

**Efektivnost financování
sociálních služeb
v domovech pro seniory**

Ladislav Průša

VÚPSV, v.v.i. Praha
2008

Publikace byla schválena ediční radou ve složení:

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc. (VÚPSV, v.v.i. Praha)
Ing. Martin Holub, Ph.D. (VÚPSV, v.v.i. Praha)
Mgr. Miriam Kotrusová, Ph.D. (VÚPSV, v.v.i. Praha)
Ing. Robert Jahoda, Ph.D. (MU Brno)
Ing. David Prušvic, Ph.D. (MF ČR)
Ing. Jan Mertl, Ph.D. (VŠFS Praha)
doc. Ing. Miroslav Brdek, CSc.

Vydal Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.
Praha 2, Palackého náměstí 4
jako svou 376. publikaci
Vyšlo v roce 2008, 1. vydání, náklad 220 výtisků, počet stran 57
Tisk: VÚPSV, v.v.i.

Recenze: prof. Ing. Vojtěch K r e b s , CSc.,
ředitel Centra ekonomických studií a analýz, Vysoká škola finanční a
správní, Praha
doc. Ing. Lucie K o z l o v á , Ph.D.,
vedoucí katedry sociální práce a sociální politiky, Zdravotně sociální
fakulta Jihočeské univerzity, České Budějovice
Ing. Petr V í š e k ,
výkonný ředitel, SOCIOKLUB, Praha

ISBN 978-80-7416-018-9

<http://www.vupsv.cz>

Abstrakt

Zavedení nového systému financování sociálních služeb vytváří předpoklady pro nalezení optimální formy zabezpečení potřeb člověka v nepříznivé sociální situaci, což by mělo přispět ke zvýšení efektivnosti vynakládaných finančních prostředků. Cílem této monografie je analyzovat efektivitu financování služeb sociální péče pro seniory, které jsou nejrozšířenějším typem sociálních služeb.

Klíčová slova: sociální služby; financování sociálních služeb

Abstract

Implementation of new system of financing of social services establishes conditions for finding of optimal form of security of needs of person in disadvantageous social situation. It can contribute to increasing of effectiveness of financial resources. The objective of this monograph is to analyse the effectiveness of social services for seniors. These services are most widespread of type of social services.

Key words: social services; financing of social services

Obsah

Úvod	7
1. Vývoj výdajů na sociální služby	9
1.1 Základní makroekonomické charakteristiky	9
1.2 Možné přístupy a kritéria hodnocení efektivnosti financování sociálních služeb	11
2. Příspěvek na péči - nový nástroj financování sociálních služeb	15
2.1 Základní teoretická východiska koncipování příspěvku na péči.....	15
2.2 Analýza struktury příjemců příspěvků na péči v r. 2008.....	17
2.3 Možné přístupy ke zvýšení efektivnosti využívání příspěvku na péči	21
3. Dotace ze státního rozpočtu - významný zdroj financování sociálních služeb	23
3.1 Základní teoretická východiska přístupu k poskytování dotací ze státního rozpočtu.....	23
3.2 Analýza výsledků dotačního řízení v oblasti služeb sociální péče pro seniory v letech 2007 a 2008	23
3.3 Možné přístupy ke zvýšení efektivnosti finančních prostředků vynaložených v rámci dotačního řízení	25
4. Financování zdravotní péče v pobytových zařízeních služeb sociální péče	27
4.1 Základní teoretická východiska financování zdravotní péče v pobytových zařízeních služeb sociální péče - historický exkurz a současnost	27
4.2 Několik poznámek ke kvantifikaci nákladů zdravotní péče poskytované v pobytových zařízeních služeb sociální péče	31
Závěr	33
Literatura	36
Tabulková a grafická příloha	39

Úvod

Nový způsob financování sociálních služeb by měl významným způsobem posílit snahu o hledání optimální formy zabezpečení potřeb občanů v nepříznivé sociální situaci, významným způsobem se zvýší důraz na efektivitu celého systému. Poznatky získané z analýz zahraničních zkušeností se zaváděním obdobného systému financování ukazují, že lze předpokládat významný nárůst zaměstnanosti především při poskytování terénních sociálních služeb, během krátké doby by se měla významným způsobem snížit poptávka po umístění v ústavních zařízeních.¹

V loňském roce, kdy se tato otázka řešila poprvé, byla pozornost věnována dvěma problémovým okruhům:

- problematice přístupů k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství, a to především syntéze teoretických východisek a konceptů,²
- vyhodnocení vybraných prvků a aspektů, které determinují možná hodnocení efektivnosti sociálních služeb (např. výsledky dotačního řízení ze stran MPSV, důsledky stárnutí populace na potřebu především služeb sociální péče pro seniory, obecné principy nastavení systému financování sociálních služeb).³

Cílem této monografie je posoudit na základě prvních statistických údajů efektivnost systému financování péče v nejrozšířenějším typu zařízení - v domovech pro seniory. V důsledku zavedení příspěvku na péči se významným způsobem zvyšuje důraz na ekonomickou otázku poskytování sociálních služeb, v souvislosti s novými trendy při poskytování sociálních služeb⁴ se prohlubuje úsilí o hledání ekonomické, sociální, humánní a technologické racionality při zabezpečování sociálních služeb pro občany v sociální nouzi.

Získané poznatky dosud ukazují, že přes řadu významných změn při poskytování sociálních služeb existuje značná setrvačnost, která se promítá v tom, že v řadě regionů je pozornost nadále prioritně věnována službám s ustálenou tradicí, zatímco na řešení problémů, s nimiž získává ČR zkušenost až od počátku 90. let, je stále často nazíráno jako na nestandardní způsob řešení sociální situace osob v nepříznivé sociální situaci.⁵

Předložená monografie je rozdělena do čtyř hlavních kapitol.

V rámci první kapitoly je pozornost zaměřena na základní makroekonomickou charakteristiku celého systému sociálních služeb, přičemž je pozornost zaměřena především na charakteristiku hlavních trendů a změn ve struktuře jejich financování. Na tomto základě jsou potom na pozadí ekonomických teorií charakterizovány hlavní kritéria, která determinují celý systém hodnocení efektivnosti financování sociálních služeb.

¹ viz: Hauschild, R. Die Erfahrungen mit dem deutschen Pflegeversicherungssystem. Soziale Sicherheit in Europe. Bad Boll, 1998

² viz: Mertl, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2007, ISBN 978-80-87007-72-3

³ viz: Průša, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2007, ISBN 978-80-87007-73-0

⁴ viz: Průša, L. *Sociální služby - srovnání ČR a EU*. Centrum sociálních služeb, Praha 2008

⁵ viz např.: Bareš, P. *Cílové skupiny v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb zpracovaných v letech 2006-2007*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2008, ISBN 978-80-7416009-7

Těžištěm druhé kapitoly je charakteristika nového prvku ve financování sociálních služeb - a sice příspěvek na péči. V tomto smyslu je pozornost věnována základním teoretickým východiskům koncipování této nové sociální dávky a analýze struktury jejích příjemců z hlediska pohlaví, věku a formy poskytované sociální služby. Na tomto základě jsou následně identifikovány hlavní problémy, které by přispěly ke zvýšení efektivity využívání příspěvku na péči s cílem především přispět ke stabilizaci celého systému financování sociálních služeb.

Obdobnou strukturu má rovněž třetí kapitola, která je věnována problematice dotací poskytovaných ministerstvem práce a sociálních věcí ze státního rozpočtu.

