaše zařízení?

Vybudovat Home Care, zlepšit stravovací systém zařízení a zvýšit bezbariérovost v zařízení a okolo něj.

42. Spatřujete v něčem přínosy strategických analýz a v jakých oblastech? (trendy, chyby, úspěchy)

Ano jsou přínosné, slouží k tomu abychom je upravovali podle toho, jak se situace vyvíjí.

43. Myslíte si, že víte co přivádí uživatele do Vašeho zařízení a ne ke konkurenci?

Tato oblast je velice řídko obydlená, takže budoucí uživatelé nemají moc možností rozhodovat se do jakého zařízení nastoupí.

44. Domníváte se, že se změní zájem uživatelů o Vaše zařízení (snížení, růst)?

Nemyslím si, jen bude přibývat uživatelů, kteří jsou méně mobilní a budou vyžadovat zvýšenou péči. A bude ubývat uživatelů, kteří jsou soběstační.

45. Jak byste reagovali když by nastal pokles, aby Vaše kapacita byla naplněná?

Zatím nemám signály, že by hrozilo nenaplnění, ale pokud by nastala taková situace, tak bychom rozšířili nabídku služeb a zvýšili kvalitu.

46. Představte si, že ve Vašem okolí vznikne nové zařízení, co byste udělali pro to, aby uživatelů zůstali a zároveň přicházeli noví?

Tak museli bychom vycházet z konkrétní situace, ale pokud by nabízelo stejné služby a bylo nové, nemyslím si, že by stávající uživatelé chtěli opouštět to, co již dobře znají. Také bychom pokračovali na zvyšování kvality služeb, na základě shlednutí a zmapování nového zařízení.

47. Jaké jsou nejbližší termíny Vašich cílů?

Dopracovat individuální plány, se kterými nejsme stále spokojeni. Pracovníci se tomu stále nevěnují tak, jak bychom si představovali.

48. Seřad'te prosím Vaše cíle dle priorit.

Vysoká kvalita služeb.

Vnímání uživatelů, že jsme tu pro ně.

Vnímání z vnějšího okolí, aby bylo co nejvíce pozitivní.

49. Jsou nějaké služby, které byste chtěli zavést nebo naopak zrušit a proč?

Zavést Home Care a zřídit respitní péči.

50. Přemýšlíte rozšířit okruh uživatelů a proč?

Zatím také ne.

51. Podle čeho se zájemci o pobytovou službu rozhodují?

Snažíme se o osobní zkušenost s naším zařízením před přijetím, kde je lidem zařízení ukázáno a vysvětleny nabídky služeb.

52. Jak potencionální uživatelé získávají informace o Vašem zařízení a nabízených službách?

Na kraji máme umístěnou nástěnku s kontakty a sociální pracovníce naše zařízení nabízejí, pokud má někdo zájem o naše služby.

53. Jak funguje interní komunikace ve Vašem zařízení?

Pravidelně pořádáme porady, kde jsou zaměstnanci informováni o různých změnách. Mezi zaměstnanci si myslím, že je velmi dobrá komunikace, mají dobrý pracovní tým.

54. Jaké jsou osobnostní předpoklady a jiné kvality u Vašich zaměstnanců v přímé obslužné péči?

Empatie, komunikativnost.

55. Máte vypracovaný dokument, který stanovuje základní principy etického chování zaměstnanců?

Ano máme.

56. Spoluvytvářeli poslání Vašeho zařízení také zaměstnanci? Myslíte si, že jejich práce má pro ně smysl a mají pocit, že se spolupodílejí na vytváření dobrého jména Vašeho zařízení?

Ano podíleli se zaměstnanci na vytváření poslání, také na zpracovávání standardů. Každý má možnost se vždy zapojit. Doufám, že práce je naplňuje, jen mě mrzí jejich finanční ohodnocení, které si myslím, že by mohlo být vyšší, ale tabulky jsou jasně dané a nás brzdí dotace.

57. Kolik plánujete uvolnit financí pro rok 2009 na vzdělávání Vašich zaměstnanců?

Nemáme žádný strop, pokud přijde nabídka, tak já to rozesílám vedoucím jednotlivých úseků, kteří podávají informace dalším zaměstnancům. Vyjdeme vstříc každému.

58. Kolik zaměstnanců od roku 2007/2009 absolvovalo 150 hod kurzů?

Museli ho absolvovat všichni zaměstnanci.

59. Zpracováváte vzdělávací plány pro Vaše zařízení? Vycházejí z reálných a individuálních potřeb Vašich zaměstnanců?

Vzdělávací plány konkrétně nezpracováváme, ale v rámci hodnocení každého zaměstnance, které probíhá jednou ročně, tak nabízíme nebo doporučujeme případné další vzdělávání.

60. Došlo po zavedení nového zákona ke změnám v organizační struktuře Vašeho zařízení?

Nedošlo, organizační struktura se nezměnila. Po účinnosti nového zákona jsme přijali jednu sociální pracovníci navíc.

61. Kolik procent z pracovní doby stráví pracovníci v přímé obslužné péči administrativou?

Vrchní sestra tráví administrativou tak 10 % pracovní doby a sociální pracovníce tak 70 % pracovní doby.

62. Mají zaměstnanci možnost využívat supervize?

Ano, supervize pravidelně zajišťujeme externími pracovníky.

63. Pokud by ceny za služby nebyly deregulovány vyhláškou č. 505/2006 Sb., jaké byste si určili ceny?

Od klientů nyní vybereme tak 30% - 40% z celkových měsíčních nákladů na pobyt, tudíž zbytek se hradí z dotací, z příspěvku zřizovatele a z úhrad od pojišťovny. Navyšoval bych pouze tehdy, pokud bych byl soukromé zařízení. Nyní bych přebytek musel vracet.

64. Má Vaše zařízení možnost zvýšit si finanční prostředky vedlejší hospodářskou činností?

Myslím si, že zřizovatel by nám v tomto nebránil, ale nyní žádnou vedlejší hospodářskou činnost nemáme. Pouze vaříme pro pečovatelskou službu a pak máme kotelnu na biomasu, takže vytápíme přilehlou základní školu.

65. Dostává Vaše zařízení nějaké dary, sponzoring? Pokud ano, je zde nějaká osoba, která se tím zabývá? Děláte pro získávání darů, také něco sami?

Ano dostáváme, dárci se nám sami nabízejí, většinou jsou to firmy, které nám dodávají potraviny či jiné zboží. Vše mám na starosti pouze já.

66. Došlo po zavedení nového zákona o sociálních službách k navýšení nákladů na poskytování sociálních služeb? Jaké položky vyskočily nejvíce nahoru?

To nedokážu posoudit.

67. Myslíte si, že rozdělování dotací je nespravedlivé? Měla by podle Vás rozhodovat kvalita a potřeba služby?

Ano je nespravedlivé a myslím si, že by měl rozhodovat o dotacích někdo jiný než jak je tomu nyní. Měla by rozhodovat kvalita a služby, o které je zájem.

68. Myslíte si, že tato nejistota může vést k tomu, že poskytovatelé nebudou mít tendenci dávat peníze na propagaci a na zkvalitňování služeb?

To si nemyslím, jelikož nikdo nebude mít tendenci rušit krajské zařízení.

69. Připadá Vám dotace pro rok 2009 dostatečná?

Určitě nepřipadá.

70. Máte vyčleněného jednoho zaměstnance pro komunikaci s uživateli?

Fungují zde sociální pracovníci, konkrétní člověk zde není vyčleněn. Navenek zastupují zařízení já.

71. Myslíte si, že zákon o sociálních službách Vašemu zařízení přinesl spíše pozitivní či negativní? Jaké byste navrhoval případné změny zákona?

Zákon vnímám pozitivně, ale případně bych upravil příspěvek na péči a jeho výši, jelikož se domnívám, že v nižších stupních je někdy zneužíván.

4.4. Charakteristika zařízení G-centrum Tábor - Domov pro seniory

G-centrum Tábor je příspěvkovou organizací zřizovanou městem Tábor. G-centrum Tábor poskytuje pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Cílovou skupinou jsou především občané města Tábor. Přijímání jsou i žadatelé z ostatních měst a obcí především v Jihočeském kraji. Z celého okresu je do tohoto zařízení posláno okolo 900 žádostí o přijetí, z toho je asi tak 30 akutních. Průměrně se zde každý rok uvolní 20 míst. Celkový počet zaměstnanců je 74, z toho je v přímé péči o klienta zapojeno 46 zaměstnanců.

Celková kapacita domova pro seniory je 143 lůžek :

- 39 jednolůžkových
- 52 dvoulůžkových
 - 60 pokojů má vlastní balkon
 - 6 pokojů má zimní zahradu
 - 42 pokojů je vybaveno vlastní kuchyňskou linkou
 - v každém pokoji je zdravotní lůžko a noční stolek
 - pokoje v 5. podlaží jsou vybaveny nábytkem klientů

Ceník – platný pro rok 2009

Dvoulůžkový pokoj	7 170 – 7 380 Kč/měsíc
Dvoulůžkový pokoj s kuchyňkou	7 350 – 7 800 Kč/měsíc
Jednolůžkový pokoj	7 710 – 7 950 Kč/měsíc
Jednolůžkový pokoj s kuchyňkou	7 860 – 8310 Kč/měsíc

Lékařská péče

Je zajišťována externě praktickým lékařem, který ordinuje v domově 3 x týdně. Odborný lékař - psychiatr, dochází do našeho zařízení pravidelně 1 x za měsíc.

Ošetrovatelská a obslužná péče

Je prováděna nepřetržitě na základě ordinací lékařů dle platných právních předpisů. Tuto odbornou péči zajišťují registrované všeobecné sestry. Zdravotní a

ošetřovatelská péče je hrazena na základě uzavřených smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami. Obslužnou péči nepřetržitě provádějí pracovníci sociální péče - přímá obslužná péče. Tato péče zahrnuje úkony či pomoc klientům částečně či zcela imobilním k zajištění potřebné péče.

Rehabilitační péče

Je důležitou a neodmyslitelnou součástí komplexní péče. Jejím cílem je udržet mobilní i imobilní klienty v nejlepší možné fyzické i psychické kondici, odpomoci jim od bolesti, pomoci k znovuobnovení a udržení sebeobslužnosti.

Tuto péči zajišťují dva registrovaní fyzioterapeuti, kteří na základě ordinací lékařů provádějí:

- masáže
- aktivní i pasivní cvičení na lůžku
- individuální nácvik chůze

4.4.1 Rozhovor: G-centrum Tábor – Domov pro seniory

1. Myslíte si, že máte zde v okrese monopolní postavení? Nebo zde existují zařízení poskytující stejné či podobné služby?

Ano, existují v okrese zařízení, které poskytují podobné služby. Ne všechny poskytují v plném rozsahu to co my, ale existují. Je to například Bechyně, Veselí nad Lužnicí, Soběslav a Budislav.

2. Existuje nějaká instituce, která zprostředkovává informace zájemcům o Vaši pobytovou službu?

Klienti jsou k nám posíláni ze sociálního odboru.

3. Jakou strukturu klientů (soběstačnost, zdravotní stav) jste přijímali do Vašeho zařízení před účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a jak se situace změnila po účinnosti? Byli Vašimi uživateli lidé, kteří očividně pomoc potřebovali?

Struktura se samozřejmě změnila, v předchozím období byli přijímáni klienti, kteří neměli příspěvek na péči, v současné době přijímáme klienty, kteří tento příspěvek pobírají. Nepřijímáme také klienty s alzheimerovou chorobou. Domnívám se tedy, že dříve se klienty mohli stát i lidé, kteří naši péči zajisté ještě nepotřebovali.

4. Poskytujete Vaše služby pouze uživatelům, kteří jsou příjemci příspěvku na péči, anebo tyto alespoň upřednostňujete? Případně upřednostňujete příjemce příspěvku ve vyšším stupni?

Uživatele s příspěvkem na péči upřednostňujeme. Pokud je možno zažádat o zvýšení příspěvku, tak žádáme, ale při přijetí nerozhoduje výše. Nyní je v zařízení jedenáct uživatelů, kteří příspěvek nemají uznaný.

5. Domníváte se, že tento stav byl optimální pro Vaše zařízení?

Já jsem tu před účinností zákona nebyla, ale myslím si, že tento stav optimální nebyl.

6. Nový zákon řeší to, že uživatel by měl sám rozhodovat o tom, jakou službu si zvolí a komu za ni zaplatí. Uživatel už tedy není objektem veřejné správy a

jejího rozhodování. Je to podle Vás krok správným směrem, krok ke zvyšování kvality nabízených služeb?

Podle mě ano, ale je to v závislosti také na zdravotním stavu klienta, podle kterého se vyazuje zdravotním pojišťovám a od nich pak jdou další peníze do zařízení.

7. Je pro Vaše zařízení výhodnější, že nový zákon přesně vymezuje jednotlivé typy služeb a základních činností? Uživatel tedy zná, na co má v dané službě nárok.

Ano, uživatel ví, na co má nárok a co může od nás očekávat.

8. Mohou podle Vás být lidé ve velkých pobytových zařízeních sociálně vyloučení? Setkali jste se s tím někde?

Můžou, ale osobně jsem se s tím nesetkala.

9. S účinností nového zákona vyvstala povinnost poskytovatelů sociálních služeb, mít vypracované standardy kvality sociálních služeb a zajistit jejich plnění. Mělo Vaše zařízení problémy při vytváření a zavádění standardů kvality?

Já jsem se tohoto procesu nezúčastnila, ale samozřejmě nyní dochází k řadě změn, tak jak praxe probíhá, takže nás čekají úpravy jak standardů tak i metodiky. Je to živý proces, takže se upravuje podle toho, jak to tomu zařízení vyhovuje.

10. Po zavedení nového zákona vešla v platnost také povinnost registrovat se. Proběhla tato registrace u Vašeho zařízení bez problémů, anebo jste měly problémy s některými typy poskytovaných služeb?

Máme a proběhla bez problémů.

11. Došlo v souvislosti se změnou cílové skupiny Vašich uživatelů (před zákonem příjemci důchodu) a po zákonu (snížená soběstačnost) s jejich úbytkem či přírůstkem ve Vašem zařízení?

Tady je samozřejmě přírůstek. Čekací doby jsou zde dost dlouhé, ale existují zde výjimky, za kterých jsou upřednostňováni uživatelé, na základě zdravotního stavu a sociálních podmínek. Pokud jsou tyto ukazatele nejhorší, může se tento klient posunout na čekací listině vzhůru.

12. Došlo po zavedení zákona o sociálních službách k zavádění nových druhů služeb ve Vašem zařízení?

Nabízejí se fakultativní služby, ale moc uživatelů tyto služby nevyužívá.

13. Má Vaše zařízení vypracována vnitřní pravidla a pracovní postupy vyplývající ze standardů kvality sociálních služeb? A kdo je ve Vašem zařízení vypracovával?

Ano, jsou vypracována a podílely se na tom vedoucí sociální pracovníce a vrchní sestra.

14. Plánovali jste poskytování sociální služby už před účinností zákona, využívali jste nějaké formy alternativní komunikace?

Ano tady bylo plánováno již před účinností zákona.

15. Berete a jakým způsobem zohledňujete potřeby a požadavky Vašich uživatelů?

Existuje zde rada klientů, do které docházím já a vedoucí sociální pracovník, klienti nám předávají své poznatky a požadavky a my se je snažíme nějakým způsobem zpracovávat. Teď jsme v nedávné době prováděli dotazníkové šetření spokojenosti klientů.

16. Mají uživatelé možnost ovlivnit podobu poskytovaných služeb?

Mají díky radě klientů a také sociální pracovníci je pravidelně navštěvují. Jinak mají všichni své klíčové pracovníky a pokud by byl nějaký aktuální problém, mohou se klienti obracet na jakéhokoliv pracovníka, který je samozřejmě poučen, jak se zachovat.

17. Kolik uživatelů využilo tzv. přechodného období a nemá uzavřenou smlouvu?

Myslím si, že mají všichni uzavřenou smlouvu.

18. Domníváte se, že Vaše zařízení je úspěšné? Jaká je Vaše představa úspěchu?

Toto zařízení je úspěšné, za svou desetiletou existenci si vydobylo určité postavení, poskytuje kvalitní péči.

19. Jaké jsou Vaše dlouhodobé cíle?

Velice mě zde trápí bezbariérovost, jelikož stále přibývá méně mobilních uživatelů. Dále mě trápí velký počet žádostí, které nejsou uspokojeny. Takže v komunitním plánování je návrh na zřízení podobného domova. Dále se budeme snažit nabízet uživatelům další možnosti jak aktivně strávit stáří.

20. Jak poptávka po službě ovlivňuje výši úhrady za poskytované služby (strava, ubytování)?

Poptávka neovlivňuje ceny, ale nedávno jsme zvyšovali stravu na den o dvacet korun, v rámci zvyšování důchodů. Ale samozřejmě, že vše se projednává a klientům sděluje a dává jako dodatek ke smlouvě.

21. Jaká si myslíte, že je Vaše výhoda vůči konkurenci?

Já žádnou výhodu v podstatě nevidím, ale naší předností je nabídka velkého množství aktivit, poloha v okresním městě, velmi dobrá práce sociálních pracovníků a zdravotnického personálu.

22. Jaké aktivity podnikáte, popřípadě podniknete pro podporu „prodeje“ Vašich služeb.

Medializací, spolupracujeme s místními novinami, rozhlasovými stanicemi, vydáváme vlastní brožury, které jsou k dispozici na úřadech.