Čtvrtá kapitola je zaměřena na problematiku poskytování a financování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Na základě stručného historického právně ekonomického přehledu postupu řešení této otázky jsou následně nastoleny některé poznámky týkající se kvantifikace skutečného objemu nákladů této péče, podrobné kvantifikaci těchto nákladů je přitom věnována jiná monografie.

Jednotlivé poznatky jsou v přílohové části dokladovány na množství tabulek a grafů, součástí tabulkové přílohy je i SWOT analýza mapující problémy provázející souběh poskytování zdravotní a sociální péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.

1. Vývoj výdajů na sociální služby

1.1 Základní makroekonomické charakteristiky

V souvislosti s hodnocením efektivity financování sociálních služeb je nutno upozornit na skutečnost, že dlouhodobým problémem celého sektoru sociálních služeb je oblast statistického sledování a vykazování. V řadě předchozích monografií bylo konstatováno, že informační systém není úplný a získané statistické informace nejsou věrohodné.⁶ Na základě znalosti vybraných statistických údajů byla proto v předchozích letech některá data modifikována a upravena tak, aby lépe znázorňovala praktickou realitu v terénu (v tomto smyslu se jedná zejména o aktivity nestátních neziskových organizací). První komplexní, úplné a nezkrácené informace o všech poskytovaných sociálních službách jsou k dispozici teprve od r. 2007, kdy všichni poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni se registrovat podle nového zákona o sociálních službách. Bohužel registr poskytovatelů je doposud koncipován tak, že práce s dostupnými daty je velmi složitá a jakékoli ekonomické rozbory vyžadují realizovat řadu podpůrných činností.

Náklady na sociální služby se podle oficiálních statistických podkladů⁷ od počátku 90. let dlouhodobě zvyšují (viz tabulka č. 1)

Tabulka č. 1 **Vývoj nákladů na sociální služby v letech 1992-2007 (v mil. Kč)**

rok	výdaje na sociální služby celkem	z toho: dotace pro nestátní neziskové organizace
1992	4 384	245
1993	5 881	174
1994	7 619	271
1995	8 738	240
1996	8 437	466
1997	8 832	545
1998	9 476	619
1999	9 853	624
2000	11 016	664
2001	12 630	949
2002	14 850	919
2003	14 790	768
2004	14 055	1 198
2005	14 685	950
2006	15 923	1 361
2007	24 259*	1 321

* z toho 14 608 mil. Kč = příspěvek na péči

Pramen: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení ve vývojových řadách a grafech. Praha: MPSV, 1995 - 2006

⁶ viz např. Průša, L. *Rozbor ekonomických aspektů ovlivňujících stávající a nově navrhovaný systém sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2001 nebo Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007

⁷ viz: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení ve vývojových řadách a grafech. Praha: MPSV, 1995-2008

1. Vývoj výdajů na sociální služby

Graficky je vývoj nákladů na sociální služby zobrazen v příloze č. 1.

Převodem zřizovatelských kompetencí z okresních úřadů na kraje k 1. lednu 2003 došlo ve struktuře výdajů na sociální služby k výrazným změnám, kdy se na financování sociálních služeb začaly výrazně podílet i jednotlivé krajské úřady. V letech 2003 a 2004 klesl celkový objem výdajů na sociální služby, což svědčí o tom, že pro jednotlivá krajská zastupitelstva nebyly sociální služby prioritou v rámci jimi zabezpečovaných aktivit a činností.

K výraznému nárůstu výdajů na sociální služby došlo v r. 2007 v souvislosti se změnou systému financování sociálních služeb. Přestože velký podíl z finančních prostředků na výplatu příspěvku na péči se zpět do systému nevrací, je nutno tyto výdaje do celkových nákladů na sociální služby zahrnout.

Průměrná výše úhrady připadající na 1 klienta sociálních služeb je, stejně jako výše průměrných výdajů, závislá na druhu poskytovaných služeb. Podrobnější údaje jsou uvedeny v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2 **Porovnání výše průměrné úhrady na výši průměrných výdajů u vybraných typů služeb v r. 2007**

	průměrná výše výdajů připadající na 1 obyvatele měsíčně (Kč)	průměrná výše úhrady připadající na 1 obyvatele měsíčně (Kč)	podíl průměrné výše úhrady na průměrných výdajích (v %)
domovy pro seniory	17 833	8 871	49,7
domovy pro osoby se zdravotním postižením	24 762	9 010	36,4
domovy se zvláštním režimem	20 579	10 394	50,5
pečovatelská služba	1 347	357	26,5

Pramen: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech. Praha: MPSV, 2008

Vzhledem k tomu, že v uplynulém období byla výše úhrady za pobyt v zařízeních sociální péče i za poskytování jednotlivých úkonů pečovatelské služby opakovaně vždy v návaznosti na valorizaci důchodů upravována, přičemž často průměrné zvýšení úhrady bylo vyšší, než bylo průměrné zvýšení důchodu, došlo v letech 1995-2000 k výraznému zvýšení podílu občana na krytí nákladů poskytovaných sociálních služeb. Tento trend byl na přelomu tisíciletí zvrácen, podíl průměrné výše úhrady na průměrných výdajích v pobytových zařízeních začal od r. 2001 klesat především v důsledku toho, že rozsah zvýšení úhrad za pobyt a stravování v ústavních zařízeních byl stanoven v zásadě na stejné úrovni jako průměrné zvýšení starobního důchodu. K nárůstu podílu výše úhrady klienta na průměrných neinvestičních výdajích začalo znovu docházet v r. 2006, přičemž v souvislosti s přijetím nového zákona tento podíl výrazně vzrostl (viz příloha č. 3).

Z dříve provedených rozborů vývoje struktury výdajů na sociální služby a podílu jednotlivých subjektů na jejich krytí⁸ vyplývá, že:

- podíl státu na financování sociálních služeb se ve druhé polovině 90. let soustavně mírně snižoval, přičemž nejnižších hodnot dosáhl v r. 2002, poté se tento podíl výrazně zvýšil, nicméně úrovně z poloviny 90. let nedosáhl, výrazné zvýšení podílu státu lze zaznamenat v r. 2007 v souvislosti se zavedením příspěvku na péči,

⁸ viz Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007

- podíl klientů na krytí nákladů sociálních služeb se v 90. letech nejvýrazněji zvýšil v r. 1997 (o cca 12 %), v následujícím období se tento podíl pohybuje na přibližně stejné úrovni, k jeho nárůstu došlo opět v souvislosti s přijetím nového zákona o sociálních službách,
- podíl zřizovatelů z řad bývalých okresních úřadů, krajských a městských úřadů naopak na počátku sledovaného období výrazně poklesl, poté se mírně zvyšoval až do r. 2002, následně mírně poklesl a teprve v r. 2005 se opět zvýšil,
- podíl nestátních neziskových organizací vykazuje velmi těžce hodnotitelné tendence, které jsou pravděpodobně výrazně ovlivněny nepřesností statistických podkladů.

Tyto trendy byly ovlivněny zejména:

- prakticky stabilní úrovní státní dotace na lůžko v ústavních zařízeních po celou 2. polovinu 90. let a na počátku tohoto tisíciletí,
- výrazným zvyšováním výše úhrad za pobyt a stravování v ústavech sociální péče ve 2. polovině 90. let, kdy jejich zvýšení bylo vyšší, než bylo zvýšení příjmů důchodců v rámci valorizace důchodů,
- zvyšováním úhrad za poskytování jednotlivých úkonů pečovatelské služby.