23. Jak zviditelňujete Vaše zařízení a nabídku služeb pro budoucí uživatele.

Existuje den otevřených dveří, propagace pomocí novin, rozhlasu, internetu, tisk letáčků.

24. Máte přesně vypracovaný rozpočet na tyto marketingové aktivity a kolik?

Ano máme, je přesně stanovená částka v rozpočtu, která se nesmí překročit.

25. V souvislosti s účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, byli jste nuceni vypracovat analýzu trhu, konkurence, atd.,...? Mělo s tím Vaše zařízení nějaké přímé či nepřímé náklady? A má Vaše zařízení konkrétní osobu, která se tímto zabývá?

Nebyli jsme nuceni vypracovat žádnou analýzu trhu.

26. Provedlo Vaše zařízení výzkum tržních podmínek a výzkum potřeb a přání budoucích uživatelů sociálních služeb?

Taky neprovedlo, pouze přání budoucích uživatelů se zkoumá v komunitním plánování.

27. Používalo či používá Vaše zařízení SWOT analýzu, pro které oblasti a aktivity? Pokud ne, z jakého důvodu?

Ano používá, já sama jsem si dělala SWOT analýzu celého zařízení jako takového, když jsem sem nastoupila, abych věděla co je zapotřebí řešit.

28. Umíte identifikovat silné a slabé stránky Vašeho zařízení?

Dělá se to v rámci sebehodnocení a myslím si, že to není špatná věc.

Silné stránky: poloha zařízení, kvalita služeb.

Slabé stránky: chybějící bezbariérovost.

29. Umíte identifikovat příležitosti a hrozby pro Vaše zařízení?

V současné době nevím o žádné příležitosti a jedinou hrozbou jsou zde finance, dotace, jelikož nám přišly pouze 2/3 peněz z MPSV, o které jsme žádali. Dále tedy budeme muset znovu požádat MPSV a pak zřizovatele.

30. Použili jste někdy metodu „Benchmarking“? Porovnávání své služby a svých postupů s největšími konkurenty.

Já v současné době ne, ale používala se tady tato metoda.

31. Co děláte pro zvyšování a měření kvality?

Dotazníky spokojenosti, schránky pro uživatele a přes radu klientů.

32. Máte vytvořeny metody, nástroje a opatření, jejichž pomocí a prostřednictvím jsou prosazovány strategie?

Nemám.

33. Podílí nebo podílelo se Vaše zařízení na KPSS?

Ne nepodílí se.

34. Jak zní Vaše poslání?

Soběstačnost a důstojnost klienta musí být vždy podporovány. Klient musí být akceptován a uznáván jako člověk ve své osobitosti se svými vlastnostmi. Naše zásada zní: „Tak soběstačný, jak jen je možné, tolik péče, kolik je nutné“.

35. Co chcete, aby se vybavilo lidem v okolí, při vyslovení jména Vašeho zařízení?

Dokonalá péče.

36. Jak se prezentujete a jak byste se chtěli prezentovat?

Vycházejí nám články v odborných časopisech, v novinách, ale my sami také přednášíme.

37. Jste spokojeni s tím, co o Vás lidé říkají? Stálo vás to nějaké úsilí a co byste s tím do budoucna chtěli udělat?

Ano jsme spokojeni.

38. Jaká je image Vašeho zařízení? Má Vaše zařízení jednotný styl?

Jednotný styl používáme ve všech oblastech našeho zařízení.

39. Spatřujete v něčem přínosy strategických analýz a v jakých oblastech? (trendy, chyby, úspěchy)

Určitě jsou přínosné. Objevují se tam nové možnosti, nové směry, kterými by se dalo jít.

40. Myslíte si, že víte co přivádí uživatele do Vašeho zařízení a ne ke konkurenci?

Já tam vidím kvalitu péče a to, že jsme ve velkém městě.

41. Domníváte se, že se změní zájem uživatelů o Vaše zařízení (snížení, růst)?

Já vidím jednoznačný růst.

42. Jak byste reagovali když by nastal pokles, aby Vaše kapacita byla naplněná?

Musela by se udělat důkladná analýza, proč vlastně tento pokles nastal. A pokud by nastal pokles, je možné, že bychom snižovali ceny.

43. Představte si, že ve Vašem okolí vznikne nové zařízení, co byste udělali pro to, aby uživatelů zůstali a zároveň přicházeli noví?

Nabízení dalších možností trávení volného času a snižování cen.

44. Důležité jsou také silné stránky. Dokážete vyjmenovat klíčové faktory Vašeho zařízení?

Kvalifikovaný personál a kvalitní péče, dostupnost.

45. Jaké jsou nejbližší termíny Vašich cílů?

V nejbližší době nás čeká vyhodnocování dotazníků spokojenosti našich uživatelů a z těchto závěrů budeme postupovat dál.

46. Seřadte prosím Vaše cíle dle priorit.

Na prvním místě vybudovat bezbariérové prostředí zařízení, ale samozřejmě vše závisí na financích.

47. Jsou nějaké služby, které byste chtěli zavést nebo naopak zrušit a proč?

Chybí zde okamžitá telefonická pomoc pro lidi v sociální krizi. Toto bychom chtěli zřídit v azylovém domě.

48. Přemýšlíte rozšířit okruh uživatelů a proč?

Ne, nepřemýšlíme.

49. Jak funguje interní komunikace ve Vašem zařízení?

Jsou pravidelné schůzky zaměstnanců jako celku nebo na jednotlivých úsecích, funguje intranet.

50. Jaké jsou osobnostní předpoklady a jiné kvality u Vašich zaměstnanců v přímé obslužné péči?

Měli by být zapálení pro svou práci a brát ji jako své poslání. Měli by být příjemní klientům, pracovití a spolehliví. A samozřejmě bezúhonnost.

51. Máte vypracovaný dokument, který stanovuje základní principy etického chování zaměstnanců?

Existuje etický kodex jak pro zdravotníky, tak pro sociální pracovníky.

52. Spoluvytvářeli poslání Vašeho zařízení také zaměstnanci? Myslíte si, že jejich práce má pro ně smysl a mají pocit, že se spolupodílejí na vytváření dobrého jména Vašeho zařízení?

Ano podíleli se a myslím si, že se v tomto zařízení cítí velice dobře.

53. Kolik plánujete uvolnit financí pro rok 2009 na vzdělávání Vašich zaměstnanců? *Přesně nevím kolik to je, ale vychází to asi 90 tisíc korun.*

54. Kolik zaměstnanců od roku 2007/2009 absolvovalo 150 hod kurzů?

Tento kurz všichni, ale jinak jsem jakémukoliv vzdělávání nakloněna.

55. Zpracováváte vzdělávací plány pro Vaše zařízení? Vycházejí z reálných a individuálních potřeb Vašich zaměstnanců?

Ano zpracováváme pokud je to možné. Zaměstnanci se na tyto kurzy hlásí sami, sami si je vybírají a mají možnost své vzdělávání ovlivnit. Mohou samozřejmě na kurzy i nad rámec zákonem stanovenou hranicí.

56. Došlo po zavedení nového zákona ke změnám v organizační struktuře Vašeho zařízení?

K žádné změně nedošlo.

57. Kolik procent z pracovní doby stráví pracovníci v přímé obslužné péči administrativou?

Hrubý odhad je asi tak okolo 30 %. Nárůst vzhledem k vykazování a vedení dokumentace.

58. Mají zaměstnanci možnost využívat supervize?

Ano mají pravidelné supervize.

59. Pokud by ceny za služby nebyly deregulovány vyhláškou č. 505/2006 Sb., jaké byste si určili ceny?

Ceny by asi nebyly zvyšovány, jelikož by na to klienti nedosáhli. Tady v jižních Čechách nikdy nebyly vysoké platy, takže ti lidé by si to neměli z čeho zaplatit.

60. Má Vaše zařízení možnost zvýšit si finanční prostředky vedlejší hospodářskou činností?

Tam to naráží na problém placení DPH, což pro tuto organizace není žádoucí.

61. Dostává Vaše zařízení nějaké dary, sponzoring? Pokud ano, je zde nějaká osoba, která se tím zabývá? Děláte pro získávání darů, také něco sami?

Ano dostáváme, lidé přijdou sami a nabízí nám buď finanční nebo věcný dar.

62. Došlo po zavedení nového zákona o sociálních službách k navýšení nákladů na poskytování sociálních služeb? Jaké položky vyskočily nejvíce nahoru?

Ano, ale nevím přesně jaké položky.

63. Myslíte si, že rozdělování dotací je nespravedlivé? Měla by podle Vás rozhodovat kvalita a potřeba služby?

Je nespravedlivé. A určitě by měla rozhodovat potřeba a kvalita. Na základě toho jsou zde zavedeny inspekce, které by měly kontrolovat kvalitu.

64. Myslíte si, že tato nejistota může vést k tomu, že poskytovatelé nebudou mít tendenci dávat peníze na propagaci a na zkvalitňování služeb?

Ano myslím si.

65. Připadá Vám dotace pro rok 2009 dostatečná?

Nepřipadá.

66. Máte vyčleněného jednoho zaměstnance pro komunikaci s uživateli?

S uživateli velmi často komunikují vrchní sestra a sociální pracovníce.

67. Myslíte si, že zákon o sociálních službách Vašemu zařízení přinesl spíše pozitiva či negativa? Jaké byste navrhoval případné změny zákona?

Je to pozitivní vzhledem ke klientům a negativa jsou administrativní a slovíčkaření zákona.

4.5. Sociálně demografický profil Karlovarského kraje

Karlovarský kraj se nachází na západě území České republiky a vznikl rozdělením kraje Západočeského na Plzeňský a Karlovarský. Na severu a západě uzavírá území republiky státní hranicí s Německem, na východě sousedí s Ústeckým krajem a na jihu s krajem Plzeňským. Jeho rozloha je 3315 km², což činí 4,25 % rozlohy České republiky. V Karlovarském kraji je celkem 132 obcí, z toho 30 měst. Území kraje tvoří tři okresy: chebský, karlovarský a sokolovský. Nejrozsáhlejší z okresů je karlovarský (1 628 km², 49 % rozlohy kraje) s největším počtem obcí (55, z toho 11 měst) a největším podílem obyvatel v kraji (118 548 osob, 39 % z celkového počtu obyvatel kraje). V obcích Karlovarského kraje žije okolo 306 172 obyvatel, což představuje 3,0 % obyvatel České republiky. Karlovarský kraj má nejvyšší podíl městského obyvatelstva (81 %).

V Karlovarském kraji je 18 poskytovatelů sociální služby „domov pro seniory“ s kapacitou 953 klientů. V tomto počtu poskytovatelů sociální služby „domov pro seniory“ se tento kraj řadí na poslední místo v rámci celé republiky, je to 14. místo. K 21. 7. 2008 bylo na Krajském úřadu Karlovarského kraje zaregistrováno 32 nestátních neziskových organizací (občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, společnosti s ručením omezeným, církevní právnické osoby, fyzické osoby) poskytujících 73 sociálních služeb, 10 obcí poskytujících 11 sociálních služeb, 6 příspěvkových organizací obcí poskytujících 11 sociálních služeb a 14 příspěvkových organizací kraje poskytujících 27 sociálních služeb.

Většina obcí a příspěvkových organizací obcí je zaměřena na poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Obce nabízejí svým občanům zejména pečovatelskou službu a domovy pro seniory. Karlovarský kraj prostřednictvím svých příspěvkových organizací poskytuje především pobytové sociální služby, jako jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem.

4.6. Charakteristika zařízení Vila Maria – Domov pro seniory

Společnost DOP – HC s.r.o. má dominantní postavení v sokolovském regionu, se spokojenými klienty, s kvalifikovaným, motivovaným týmem pracovníků a v tomto duchu zajišťuje provázanost zdravotní a sociální péče. Tato společnost provozuje Vilu Mariu, kde se nachází Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem.

Péče je určena seniorům převážně ve věku od 60 let, kteří jsou částečně nebo zcela nesoběstační a u nichž se často z důvodu chronické nemoci nebo věku projevuje pokles funkčních činností. Tito klienti mají sníženou schopnost zajistit si základní životní potřeby, schopnost sebeobsluhy a vyžadují péči, kterou jim rodina není schopna zajistit vlastními silami, jsou bez dostatečného sociálního zázemí nebo nemají zabezpečenou péči odpovídající jejich zdravotnímu a sociálnímu stavu. Často vlastními silami nemohou uplatňovat svá práva.

Cílovou skupinou Domova se zvláštním režimem jsou klienti trpící demencí, kteří jsou bezmocní, zcela nesoběstační, příp. se sníženou soběstačností a schopností sebeobsluhy a u nichž se projevuje pokles funkčních činností, deficit v oblasti poznávacích funkcí a snížená schopnost vlastními silami uplatňovat svá práva.

Pokoje jsou 2–3 lůžkové a jeden 1 lůžkový pokoj. Tyto pokoje jsou vybavené moderními polohovacími mechanickými a elektrickými lůžky a dalším standardním nábytkem, s televizním signálem, v přízemí jsou pokoje vybaveny francouzskými okny s přístupem do zahrady. Koupelny a WC slouží vždy pro dva pokoje. Celková kapacita zařízení je 40 lůžek.

Ceník služeb

Ze svého příjmu úhradu za ubytování a stravu:

- **úhrada za ubytování v částce:**
 - 180,- Kč / denně za jednolůžkový a dvoulůžkový pokoj; měsíčně (za 30 dní) 5400,- Kč
 - 175,- Kč / denně za třílůžkový pokoj; měsíčně 5250,- Kč
- **úhrada za celodenní stravu:** 150,- Kč / denně; měsíčně 4500,- Kč

úhrada za ubytování a stravu celkem za měsíc (30 dní):

9900,- Kč za jednolůžkový a dvoulůžkový pokoj

9750,- Kč za třílůžkový pokoj

- **z přiznaného příspěvku na péči hradí sociální péči**

V případě, že Klient není příjemcem příspěvku na péči vůbec anebo v dostatečné výši, ale přitom patří do cílové skupiny jednoho z Domovů, Rodina doplatí náklady za péči, za ubytování a stravu, a to o celkové výši min. 515 Kč denně, tedy 15 450,- /30 dní.

Sociální služby a ošetřovatelská péče jsou poskytovány týmem profesionálních pracovníků. Realizace sociální i ošetřovatelské péče vyžaduje pravidelnou a kvalitní výměnu informací o klientech, která se provádí formou krátkých porad celého týmu složeného z odborníků: zdravotní sestry, pečovatelský personál, sociální pracovníce, socioterapeutka, referent sociálních věcí, (je-li potřeba, také psychologka a lékař).

- 2 zdravotní sestry
- 3 ošetřovatelky
- 1 pečovatelka
- 3 provozní personál
- 1 sociální pracovníce
- 1 socioterapeutka
- 1 referent sociálních věcí

4.6.1. Rozhovor: Vila Maria – Domov pro seniory

1. Myslíte si, že máte zde v okrese monopolní postavení? Nebo zde existují zařízení poskytující stejné či podobné služby?

Ano zde v okrese jsme jediné zařízení tohoto typu.

2. Existuje nějaká instituce, která zprostředkovává informace zájemcům o Vaši pobytovou službu?

Dozvídají se o nás z internetu, informační letáky máme, ale nejsou k dispozici na úřadech.

3. Jakou strukturu klientů (soběstačnost, zdravotní stav) jste přijímali do Vašeho zařízení před účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a jak se situace změnila po účinnosti? Byli Vašimi uživateli lidé, kteří očividně pomoc potřebovali?

Toto zařízení bylo vybudováno v roce 2008, takže struktura klientů je stejná.

4. Poskytujete Vaše služby pouze uživatelům, kteří jsou příjemci příspěvku na péči, anebo tyto alespoň upřednostňujete? Případně upřednostňujete příjemce příspěvku ve vyšším stupni?

Poskytujeme své služby všem bez ohledu na příspěvek, pokud ho nemají, doplácí za ně rodina.

5. Nový zákon řeší to, že uživatel by měl sám rozhodovat o tom, jakou službu si zvolí a komu za ni zaplatí. Uživatel už tedy není objektem veřejné správy a jejího rozhodování. Je to podle Vás krok správným směrem, krok ke zvyšování kvality nabízených služeb?

Ano myslím si, že je to krok správným směrem.

6. Je pro Vaše zařízení výhodnější, že nový zákon přesně vymezuje jednotlivé typy služeb a základních činností? Uživatel tedy zná, na co má v dané službě nárok.

Ano, naše zařízení se tímto řídí, tudíž klient ví na co má nárok a jaké jsou jeho povinnosti.

7. Mohou podle Vás být lidé ve velkých pobytových zařízeních sociálně vyloučeni? Setkali jste se s tím někde?

U nás si myslím, že nemohou, ale nikde jsem se s tím nesešla.

8. S účinností nového zákona vyvstala povinnost poskytovatelů sociálních služeb, mít vypracované standardy kvality sociálních služeb a zajistit jejich plnění. Mělo Vaše zařízení problémy při vytváření a zavádění standardů kvality?

Standardy vypracované máme, při jejich zavádění jsme měli menší problémy v oblasti rehabilitační péče, kterou naše zařízení nabízí našim klientům.

9. Po zavedení nového zákona vešla v platnost také povinnost registrovat se. Proběhla tato registrace u Vašeho zařízení bez problémů, anebo jste měly problémy s některými typy poskytovaných služeb?

Registrace proběhla také bez jakýchkoliv problémů.

10. Došlo po zavedení zákona o sociálních službách k zavádění nových druhů služeb ve Vašem zařízení?

Jelikož je toto zařízení nové, již jsme se od začátku řídili novým zákonem o sociálních službách.

11. Má Vaše zařízení vypracována vnitřní pravidla a pracovní postupy vyplývající ze standardů kvality sociálních služeb? A kdo je ve Vašem zařízení vypracovával?

Ano máme, na vypracovávání se podíleli vedoucí rehabilitační péče, vedoucí ošetrovatelské a sociální péče a vrchní sestra se staniční sestrou.

12. Plánovali jste poskytování sociální služby už před účinností zákona, využívali jste nějaké formy alternativní komunikace?

Individuální plánování provádíme od začátku našeho fungování.

13. Berete a jakým způsobem zohledňujete potřeby a požadavky Vašich uživatelů? Uživatelé svá přání mohou vyjádřit písemně do anonymních schránek nebo dotazníky. Dále mohou požádat o rozhovor sociální pracovníci a kulturní referentku.

14. Mají uživatelé možnost ovlivnit podobu poskytovaných služeb?

Ano, v rámci svých požadavků.

15. Domníváte se, že Vaše zařízení je úspěšné? Jaká je Vaše představa úspěchu?

Ano, určitě jsme úspěšní. Důkazem toho je vysoká poptávka.

16. Jaké jsou Vaše dlouhodobé cíle?

Samozřejmě zajistit plnohodnotnou kvalitu života našich klientů, aby docházelo ke stálé seberealizaci. A plánujeme otevření nových koutků v našem zařízení pro společné setkávání našich klientů.

17. Jak poptávka po službě ovlivňuje výši úhrady za poskytované služby (strava, ubytování)?

Poptávka neovlivňuje, pouze zvyšování cen energií.

18. Jaká si myslíte, že je Vaše výhoda vůči konkurenci?

Konkurenci nemáme, jelikož jsme soukromé zařízení. Ale myslím si, že poskytujeme služby ve vysoké kvalitě.

19. Jaké aktivity podnikáte, popřípadě podniknete pro podporu „prodeje“ Vašich služeb.

Používáme internetové stránky, informační letáky.

20. Máte přesně vypracovaný rozpočet na tyto marketingové aktivity a kolik?

Ano máme, na každý rok určitou částku, kterou se snažíme nepřekročit.

21. Provedlo Vaše zařízení výzkum tržních podmínek a výzkum potřeb a přání budoucích uživatelů sociálních služeb?

Ano provedli jsme tyto výzkumy, já sama osobně jsem se tímto zabývala.

22. Používalo či používá Vaše zařízení SWOT analýzu, pro které oblasti a aktivity?

Pokud ne, z jakého důvodu?

Nepoužívalo, zatím se v této oblasti vzděláváme..

23. Umíte identifikovat silné a slabé stránky Vašeho zařízení?

Silné stránky jsou: kvalitní vedoucí pracovníci a ostatní zaměstnanci, multidisciplinární tým, velká nabídka trávení volného času.

Slabé stránky: o žádných zatím nevím.

24. Umíte identifikovat příležitosti a hrozby pro Vaše zařízení?

Příležitost vidím v rozšíření koutků pro naše klienty a rozšíření prostor zahrad.

Hrozby: vznik další konkurence.

25. Použili jste někdy metodu „Benchmarking“? Porovnávání své služby a svých postupů s největšími konkurenty.

O této metodě jsem slyšela, ale jelikož nemáme konkurenci, nemáme se s kým porovnávat.

26. Co děláte pro zvyšování a měření kvality?

Kvalitu měříme dotazníkovou metodou a osobním kontaktem s klientem.

27. Máte vytvořeny metody, nástroje a opatření, jejichž pomocí a prostřednictvím jsou prosazovány strategie?

Asi nemáme.

28. Podílí nebo podílelo se Vaše zařízení na KPSS?

Nikdo se nepodílel na KPSS.

29. Jak zní Vaše poslání?

Umožnit kvalitní a důstojný život klientům – seniorům se sníženou soběstačností a schopností sebeobsluhy - v Domově pro seniory ve Vile Maria.

30. Co chcete, aby se vybavilo lidem v okolí, při vyslovení jména Vašeho zařízení?

Kvalita, důstojné podmínky života a důstojné stáří.

31. Jste spokojeni s tím, co o Vás lidé říkají? Stálo vás to nějaké úsilí a co byste s tím do budoucna chtěli udělat?

Ano máme pozitivní odezvy.

32. Jaká je image Vašeho zařízení? Má Vaše zařízení jednotný styl?

Ano máme jak v pracovních oděvech, tak i v dokumentaci.

33. Spatřujete v něčem přínosy strategických analýz a v jakých oblastech? (trendy, chyby, úspěchy)

Ano, určitě jsou prospěšné, ale my je nepoužíváme.

34. Myslíte si, že víte co přivádí uživatele do Vašeho zařízení a ne ke konkurenci?

Ano, je to kvalita poskytované péče a 24 hodinová návštěvnost v zařízení.

35. Domníváte se, že se změní zájem uživatelů o Vaše zařízení (snížení, růst)?

Do budoucna bude určitě poptávka růst.

36. Jak byste reagovali když by nastal pokles, aby Vaše kapacita byla naplněná?

Tato situace se zřejmě nestane.

37. Představte si, že ve Vašem okolí vznikne nové zařízení, co byste udělali pro to, aby uživatelů zůstali a zároveň přicházeli noví?

Nabídkou nových služeb.

38. Jaké jsou nejbližší termíny Vašich cílů?

Tento rok chceme stihnout zřídit koutky a v dalším roce vybudovat větší zahradu a doplnit ji o relaxační část. A v příštím roce také zvýšit platy zaměstnancům.

39. Seřadte prosím Vaše cíle dle priorit.

Prioritní je pro nás úprava vnitřku zařízení.

40. Jsou nějaké služby, které byste chtěli zavést nebo naopak zrušit a proč?

Zavést bychom chtěli ergoterapii a pravidelnou canisterapii.

41. Přemýšlíte rozšířit okruh uživatelů a proč?

Nepřemýšlíme.

42. Podle čeho se zájemci o pobytovou službu rozhodují?

Podle počtu poskytovaných služeb a počtu klientů na pokoji.

43. Jak funguje interní komunikace ve Vašem zařízení?

Fungují zde porady zaměstnanců.

44. Jaké jsou osobnostní předpoklady a jiné kvality u Vašich zaměstnanců v přímé
obslužné péči?

Komunikativnost, vstřícnost a empatie, kvalifikovanost.

45. Máte vypracovaný dokument, který stanovuje základní principy etického
chování zaměstnanců?

Ano máme.

46. Spoluvytvářeli poslání Vašeho zařízení také zaměstnanci? Myslíte si, že jejich
práce má pro ně smysl a mají pocit, že se spolupodílejí na vytváření dobrého
jména Vašeho zařízení?

*Ano spoluvytvářeli poslání našeho zařízení všichni zaměstnanci. Toto jsme
prováděli pomocí dotazníků.*

47. Kolik plánujete uvolnit financí pro rok 2009 na vzdělávání Vašich zaměstnanců?

Je to asi okolo 50 000 Kč.

48. Kolik zaměstnanců od roku 2007/2009 absolvovalo 150 hod kurzů?

Všichni zaměstnanci již absolvovali.

49. Zpracováváte vzdělávací plány pro Vaše zařízení? Vycházejí z reálných a individuálních potřeb Vašich zaměstnanců?

Samozřejmě, že z některých kurzů si sami vybírají zaměstnanci a na některé jsou vysíláni z mé strany. Jinak vzdělávací plány píšeme.

50. Kolik procent z pracovní doby stráví pracovníci v přímé obslužné péči administrativou?

Zdravotní sestra okolo 50%, ošetřovatelka tak 20% a sociální pracovníce 60%.

51. Mají zaměstnanci možnost využívat supervize?

Ano, je povinná.

52. Pokud by ceny za služby nebyly deregulovány vyhláškou č. 505/2006 Sb., jaké byste si určili ceny?

Možná bychom zvýšili ceny.

53. Má Vaše zařízení možnost zvýšit si finanční prostředky vedlejší hospodářskou činností?

Nemáme.

54. Dostává Vaše zařízení nějaké dary, sponzoring? Pokud ano, je zde nějaká osoba, která se tím zabývá? Děláte pro získávání darů, také něco sami?

Ano dostáváme, převážně z Německa, zabývám se tím já.

55. Došlo po zavedení nového zákona o sociálních službách k navýšení nákladů na poskytování sociálních služeb? Jaké položky vyskočily nejvíce nahoru?

Navyšovali jsme z vlastního popudu.

56. Myslíte si, že rozdělování dotací je nespravedlivé? Měla by podle Vás rozhodovat kvalita a potřebnost služby?

Možná může být u nějakého zařízení.

57. Myslíte si, že tato nejistota může vést k tomu, že poskytovatelé nebudou mít tendenci dávat peníze na propagaci a na zkvalitňování služeb?

Já myslím, že ano.

58. Případá Vám dotace pro rok 2009 dostatečná?

Asi ano.

59. Máte vyčleněného jednoho zaměstnance pro komunikaci s uživateli?

Ano máme, je to sociální pracovníce a hlavně kulturní referentka.

60. Myslíte si, že zákon o sociálních službách Vašemu zařízení přinesl spíše pozitiva či negativa? Jaké byste navrhoval případné změny zákona?

Myslím si, že tento zákon je spíše pozitivní a to v oblasti přesného vymezení služeb.

4.7. Charakteristika zařízení Domov pro seniory Pernink

Domov pro seniory v Perninku leží v krásné horské přírodě v centru obce Pernink v Krušných horách v nadmořské výšce 870 m. Pernink je rekreační oblastí vzdálenou pouhých 25 km od K. Varů. Domov je příspěvkovou organizací Karlovarského kraje. Poskytuje celoroční pobytové služby sociální péče seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a zdravotního stavu a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domov je určen:

- seniorům, kteří nemají dostatek fyzických nebo psychických sil, aby mohli zůstat v domácím prostředí sami, za pomoci rodiny nebo za pomoci dostupných terénních služeb
- seniorům, kteří potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu občasnou nebo trvalou ošetrovatelskou péči
- seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby v základních životních úkonech

Kapacita organizace je 55 lůžek:

- 23 pokojů dvoulůžkových
- 6 pokojů jednolůžkových
- 1 pokoj třílůžkový

Základní služby - sazby na jeden kalendářní den:

- **ubytování – lůžko + služby (včetně režii)**
 - - jednolůžkový.....160,-Kč
 - - garsonka.....160,-Kč
 - - dvoulůžkový.....142,-Kč
 - - trojlůžkový.....130,-Kč

- **stravování(včetně režii)**
 - dieta č.3+č.4.....102,--Kč
 - dieta č.9..... 123,--Kč

Fakultativní služby – paušální sazba **na měsíc:**

- sociál.péče.....55,--Kč
- (platí pouze klient, který nemá přiznaný příspěvek na péči)
- společná televize..... 10,--Kč
- doprava.....25,--Kč
- (dovoz léků z lékárny, cesta k lékaři a nákupy v obci aj.)
- nákupy..... 10,-- Kč
- (zajištění drobných nákupů)
- energie - soukromá televize (rádio) 10,- Kč
- energie - soukromá varná konvice 10,- Kč
- energie – soukromá chladnička 10,- Kč
- doprava – soukromé cesty (platí klient dle počtu ujetých km, skutečné spotřeby PHM, ceny PHM a mzdy řidiče)

Počet zaměstnanců je v zařízení 32:

- 1 ústavní lékař a 1 psychiatr
- 5 pracovní skupina stravování
- 6 pracovní skupina sociální péče
- 6 pracovní skupina zdravotní péče a 1 vrchní sestra
- 6 provozní skupina
- 1 sociální pracovnice
- 1 ekonomický úsek

4.7.1. Rozhovor: Domov pro seniory Pernink

1. Myslíte si, že máte zde v okrese monopolní postavení? Nebo zde existují zařízení poskytující stejné či podobné služby?

V okrese monopolní postavení nemáme, je tu ještě v blízkosti domov se zvláštním režimem, také pro seniory.

2. Existuje nějaká instituce, která zprostředkovává informace zájemcům o Vaši pobytovou službu?

Ano, jsou to úřady a odbor zdravotnictví a sociálních věcí Karlovarského kraje.

3. Jakou strukturu klientů (soběstačnost, zdravotní stav) jste přijímali do Vašeho zařízení před účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a jak se situace změnila po účinnosti? Byli Vašimi uživateli lidé, kteří očividně pomoc potřebovali?

Myslím si, že dříve toto zařízení využívali i lidé, kteří by mohli zůstat doma za podpory terénních služeb.

4. Poskytujete Vaše služby pouze uživatelům, kteří jsou příjemci příspěvku na péči, anebo tyto alespoň upřednostňujete? Případně upřednostňujete příjemce příspěvku ve vyšším stupni?

Příspěvek nemusí mít přiznaný, poté klienti platí podle sazebníku úhrad stanovenou měsíční paušální částku. Jinak ale upřednostňujeme osoby, které z hlediska posouzení závislosti na sociálních službách jsou příjemci III. a IV. stupně příspěvku na péči.

5. Domníváte se, že tento stav byl optimální pro Vaše zařízení?

Optimálnější je asi nyní.

6. Nový zákon řeší to, že uživatel by měl sám rozhodovat o tom, jakou službu si zvolí a komu za ni zaplatí. Uživatel už tedy není objektem veřejné správy a jejího rozhodování. Je to podle Vás krok správným směrem, krok ke zvyšování kvality nabízených služeb?

Ano je to jistý krok ke zvyšování kvality péče.

7. Je pro Vaše zařízení výhodnější, že nový zákon přesně vymezuje jednotlivé typy služeb a základních činností? Uživatel tedy zná, na co má v dané službě nárok.

Ano je to pro nás výhodné, ale výhodnější je to pro uživatele, který ví na co má nárok.

8. Mohou podle Vás být lidé ve velkých pobytových zařízeních sociálně vyloučení? Setkali jste se s tím někde?

Mohou být, ale nikde jsem se s tím nesetkala.

9. S účinností nového zákona vyvstala povinnost poskytovatelů sociálních služeb, mít vypracované standardy kvality sociálních služeb a zajistit jejich plnění. Mělo Vaše zařízení problémy při vytváření a zavádění standardů kvality?

Žádné problémy se u nás nevyskytly, ale samozřejmě standardy stále upravujeme.

10. Po zavedení nového zákona vešla v platnost také povinnost registrovat se. Proběhla tato registrace u Vašeho zařízení bez problémů, anebo jste měly problémy s některými typy poskytovaných služeb?

Registrace také proběhla bez problémů.

11. Došlo v souvislosti se změnou cílové skupiny Vašich uživatelů (před zákonem příjemci důchodu) a po zákonu (snížená soběstačnost) s jejich úbytkem či přírůstkem ve Vašem zařízení?

Nedošlo, máme stále plný stav. Jen s tím, že upřednostňujeme klienty s vyšším příspěvkem, tak to pro nás znamená vyšší nároky na ošetrovatelskou péči.

12. Došlo po zavedení zákona o sociálních službách k zavádění nových druhů služeb ve Vašem zařízení?

Nedošlo. Pouze se rozšířila nabídka fakultativních služeb.

13. Má Vaše zařízení vypracována vnitřní pravidla a pracovní postupy vyplývající ze standardů kvality sociálních služeb? A kdo je ve Vašem zařízení vypracovával?

Ano máme vypracována vnitřní pravidla, a vypracovávala jsem je já.

14. Plánovali jste poskytování sociální služby už před účinností zákona, využívali jste nějaké formy alternativní komunikace?

Ano plánovali jsem již před účinností. Nyní má všech 62 klientů zpracovaný IP a na každého klíčového pracovníka je 6 klientů.

15. Berete a jakým způsobem zohledňujete potřeby a požadavky Vašich uživatelů?
Klient sám může ovlivnit podobu poskytované služby. Má právo si i na kvalitu stěžovat, aniž by byl nějak ohrožen.

16. Kolik uživatelů využilo tzv. přechodného období a nemá uzavřenou smlouvu?
Všichni mají uzavřenou smlouvu.

17. Domníváte se, že Vaše zařízení je úspěšné? Jaká je Vaše představa úspěchu?
Domnívám se, že je úspěšné. A představa úspěchu je pro mě výborná pověst a kvalitní péče.

18. Jaké jsou Vaše dlouhodobé cíle?
Nahradit klientům domov a umožnit jim prožít aktivní a důstojné stáří, zachovat a dále rozvíjet jejich schopnosti a možnosti a vytvářet příležitosti, aby obyvatelé uplatňovali vlastní vůli a jednali na základě vlastního rozhodnutí. A samozřejmě vzdělávání našich zaměstnanců.

19. Jak poptávka po službě ovlivňuje výši úhrady za poskytované služby (strava, ubytování)?

Myslím si, že poptávka neovlivňuje výši cen.

20. Jaká si myslíte, že je Vaše výhoda vůči konkurenci?

Kvalifikovaný personál a kvalitní služby, domácí prostředí.

21. Jak zviditelňujete Vaše zařízení a nabídku služeb pro budoucí uživatele.

Tiskneme informační letáky, pomocí internetových stránek a pomocí zveřejněných článků v časopisech o našich akcích.