Výrazné změny ale byly zaznamenány přijetím zákona o sociálních službách. V r. 2007 vzrostly finanční vstupy do tohoto systému sociální ochrany obyvatelstva o cca 55 % a současně se výrazně změnila proporce v míře participace jednotlivých subjektů na krytí nákladů jednotlivých sociálních služeb. Výrazným způsobem vzrostl podíl státu i jednotlivých uživatelů na krytí nákladů poskytovaných služeb, přičemž podíl zřizovatelů jednotlivých zařízení - samosprávných orgánů krajů, měst, obcí a nestátních neziskových organizací - paradoxně klesl (viz příloha č. 2). Je zřejmé, že změnou systému financování byl výrazně posílen paternalistický pohled na oblast sociálních služeb. Připravovaná opatření by proto měla být orientována na posílení odpovědnosti těchto subjektů za tuto oblast činnosti, do úvahy přichází především možnost převedení odpovědnosti za poskytování dotací na služby sociální péče ze státu do samosprávné působnosti především krajů a měst.

1.2 Možné přístupy a kritéria hodnocení efektivnosti financování sociálních služeb

Je zřejmé, že při hodnocení efektivnosti systému financování a poskytování sociálních služeb je nutno uplatnit jiné pohledy na hodnocení efektivnosti služeb sociální péče, jiné pohledy na služby sociální prevence i na poradenské služby. Současně je nutno mít na zřeteli, že jiná hlediska je nutno uplatňovat při hodnocení efektivnosti systému financování a poskytování sociálních služeb z pohledu státu, jiná z pohledu krajů, měst a obcí jako zřizovatelů převážné většiny jednotlivých zařízení, jiná z pohledu nestátních neziskových organizací, jiná hlediska při hodnocení efektivnosti uplatňují i klienti jako uživatelé jednotlivých sociálních služeb.⁹

⁹ podrobněji viz: Mertl, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2007, ISBN 978-80-87007-72-3

1. Vývoj výdajů na sociální služby

Na charakteristiku stávajícího systému financování a poskytování služeb má z pohledu státu i z pohledu ostatních subjektů vliv celá řada kritérií a faktorů, z nichž k nejvýznamnějším patří:

1. kritéria pro stanovení míry závislosti,
2. struktura uživatelů jednotlivých typů sociálních služeb z hlediska míry jejich závislosti,
3. kritéria pro přiznávání dotací ze strany státu (MPSV) a zřizovatele,
4. přístup zdravotních pojišťoven k financování poskytované zdravotní péče v pobytových zařízeních.

Vedle těchto charakteristik, jejichž vliv na hodnocení efektivity celého systému poskytování a financování sociálních služeb začal působit v souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je nutno mít na zřeteli řadu dalších charakteristik, z nichž nejvýznamnější je výše průměrných nákladů souvisejících s poskytováním služby připadajících na jednoho klienta a struktura financování těchto nákladů. Z pohledu péče o staré občany je potřeba mít na zřeteli především výši průměrných nákladů připadajících na jedno místo v domovech pro seniory a jakým podílem se na krytí těchto nákladů podílel stát, zřizovatel a uživatel služby.

Při hodnocení efektivity nelze opomenout ani vliv rozdílné úrovně vybavenosti jednotlivých regionů sociálními službami (viz příloha č. 9), který významným způsobem determinuje možnosti optimálního uspokojení potřeb klienta v závislosti na jeho celkové sociální situaci,¹⁰ opomenout nelze ani skutečnost, že významným způsobem je výše provozních nákladů jednotlivých zařízení determinována stářím jednotlivých budov (viz tabulka č. 3) a personálním vybavením jednotlivých zařízení,¹¹ pozornost je nutno věnovat i velikosti jednotlivých sídel¹² (viz příloha č. 10 a č. 11).

Tabulka č. 3 Celkové průměrné roční provozní náklady v domovech seniorů v závislosti na stáří budovy

stáří budovy	průměrné roční provozní náklady (v tis. Kč)
100 a více let	17 300,40
51 - 100 let	11 158,04
21 - 50 let	27 025,88
11 - 20 let	22 336,71
6 - 10 let	20 348,77
do 5 let	23 188,00

Pramen: Studie mapující vývoj investic v oblasti zabezpečení kapacit domovů pro seniory do roku 2015 v Jihočeském kraji, KP projekt, České Budějovice 2008

¹⁰ viz: Průša, L: *Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni*. Praha: VÚPSV, 2006, ISBN: 80-87007-36-0

¹¹ např. podle Studie mapující vývoj investic v oblasti zabezpečení kapacit domovů pro seniory do roku 2015 v Jihočeském kraji, KP projekt, České Budějovice 2008 připadá v Jihočeském kraji na jednoho pracovníka v přímé péči od 10,2 lůžek (domov pro seniory Chvalkov) do 1,77 lůžek (Prácheňské sanatorium, o.p.s.)

¹² viz: Radolfová, M. Velikostní struktura obcí v České republice podle výsledků sčítání lidu 2001. *Demografie*, roč. 46, č. 4, s. 276-279

Při hodnocení efektivnosti sociálních služeb je rovněž nutno respektovat hlavní vývojové trendy, které jsou uplatňovány při rozvoji sociálních služeb v evropských zemích,¹³ k nimž mj. patří skutečnost, že:

- dochází ke konfrontaci zákonitostí trhu s potřebami rozvoje činností v sociální oblasti při využití dynamizujících schopností trhu,
- financování sociálních služeb je založeno na participaci více subjektů (přispívají občan, rodina, stát, obec, provozovatel, zdravotní pojišťovna, vlastní pojištění apod.), neboť k tomu, aby zákonitosti trhu mohly fungovat, je nutno vytvořit koupěschopnou poptávku, tzn. že je potřebné určit, kdo rostoucí náklady na služby zaplatí,
- dochází ke zvýšení integrace ekonomické a sociální racionálnosti, tedy ke hledání optimální varianty zabezpečení sociálních potřeb jak z humánního, tak technického, technologického, a tedy i ekonomického pohledu.

V tomto smyslu je proto třeba mít mj. na zřeteli pojetí efektivnosti v ekonomické teorii. Je potřeba se uvědomit, že "efektivnost znamená absenci plýtvání neboli co nejefektivnější užívání zdrojů ekonomiky k uspokojování potřeb a přání lidí",¹⁴ že je to "takové použití ekonomických zdrojů, které přináší maximální úroveň uspokojení dosažitelnou při daných vstupech a technologiích".¹⁵ V tomto smyslu nelze ani opomenout, že "efektivní trh je takový trh, na kterém jeho účastníci rychle vstřebávají všechny nové informace a ihned je bezprostředně zahrnují do tržních cen".¹⁶

Uvedená kritéria jsou analyzována na celostátní úrovni vzhledem k tomu, že existující problémy z pohledu hodnocení efektivnosti jsou determinovány především faktory, jejichž působení vyplývá především z dikcí zákona a které jednotlivé kraje, města a nestátní neziskové organizace nemohou přímo ovlivnit. Pozornost je přitom soustředěna na hodnocení efektivnosti služeb sociální péče pro staré občany, kde lze kritéria hodnocení nejlépe kvantifikovat a kde je statistická základna na relativně dobré úrovni.

V oblasti služeb sociální prevence a poradenství by rozsah poskytovaných služeb měl vycházet z předpokladu, že celá baterie těchto služeb by měla být k dispozici na území každého kraje mj. v zájmu ochrany majoritní společnosti před působením sociálně patologických jevů. Statistická data o rozsahu tohoto typu služeb nebyla dlouhodobě sledována, první data za r. 2007 byla uveřejněna teprve v závěru r. 2008.