22. Jaké prostředky a média používáte k propagaci Vašeho zařízení?

Internet a časopisy, možná někdy noviny.

23. Máte přesně vypracovaný rozpočet na tyto marketingové aktivity a kolik?

Ano máme vždy na každý rok daný rozpočet.

24. V souvislosti s účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, byli jste nuceni vypracovat analýzu trhu, konkurence, atd.,...? Mělo s tím Vaše zařízení

nějaké přímé či nepřímé náklady? A má Vaše zařízení konkrétní osobu, která se tímto zabývá?

Ano vypracovávali jsme, ale spíše než průzkum trhu, tak průzkum našeho zařízení jako celku. Vše jsem si vypracovávala sama, ale do budoucna bych počítala i s odbornou pomocí.

25. Provedlo Vaše zařízení výzkum tržních podmínek a výzkum potřeb a přání budoucích uživatelů sociálních služeb?

Více méně ano, a dokonce jsme zjistili zájem o pobyt v našem zařízení ze strany německých seniorů.

26. Používalo či používá Vaše zařízení SWOT analýzu, pro které oblasti a aktivity? Pokud ne, z jakého důvodu?

Ano prováděli jsme výzkum pomocí této analýzy v oblasti standardů, personálního zajištění a ekonomiky zařízení.

27. Umíte identifikovat silné a slabé stránky Vašeho zařízení?

Silné: Malá kapacita zařízení umí vytvořit domácí atmosféru, individuální přístup ke klientům, kvalitní personální obsazení, realizace akcí vlastními vozidly.

Slabé: Neúplná bezbariérovost, pokoje nemají vlastní sociální zařízení, obtížný přístup k zařízení o víkendech.

28. Umíte identifikovat příležitosti a hrozby pro Vaše zařízení?

Příležitosti: možnost využívání dobrovolníků, rozšíření bezbariérovosti.

Hrozby: Různorodost obyvatel vzhledem ke kvalitě péče.

29. Použili jste někdy metodu „Benchmarking“? Porovnávání své služby a svých postupů s největšími konkurenty.

Ano požívali jsme ji.

30. Co děláte pro zvyšování a měření kvality?

Kvalitu měříme dotazníkovou metodou a zvyšujeme vzděláváním našich zaměstnanců.

31. Máte vytvořeny metody, nástroje a opatření, jejichž pomocí a prostřednictvím jsou prosazovány strategie?

Ano máme vytvořený rozvojový plán pro naše zařízení.

32. Podílí nebo podílelo se Vaše zařízení na KPSS?

Zatím se nepodílelo.

33. Jak zní Vaše poslání?

Základním posláním Domova je umožnit klientům, kteří vzhledem ke svému stáří a zdravotnímu stavu nemohou žít ve svém přirozeném prostředí, žít v Domově pro seniory v Perninku běžným způsobem života a s podporou nabízených sociálních služeb prožít aktivní a důstojné stáří.

34. Co chcete, aby se vybavilo lidem v okolí, při vyslovení jména Vašeho zařízení?

Kvalitní péče a domácí prostředí.

35. Jak se prezentujete a jak byste se chtěli prezentovat?

Prezentujeme se tím, že pro naše klienty pořádáme různé kulturní a sportovní akce a výlety do okolí.

36. Jste spokojeni s tím, co o Vás lidé říkají? Stálo vás to nějaké úsilí a co byste s tím do budoucna chtěli udělat?

Ano jsme spokojeni.

37. Jaká je image Vašeho zařízení? Má Vaše zařízení jednotný styl?

Image našeho zařízení je dobrá a jednotný styl máme.

38. Jaké cíle si klade Vaše zařízení?

Snížit kapacitu klientů nebo rozšířit stavebně kapacitu

Z dvoulůžkových pokojů udělat jednolůžkové se sociálními zařízeními

Věnovat se pouze seniorům

39. Spatřujete v něčem přínosy strategických analýz a v jakých oblastech? (trendy, chyby, úspěchy)

Ano jsou prospěšné z hlediska dobrého fungování zařízení.

40. Myslíte si, že víte co přivádí uživatele do Vašeho zařízení a ne ke konkurenci?

Ano, kvalita poskytované péče.

41. Domníváte se, že se změní zájem uživatelů o Vaše zařízení (snížení, růst)?

Z hlediska stárnoucí populace asi bude neustále růst.

42. Jak byste reagovali když by nastal pokles, aby Vaše kapacita byla naplněná?

Rozšířili nabídku a kvalitu služeb.

43. Představte si, že ve Vašem okolí vznikne nové zařízení, co byste udělali pro to, aby uživatelů zůstali a zároveň přicházeli noví?

Snažili bychom se zjistit co má to nové a nějak se tomu přizpůsobit.

44. Jaké jsou nejbližší termíny Vašich cílů?

Myslím si, že to záleží na financích.

45. Seřadte prosím Vaše cíle dle priorit.

Sjednotit cílovou skupinu

Zvýšit počty pracovníků v přímé péči

Bezbariérové prostory

46. Jsou nějaké služby, které byste chtěli zavést nebo naopak zrušit a proč?

Zatím o žádných neuvažujeme.

47. Přemýšlíte rozšířit okruh uživatelů a proč?

Naopak, chceme se věnovat pouze seniorům, ale dnes máme i osoby se zdravotním postižením.

48. Podle čeho se zájemci o pobytovou službu rozhodují?

Podle pozitivních ohlasů od jejich známých.

49. Jak funguje interní komunikace ve Vašem zařízení?

Myslím si, že na všech úrovních velice dobře. Každý měsíc máme pracovní porady.

50. Jaké jsou osobnostní předpoklady a jiné kvality u Vašich zaměstnanců v přímé obslužné péči?

Empatie, ochota, vstřícnost, kladný vztah k práci, odolnost vůči stresu.

51. Máte vypracovaný dokument, který stanovuje základní principy etického chování zaměstnanců?

Ano máme etický kodex zaměstnance a etický kodex zdravotní sestry. Na vypracovávání jsem se podílela já, vrchní sestra a sociální pracovnice.

52. Spoluvytvářeli poslání Vašeho zařízení také zaměstnanci? Myslíte si, že jejich práce má pro ně smysl a mají pocit, že se spolupodílejí na vytváření dobrého jména Vašeho zařízení?

Ano podíleli se všichni a zřejmě mají ze své práci dobrý pocit.

53. Kolik plánujete uvolnit financí pro rok 2009 na vzdělávání Vašich zaměstnanců?

Máme přesně daný rozpočet, ale nevím přesně.

54. Kolik zaměstnanců od roku 2007/2009 absolvovalo 150 hod kurzů?

Všichni.

55. Zpracováváte vzdělávací plány pro Vaše zařízení? Vycházejí z reálných a individuálních potřeb Vašich zaměstnanců?

Zatím neúplně, tuto oblast bychom chtěli dopilovat.

56. Došlo po zavedení nového zákona ke změnám v organizační struktuře Vašeho zařízení?

Nedošlo.

57. Kolik procent z pracovní doby stráví pracovníci v přímé obslužné péči administrativou?

Myslím si, že je to okolo 30 %.

58. Mají zaměstnanci možnost využívat supervize?

Ano mají, jak pravidelně, tak akutně.

59. Pokud by ceny za služby nebyly deregulovány vyhláškou č. 505/2006 Sb., jaké byste si určili ceny?

Asi by zůstaly na stejné úrovni.

60. Má Vaše zařízení možnost zvýšit si finanční prostředky vedlejší hospodářskou činností?

Zvýšit si nemá, ale máme možnost ušetřit a to v rámci toho, že jsme vybudovali vlastní plynovou kotelnu.

61. Dostává Vaše zařízení nějaké dary, sponzoring? Pokud ano, je zde nějaká osoba, která se tím zabývá? Děláte pro získávání darů, také něco sami?

Ano dostáváme a zabývají se tím administrativní pracovníci.

62. Došlo po zavedení nového zákona o sociálních službách k navýšení nákladů na poskytování sociálních služeb? Jaké položky vyskočily nejvíce nahoru?

Asi mzdy.

63. Myslíte si, že rozdělování dotací je nespravedlivé? Měla by podle Vás rozhodovat kvalita a potřebnost služby?

U některých organizací asi ano.

64. Myslíte si, že tato nejistota může vést k tomu, že poskytovatelé nebudou mít tendenci dávat peníze na propagaci a na zkvalitňování služeb?

Ano, může to tak být.

65. Připadá Vám dotace pro rok 2009 dostatečná?

Zatím máme rozpočet vyrovnaný, takže s ním vyjdeme.

66. Máte vyčleněného jednoho zaměstnance pro komunikaci s uživateli?

Ano, máme dva zaměstnance.

67. Myslíte si, že zákon o sociálních službách Vašemu zařízení přinesl spíše pozitiva či negativa? Jaké byste navrhoval případné změny zákona?

Myslím, že je to pozitivní věc.

4.8. Charakteristika zařízení Domov pro seniory Karlovy Vary – Stará Role

Toto zařízení je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je město Karlovy Vary. Tato služba je určena občanům, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, ale i trvalého zdravotního stavu, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Jde o občany, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu vyžadují 24 hodinovou komplexní a odbornou péči a kteří již vyčerpali všechny dostupné možnosti sociální služby poskytované v terénu a jsou buď osamělí, nebo rodinná péče nedokáže již zabezpečit jejich potřeby.

Všechny služby jsou zaměřeny na cílovou skupinu, tj. seniory, případně zdravotně postižené občany, kteří k životu potřebují komplexní péči, nebo i vyšší stupeň pomoci, jenž jim umožní vést relativně samostatný život v pobytovém zařízení. Služby jsou tedy zaměřeny na konkrétní individuální potřeby jednotlivých občanů s cílem zabezpečit jim plnohodnotný život a pomoci jim zachovat přirozené sociální vazby a životní návyky. Svůj osobní cíl si pak každý klient určuje za pomoci pracovníků Domova důchodců pomocí tzv. "Individuálního plánu klienta".

Domov pro seniory je vybaven vším, co usnadňuje a umožňuje pohyb a samostatný život, tj. bezbariérovost, vyškolený personál, podávání stravy, umožnění nákupů a doplňkových služeb, jako kadeřnictví, rehabilitace, apod.

Kapacita zařízení je 21 lůžek, pokoje jsou s vlastním sociálním zařízením:

- 3 jednolůžkové pokoje
- 3 dvoulůžkové pokoje
- 4 třílůžkové pokoje

Výše úhrady za poskytování sociální služby je:

- 160 Kč denně za ubytování, úklid, praní, žehlení a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení,
- 100 Kč za celodenní stravu.

Personální zajištění:

- 6 stravovací provoz
- 2 prádelna a údržba
- 5 úklid
- 5 zdravotních sester
- 2 pracovníci v sociálních službách
- 1 sociální pracovnice
- 1 vrchní sestra

4.8.1. Rozhovor: Domov pro seniory Karlovy Vary – Stará Role

1. Myslíte si, že máte zde v okrese monopolní postavení? Nebo zde existují zařízení poskytující stejné či podobné služby?

Monopolní postavení nemáme, je tu spousta zařízení poskytujících stejné služby.

2. Existuje nějaká instituce, která zprostředkovává informace zájemcům o Vaši pobytovou službu?

Dá se říct, že je to krajský úřad, který vydává takový sborník sociálních služeb.

3. Jakou strukturu klientů (soběstačnost, zdravotní stav) jste přijímali do Vašeho zařízení před účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a jak se situace změnila po účinnosti? Byli Vašimi uživateli lidé, kteří očividně pomoc potřebovali?

Struktura klientů se nezměnila, teď je to spíše systematizované, to znamená, že přijímáme uživatele s přiznaným příspěvkem na péči.

4. Poskytujete Vaše služby pouze uživatelům, kteří jsou příjemci příspěvku na péči, anebo tyto alespoň upřednostňujete? Případně upřednostňujete příjemce příspěvku ve vyšším stupni?

Ano, pouze těmto uživatelům a minimálně musí mít tedy přiznaný stupeň I., to ukazuje na potřebnost. Příjemce s vyšším příspěvkem neupřednostňujeme. Máme vnitřní směrnici, která je používána při přijímání klienta, kde jsou asi 4 kritéria k tomu, aby mohl být klient přijat.

5. Domníváte se, že tento stav byl optimální pro Vaše zařízení?

Pro nás je optimálnější současný stav.

6. Nový zákon řeší to, že uživatel by měl sám rozhodovat o tom, jakou službu si zvolí a komu za ni zaplatí. Uživatel už tedy není objektem veřejné správy a jejího rozhodování. Je to podle Vás krok správným směrem, krok ke zvyšování kvality nabízených služeb?

Je to určitý krok ke zvyšování kvality.

7. Je pro Vaše zařízení výhodnější, že nový zákon přesně vymezuje jednotlivé typy služeb a základních činností? Uživatel tedy zná, na co má v dané službě nárok.

Určitě je výhodnější, protože přesněji specifikuje práva a povinnosti obou stran.

8. Mohou podle Vás být lidé ve velkých pobytových zařízeních sociálně vyloučeni? Setkali jste se s tím někde?

Na to neumím dobře odpovědět, protože jsem se s tím nikde neseťkal, ale teoreticky velká zařízení k tomu mohou inklinovat.

9. S účinností nového zákona vyvstala povinnost poskytovatelů sociálních služeb, mít vypracované standardy kvality sociálních služeb a zajistit jejich plnění. Mělo Vaše zařízení problémy při vytváření a zavádění standardů kvality?

Vypracovali jsme a zavedli úplně bez problémů.

10. Po zavedení nového zákona vešla v platnost také povinnost registrovat se. Proběhla tato registrace u Vašeho zařízení bez problémů, anebo jste měly problémy s některými typy poskytovaných služeb?

Proběhla také úplně bez problémů.

11. Došlo v souvislosti se změnou cílové skupiny Vašich uživatelů (před zákonem příjemci důchodu) a po zákonu (snížená soběstačnost) s jejich úbytkem či přírůstkem ve Vašem zařízení?

Já bych řekl, že je to zhruba stejné.

12. Došlo po zavedení zákona o sociálních službách k zavádění nových druhů služeb ve Vašem zařízení?

Nedošlo.

13. Má Vaše zařízení vypracována vnitřní pravidla a pracovní postupy vyplývající ze standardů kvality sociálních služeb? A kdo je ve Vašem zařízení vypracovával?

Máme je vypracována a podílel se na tom každý pracovník.

14. Plánovali jste poskytování sociální služby už před účinností zákona, využívali jste nějaké formy alternativní komunikace?

Nevím co se tím myslí, ale do jisté míry asi ano.

15. Berete a jakým způsobem zohledňujete potřeby a požadavky Vašich uživatelů?

To by mělo být v individuálním plánu, takže veškeré změny se projeví tam.

16. Mají uživatelé možnost ovlivnit podobu poskytovaných služeb?

Ano mají.

17. Kolik uživatelů využilo tzv. přechodného období a nemá uzavřenou smlouvu?

Nikdo, všichni mají uzavřené smlouvy.

18. Domníváte se, že Vaše zařízení je úspěšné? Jaká je Vaše představa úspěchu?

Samozřejmě, že je úspěšné a moje představa úspěchu je spokojenost klientů.

19. Jaké jsou Vaše dlouhodobé cíle?

Aby to fungovalo pořád stejně dobře, aspoň v té kvalitě jak je tomu dnes.

20. Jak poptávka po službě ovlivňuje výši úhrady za poskytované služby (strava, ubytování)?

Neovlivňuje to v podstatě nijak.

21. Jaká si myslíte, že je Vaše výhoda vůči konkurenci?

To, že je to zařízení menšího typu, sídlíme ve městě, které je naším zřizovatelem.

22. Jaké aktivity podnikáte, popřípadě podniknete pro podporu „prodeje“ Vašich služeb.

Máme propagační materiály, jsme zaregistrováni na internetu.

23. Jaké prostředky a média používáte k propagaci Vašeho zařízení?

Internet, informační letáčky.

24. Máte přesně vypracovaný rozpočet na tyto marketingové aktivity a kolik?

Přímo rozpočet na to nemáme, spíše dle možností. Máme prioritnější záležitosti.

25. V souvislosti s účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, byli jste nuceni vypracovat analýzu trhu, konkurence, atd.,...? Mělo s tím Vaše zařízení nějaké přímé či nepřímé náklady? A má Vaše zařízení konkrétní osobu, která se tímto zabývá?

Nebyly, protože my máme spoustu neuspokojených zájemců, takže jsme se tomu vyhnuli. A pokud by to někdo vypracovával, tak vedoucí pracovníci jednotlivých úseků – já, vedoucí domova pro seniory a vedoucí pečovatelské péče.

26. Používalo či používá Vaše zařízení SWOT analýzu, pro které oblasti a aktivity?

Pokud ne, z jakého důvodu?

Co to je? Nevím, nepoužívali.

27. Použili jste někdy metodu „Benchmarking“? Porovnávání své služby a svých postupů s největšími konkurenty.

Dalo by se říct, že to neděláme, protože to nepotřebujeme.

28. Co děláte pro zvyšování a měření kvality?

Pro to by měly sloužit standardy.

29. Máte vytvořeny metody, nástroje a opatření, jejichž pomocí a prostřednictvím jsou prosazovány strategie?

Asi nemáme, spíš bych řekl že ne.

30. Podílí nebo podílelo se Vaše zařízení na KPSS?

Podílí, protože v komisi pro komunitní plánování máme dva naše pracovníky.

31. Jak zní Vaše poslání?

Poskytnout potřebné služby a péči cílovým skupinám.

32. Co chcete, aby se vybavilo lidem v okolí, při vyslovení jména Vašeho zařízení?

Domov.

33. Jste spokojeni s tím, co o Vás lidé říkají? Stálo vás to nějaké úsilí a co byste s tím do budoucna chtěli udělat?

Pokud víme co o nás říkají, tak nás chválí a stojí nás to každodenní úsilí.

34. Jak byste chtěli, aby se Vaše zařízení prezentovalo navenek, směrem k novým uživatelům? Co chcete, aby lidé řekli o výsledcích Vaší práce?

Chtěli bychom se prezentovat jako solidní zařízení poskytující kvalitní služby.

35. Jaká je image Vašeho zařízení? Má Vaše zařízení jednotný styl?

Máme jednotný styl, jak u oblečení, tak i v administrativních věcech.

36. Jaké cíle si klade Vaše zařízení?

Stavebně rozšířit kapacitu domova pro seniory, zavést kvalitu ISO a veřejně deklarovat své cíle směrem k uživatelům.

37. Spatřujete v něčem přínosy strategických analýz a v jakých oblastech? (trendy, chyby, úspěchy)

Moc nespatřuji žádný význam.

38. Myslíte si, že víte co přivádí uživatele do Vašeho zařízení a ne ke konkurenci?

Jednak to, že jsme na území Karlových Varů, že jsme malý a kvalitní péče.

39. Domníváte se, že se změní zájem uživatelů o Vaše zařízení (snížení, růst)?

Myslím si, že bude zájem neustále růst.

40. Jak byste reagovali když by nastal pokles, aby Vaše kapacita byla naplněná?

To je těžko říct, jelikož tuto situaci nepředpokládáme, ale asi bychom zvýšili prezentaci zařízení, ale cen by se to nedotklo.

41. Jste si vědom Vašich slabých stránek, vnějších i vnitřních? Víte jaké mohou být jejich následky?

Slabou stránku, kterou vnímáme je např. hodně klientů na pokoji, nyní máme spíše třílůžkové pokoje. Silných stránek je mnoho, např. poloha zařízení, dostatek personálu, výborná kuchyně, celková péče je dobrá.

42. Jaké jsou nejbližší termíny Vašich cílů?

Pro tento rok se zřejmě nic nezmění.

43. Seřadte prosím Vaše cíle dle priorit.

Oprava zařízení, které je v havarijním stavu.

44. Jsou nějaké služby, které byste chtěli zavést nebo naopak zrušit a proč?

Neuvažujeme o ničem.

45. Přemýšlíte rozšířit okruh uživatelů a proč?

Ne.

46. Jak funguje interní komunikace ve Vašem zařízení?

Předávání informací funguje na poradách vedení a poradách zaměstnanců. Dále si zaměstnanci mezi sebou předávají informace pomocí denních hlášení a osobních plánů. Porady jsou jednou za měsíc.

47. Jaké jsou osobnostní předpoklady a jiné kvality u Vašich zaměstnanců v přímé obslužné péči?

Bezúhonnost, schopnost přístupu ke klientům, empatie.

48. Máte vypracovaný dokument, který stanovuje základní principy etického chování zaměstnanců?

Ano máme vypracované etický kodex zaměstnance a etický kodex zdravotní sestry.

49. Spoluvytvářeli poslání Vašeho zařízení také zaměstnanci? Myslíte si, že jejich práce má pro ně smysl a mají pocit, že se spolupodílejí na vytváření dobrého jména Vašeho zařízení?

Ano samozřejmě, všichni zaměstnanci se spolupodíleli.

50. Kolik plánujete uvolnit financí pro rok 2009 na vzdělávání Vašich zaměstnanců?
Myslím, že tam pro letošní rok máme částku okolo 30 000 Kč.

51. Kolik zaměstnanců od roku 2007/2009 absolvovalo 150 hod kurzů?

Asi absolvovali všichni.

52. Zpracováváte vzdělávací plány pro Vaše zařízení? Vycházejí z reálných a individuálních potřeb Vašich zaměstnanců?

Ano to zpracovává vrchní sestra ve spolupráci s každým zaměstnancem.

53. Došlo po zavedení nového zákona ke změnám v organizační struktuře Vašeho zařízení?

Nedošlo k žádným změnám.

54. Kolik procent z pracovní doby stráví pracovníci v přímé obslužné péči administrativou?

Dost, pokud bych to odhadl, tak asi okolo 10 %.

55. Mají zaměstnanci možnost využívat supervize?

Ano, máme uzavřenou smlouvu se supervizorem a probíhá tak jednou za 2-3 měsíce.

56. Pokud by ceny za služby nebyly deregulovány vyhláškou č. 505/2006 Sb., jaké byste si určili ceny?

My nejsme na stropu, ale asi by ta úroveň zůstala stejná.

57. Má Vaše zařízení možnost zvýšit si finanční prostředky vedlejší hospodářskou činností?

Dalo by se říct že organizace má, jelikož tam poskytují závodní stravování pro veřejnost.

58. Dostává Vaše zařízení nějaké dary, sponzoring? Pokud ano, je zde nějaká osoba, která se tím zabývá? Děláte pro získávání darů, také něco sami?

Ano dostáváme, zabývá se tím vedoucí vrchní sestra a oslovujeme sami.

59. Došlo po zavedení nového zákona o sociálních službách k navýšení nákladů na poskytování sociálních služeb? Jaké položky vyskočily nejvíce nahoru?

Nejvíce vyskočily administrativní položky a školení zaměstnanců.

60. Myslíte si, že rozdělování dotací je nespravedlivé? Měla by podle Vás rozhodovat kvalita a potřeba služby?

Je nespravedlivé, ale problém je v tom, kdo to zhodnotí. Kvalita a potřeba je prioritní, ale vždy to bude někdo hodnotit subjektivně.

61. Myslíte si, že tato nejistota může vést k tomu, že poskytovatelé nebudou mít tendenci dávat peníze na propagaci a na zkvalitňování služeb?

Ano, může to tak být, protože budou šetřit.

62. Případá Vám dotace pro rok 2009 dostatečná?

Když to zhodnotím komplexně, tak je dostačující.

63. Máte vyčleněného jednoho zaměstnance pro komunikaci s uživateli?

Přímo vyčleněného nemáme.

64. Myslíte si, že zákon o sociálních službách Vašemu zařízení přinesl spíše pozitiva či negativa? Jaké byste navrhoval případné změny zákona?

Pozitivní je, že zákon zavedl příspěvek na péči, protože je to pro nás objektivní hledisko, zda ten člověk potřebuje péči. A negativa vidím v enormním nárůstu administrativy, v zavedení standardů a inspekce kvality, která také není dopracována. Navrhoval bych zrušit inspekci, myslím si, že je dost subjektivní.

4.9. Analýza dokumentů

Zařízení zpřístupňuje informace o poslání, cílech, principech a cílové skupině uživatelů služeb a další informace, které usnadní orientaci pro zájemce o služby a jiné subjekty, čímž přispívá k dostupnosti služeb. V tomto rozboru se budu zabývat informačními letáky a webovými stránkami zařízení, zda z mého, byť subjektivního hlediska, obsahují vše potřebné pro snadnou orientaci.

Tabulka je ohodnocena bodově v rozmezí 1-5 bodů, přičemž:

- 1- výborně popsáno
- 2- velmi dobře popsáno
- 3- dobře popsáno
- 4- nedostatečně popsáno
- 5- informace zcela chybí nebo není dle zákona

Vysvětlivky k tabulce:

NdZ – Název dle zákona (domov pro seniory/domov důchodců).

MP – Je uvedeno místo poskytování služby, popsáno i prostředí, adresa, atd.

KdZ – Na letáku jsou uvedeny kontakty do zařízení.

www – Přehlednost stránek a zda obsahují, ceník, dokumenty, poslání, cíle, atd.

Poslání a cíle – zda mají uvedené poslání a cíle na letáku.

Csk – Zda leták obsahuje vymezení cílové skupiny.

PdC – Jak jsou uvedeny principy dosahování cílů.

Foto – Jaké mají fotografie uvedené v letáku.

Sz – Zda je tam uveden statutární zástupce.

Název	NdZ	MP	KdZ	www	poslání	cíle	Csk	PdC	foto	Sz
<i>Horní Planá</i>	5	3	1	1	1	1	2	1	1	1
<i>Loucký Mlýn</i>	5	1	4	2	2	2	2	4	2	5
<i>G-centrum</i>	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2
<i>Stará Role</i>	5	4	4	4	5	4	5	5	5	5
<i>Pernink</i>	5	1	3	3	4	5	5	5	3	5
<i>Vila Maria</i>	1	3	1	1	1	5	1	1	4	5

5. Diskuse

Ve své diplomové práci jsem se zabývala zhodnocením marketingových strategií jednotlivých zařízení sociálních služeb v podmínkách působení zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento výzkum probíhal v Karlovarském a Jihočeském kraji, kde byla vytipována zařízení z registru poskytovatelů sociálních služeb, která poskytují pobytové služby seniorům. Dalším kritériem bylo vybrat tato zařízení za každý kraj tři podle jejich zřizovatele. Podmínkou bylo, že vždy jedno zařízení z každého kraje zřizuje kraj, dalším zřizovatelem bude město a nakonec soukromý zřizovatel. Na základě toho byla vybrána zařízení, která poskytovala sociální službu Domov pro seniory nebo Domov se zvláštním režimem, jejichž hlavní cílovou skupinou jsou senioři. V rámci tohoto výzkumu jsem zjišťovala úroveň marketingových strategií jednotlivých zařízení, poskytujících sociální služby seniorům. Do tohoto výzkumu byli zapojeni ředitelé těchto organizací a byl s nimi proveden rozhovor. Dále byla provedena analýza informačních letáků a internetových stránek, které používají organizace ke svému prezentování.

Marketing sociální péče nemá v České republice dlouhou historii a i přes několik výjimek, především u soukromých poskytovatelů sociálních služeb, jde o segment sociální péče, kterému není věnována dostatečná pozornost. Jak uvádí Horecký (17), hlavním důvodem je stále převis poptávky po sociálních službách nad nabídkou a monopolní postavení většiny poskytovatelů v rámci svých regionů.

Toto téma je velice důležité z hlediska demografického stárnutí obyvatelstva. Jak uvádí Janečková (23), tento fenomén se netýká pouze nás, ale všech vyspělých zemí světa. Podíl starších osob roste a důsledky tohoto jevu se promítají do ostatních oblastí života společnosti.

Zařízení poskytující sociální služby musí proto věnovat stále více pozornosti otázkám kvality poskytované péče, která se dostává, jak uvádí Hermanová (14), do popředí péče.

V roce 2007 přichází nový zákon o sociálních službách, který je základním nástrojem pro vznik tržního nebo pseudotržního prostředí sociálních služeb. Jeho

příprava a platnost představuje však pro poskytovatele enormní vypětí a pracovní vytížení, čímž je problematika marketingu opět odsouvána do pozadí.

Nyní si tedy rozebereme výsledky rozhovorů, které mi poskytli ředitelé jednotlivých zařízení. V diskusi se budeme snažit z těchto výsledků zhodnotit, zda se zařízení ztotožnila s novým zákonem o sociálních službách, zda mají vypracované marketingové strategie a jestli je rozdíl mezi zařízeními dle jejich zřizovatele.

Na otázku, týkající se monopolního postavení poskytovatele v okrese, si většina ředitelů uvědomuje a připouští možnost určité konkurence. Výjimkou byly zařízení, jejichž zřizovateli byly soukromé subjekty, zde žádná konkurence nebyla. Na trhu byly charakterem a kvalitou svých služeb na prvním místě. Zda existuje nějaká instituce, která zprostředkovává informace klientům o jejich službách, shodně všichni odpověděli, že jsou to různé úřady, referáty sociálních věcí a některé neziskové organizace. Zatímco současnou část klientů v těchto zařízeních tvoří lidé, kteří do domova pro seniory odešli především z toho důvodu, že se o ně většinou rodina nechtěla postarat a aby jim přenechali byt, po zavedení příspěvku na péči, se podle Průši (42), budou klienty domovů pro seniory v naprosté většině případů pouze ti příjemci, jimž bude příspěvek na péči přiznán v nejvyšší úrovni. S tímto názorem souhlasila většina a také souhlasila s tím, že tento stav před účinností zákona nebyl až tak optimální, jak je tomu dnes. Co se týče příspěvku na péči, většina zařízení upřednostňovala příjemce s přiznaným vyšším stupněm. Pouze soukromá zařízení netrvala při přijetí klienta na výši příspěvku. Pokud nebyl přiznán, doplácela za klienta jeho rodina. Pokud si klient nevěděl rady s vyřízením a podáním žádosti, zařízení mu vždy pomohlo a vše zajistilo. Jak tvrdí Matoušek (46), příspěvek na péči je rovněž koncipován s tím, že bude vytvářet zdravé konkurenční prostředí mezi poskytovateli sociálních služeb. Příspěvek totiž činí z osoby potřebné péče „zákazníka“, který si služby jemu poskytované „kupuje“. Je to tedy krok správným směrem.

V souvislosti ze změnou cílové skupiny uživatelů nedošlo ani v jednom z případů k jejich úbytku. Buď zůstával stav stejný, nebo naopak došlo k nárůstu počtu nových žádostí. Pokud byl zdravotní stav nebo sociální situace klienta ve velice špatném stavu, byl tento klient na čekací listině upřednostňován. Přejížděného období

nevyužil nikdo z klientů, všichni již mají uzavřené smlouvy. Velice pozitivně ředitelé vnímali také přesné vymezení typů služeb a základních činností, jež stanovuje nový zákon. Je to velice výhodné jak pro ně, tak i pro uživatele, jelikož přesněji specifikuje práva a povinnosti obou stran. K zavádění nových druhů služeb nedocházelo.

S účinností nového zákona také vyvstala povinnost registrovat se, což u všech zařízení proběhlo bezproblémově. Další povinností, kterou zákon ukládal, je mít vypracované standardy kvality sociálních služeb a zajistit jejich plnění. Většina zařízení se shodla na tom, že největším problémem je zavádění těchto standardů do praxe a do již dříve zaběhlého systému. Někteří zaměstnanci s jejich akceptací měli určité problémy. Jak uvádí Sokol (47), zavedení standardů do praxe na celonárodní úrovni je v souladu s trendy nastolenými Evropskou unií a umožňuje porovnat efektivitu jednotlivých druhů služeb i efektivitu jednotlivých zařízení, které poskytují stejný druh sociální služby. Podle Zacharové (58), zvláštní pozornost zasluhuje realizace standardů mezi poskytovatelem sociálních služeb a zájemcem, která se v našem případě týká seniorské populace. Jednání zde musí mít pevně stanovená pravidla a řád, cíl a formu s možností uplatnění práva svobodné volby zájemce o službu. Musíme počítat s bio-psycho-sociálními zvláštnostmi seniorů a v některých případech problémy s komunikací, jež je způsobeno onemocněním nebo stářím. Všechna zařízení měla také vypracována vnitřní pravidla a pracovní postupy vyplývající ze standardů kvality sociálních služeb. Na jejich vypracování se podíleli ředitelé a vedoucí pracovníci jednotlivých úseků a pouze v jednom případě, krajského zařízení Jihočeského kraje, je vyčleněna jedna sociální pracovnice, která se těmito záležitostmi zabývá intenzivněji. Soukromé zařízení v Jihočeském kraji dokonce na pomoc přizvalo i odborníky.

Pokud se jedná o individuální plánování průběhu sociální služby, tak ve čtyřech případech plánovali již před účinností zákona a pouze ve dvou zařízeních individuální plánování nepoužívali, a to městské zařízení v Karlových Varech a krajské zařízení v Jihočeském kraji. Individuální plánování služeb, podle Sokola (47), napomáhá uživatelům služby poznat detailně sociální službu, která je jim poskytována.

Ve všech zařízeních mohou uživatelé ovlivňovat podobu jim poskytovaných služeb, a to za pomoci anonymních schránek, změn v individuálních plánech a v jednom

případě dokonce existuje „Rada klientů“. Vše je s nimi projednáváno sociálními pracovníci nebo klíčovými pracovníky. Možnosti jsou ale samozřejmě limitovány zdravotním stavem klientů.

Všichni ředitelé mají o svém zařízení představu, že je úspěšné a úspěšné i nadále bude. Jejich představa úspěchu je kvalitní péče, spokojenost klientů a vysoká poptávka. Soukromá zařízení také navíc uvádí, že úspěchem jsou nové zákony v této oblasti a vícezdrojové financování. Podle Vostrovského (55), je vzorec úspěchu v tom, že máme jasně stanovené cíle, máme dobře vymyšlené plánování a musí zde fungovat týmová práce.

Většina zařízení si také vytyčila určité cíle, kterých by chtěla dosáhnout, ale samozřejmě jsou závislá na výši poskytnutých dotací. Hlavními cíly bylo, aby se klienti v jejich zařízení cítili jako doma a aby jim byla poskytována kvalitní péče. Dále by zařízení chtěla provést určité stavební úpravy, a to v oblasti rozšíření kapacit nebo úpravy vícelůžkových pokojů, a v neposlední řadě zvýšit bezbariérovost zařízení. Soukromá zařízení si kladla za cíl jít s dobou a neustrnout, neustále se vzdělávat a otvírat další podobná zařízení pro tyto klienty. Pokud na sobě nebudou pracovat, budou jako celorepublikový průměr a o to, podle jejich slov, nestojí. Cíle, podle Vostrovského (55), vyjadřují čeho, chce zařízení dosáhnout v dlouhodobém i krátkodobém horizontu.