Z pohledu kraje je významným aspektem, který limituje jeho možnosti ovlivnit efektivnost systému financování a poskytování sociálních služeb, skutečnost, že stát (ministerstvo) svým právním předpisem (v tomto případě vyhláškou) stanoví maximální výši úhrady za pobyt a stravování v pobytových a ambulantních zařízeních a výši úhrad za jednotlivé úkony pečovatelské služby. Tato skutečnost je v situaci, kdy:

- sociální služby poskytují organizace zřízené především samosprávnými orgány krajů, měst a obcí a nestátními neziskovými organizacemi,

¹³ viz: Průša, L. *Sociální služby - srovnání ČR a EU*. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008

¹⁴ viz: Samuelson, P. A., Nordhaus, W. D. *Ekonomie*. Praha: Svoboda, 1991, str. 27

¹⁵ tamtéž str. 968

¹⁶ tamtéž str. 252

1. Vývoj výdajů na sociální služby

- sociální služby jsou poskytovány na základě smlouvy mezi poskytovateli a uživateli,

v podstatě dalším nástrojem ochrany klienta ze strany státu, přičemž je třeba si uvědomit, že k tomuto účelu má stát v zákoně definovány jiné nástroje (registrace poskytovatelů sociálních služeb, standardy kvality sociálních služeb, inspekce sociálních služeb, povinnost celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků). Výše těchto úhrad je přitom stanovena na takové úrovni, že ex ante předpokládá participaci dalších subjektů na financování sociálních služeb formou dotací. Na dotaci podle rozpočtových pravidel však neexistuje právní nárok, což zpětně limituje rozvojové programy jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb a ve svém důsledku vede ke stagnaci celého systému. Přitom si je potřeba uvědomit, že v rámci registrace musí každý poskytovatel předložit "finanční rozvahu k zajištění provozu",¹⁷ což ve svém důsledku znamená, že stát i tak má dohled nad výší úhrad uživatelů za poskytované služby. Z tohoto pohledu lze proto stanovit tezi, že **efektivní je** jak z pohledu státu, tak i z pohledu zřizovatele **taková služba sociální péče, kdy výše úhrady klienta za poskytovaný typ služby spolu s výší příspěvku na péči a úhradou zdravotní péče od zdravotní pojišťovny uhradí průměrné celostátní náklady daného typu služby** s tím, že v případě odůvodněně vyšších nákladů v konkrétním zařízení by tento rozdíl mohl být uhrazen zřizovatelem služby.

Jak je možno z tohoto pohledu hodnotit systém financování služeb sociální péče pro staré občany?

¹⁷ viz § 79, odst. 5, písm. d) bod 8 zákona č. 118/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

2. Příspěvek na péči - nový nástroj financování sociálních služeb

2.1 Základní teoretická východiska koncipování příspěvku na péči

Jednou z nejvýznamnějších změn, kterou nový zákon o sociálních službách přináší, je koncipování nové sociální dávky - příspěvku na péči, která představuje zcela nový nástroj financování sociálních služeb a která by měla výrazně přispět k potřebným, žádoucím a očekávaným změnám v této oblasti. Příspěvek na péči je poskytován těm osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti.

Cílem zavedení příspěvku na péči jako nového nástroje financování sociálních služeb bylo:

- zabezpečit svobodnou volbu způsobu zabezpečení služeb a reverzibilní přechod od „pasivního závislého pacientství“ k „aktivnímu klientství“,
- sjednotit podmínky pro získání veřejných prostředků všemi subjekty poskytujícími péči za podmínek jejich registrace,
- zvýšit prvek spoluúčasti občana při řešení jeho sociální situace,
- zrušit paušalizaci pohledu na zdravotně postižené občany a starobní důchodce,
- nastartovat proces deinstitucionalizace a individualizace péče.¹⁸

Splnění těchto požadavků znamená při stávajícím rozdělení působností mezi státem a samosprávnými kraji a obcemi, kdy stát nemá možnost nařídit změnu způsobu poskytování služeb a rozvoj nových, znamená:

- zvýšit odpovědnost a působnost samosprávných krajů a obcí při zabezpečování sociálních služeb,
- zvýšit roli příjemce služby,
- roli státu vymezit tak, aby:
 - byl garantem za zabezpečení klasifikace zdravotního postižení a multidisciplinárního posouzení celkové sociální situace žadatele,
 - došlo k posílení příjmu občana tak, aby si službu mohl koupit,
 - byla zabezpečena ochrana občana prostřednictvím inspekce sociálních služeb a registrace jednotlivých subjektů, které je poskytují,
 - byly stanoveny jednotné podmínky registrace subjektů poskytujících sociální služby, na jejichž základě by došlo k vytvoření komplexní sítě sociálních služeb na území jednotlivých regionů,
 - poskytoval příspěvek organizacím, jejichž je zřizovatelem.¹⁹

¹⁸ viz: *Návrh modelu financování sociálních služeb*. Praha: MPSV, 1997

¹⁹ podrobněji viz: Průša, L. Nový model financování sociálních služeb. *Sociální politika*, 1998, roč. 24 č. 1-2, ISSN 0049-0961

2. Příspěvek na péči - nový nástroj financování sociálních služeb

Příspěvek na péči je určen na krytí zvýšených životních nákladů vyvolaných potřebou péče o závislou osobu. K základním principům tohoto řešení patří²⁰:

- jedná se pouze o „příspěvek“ určený ke krytí části nákladů na zabezpečení potřebné péče, předpokládá se, že k úplné úhradě budou využity i jiné zdroje klienta (např. starobní důchod, vlastní úspory), jeho rodinných příslušníků i další veřejné zdroje (např. úhrada nákladů zdravotní a ošetrovatelské péče ze systému veřejného zdravotního pojištění),
- poskytnutí příspěvku významně zvyšuje možnost samostatného rozhodnutí klienta o způsobu zabezpečení vlastních potřeb,
- poskytnutí příspěvku osobě, která péči potřebuje, umožňuje přesnější alokaci veřejných prostředků tam, kde je potřeba péče, a nikoliv tam, kde byly v minulosti vytvořeny kapacity služeb.

Při rozhodování o stanovení rozsahu svobody volby klienta při využití získaných prostředků byla diskutována celá řada možných variant²¹:

- ve formě poskytnutí finančních prostředků bez dalších omezení, tj. jak k posílení příjmů rodiny, která péči poskytuje, tak k libovolné volbě poskytovatele služeb (s podmínkou jeho registrace),
- ve formě poskytnutí poukázek využitelných jen pro nákup služeb od registrovaných poskytovatelů služby,
- ve formě poskytnutí poukázek využitelných pouze zprostředkovatelem na nákup služeb (tzn. zavedení nového typu pracovníka - tzv. "care managera"),
- ve formě poskytnutí finančních prostředků s možností zprostředkování služeb care managerem na vyžádání,
- v kombinované formě - např. ve formě poskytnutí finančních prostředků u nižších stupňů závislosti a ve formě účelově vázaných poukázek u vyšších a nákladnějších stupňů.

Nakonec byla zvolena první varianta, tedy poskytnutí finančních prostředků klientovi s tím, že v zákoně jsou stanoveny podmínky, které musí klient dodržovat. Přitom se vycházelo mj. z toho, že jedním ze základních principů sociální politiky je princip indiferentnosti státu vůči tomu, jak občané sociální pomoc využijí, resp. na co od státu získané prostředky vynaloží.²²

Jednou z nejdiskutovanějších otázek, především při přípravě návrhu věcného záměru zákona o sociální pomoci v r. 1997, byla otázka vztahu příspěvku na péči k výši finančních prostředků klienta, popř. i jeho rodiny, tedy otázka, zda podmínit poskytování příspěvku na péči výší jejich disponibilních finančních prostředků. Po důkladném rozboru bylo rozhodnuto, že podmiňovat poskytování příspěvku na péči výší příjmu klienta, popř. i jeho rodiny, by bylo v rozporu s principy poskytování sociální pomoci. Přitom se vycházelo především z těchto poznatků a skutečností²³:

- k základním principům adresné sociální politiky patří skutečnost, že se rozsah poskytované pomoci konfrontuje s příjmovými možnostmi příjemce,

²⁰ podrobněji viz: Průša, L. *K vybraným otázkám transformace systému sociálních služeb*. Praha: VŠE, 1997

²¹ viz: Průša, L. *Sociální politika v sídlech a regionech - vybrané otázky*. Praha: VŠE, 1997

²² viz: Klaus, V. *Efektivní sociální politika, nebo sociálně tržní hospodářství*. *Sociální politika* 1994, roč. 20, č. 1, ISSN 0049-0962

²³ viz: *Návrh modelu financování sociálních služeb*. Praha: MPSV, 1997

- poskytování péče v případech a rozsahu, jaký má příspěvek na péči na mysli, jde nad rámec běžně akceptovaných povinnosti směny služeb a solidarity rodiny,
- z analýzy potencionálních poživatelů vyplývá, že jde většinou o osoby, jejichž potřeby jsou zabezpečovány sociálními dávkami nahrazujícími mzdu, tedy především starobními důchody - tyto dávky však již v sobě obsahují často velmi značnou redukci příjmu,
- jediné příjmy, které by mělo smysl testovat, jsou příjmy pracovní, popř. jiné příjmy osob, které sice vyžadují péči, avšak přesto pracují, popř. jsou schopny získat vlastní příjem - logika testování těchto příjmů by vedla k tomu, že čím by osoby měly vyšší příjem, tím menší příspěvek by získaly, což by bylo v rozporu se snahou o jejich maximální společenskou, a tedy i pracovní integraci.

Aplikace těchto postupů v praxi znamená, že nový způsob financování sociálních služeb by měl naplňovat všechny základní funkce sociální politiky:

- chránit občany v sociální nouzi, neboť přispívá k odstranění nebo zmírnění důsledků vyplývajících z určitých sociálních, rodinných nebo životních situací (ochranná funkce),
- řešit co, jak, komu, za co a podle čeho rozdělit - zabezpečuje důstojné životní podmínky všem občanům, jejich rovné šance, přispívá k bezporuchovému fungování sociálního systému a odstraňuje nedokonalosti konkurence (rozdělovací a přerozdělovací funkce),
- směřovat ke zmírňování nebo k odstranění sociálních rozdílů v životních podmínkách jednotlivých sociálních subjektů (homogenizační funkce),
- podporovat, podněcovat a vyvolávat žádoucí jednání jednotlivců a sociálních skupin v ekonomické a sociální oblasti (stimulační funkce),
- směřovat k odstranění příčin nepříznivých sociálních situací, které brání integraci člověka do společnosti (preventivní funkce).

2.2 Analýza struktury příjemců příspěvků na péči v r. 2008

Podle důvodové zprávy k návrhu zákona o sociálních službách se předpokládalo, že příspěvek na péči bude vyplácen cca 175 tis. osob, celkové náklady na jeho výplatu měly činit cca 8 mld. Kč, veškeré náklady jsou hrazeny ze státního rozpočtu.

V porovnání s odhadem, které byly uváděny při přípravě návrhu věcného záměru zákona o sociální pomoci v r. 1997,²⁴ předpokládalo MPSV při přípravě zákona o sociálních službách, že příspěvek na péči bude pobírat o 100 tis. klientů méně. Tento rozdíl je způsoben tím, že

- zákon o sociálních službách přisuzuje nárok na poskytování příspěvku na péči jen osobám, které z důvodu nepříznivého zdravotního stavu dlouhodobě potřebují pomoc jiné fyzické osoby (viz § 7 zákona), zatímco při přípravě věcného záměru o sociální pomoci se navrhovalo, aby nárok na příspěvek na péči vznikl i těm osobám,

²⁴ Odhadovalo se, že příspěvek na péči bude pobírat v I. stupni cca 120 tis. osob (z toho 20 - 30 tis. osob krátkodobě), ve II. stupni cca 90 tis. osob (z toho 10 - 20 tis. osob krátkodobě), ve III. stupni cca 40 tis. osob a ve IV. stupni cca 25 tis. osob.

2. Příspěvek na péči - nový nástroj financování sociálních služeb

keré pomoc jiné osoby potřebují pouze krátkodobě po dobu cca 3 měsíců, např. po propuštění z nemocnice po dobu rehabilitace nebo domácího léčení,

- zákon o sociálních službách předpokládal, že nedojde k rozšíření okruhu osob s nárokem na příspěvek na péči, přestože již v době jeho přípravy statistika MPSV uváděla, že např. na umístění o domova důchodců čekalo 43 187 osob, z toho 7 696 osob bylo evidováno jako čekatelé přednostní a naléhaví,²⁵
- se neuvažovalo s tím, že díky zavedení příspěvku na péči o jeho přiznání požádá značný počet klientů, kteří dříve žádnou ze sociálních služeb nevyužívali ani nebyli evidováni jako čekatelé na umístění do některého z typů pobytových zařízení nebo jako čekatelé na zavedení pečovatelské služby, ale o příspěvek na péči si požádají a splní podmínky pro jeho přiznání (obdobné tendence se projevily např. v SRN po zavedení obdobného principu financování sociálních služeb²⁶).

Skutečný počet příjemců příspěvku na péči je výrazně vyšší, než se původně předpokládalo. Z údajů informačního systému o příspěvku na péči vyplývá, že v září 2008 pobíralo příspěvek na péči celkem 277 tis. osob, přičemž více než 40 % z nich pobíralo příspěvek v nejnižší výměře (viz tabulka č. 4).

Tabulka č. 4 **Struktura příjemců příspěvku na péči v září 2008**

stupeň příspěvku	forma péče			žádný registrovaný poskytovatel	celkem
	pobytová	ambulantní	terénní		
celkem	42 606	10 175	16 932	208 011	277 724
I.	11 530	5 036	8 960	89 409	114 935
II.	13 278	3 093	4 819	69 232	90 422
III.	8 526	1 310	2 025	32 943	44 804
IV.	9 272	736	1 128	16 427	27 563

Pramen: interní data MPSV

Podrobná struktura příjemců příspěvku na péči je zřejmá z přílohy č. 5.

Vzhledem k nevhodně stanoveným přechodným ustanovením zákona (transformace zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvku při péči o blízkou osobu do příspěvku na péči) dnes struktura uživatelů jednotlivých typů sociálních služeb z hlediska míry jejich závislosti neodpovídá "potřebné" struktuře. Z podrobného rozboru těchto údajů je však zřejmé, že tato data nejsou v plném rozsahu vypovídající. Pokud by tomu tak bylo, potom by:

- v pobytových zařízeních sociálních služeb bylo cca 34 % klientů bez jakéhokoli příspěvku na péči, což je v rozporu s ustanovením § 48 odst. 1 a § 49 odst. 1 zákona o sociálních službách (v domovech pro občany se zdravotním postižením a v domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu zdravotního postižení a věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby),
- pečovatelskou službu pobíralo cca 82 % uživatelů bez příspěvku na péči.