Na otázku, zda poptávka ovlivňuje výši ceny za poskytnuté služby, se všechna zařízení shodla, že neovlivňuje. Jediné co zřejmě ovlivňuje cenu je region, ve kterém se zařízení nachází. A další důležitou věcí je, že cena je ovlivněna vyhláškou 505/2006 Sb. Pokud by ceny nebyly deregulovány vyhláškou, tak by ani tak většina zařízení neměla tendenci zvyšovat, někteří již dnes jsou na stropu. Ti, co nejsou na stropu, nemají tendenci zvyšovat, jelikož vědí, že by na to lidé nedosáhli. Pouze soukromá zařízení by zvýšila cenu.

Pokud měla zařízení specifikovat své výhody vůči konkurenci, jednalo se tedy pouze o zařízení městská a krajská, uváděla jako své výhody vysokou kvalitu péče, kvalifikovaný personál, nabídka velkého množství aktivit pro trávení volného času seniorů. Malá zařízení také uváděla výhodu domácího prostředí. Soukromá zařízení

samozřejmě v okrese konkurenci neměla, tudíž jejich výhodou je prostředí a kvalita služeb, které nabízejí. Dále také velké množství nabízených fakultativních služeb.

Dále všechna zařízení používají k propagaci svých služeb informační letáčky, samozřejmě každé zařízení v jiné kvalitě, dále noviny, rozhlasové stanice a články v odborných časopisech. V některých zařízeních probíhají dny otevřených dveří. Každé z těchto zařízení má internetové stránky, kde předkládá budoucím i současným uživatelům důležité informace. Podle Stejskalové (10), jsou sdělovací prostředky významným informačním a vlivovým kanálem směrem k dalším cílovým skupinám. Svoji nezávislostí významně ovlivňují veřejné mínění, spoluvytvářejí názorové proudy a trendy. Informace, kterou veřejnosti předkládá novinář, má punc důvěryhodnosti a objektivity.

Na tyto marketingové aktivity mají tři zařízení přesně stanovený rozpočet, který by neměla překročit, další dvě zařízení využívají peníze z celkového rozpočtu, ale strop nemají a jedno soukromé zařízení má tolik propagačního materiálu, že pro tento rok není třeba zvláštních financí, ale strop také nemají.

Zda došlo v souvislosti s účinností nového zákona o sociálních službách k analýze trhu, tržních podmínek a výzkum potřeb a přání budoucích uživatelů, odpověděla jednotlivá zařízení takto: městská zařízení v obou krajích žádnou analýzu neprovedla, ostatní zařízení, ať už soukromá či krajská, analýzu trhu provádějí, a to za účelem zjištění, jak si jejich zařízení vede a jakým směrem by se mělo ubírat. Jedno zařízení dokonce zjistilo zájem ze strany německých seniorů.

Jak uvádí Horecký (17), při průzkumu trhu neziskového sektoru, resp. trhu sociálních služeb, je nutné uvědomit si elementární odlišnosti od ziskového tržního prostředí. Základní odlišností je, že neziskový trh je orientován na poskytované služby, které nelze skladovat, tudíž se obtížně reaguje na změny poptávky. Další významnou odlišností je skutečnost, že ceny za poskytované služby jsou kalkulovány a regulovány na základě jiných než tržních pravidel, tzn. neodrážejí nákladovost tržby. Služba je finančně dotována státem nebo jiným zdrojem a její poskytování na tomto trhu je odvislé na poskytovateli dotace.

Ke stanovení marketingové strategie je zapotřebí provést analýzu zařízení. Jednou z možností, jak zpracovat průzkum vnitřního prostředí zařízení, je za pomoci SWOT analýzy. Tato analýza slouží podle Horákové (16), k základní identifikaci současného stavu organizace. Sumarizuje faktory působící na efektivnost marketingových aktivit a ovlivňující dosažení vytyčených cílů. Tuto analýzu používají pouze tři zařízení, a to obě krajská a městské zařízení Jihočeského kraje. Zbytek zařízení tuto analýzu nepoužívá, jelikož neznají pojem, nebo se v této oblasti teprve vzdělávají. Kromě jednoho městského zařízení v Karlovarském kraji uměla všechna zařízení správně identifikovat svoje silné a slabé stránky, dále identifikovala možné příležitosti. Žádné ze zařízení nevidí možné hrozby, snad pouze v nedostatečném přísunu financí a vzniku možné konkurence.

Metodu benchmarking používá stejné složení zařízení jako výše uvedenou SWOT analýzu. Jak uvádí Friedel (13), záměrem benchmarkingu je stanovit cíle pro to, aby zařízení mohlo nastartovat realistický proces zlepšování, a aby porozumělo změnám, které jsou k takovému zlepšování nutné. Benchmarking dává podněty k efektivní konkurenceschopnosti a jeho hybnou silou je duch "učení se pomocí sdílení".

Z těchto výsledků dále vyplynulo, že kromě obou krajských zařízení, nemá ani jedno vypracovaný žádný plán, kde by byly prosazovány strategie zařízení. A přitom podle Stephena (49), plánování umožňuje koordinaci aktivit a poskytuje směr, jak manažerům, tak i ostatním zaměstnancům. Plánování také redukuje nejistotu tím, že nutí manažery dívat se dopředu, odhadovat vývoj situací a odpovídajícím způsobem na ně reagovat.

Většina zařízení se ale shodla na tom, že strategické analýzy pozitivní přínos mají, a to z hlediska dobrého fungování zařízení. Soukromá zařízení uvádějí, že přínos by měly, ale pokud by zde existovala konkurence. Pouze městské zařízení v Karlovarském kraji žádný přínos v této oblasti nevidí.

Hodnocení kvality péče v pobytových zařízeních sociálních služeb je podle Hermanové (14), určováno především úrovní odborné ošetrovatelské péče, úrovní komunikace mezi klienty a pracovníky, úrovní hotelových služeb, úrovní produktivity

systému a efektivitu využití zdrojů, tj. pracovníků, lůžkového fondu, finančních prostředků a úrovní řízení a koordinace procesů.

Co se týče komunitního plánování, tak u dvou zařízení, v jednom zaměstnanci a v druhém ředitel, se osobně podíleli na komunitním plánování sociálních služeb a mohli tak použít KPSS jako výchozí materiál pro stanovení marketingového strategického plánu.

Další velmi důležitou věcí, která je dána Standardem č. 1, je definování poslání zařízení. Podle Sokola (47), je poslání zdůvodněním poskytování sociálních služeb, zdůvodněním existence zařízení poskytujícího sociální služby a jeho činnosti. Toto poslání má dlouhodobý horizont. Jaké poslání si zvolila jednotlivá zařízení pro svou prezentaci jsem zkoumala z jejich internetových stránek. Nejvýstižněji poslání definovala městské a krajské zařízení v Jihočeském kraji. U ostatních zařízení byla poslání neúplná, neobsahovala tedy vše, co by měla mít. Na tvorbě těchto poslání se spolupodíleli skoro všichni zaměstnanci jednotlivých zařízení, pouze u soukromého zařízení v Jihočeském kraji muselo putovat poslání do rukou profesionálů a ti mu dali finální podobu. Ředitelé se v tomto případě domnívají, že jejich zaměstnanci práci naplňují a cítí se ve své práci dobře.

Tato zařízení se prezentují navenek jako kvalitní a solidní zařízení, nabízející důstojné podmínky života a stáří. Všichni ředitelé si o svých zařízeních myslí, že mají dobrou pověst a lidé v okolí je vnímají pozitivně. Chtěli by také, aby se lidem při vyslovení jména jejich zařízení, vybavila myšlenka „kvalitní péče a domácího prostředí“. Některá zařízení se prezentují také tím, že pro své klienty pořádají různé kulturní, sportovní akce a výlety do okolí. Každé zařízení, které již na trhu funguje, má nějakou image. Do jaké míry odpovídá image realitě a zájmům zařízení, je výsledkem, jak vědomě budované identity, tak vnější a vnitřní komunikace. Komunikačním cílem vedení je podle Stejskalové (10), buď stávající image posilovat nebo ji cíleně měnit, aby lépe odpovídala potřebám zařízení. Všechna zařízení vykazovala jednotný vizuální styl, jak v oděvech, tak materiálech a dokumentech.

Zařízení sociálních služeb je bezesporu složitý organismus, je to prostředí hierarchické se zcela jasně danými procesy a odpovědnostmi. Špatné vztahy jsou tedy

na pracovišti většinou na denním pořádku. Je tedy velmi důležitá správně fungující interní komunikace. Všichni ředitelé se shodli, že interní komunikace funguje výborně, pokud zde existuje dobře sehraný tým zaměstnanců. U většiny zařízení funguje interní komunikace, jak na vertikální, tak na horizontální úrovni. Informace si zaměstnanci mezi sebou předávají pomocí interní sítě-intranetu nebo pomocí denních hlášení. Dále pořádají pracovní porady mezi zaměstnanci jednotlivých úseků a mezi všemi zaměstnanci a vedením. Podle Stejskalové (10), je interní komunikace funkcí leadershipu. Je odpovědností každého, kdo plní v zařízení sociálních služeb manažerskou funkci. Interní komunikace je podstatou manažerské práce, a nikoliv zdržováním od práce. Rozhodujícím výstupem interní komunikace je to, jak zaměstnanci svoji práci vykonávají, jak se chovají a jak o ní hovoří.

Pro komunikaci s uživateli uvnitř zařízení jsou určeny ve většině případů sociální pracovníci, dá se také říci, že by měli být proškoleni všichni zaměstnanci. Navenek tato zařízení zastupují samotní ředitelé. Jak uvádí Horecký (17), vztahy s veřejností musí být pozitivní, neboť je to základní podmínka úspěšnosti.

Mezi nejvíce preferované osobnostní předpoklady u zaměstnanců uváděli ředitelé: komunikativnost, vstřícnost, empatie, kvalifikovanost, bezúhonnost, kladný vztah k práci, ochota se vzdělávat, odolnost vůči stresu, spolehlivost. Soukromé zařízení v Jihočeském kraji mi potvrdilo, že u nich se osobnostní předpoklady vykrystalizují až během zkušební doby, jelikož zdravotních sester je jako šafránu, nemohou si vybírat podle určitých kritérií.

Všechna zařízení také mají vypracovány dokumenty, které stanovují základní principy etického chování zaměstnanců. Jsou jimi etický kodex zaměstnance a etický kodex zdravotní sestry.

Požadavky na znalosti a dovednosti lidí pracujících v sociálních službách se neustále zvyšují. vzdělávání a formování pracovních schopností se stalo celoživotním procesem. Podle Bednáře (2), patří mezi hlavní důvody neustálého vzdělávání: nové požadavky na výkon práce, nové metody a pracovní postupy, nutnost zvládat organizační změny, výrazná orientace na kvalitu, změna vnějších i vnitřních podmínek, změna organizace práce a tlak na efektivitu práce. Většina zařízení vypracovává

vzdělávací plány pro své zaměstnance, které vycházejí z jejich vlastních požadavků. Vybírají si je na základě toho, s jakou klientelou pracují, a co je v této oblasti pro ně přínosné. Krajská zařízení v obou krajích konkrétní vzdělávací plány nemají, ale v rámci každoročního hodnocení zaměstnanců jim vzdělávání doporučují, tedy pokud je nutno. Ještě by se ráda v této oblasti zařízení zdokonalila. Všichni zaměstnanci mají také absolvovaný 150 hod. kurz.

Na vzdělávání zaměstnanců má většina zařízení přesně daný rozpočet. Tento rozpočet je u soukromého a krajského zařízení Jihočeského kraje daný potřebami zaměstnanců a řeší se až ve chvíli, kdy je aktuální. Tato zařízení nemají proto žádný strop. U ostatních zařízení se finanční rozpětí pohybovalo od 30 tis do 90 tis. pro tento rok.

V rámci prevence syndromu vyhoření mají zaměstnanci možnost využívat supervize. Do většiny zařízení dochází externí supervizor a pouze v soukromém zařízení v Jihočeském kraji je paní ředitelka zároveň i supervizorkou.

Zákon také stanovil mnoho administrativních povinností, které poskytovatele zatěžují. Poskytovatel musí být registrován a k registraci musí splnit řadu povinností. Dále se musí podrobit kontrole orgánu inspekce kvality, musí naplnit standardy kvality, a to vše musí mít dokonale zdokumentováno a popsáno. Podle Krásky (30), veškerá tato administrativní náročnost vede na druhou stranu k tomu, že klient bude mít větší jistotu, že mu je poskytována kvalitní péče. Ve většině zařízení se ale tato doba na administrativní činnosti značně lišila. Ředitelé udávali u zdravotních sester rozmezí 10% - 50% a u sociálních pracovníků rozmezí 30% - 70% z celkové pracovní doby. Ve všech případech také zařízení uvádějí, že s účinností nového zákona u nich nedošlo k organizačním změnám.

Jako svoje největší přednosti před konkurencí zařízení jmenovala: existence zařízení ve velkém městě, domácí prostředí, kvalita poskytované péče, u soukromého zařízení možnost návštěv 24 hodin denně. Následně se potencionální zájemci o pobytovou službu rozhodují na základě pozitivních ohlasů jejich známých, a také na základě osobní návštěvy zařízení. Samozřejmě, i když stále podle Nešporové (37), existuje skutečnost, že tento typ pobytové služby „Domov pro seniory“ je částí populace

stále vnímán spíše jako poslední řešení, když nelze zajistit pobyt seniora v přirozeném prostředí.

Na otázku, zda se změní zájem uživatelů o jejich zařízení, se shodla všechna zařízení v tom, že zatím vlivem stále se zvyšujícího počtu seniorů v populaci, se bude neustále zvyšovat poptávka po jejich službách. Jediné co, si myslí, že se změní je, že bude přibývat více uživatelů, kteří budou vyžadovat náročnou ošetrovatelskou péči a budou imobilní. Podle Čeledové (7), je demografický vývoj v nejbližším období determinován nejen prodloužením délky života, ale především přesunem silných populačních vln do vyšších věkových kategorií. U populace starší než 75 let, která vykazuje sníženou míru soběstačnosti a je častým spotřebitelem zdravotní i sociální péče, dojde v letech 2015 až 2030 k velmi výraznému nárůstu.

Pokles zájmu o jejich zařízení nikdo nepředpokládá v nejbližší době a pokud by tento pokles nastal, reagovala by většina zařízení zvýšením propagace, zvyšováním kvality, rozšiřováním nabídky služeb a v krajním případě i snížením cen. Tyto stejné aktivity by podnikla zařízení v případě, že by v jejich okolí vznikalo nové zařízení nabízející stejné služby.

O rozšiřování okruhu uživatelů nejevila většina zařízení zájem, naopak krajské zařízení v Karlovarském kraji by uvítalo možnost zúžit cílovou skupinu pouze na seniory a soukromé zařízení v Jihočeském kraji by rádo zřídilo zařízení pro lidi s apalickým syndromem. Co se týče rozšiřování služeb, tak městské zařízení v Jihočeském kraji by rádo zřídilo službu „Telefonická krizová pomoc“, soukromé zařízení v Karlovarském kraji by chtělo zavést ergoterapii a pravidelnou canisterapii, krajské zařízení v Jihočeském kraji by chtělo ve svém zařízení zříditi respitní péči a zbytek zařízení o ničem podobném neuvažuje.

Významným problémem se také stává sociální vyloučení seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb. Jak uvádí Janečková (23), k extrémním projevům sociálního vyloučení seniorů patří jejich koncentrace do segregovaných objektů sociálních zařízení bez možnosti kontaktu se širší komunitou, vyčleňování „starých mezi staré“, věková diskriminace v zaměstnání nebo při poskytování zdravotní péče a projevy hrubého zanedbávání a násilí na seniorech v institucích i rodinách.

Zdroje financování sociálních služeb se, podle Horeckého (17), odlišují dle členění jednotlivých služeb a zřizovatelů/právní formy zařízení poskytující sociální službu. Současný systém financování pobytových služeb je založen na čtyřech hlavních pilířích: platby uživatelů sociálních služeb, příspěvky na péči, státní dotace, příjmy z veřejného zdravotního pojištění. Dále to mohou být: dary, vedlejší hospodářská činnost, ostatní granty, příspěvek zřizovatele.

Všechna zařízení dostávají určité dary, a to jak ve formě peněžních darů, tak i věcné dary. Většina zařízení tyto dary dostává automaticky, aniž by sama musela oslovovat své dárcy a sponzory. Touto problematikou se zabývají vedoucí pracovníci zařízení, a to samotní ředitelé. Pouze soukromé zařízení v Jihočeském kraji dostává minimum darů, žádné velké finanční částky a toto probíhá nepravidelně.

Pokud se jednalo o otázku zvýšení si příjmů zařízení vedlejší hospodářskou činností, většina z dotázaných uvedla, že tuto možnost nemají, jelikož jako zařízení nejsou plátcí DPH a z vedlejší hospodářské činnosti by toto musela odvádět. Soukromé zařízení v Jihočeském kraji, ani na této činnosti nemá zájem, chtějí se věnovat na vysoké úrovni pouze klientům. Obě krajská zařízení ale mají možnost ušetřit, a to tím, že mají obě vybudovanou vlastní kotelnu na vytápění.

V souvislosti se zavedením nového zákona do praxe došlo u většiny zařízení k navýšení nákladů na poskytování sociálních služeb. Nejvíce nahoru vyskočila položka mezd zaměstnanců a zvýšily se také náklady na jejich školení.

Vedle příspěvku na péči a úhrady od uživatele sociálních služeb nový zákon předpokládá, že na zajištění poskytování sociálních služeb těm, kteří jsou zapsáni v registru, budou poskytovány dotace ze státního rozpočtu. Podle Průši (42) by tyto dotace měly být poskytovány prostřednictvím rozpočtů jednotlivých krajů. Předpokládá se, že výše dotace pro jednotlivé kraje by měla být stanovena na základě: celkového ročního objemu finančních prostředků rozpočtovaných v závazném ukazateli pro příslušný rozpočtový rok, zpracovaného střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb, počtu vyplacených příspěvků na péči a jejich finančního objemu, počtu registrovaných poskytovatelů a jejich kapacit a kapacit sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Výše státní dotace tedy skoro všem zařízením připadá pro tento rok dostačující, pouze dvě zařízení v Jihočeském kraji, a to městské a krajské, přijde nedostačující. Zda si tedy myslí, že rozdělování dotací je nespravedlivé, se všechna zařízení shodla v tom, že ano. Jako důvod uvedla, že by měla rozhodovat kvalita péče a o výši poskytnuté dotace by měl rozhodovat někdo nestranný, aby zde nebyl subjektivní pohled. Dále se také shodla, že tato finanční nejistota může vést k tomu, že zařízení nebudou zkvalitňovat svou péči a nebudou mít finanční prostředky na propagaci svého zařízení.

Sociální služby vnímáme jako mimořádně významnou část aktivit státu, samosprávy a nestátních subjektů, která řeší problémy jednotlivců, rodin a skupin občanů, a tím pozitivně ovlivňuje sociální klima celé společnosti.

Základní principy financování systému sociálních služeb se po celá 90. léta prakticky nezměnily, přestože jako jedno z prvních opatření v oblasti sociální transformace bylo umožnění vstupu obcí a nestátních neziskových organizací do tohoto systému. Tento systém financování sociálních služeb s výraznými prvky centrálního administrativně direktivního charakteru řízení se podle Průši (42), se tak stal limitujícím prvkem dalšího rozvoje tohoto systému sociální ochrany obyvatelstva.

V lednu 2007 vstoupil v platnost nový zákon o sociálních službách. Tato úprava jednak posiluje finanční soběstačnost uživatelů sociálních služeb tím, že zavádí příspěvek na péči a zároveň prostřednictvím dotačních titulů, směřovaných jak k zadavatelům, tak poskytovatelům sociálních služeb, se podílí na zajištění potřebné sítě sociálních služeb v území.

Také přesun finančních prostředků formou dotací ze státního rozpočtu do rozpočtu krajů je také pozitivním řešením, neboť se financování poskytování sociálních služeb dostane víc do míst, kde jsou sociální služby poskytovány.

Kraje a obce vytvářejí ve své samostatné působnosti podmínky pro poskytování sociálních služeb ve svém území a stanovují ve vzájemné spolupráci střednědobé plány poskytování sociálních služeb. Regionální pro uspokojování potřeb lidí mohou být rozdílné, ovšem vždy odpovídající potřebám a možnostem v daném území. Kraje mají zásadní vliv na charakter a rozsah sítě sociálních služeb také z toho důvodu, že je jim

svěřována působnost v oblasti registrace poskytovatelů a kontroly, a to v přenesené působnosti.

Obce a kraje jsou povinni ze zákona zajišťovat dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb na svém území a zprostředkovat kontakt mezi člověkem a poskytovatelem sociálních služeb.

Co se týče informačních letáčků, všechna zařízení měla tyto materiály pro své potenciální uživatele k dispozici. Jediné městské zařízení Karlovy Vary žádné letáčky netiskne, pouze má na internetu tzv. "leták", který po vytisknutí opravdu leták nepřipomíná, jelikož neobsahuje důležité informace. Toto zařízení také získalo z mé strany prvenství za nejhůře zpracované internetové stránky. Dále zařízení nemají aktualizované tyto letáky z hlediska nového názvosloví sociální služby „Domov pro seniory“, ještě stále používají „Domov důchodců“. Pouze dvě zařízení v tomto obstála, a to městské zařízení v Jihočeském kraji a soukromé zařízení v Karlovarském kraji. Co se týče popisování místa poskytování služby, jako potenciálního klienta by mě zajímalo, v jaké lokalitě se zařízení nachází, dále považuji za důležité, pokud by chtěl klient do tohoto zařízení zavolat, aby věděl přesně komu volá a na jaký úsek. Všechna zařízení v Jihočeském kraji obstála v kvalitním zpracování cílů, poslání a vymezení cílové skupiny. V Karlovarském kraji, městské a krajské zařízení, jsou na tom s jejich letáčky o něco hůře, nebylo zde vymezení cílů, cílových skupin, poslání a principy dosahování cílů. Jediné soukromé zařízení v tomto kraji, tak tomu chyběly pouze cíle. Fotografie na oživení letáčků a pro představu klientům, jak zařízení vypadá, měla opět v pořádku pouze zařízení v Jihočeském kraji. Ostatní měla nějaké fotky, ale o vnitřku zařízení nevypovídající. Statutárního zástupce mělo uvedeno pouze městské a krajské zařízení v Jihočeském kraji.

To, co zařízením chybí v letáčcích, kompenzují na svých internetových stránkách, které si myslím, že jsou velice zdařilé, tedy až na městské zařízení Karlovy Vary, které svými stránkami asi nikoho neosloví. Zde by bylo potřeba hodně zapracovat.

Co by stálo za zamyšlení u krajského zařízení v Karlovarském kraji, je kompletní výměna letáčku, jelikož jejich letáček je zřejmě dost zastaralý a neodpovídá

dnešním potřebám. Jsou zde dokonce chybné emailové a internetové adresy. Jejich internetové stránky jsou na dobré úrovni, jen mi trochu chyběla jména k telefonním číslům, uvedených na stránkách. Takže vlastně ani nevím, komu bych volala a kdo je zde vlastně ředitelem, zda je to muž či žena.

Doufám, že zařízení časem odstraní své informační nedostatky, hlavně tedy při zvyšující se konkurenci ku svému prospěchu v této oblasti.

Senioři, ještě stále neovládají práci s počítačem, proto je pro ně velice důležitý psaný text s fotkami, ve kterém se snadno a rychle orientují. Pokud by se tedy rozhodovali, určitě by neměli váhat a provést osobní návštěvu.

Zákon do této oblasti přinesl spíše více pozitivních než negativních změn. Tato zařízení viděla pozitiva v zavedení příspěvku na péči, jelikož je to pro ně objektivní hledisko potřebnosti, a také více výhod směrem k uživateli. Negativa se objevovala v enormním nárůstu administrativy, v zavedení standardů kvality a inspekce kvality, další negativum vidí v tom, že zákon „slovíčkaří“.

6. Závěr

Cílem této práce bylo popsat současnou situaci marketingu sociální péče, a to Domovů pro seniory, v působnosti zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

Hovoříme-li o marketingu neziskového sektoru, je nutné uvědomit si odlišnosti proti komerční sféře, a to zejména v oblasti financování a vazbě na legislativu. Marketing identifikuje šance na trhu, obsahuje strategie a volí jednotlivé obchodní alternativy. Marketing se zaměřuje na specifické potřeby trhu a jeho segmentů. Marketing neziskového sektoru zajišťuje existenci jednotlivých zařízení tak, aby přežila a byla lepší než ostatní.

V případě monopolního postavení zařízení na trhu je hlavní reakcí zvyšování ceny, která je ale regulována vyhláškou č. 505/2006 Sb., v platném znění. Tato zařízení si své náklady tedy promítnou do cen fakultativních služeb. Další reakce těchto zařízení jsou: rezignace na výdaje v oblasti marketingu a na budování PR.

V roce 2007 přichází nový zákon o sociálních službách, který je základním nástrojem pro vznik tržního prostředí sociálních služeb. Existuje pouze málo zařízení, které se marketingem zabývají a mají zpracovanou marketingovou strategii.

K sestavení marketingové strategie je nutné provést SWOT analýzu zařízení. Je přeci nutné vědět o svých silných stránkách a příležitostech a tyto promítnout do marketingových plánů a strategie zařízení. V rámci analýzy trhu a konkurence je nutná sumarizace slabých stránek a ohrožení zařízení. Naprostá většina zařízení se touto analýzou nezabývá, a to z důvodu chybějící konkurence. Zařízení tudíž nemají důvod měnit stávající a zaběhlý systém. Ale i přesto dokázala zařízení identifikovat své silné a slabé stránky, své příležitosti a hrozby, a to v rámci našeho rozhovoru. Není diskuse o tom, že marketing neziskových organizací nemůže být kompletní bez problematiky image zařízení. Image není jen otázkou vzhledu, ale jde o představu zařízení na základě přijímaných informací. Image tedy chápeme jako představu, kterou si o zařízení vytváří jedinec, a to jak na základě osobních zkušeností, tak zejména ze sdělení získaných od jiných osob.

Hodnocení zařízení zaměstnanci a předávání těchto informací prostřednictvím jejich přátel či rodin je nesmírně důležitým aspektem. Čerpání informací ze zdrojů jako

je tisk, letáky, internetové stránky, aj., nevnímají lidé tak důvěryhodně a nesledují s takovým zájmem jako předávání informací od svých známých. Je velice důležité, aby zaměstnanci hovořili o svém zařízení jako o subjektu, kde je skvělá podniková kultura, spolupracovníci, kvalitní služby, ušlechtilé poslání, jinými slovy, kde jsou zaměstnanci součástí zařízení a cítí se jím být. Kde jsou zaměstnanci přesvědčeni o smyslu své práce.

Další změnu, kterou zákon přinesl, je současné financování sociálních služeb z více zdrojů. Za zdroje příjmů lze označit: státní dotace, dotace ze strukturálních fondů, příspěvky zřizovatelů, příspěvek na péči, příjmy z veřejného zdravotního pojištění, příspěvky samosprávných celků, dary a vedlejší hospodářská činnost. Podmínka zdravého ekonomického fungování neziskového sektoru a sociální péče, tj. vícezdrojové financování, je od roku 2007 nastavena tak, aby celý systém fungoval bez větších obtíží. Klient bude již v blízké budoucnosti velmi důležitým klíčem ve financování poskytovatele sociálních služeb a jeho úloha bude totožná jako u potencionálního zákazníka v ziskovém sektoru. Důležité je také to, aby služby nebyly subvencovány, tj. aby veškeré finance šly přímo za uživatelem. Státní dotace bez přímo úměrné návaznosti na uživatele nabourávají tržní prostředí, resp. fungující trh.

V případě krajů se po zavedení příspěvku na péči zvýšil podíl uživatelů na financování sociálních služeb, zároveň je zachováno financování formou dotací ze státního rozpočtu.

V případě obcí se po zavedení příspěvku na péči zvýšil podíl uživatelů na financování sociálních služeb, zároveň jsou dále financovány prostřednictvím rozpočtu kraje.

Nestátní neziskové organizace jsou financovány vícezdrojově. Dotace ze státního rozpočtu jsou poskytovány pouze na projekty celostátního charakteru nebo na podporu rozvojových aktivit.

Nejistota v rozdělování financí tedy může vést ke snižování kvality služeb, a také k tomu, že zařízení nebudou mít tendence uvolňovat finance na propagace svého zařízení a na marketingové aktivity, které by zvýšily prestiž zařízení.

Co se týče zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, není jednoduché. Všechna zařízení se vyznačují svou specifikou, která může být dána například umístěním, strukturou zařízení, druhem poskytované péče, personálním složením. V neposlední řadě pak asi tím nejdůležitějším, a to je cílovou skupinou uživatelů sociálních služeb. Ne všichni zaměstnanci těchto zařízení byli ochotni přijmout nové způsoby jejich práce a práce s klientem.

Poskytovatelé sociálních služeb mají mít bez ohledu na jejich právní formu stejná práva a povinnosti. Reaguje se tak na dlouhodobě neřešené nerovné postavení poskytovatelů sociálních služeb, kteří nejsou zřizováni orgány veřejné správy. Myslím si ale, dle mého výzkumu, že zařízení, která jsou zřizována městy a kraji, nepociťují obavy o svou existenci.

Co se týče polohy zařízení, větší výhodu měla ta, která se nacházela ve velkých městech. Zájem ze strany potencionálních klientů byl u nich větší.

Návrh inovace zákona o sociálních službách

Inspekce sociálních služeb je důležitým nástrojem ochrany uživatelů služeb i ochrany před zneužíváním poskytovaných prostředků. Z tohoto důvodu musí být zajištěna její nezávislost a její kvalita. Oproti stávající úpravě navrhuji stanovit, že pouze jeden z členů inspekčního týmu je pracovník veřejné správy. Ostatní členové musejí být inspektoři sociálních služeb, kteří nejsou v přímém pracovně právním vztahu ke kraji.

Dále by měly být zveřejňovány inspekční zprávy, je totiž nutné zajistit, co možná největší informovanost uživatelů a veřejnosti o kvalitě služeb poskytovaných konkrétním poskytovatelem, které mohou být rozhodující pro informovanou volbu potencionálních uživatelů.

V případě zneužívání příspěvku příjemcem bych navrhovala možnost nahradit peněžní formu příspěvku na péči formou poukázky na sociální služby v zařízení poskytujícím sociální služby.

Dále bych v oblasti financování sociálních služeb navrhovala stanovit metodiku rozhodování o dotacích a zakotvit povinnost obcí zpracovávat komunitní plánování.

Navrhovala bych také transformaci poskytovatelů sociálních služeb zřizovaných krajem, kraj by je již neměl zřizovat a měly by vzniknout jiné formy poskytovatelů sociálních služeb. Tím by měl odpadnout střet zájmů krajů ve vztahu k vlastním zařízením.

Měl by také pro čerpání finančních prostředků z veřejných rozpočtů existovat jeden systém, v němž by se všichni poskytovatelé podrobili stejným pravidlům a stejné proceduře bez ohledu na právní formu či zakladatele.

Na závěr práce bych stanovila následující hypotézy:

H1: Při dostatečném počtu poskytovatelů a kvalitní informační síti o poskytovatelích, nebude trvat dlouho a poskytovatelé si začnou uvědomovat „finanční hodnotu a důležitost“ uživatelů. Role zákazníka pak bude zásadním předpokladem k fungování tržního systému sociálních služeb.

H2: Cílovou skupinu uživatelů domovů pro seniory by měli tvořit senioři s příspěvkem na péči II., III., IV.

H3: Při zavádění kvality je nesmírně důležitá motivace všech pracovníků, management zařízení by měl proto hledat vhodné formy a metody.

H4: Z hlediska dobrého fungování marketingu v pobytových zařízeních sociálních služeb nezáleží na druhu zřizovatele, ale záleží hlavně na osobě samotného vedoucího zařízení, tedy na řediteli a jeho osobnostních a kvalifikačních předpokladech.

H5: Při stanovování cílů zařízení je nutné volit dílčí cíle, u kterých bude možno změřit míru jejich naplnění a tím motivovat zaměstnance a posilovat poslání zařízení. Cíle musí být v souladu s posláním, odrážet principy a hodnoty organizace apod.

H6: Nejistota v rozdělování dotací může vést ke snižování kvality nabízených služeb a ke snižování propagace zařízení.

Práce by měla posloužit jako cenný zdroj informací o této dnes velmi diskutované problematice.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BAREŠ, P. *Cílové skupiny v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb zpracovaných v období 2006-2007*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2008. 96 s. ISBN 978-80-7416-009-7.
2. BEDNÁŘ, M. Personální standardy a profesní rozvoj zaměstnanců. *Sociální práce/ Socialna práca*. Brno: 2008, č. 4, s. 67-74. ISSN 1213-624.
3. BEDNÁŘ, M. Úvod do standardů kvality sociálních služeb. *Sociální práce/ Sociálna práca*. Brno: 2007, č. 2, s. 57-60. ISSN 1213-624.
4. *Bílá kniha v sociálních službách* [online]. 2003 [cit. 2009-04-07]. Dostupné z: <http://www.apsscr.cz/dokumenty/bila_kniha.pdf>.
5. BRUTHANSOVÁ, D., VYSOKAJOVÁ, M., KOLDINSKÁ, K. *Právní úprava sociálních služeb vybraných evropských zemí*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2001. 34 s. ISBN 80-238-7435-9.
6. *Ceny sociálních služeb*. [online]. [cit. 2009-04-30]. Dostupné z : <<http://www.osobniasistence.cz/?tema=1&article=5&detail=13#prispevky5>>.
7. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. Zdravotně sociální reformy v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: 2009, roč. 12, č. 1, s. 8-11. ISSN 1213-6050.
8. ČERMÁKOVÁ, K., JOHNOVÁ, M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – Průvodce poskytovatele*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2002. 112 s. ISBN 80-86552-45-4

9. DRUCKER, P. F. *To nejdůležitější z Druckera v jednom svazku*. Přel. P. Medek. 1. vyd. Praha: Management Press, 2004. 300 s. ISBN 80-7261-066-X.
10. EXNER, L., RAITER, T., STEJSKALOVÁ, D. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-86419-73-8.
11. FILIPKOVÁ, Z. Principy a pravidla zavádění kvality v sociální instituci. *Sociální služby*. Tábor: 2009, roč. 11, č. 2, s. 14-15. ISSN 1803-7348.
12. FORET, M., PROCHÁZKA, P., URBÁNEK, T. *Marketing – Základy a principy*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 199 s. ISBN 80-722-6888-0.
13. FRIEDEL, L. *O Benchmarkingu*. [online]. [cit. 2009-05-09]. Dostupné z: <http://www.benchmarking.cz/o_benchmarkingu.asp>.
14. HERMANOVÁ, M. Kvalita sociálních služeb. *Zpravodaj asociace poskytovatelů sociální péče ČR*. Olomouc: 2006, roč. 8, č. 3, s. 6. ISSN 1802-0046.
15. HOLEČKOVÁ, M. Nové povinnosti a kvalita. *Sociální péče*. Brno: 2006, č. 2, s. 24-25. ISSN 1213-2330.
16. HORÁKOVÁ, H. *Strategický marketing*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 204 s. ISBN 80-247-0447-1.
17. HORECKÝ, J. *Marketing sociálních služeb*. [online]. [cit. 2009-03-17]. Dostupné z: <http://www.horecky.cz/down/clanky/marketing_socialnich_sluzeb.pdf>.