²⁵ viz *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2005*. Praha: MPSV, 2006

²⁶ viz Hauschild, R. Die Erfahrungen mit dem deutschen Pflegeversicherungssystem. *Soziale Sicherheit in Europe*. Bad Boll, 1998

2. Příspěvek na péči - nový nástroj financování sociálních služeb

Tyto rozdíly jsou patrně způsobeny tím, že:

- při realizaci přechodných ustanovení zákona o sociálních službách nedošlo k promítnutí všech potřebných údajů o příjemcích zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvku při péči o blízkou osobu do informačního systému o příspěvku na péči, a tak u řady příjemců příspěvku na péči není uváděn konkrétní registrovaný poskytovatel sociální služby,
- většina příjemců příspěvku v okamžiku podání žádosti o tuto dávku neví, jaký poskytovatel jim zabezpečí požadovanou službu, a proto uvede do žádosti, že jim péči zabezpečí rodinný příslušník, přičemž následné změny nejsou do počítačového programu zaneseny.

Další zajímavé informace lze zjistit při analýze toho, kolik procent populace v dané věkové skupině pobírá příspěvek na péči (viz tabulka č. 5 a č. 6).

Tabulka č. 5 **Podíl mužů pobírajících příspěvek na péči a závislosti na věku a míře závislosti**

muži celkem	míra závislosti				celkem
	I.	II.	III.	IV.	
do 3 let	0,09	0,00	0,00	0,00	0,09
3-18	0,23	0,17	0,60	0,29	1,29
19-50	0,19	0,31	0,13	0,10	0,73
51-55	0,41	0,43	0,16	0,09	1,08
56-60	0,58	0,61	0,23	0,09	1,51
61-65	0,99	0,94	0,34	0,16	2,43
66-70	1,41	1,30	0,56	0,29	3,56
71-75	1,89	1,76	0,78	0,44	4,88
76-80	3,57	3,11	1,41	0,84	8,94
81-85	8,63	6,40	2,82	1,51	19,36
86-90	22,21	15,92	6,78	3,88	48,78
90+	21,77	22,52	10,42	6,31	61,02

Pramen: interní data MPSV, vlastní propočty

2. Příspěvek na péči - nový nástroj financování sociálních služeb

Tabulka č. 6 **Podíl žen pobírajících příspěvek na péči a závislosti na věku a míře závislosti**

ženy celkem	míra závislosti				
	I.	II.	III.	IV.	celkem
do 3 let	0,06	0,00	0,01	0,00	0,07
3-18	0,16	0,10	0,45	0,20	0,92
19-50	0,16	0,24	0,10	0,08	0,58
51-55	0,37	0,36	0,14	0,07	0,95
56-60	0,57	0,46	0,17	0,10	1,30
61-65	0,95	0,72	0,26	0,13	2,06
66-70	1,68	1,08	0,40	0,21	3,37
71-75	3,16	1,87	0,69	0,40	6,11
76-80	7,24	4,21	1,60	0,94	13,99
81-85	16,23	9,83	3,64	2,33	32,03
86-90	33,48	24,02	9,92	7,00	74,41
90+	25,48	27,49	15,23	13,38	81,58

Pramen: interní data MPSV, vlastní propočty

Graficky jsou tyto charakteristiky znázorněny v příloze č. 6 a č. 7.

Pokud tato data porovnáme s některými dříve publikovanými údaji,²⁷ zůstává otázkou, jak vysvětlit výrazně vyšší zastoupení žen s priznaným příspěvkem na péči v seniorských věkových skupinách v porovnání s muži. Určité vysvětlení lze spatřovat v tom, že přestože je průměrná střední délka života žen vyšší než u mužů, je jejich zdravotní stav horší než zdravotní stav u mužů v příslušné věkové skupině.

Z hlediska hodnocení efektivity financování služeb sociální péče pro staré občany je nezbytné posoudit, jaký podíl populace v příslušné věkové skupině využívá pobytových služeb (viz tabulky č. 7 a č. 8).

Tabulka č. 7 **Podíl mužů v pobytových zařízeních pobírajících příspěvek na péči a závislosti na věku a míře závislosti**

muži pobytová zařízení	míra závislosti				
	I.	II.	III.	IV.	celkem
61-65	0,13	0,16	0,06	0,05	0,39
66-70	0,17	0,17	0,09	0,08	0,51
71-75	0,20	0,21	0,13	0,09	0,64
76-80	0,32	0,34	0,20	0,20	1,06
81-85	0,71	0,71	0,43	0,40	2,25
86-90	1,97	1,88	1,21	1,08	6,15
90+	3,02	3,10	1,83	1,59	9,53

Pramen: interní data MPSV, vlastní propočty

²⁷ srovnej Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007

Tabulka č. 8 **Podíl žen v pobytových zařízeních pobírajících příspěvek na péči a závislosti na věku a míře závislosti**

ženy pobytová zařízení	míra závislosti				
	I.	II.	III.	IV.	celkem
61-65	0,08	0,09	0,06	0,05	0,28
66-70	0,13	0,13	0,09	0,08	0,43
71-75	0,22	0,22	0,16	0,16	0,75
76-80	0,51	0,52	0,39	0,38	1,79
81-85	1,34	1,31	0,89	0,92	4,47
86-90	3,56	3,80	2,51	2,93	12,80
90+	3,88	5,06	4,04	4,73	17,71

Pramen: interní data MPSV, vlastní propočty

Z pohledu zpracování odhadu potřeby sociálních služeb pro seniory je opět zřetelné vyšší zastoupení žen s přiznaným příspěvkem na péči v porovnání s muži.

2.3 Možné přístupy ke zvýšení efektivity využívání příspěvku na péči

Z provedených expertních rozhovorů realizovaných v uplynulém období vyplývá, že stávající způsob hodnocení míry závislosti umožňuje objektivně zhodnotit sociální situaci především tělesně postižených a starých osob, naproti tomu neumožňuje objektivně zhodnotit potřeby mentálně a psychicky postižených a nevidomých. V důsledku nedostatečné informační kampaně ze strany MPSV řada příjemců příspěvků na péči přestává využívat sociální služby, neboť poskytnutí příspěvku chápe jako prostředek ke zvýšení vlastní životní úrovně, popř. ke zvýšení životní úrovně své rodiny či rodin svých dětí. V září 2008 podle údajů z informačního systému o příspěvku na péči více než 75 % příjemců příspěvku neposkytoval péči žádný registrovaný subjekt, tzn. že tyto finanční prostředky se nevrací zpět do oblasti sociálních služeb, což vede k existenčním problémům řady poskytovatelů sociálních služeb především terénního charakteru, a to jak z řad nestátních neziskových organizací, tak i z řad příspěvkových organizací, zejména obcí a měst. Tento problém navrhovaná novela zákona o sociálních službách neřeší. Jako vhodná přichází v úvahu tato řešení:

- v zájmu stabilizace systému financování sociálních služeb změnit systém výplaty příspěvku na péči tak, aby byl příjemcům v I. a II. stupni závislosti poskytován (tedy především u terénních a stacionárních zařízení) ve formě poukázek (občanovi by byl přiznan příspěvek na péči ve formě věcné dávky - poukázky na službu a poskytovateli, u něhož si občan službu vybral, by byla proplacena obcí s rozšířenou působností), popř. zavést kombinovaný způsob výplaty příspěvku, kdy jeho větší část (cca 2/3 - 3/4) by byla vyplácena ve formě poukázek a pouze zbytek ve finanční hotovosti,
- změnit systém výplaty příspěvku na péči v pobytových zařízeních tak, aby poskytovatel služby byl ze zákona příjemcem příspěvku na péči,

2. Příspěvek na péči - nový nástroj financování sociálních služeb

- zjednodušit správní řád (resp. zvolit speciální úpravu jeho některých ustanovení) tak, aby se v zájmu zvýšení efektivity poskytnuté péče zkrátila doba od podání žádosti o příspěvek na péči do jeho výplaty,²⁸
- zavést evidenci osob - rodinných příslušníků, kteří zabezpečují péči o své blízké ve vlastní domácnosti (mj. i proto, že doba této péče je náhradní dobou pro účely důchodového pojištění), a zvýšit kontrolu takto poskytované péče,
- přehodnotit míru závislosti osob, které na příspěvek na péči získaly nárok překlopením ze zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvku při péči o blízkou osobu.

K efektivity systému rovněž nepřispívá skutečnost, že:

- příslušníci odboje, kterým jsou podle příslušných zákonů poskytovány sociální služby zdarma, mohou být příjemci příspěvku na péči, čímž dochází v zásadě ke dvojímu plnění jejich nároků, resp. ke zneužívání příspěvku,
- stávající dikce zákona umožňuje, aby byly uživatelům jednotlivých typů služeb ex offo poskytovány i ty služby, které nevyžadují.

²⁸ viz: Průša, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. Praha: VÚPSV, 2007, ISBN 978-80-87007-73-0

3. Dotace ze státního rozpočtu - významný zdroj financování sociálních služeb

3.1 Základní teoretická východiska přístupu k poskytování dotací ze státního rozpočtu

Vedle příspěvku na péči jsou na zajištění sociálních služeb poskytovány dotace ze státního rozpočtu těm poskytovatelům, kteří jsou zapsáni v registru s tím, že prováděcí právní předpis stanoví bližší podmínky pro stanovení výše a účelu dotace, jejího členění a způsobu poskytování.²⁹ Vzhledem k této skutečnosti je vhodné a potřebné, aby stát při tvorbě tohoto nového systému dotační politiky deklaroval obecně závazné principy, které by tvořily základní stavební kámen, od kterého by se samotná dotační politika odvíjela. Za hlavní principy dotační politiky lze i nadále považovat ty principy, které byly deklarovány koncem 90. let minulého století v souvislosti s precizací dotačního řízení ministerstva práce a sociálních věcí k nestátním neziskovým organizacím při poskytování sociálních služeb:³⁰

- princip rovných podmínek pro všechny poskytovatele veřejných služeb,
- princip rovných podmínek pro všechny příjemce veřejných služeb,
- princip efektivního (účelného) vynakládání veřejných prostředků,
- princip primárního důrazu na kvalitu poskytovaných služeb,
- princip transparentního systému financování,
- princip stabilního systému financování.

Pro aktivity poskytovatelů sociálních služeb byly v letech 2007 a 2008 poskytovány dotace v zásadě podle schémat, která z uplynulých let znají velmi dobře především poskytovatelé z řad nestátních neziskových organizací.

3.2 Analýza výsledků dotačního řízení v oblasti služeb sociální péče pro seniory v letech 2007 a 2008

Z analýz výsledků dotačního řízení v r. 2007 mj. vyplynulo,³¹ že míra přiznané podpory byla výrazně diferencována podle typu organizace a jejího zřizovatele. Nejvyšší dotaci v porovnání s výší uplatněných požadavků získaly příspěvkové organizace, které jsou zřizovány kraji a které poskytují služby sociální péče, jejichž požadavky byly uspokojeny z 82,8 %, nejnižší míru uspokojení požadavků vykázaly obchodní společnosti, jejichž požadavky na dotaci na služby sociální péče byly uspokojeny z 2,7 %. V této souvislosti bylo konstatováno, že přes rozdílné portfolio

²⁹ Tento prováděcí právní předpis nebyl doposud zpracován, dotace jsou ze strany MPSV poskytovány na základě příkazu ministra (pro r. 2008 se jedná o příkaz ministra č. 24/2007).

³⁰ viz: Průša, L., Mátl, O. Nad pojetím dotační politiky MPSV. *Sociální politika*, 1999, roč. 25, č. 9, ISSN 0049-0962

³¹ viz: Průša, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. Praha: VÚPSV, 2007, ISBN 978-80-87007-73-0

3. Dotace ze státního rozpočtu - významný zdroj financování sociálních služeb

sociálních služeb poskytovaných jednotlivými zřizovateli, rozdíly, které byly zjištěny z hlediska míry uspokojení požadavků jednotlivých typů poskytovatelů, jsou zarážející.

Pozornost byla rovněž v loňském roce věnována regionálním rozdílům při poskytování dotací na vybrané typy sociálních služeb. Z hlediska péče o staré občany byla pozornost věnována pouze hodnocení rozdílů ve výši poskytovaných dotací připadajících na jedno lůžko v domovech seniorů. Z tohoto porovnání mj. vyplynulo, že výše dotací poskytnutých v jednotlivých krajích je výrazně diferencována. Zatímco v Jihomoravském kraji byla na 1 místo v domově důchodců poskytnuta dotace ve výši 3 588 Kč měsíčně, v Libereckém kraji byla její výše více než 2,8 x vyšší a činila 10 131 Kč.

Proto byla této otázce věnována pozornost i v rámci této monografie.

V r. 2008 byla na služby poskytované v domovech pro seniory poskytnuta dotace ve výši 2 245,6 mil. Kč, průměrná výše dotace na jedno lůžko činila 4 497 Kč měsíčně, tj. o cca 24 % méně než v r. 2007 (průměrná výše dotace na jedno lůžko činila v tomto roce 5 901 Kč). Rozdíly mezi jednotlivými krajemi přitom zůstaly zachovány - nejvyšší dotace v relaci na jedno lůžko byla přiznána v Olomouckém kraji (5 540 Kč měsíčně), naopak nejnižší dotace byla poskytnuta v Hl. městě Praze (2 793 Kč), tzn. rozdíl mezi minimální a maximální výší dotace byl cca dvojnásobný. Porovnání výše poskytnuté dotace na jedno lůžko v domovech seniorů v jednotlivých krajích je zřejmé z tabulky č. 9.

Tabulka č. 9 Porovnání výše dotace poskytnuté MPSV v přepočtu na jedno lůžko v domovech pro seniory v letech 2007 a 2008 (v Kč měsíčně)

kraj	r. 2007	r. 2008	2008/2007 (v %)
Hl. město Praha	4 444	2 793	62,8
Středočeský	6 345	4 290	67,6
Jihočeský	5 839	5 363	91,8
Plzeňský	9 015	5 324	59,1
Karlovarský	5 567	5 178	93,0
Ústecký	5 223	4 024	77,0
Liberecký	10 131	5 498	54,3
Královéhradecký	6 068	5 031	82,9
Pardubický	5 421	4 932	91,0
Vysočina	6 612	5 339	80,7
Jihomoravský	3 588	2 933	81,8
Olomoucký	6 051	5 540	91,6
Zlínský	7 163	5 454	76,1
Moravskoslezský	5 986	4 273	71,4
ČR	5 901	4 497	76,2

Pramen: vlastní zpracování na základě interních údajů MPSV

Graficky je vývoj výše státní dotace na lůžko znázorněn v příloze č. 4.