18. HRON, J., TICHÁ, I. *Strategické řízení*. 1. vyd. Praha: ČZU-PEF, 2002. 235 s. ISBN 80-213-0922-9.
19. HUTAŘ, J., KRÁSA, V. *Co přináší zákon o sociálních službách pro uživatele, poskytovatele, orgány státní správy a samosprávy*. [online]. 2006 [cit. 2009-04-20]. Dostupné z: <<http://www.nrzp.cz/userfiles/file/soc-zak-brozura.pdf>>.
20. JABŮRKOVÁ, M. Standardy – rakovina sociální péče v ČR. *Sociální politika*. Praha: 2002, roč. 28, č. 9, s. 7-9. ISSN 0049-0962.
21. JABŮRKOVÁ, M. a kol. *Od paragrafů k lidem: Analýza situace v oblasti sociálních služeb po přijetí nového zákona o sociálních službách*. Praha: SKOK, 2007. 76 s. ISBN 978-80-239-9506-0.
22. JANEBOVÁ, R. *Modul č. 8. Evaluační pro manažery – studijní podklad ke kurzu*. Hradec Králové, 2007. 57 s. ISBN 978-80-7041-477-4.
23. JANEČKOVÁ, H., MALINA, A. Dlouhodobá péče o seniory z pohledu ekvity. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: 2008, roč. 11, č. 1, s. 26-29. ISSN 1213-6050.
24. KLEVETOVÁ, D. Usnesení vlády ze dne 9. ledna 2008 č. 8 – Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. *Sociální péče*. Brno: 2009, č. 1, s. 12-14. ISSN 1213-2330.
25. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb*. [online]. [cit. 2009-05-01]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/3857>>.
26. KOTALA, M. *Sociální služby*. [online]. 2008 [cit. 2009-04-07]. Dostupné z: <<http://www.reklamni-marketing.cz/ekonomika/socialni-sluzby/>>.

27. KOTLER, P., KELLER, K. *Marketing management*. 12. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 720 s. ISBN 80-247-1359-4.
28. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-2754-662-7.
29. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči – komentář, právní předpisy*. 2. vyd. Olomouc: ANAG, 2008. 374 s. ISBN 978-80-7263-462-0.
30. KRÁSA, V. *Zákon o sociálních službách: očekávání a skutečnost*. [online]. [cit. 2009-04-07]. Dostupné z: <<http://www.osnoviny.cz/krasa>>.
31. KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: ASPI, 2007. 504 s. ISBN 978-80-7357-276-1.
32. LAWTON, R. 8 Dimensions of Excellence. *Quality Progress* [online]. 2006, roč. 39, č. 4 [cit. 2009-04-21]. Dostupné z: <<http://www.asq.org/pub/qualityprogress/past/0406/qp0406lawton.html>>.
33. LIPNER, M. Zákon o sociálních službách: dobrý směr, změny jsou třeba. *Sociální péče*. Brno: 2007, č. 4, s. 4-5. ISSN 1213-2330.
34. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
35. McLEISH., B. *Successful marketing strategies for nonprofit organizations*. New York: John Wiley a Sons, 1995. 294 s. ISBN 0-471-10567-8.

36. *Model excelence EfQM*. [online]. [cit. 2009-05-07]. Dostupné z: <<http://www.csq.cz/cs/centrum-efqm/model-excelence-efqm.htm>>.
37. NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVICOVÁ, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2008. 85 s. ISBN 978-80-87007-96-9.
38. *Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách*. [online]. [cit. 2009-05-01]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev2.pdf>.
39. PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, J. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. Praha: ASPI, 2005. 556 s. ISBN 80-7357-052-1.
40. *Poskytování sociálních služeb – registrace poskytovatelů a inspekce kvality*. [online]. 2005 [cit. 2009-05-07]. Dostupné z: <<http://socialnirevue.cz/item/poskytovani-socialnich-sluzeb-registrace-poskytovatelu-a-inspekce-kvality/category/socialni-prace>>.
41. PRŮŠA, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2007. 38 s. ISBN 978-80-87007-73-0.
42. PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: ASPI, 2007. 180 s. ISBN 978-80-7357-255-6.
43. *Průvodce zákonem o sociálních službách*. [online]. [cit. 2009-04-07]. Dostupné z: <<http://www.lorm.cz/download/pruvodce-zakonem-o-socialnich-sluzbach.doc>>.

44. *Příspěvek na péči*. [online]. 2006 [cit. 2009-05-01]. Dostupné z: <<http://www.socialnirevue.cz/item/prispevek-na-peci/category/socialni-prace>>.
45. REKTOŘÍK, J. *Ekonomika veřejného sektoru*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, ESF, 2005. 127 s. ISBN 80-210-3505-6.
46. *Sociální služby – způsoby pomoci*. [online]. [cit. 2009-04-07]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.
47. SOKOL, R., TREFILOVÁ, V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2008. 444 s. ISBN 978-80-7357-316-4.
48. *Sociální zabezpečení 2009*. Ostrava: Sagit, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7208-717-4.
49. STEPHEN, P. R., COULTER, M. *Management*. Přel. V. Šafaříková. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 600 s. ISBN 80-247-0495-1.
50. SÝKOROVÁ, J. a kol. *Standardy kvality sociálních služeb – metodika pro zavádění standardu č. 2*. 1. vyd. Praha: Český helsinský výbor, 2004. 56 s. ISBN 80-86436-15-2.
51. TOMEŠ, I. *Sociální politika – teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vyd. Praha: Socioklub, 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9.
52. TOŠNEROVÁ, T. a kol. *Vzdělávání pro pracovníky sociální péče*. Praha: Česká asociace pečovatelské služby, 2006. 208 s. ISBN 80-239-6951-X.

53. *Věkové složení obyvatelstva České republiky v roce 2007*. [online]. [cit. 2009-04-07]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/0E00307426/\\$File/14090805.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/0E00307426/$File/14090805.pdf).
54. VLACH, M. *Vize, poslání a hodnoty*. [online]. 2007 [cit. 2009-05-09]. Dostupné z: <http://www.mira-vlach.cz/vize-poslani-hodnoty>.
55. VOSTROVSKÝ, V. Strategické plánování neziskových organizací. In *Řízení neziskové organizace. Sborník vybraných materiálů specializačního kurzu „Řízení neziskových organizací“*, vychází díky podpoře NROS. Praha: Agnes, 1999. s. 28-45. ISBN 80-902633-3-X.
56. *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění*. [online]. [cit. 2009-04-30]. Dostupné z: <http://www.spdn-cr.org/media/soubory/socialni/vyh1.505-2006-k-soc.-slubm.pdf>.
57. *Vývoj hlavních ekonomických a sociálních ukazatelů České republiky 1990-2007*. [online]. 2008 [cit. 2009-04-07]. Dostupné z: http://www.vupsv.cz/sites/File/publikacni_cinnost/bulletiny/bullNo23.pdf.
58. ZACHAROVÁ, E. Uplatňování standardů sociálních služeb při jednání se zájemcem o službu. *Odborný časopis zdravotnictvo a socialna práca*. Bratislava: 2008, roč. 3, č. 2, s. 44-45. ISSN 1336-9326.
59. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. [online]. [2009-04-27]. Dostupné z: www.sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf.

60. *Zákon o sociálních službách*. [online]. [2009-04-23]. Dostupné z: <www.arte.cz/zakony/page_0048.htm>.

61. ZLÁMAL, J. *Marketing ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 150 s. ISBN 80-7013-441-0.

8. Klíčová slova

Marketing

Marketingová strategie

Zařízení sociálních služeb

Sociální služby

Zákon o sociálních službách

Standardy kvality sociálních služeb

9. Přílohy

Příloha č. 1: Otázky k rozhovoru

1. Myslíte si, že máte zde v okrese monopolní postavení? Nebo zde existují zařízení poskytující stejné či podobné služby?
2. Existuje nějaká instituce, která zprostředkovává informace zájemcům o Vaši pobytovou službu?
3. Jakou strukturu klientů (soběstačnost, zdravotní stav) jste přijímali do Vašeho zařízení před účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a jak se situace změnila po účinnosti? Byli Vašimi uživateli lidé, kteří očividně pomoc potřebovali?
4. Poskytujete Vaše služby pouze uživatelům, kteří jsou příjemci příspěvku na péči, anebo tyto alespoň upřednostňujete? Případně upřednostňujete příjemce příspěvku ve vyšším stupni?
5. Domníváte se, že tento stav byl optimální pro Vaše zařízení?
6. Nový zákon řeší to, že uživatel by měl sám rozhodovat o tom, jakou službu si zvolí a komu za ni zaplatí. Uživatel už tedy není objektem veřejné správy a jejího rozhodování. Je to podle Vás krok správným směrem, krok ke zvyšování kvality nabízených služeb?
7. Je pro Vaše zařízení výhodnější, že nový zákon přesně vymezuje jednotlivé typy služeb a základních činností? Uživatel tedy zná, na co má v dané službě nárok.
8. Mohou podle Vás být lidé ve velkých pobytových zařízeních sociálně vyloučení? Setkali jste se s tím někde?
9. S účinností nového zákona vyvstala povinnost poskytovatelů sociálních služeb, mít vypracované standardy kvality sociálních služeb a zajistit jejich plnění. Mělo Vaše zařízení problémy při vytváření a zavádění standardů kvality?

10. Po zavedení nového zákona vešla v platnost také povinnost registrovat se. Proběhla tato registrace u Vašeho zařízení bez problémů, anebo jste měli problémy s některými typy poskytovaných služeb?
11. Došlo v souvislosti se změnou cílové skupiny Vašich uživatelů (před zákonem příjemci důchodu) a po zákonu (snížená soběstačnost) s jejich úbytkem či přírůstkem ve Vašem zařízení?
12. Došlo po zavedení zákona o sociálních službách k zavádění nových druhů služeb ve Vašem zařízení?
13. Má Vaše zařízení vypracována vnitřní pravidla a pracovní postupy vyplývající ze standardů kvality sociálních služeb? A kdo je ve Vašem zařízení vypracovával?
14. Plánovali jste poskytování sociální služby už před účinností zákona, využívali jste nějaké formy alternativní komunikace?
15. Berete a jakým způsobem zohledňujete potřeby a požadavky Vašich uživatelů?
16. Mají uživatelé možnost ovlivnit podobu poskytovaných služeb?
17. Kolik uživatelů využilo tzv. přechodného období a nemá uzavřenou smlouvu?
18. Domníváte se, že Vaše zařízení je úspěšné? Jaká je Vaše představa úspěchu?
19. Jaké jsou Vaše dlouhodobé cíle?
20. Jak poptávka po službě ovlivňuje výši úhrady za poskytované služby (strava, ubytování)?
21. Jaká si myslíte, že je Vaše výhoda vůči konkurenci?
22. Jaké aktivity podnikáte, popřípadě podniknete pro podporu „prodeje“ Vašich služeb.
23. Jak zviditelňujete Vaše zařízení a nabídku služeb pro budoucí uživatele.
24. Jaké prostředky a média používáte k propagaci Vašeho zařízení?
25. Máte přesně vypracovaný rozpočet na tyto marketingové aktivity a kolik?
26. V souvislosti s účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, byli jste nuceni vypracovat analýzu trhu, konkurence, atd.,...? Mělo s tím Vaše zařízení nějaké přímé či nepřímé náklady? A má Vaše zařízení konkrétní osobu, která se tímto zabývá?

27. Provedlo Vaše zařízení výzkum tržních podmínek a výzkum potřeb a přání budoucích uživatelů sociálních služeb?
28. Používalo či používá Vaše zařízení SWOT analýzu, pro které oblasti a aktivity?
Pokud ne, z jakého důvodu?
29. Umíte identifikovat silné a slabé stránky Vašeho zařízení?
30. Umíte identifikovat příležitosti a hrozby pro Vaše zařízení?
31. Použili jste někdy metodu „Benchmarking“? Porovnávání své služby a svých postupů s největšími konkurenty.
32. Co děláte pro zvyšování a měření kvality?
33. Máte vytvořeny metody, nástroje a opatření, jejichž pomocí a prostřednictvím jsou prosazovány strategie?
34. Podílí nebo podílelo se Vaše zařízení na KPSS?
35. Jak zní Vaše poslání?
36. Co chcete, aby se vybavilo lidem v okolí, při vyslovení jména Vašeho zařízení?
37. Jak se prezentujete a jak byste se chtěli prezentovat?
38. Jste spokojeni s tím, co o Vás lidé říkají? Stálo vás to nějaké úsilí a co byste s tím do budoucna chtěli udělat?
39. Jak byste chtěli, aby se Vaše zařízení prezentovalo navenek, směrem k novým uživatelům? Co chcete, aby lidé řekli o výsledcích Vaší práce?
40. Jaká je image Vašeho zařízení? Má Vaše zařízení jednotný styl?
41. Jaké cíle si klade Vaše zařízení?
42. Spatřujete v něčem přínosy strategických analýz a v jakých oblastech? (trendy, chyby, úspěchy)
43. Myslíte si, že víte co přivádí uživatele do Vašeho zařízení a ne ke konkurenci?
44. Domníváte se, že se změní zájem uživatelů o Vaše zařízení (snížení, růst)?
45. Jak byste reagovali když by nastal pokles, aby Vaše kapacita byla naplněná?
46. Představte si, že ve Vašem okolí vznikne nové zařízení, co byste udělali pro to, aby uživatelů zůstali a zároveň přicházeli noví?
47. Jste si vědom Vašich slabých stránek, vnějších i vnitřních? Víte jaké mohou být jejich následky?

48. Důležité jsou také silné stránky. Dokážete vyjmenovat klíčové faktory Vašeho zařízení?
49. Jaké jsou nejbližší termíny Vašich cílů?
50. Seřad'te prosím Vaše cíle dle priorit.
51. Jsou nějaké služby, které byste chtěli zavést nebo naopak zrušit a proč?
52. Přemýšlíte rozšířit okruh uživatelů a proč?
53. Podle čeho se zájemci o pobytovou službu rozhodují?
54. Jak potencionální uživatelé získávají informace o Vašem zařízení a nabízených službách?
55. Jak funguje interní komunikace ve Vašem zařízení?
56. Jaké jsou osobnostní předpoklady a jiné kvality u Vašich zaměstnanců v přímé obslužné péči?
57. Máte vypracovaný dokument, který stanovuje základní principy etického chování zaměstnanců?
58. Spoluvytvářeli poslání Vašeho zařízení také zaměstnanci? Myslíte si, že jejich práce má pro ně smysl a mají pocit, že se spolupodílejí na vytváření dobrého jména Vašeho zařízení?
59. Kolik plánujete uvolnit financí pro rok 2009 na vzdělávání Vašich zaměstnanců?
60. Kolik zaměstnanců od roku 2007/2009 absolvovalo 150 hod kurzů?
61. Zpracováváte vzdělávací plány pro Vaše zařízení? Vycházejí z reálných a individuálních potřeb Vašich zaměstnanců?
62. Došlo po zavedení nového zákona ke změnám v organizační struktuře Vašeho zařízení?
63. Kolik procent z pracovní doby stráví pracovníci v přímé obslužné péči administrativou?
64. Mají zaměstnanci možnost využívat supervize?
65. Pokud by ceny za služby nebyly deregulovány vyhláškou č. 505/2006 Sb., jaké byste si určili ceny?
66. Má Vaše zařízení možnost zvýšit si finanční prostředky vedlejší hospodářskou činností?

67. Dostává Vaše zařízení nějaké dary, sponzoring? Pokud ano, je zde nějaká osoba, která se tím zabývá? Děláte pro získávání darů, také něco sami?
68. Došlo po zavedení nového zákona o sociálních službách k navýšení nákladů na poskytování sociálních služeb? Jaké položky vyskočily nejvíce nahoru?
69. Myslíte si, že rozdělování dotací je nespravedlivé? Měla by podle Vás rozhodovat kvalita a potřeba služby?
70. Myslíte si, že tato nejistota může vést k tomu, že poskytovatelé nebudou mít tendenci dávat peníze na propagaci a na zkvalitňování služeb?
71. Připadá Vám dotace pro rok 2009 dostatečná?
72. Máte vyčleněného jednoho zaměstnance pro komunikaci s uživateli?
73. Myslíte si, že zákon o sociálních službách Vašemu zařízení přinesl spíše pozitiva či negativa? Jaké byste navrhoval případné změny zákona?