Tyto údaje svědčí o tom, že v rámci dotačního řízení došlo i v r. 2008 k porušení výše uvedených základních principů dotačního řízení. Rozdíly ukazují, že v rámci dotačního řízení byl porušen i princip rovných podmínek pro všechny příjemce sociálních služeb, neboť existující rozdíly ve výši poskytnuté dotace mezi jednotlivými

kraji se zcela jistě projeví - i díky poskytování sociálních služeb na smluvním principu - v rozdílné výši úhrady uživatele služby při čerpání srovnatelného typu služby v jednotlivých krajích.

Z těchto údajů se lze rovněž domnívat, že finanční prostředky v rámci dotačního řízení byly orientovány na krytí důsledků nepříliš šťastně stanovených přechodných ustanovení zákona a nikoli na potřebnou transformaci celého systému sociálních služeb, zejména na podporu rozvoje terénních sociálních služeb. V tomto kontextu je zřejmé, že řešení, které bylo zvoleno v rámci přípravy věcného záměru zákona o sociální pomoci na přelomu let 1997 a 1998, kdy se předpokládalo, že všichni obyvatelé pobytových zařízení dostanou v okamžiku nastartování nového systému financování sociálních služeb ze zákona přiznan příspěvek na péči v nejvyšší výměře, bylo podstatně efektivnější. Ačkoli na jedné straně by bylo na příspěvku na péči vynaloženo více finančních prostředků, finanční prostředky v rámci dotačního řízení by bylo možno použít k rozvoji chybějících terénních sociálních služeb a tak nastartovat transformaci celého tohoto systému.

3.3 Možné přístupy ke zvýšení efektivity finančních prostředků vynaložených v rámci dotačního řízení

Podle analýzy dostupných údajů o výši provozních nákladů a struktuře jejich financování činily v r. 2007 celkové náklady v domovech pro seniory 9 420 mil. Kč, přičemž:

- celková výše dotace poskytnuté MPSV činila 2 780 mil. Kč,
- na příspěvku na péči bylo uživateli zapláceno 1 532 mil. Kč,
- na úhradách za pobyt a stravování zaplatili uživatelé 4 430 mil. Kč,
- za ošetřovatelskou a rehabilitační péči zdravotní pojišťovny zaplatily 514 mil. Kč,
- zřizovatelé jednotlivých zařízení dotovali provoz svých zařízení částkou 163 mil. Kč (tj. 5,9 % z objemu dotace poskytnuté MPSV).³²

Pokud by v rámci přechodných ustanovení zákona o sociálních službách bylo stanoveno, že uživatel domova pro seniory dostane ze zákona příspěvek na péči ve III. stupni závislosti, činil by celkový objem nákladů na výplatu příspěvku na péči 3 995 mil. Kč (tj. o 2 463 mil. Kč více než ve skutečnosti) a v případě, že by na tato místa nebyla poskytnuta žádná dotace ze zdrojů MPSV, mohl být žádoucí rozvoj terénních sociálních služeb podpořen částkou o cca 317 mil. Kč vyšší.

Tomuto rozvoji by jistě přispělo i obdobné řešení v oblasti pečovatelské služby, kdy by uživatelům pečovatelské služby byl automaticky ze zákona přiznan příspěvek na péči v I. stupni závislosti a v případě, že by byli v domě s pečovatelskou službou v II. stupni závislosti. Toto řešení by jistě zabránilo tomu, že počet uživatelů pečovatelské služby klesl v porovnání s r. 2006 o 9,5 tis. osob.

Je přitom zřejmé, že toto řešení by přispělo k efektivnější alokaci veřejných prostředků v sociální sféře. Zatímco v pobytových zařízeních pro seniory je řada uživatelů bez přiznaného příspěvku na péči, popř. pouze s příspěvkem na péči v I. stupni závislosti a na umístění v těchto zařízeních čeká 48 131 osob (přičemž v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v hospicových zařízeních je celkem 7 265 míst),

³² struktura financování je zřejmá z grafu v příloze č. 11

3. Dotace ze státního rozpočtu - významný zdroj financování sociálních služeb

existuje v ČR podle dostupných informací pouze jedno zařízení pečovatelské služby, které poskytuje pečovatelskou službu nepřetržitě 24 hodin (Centrum sociálních služeb a pomoci Chrudim). Průměrné náklady na jednoho uživatele měsíčně zde činí 5 131 Kč,³³ jsou tedy na úrovni 28,8 % průměrných nákladů připadajících na jedno místo v domovech pro seniory.

³³ viz: *Rozvoj sociálních služeb v pardubickém kraji - příklady dobré praxe*. Chrudim: Akademie J. Á. Komenského, 2008

4. Financování zdravotní péče v pobytových zařízeních služeb sociální péče

4.1 Základní teoretická východiska financování zdravotní péče v pobytových zařízeních služeb sociální péče - historický exkurz a současnost

Jedním z dlouhodobě největších problémů při poskytování pobytových sociálních služeb byla až do přijetí zákona o sociálních službách skutečnost, že zdravotní pojišťovny (a především Všeobecná zdravotní pojišťovna) v rozporu s platným právním stavem odmítaly financovat ošetrovatelskou péči v těchto zařízeních ze systému veřejného zdravotního pojištění a tato péče tedy musela být hrazena z rozpočtu jednotlivých ústavů, což mělo nepochybně vliv i na možnosti poskytování sociálních služeb. V této souvislosti je potřeba udělat malý historický exkurz.³⁴

Až do konce r. 1991 byla zdravotní péče v ústavech sociální péče poskytována ve smyslu ustanovení § 11 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, podle něhož stát poskytoval zdravotní služby prostřednictvím svých zařízení, přičemž nebyla rozlišena zdravotnická zařízení a ústavy sociální péče. Ustanovení § 11 odst. 2 téhož zákona upravovalo zdravotnická zařízení jako místo, kde se zdravotní péče poskytuje, přičemž nešlo o oprávnění tohoto subjektu k poskytování zdravotní péče, neboť zákon vycházel z toho, že se zdravotní péče poskytuje i jinde než ve zdravotnických zařízeních.

Do 31.12.1991 byly tedy ústavy sociální péče na základě citovaných ustanovení přímo ze zákona jako státní zařízení oprávněny poskytovat zdravotní péči. Na základě novely zákona č. 20/1966 Sb. provedené zákonem č. 548/1991 Sb., která nabyla účinnosti 1.1.1992, však mohou poskytovat zdravotní péči pouze zdravotnická zařízení státu, obcí a právnických a fyzických osob. Na rozdíl od dřívější právní úpravy mohou tedy poskytovat zdravotní péči pouze zdravotnická zařízení, tedy subjekty, které mají statut zdravotnických zařízení, resp. které mají oprávnění k poskytování zdravotní péče udělené státním orgánem. Po této novele mohou ostatní právnické osoby (kromě státních zdravotnických zařízení, mezi které nepatří krajské ani obecní domovy důchodců ani ústavy sociální péče) získat oprávnění k poskytování zdravotní péče pouze na základě rozhodnutí o registraci ve smyslu § 10 zákona č. 160/1992 Sb.

V r. 1992 byl zaveden systém všeobecného (dnes veřejného) zdravotního pojištění, z jehož fondů jsou prováděny úhrady zdravotní péče zdravotnickým zařízením na základě smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče. Výjimku v tomto smyslu tvoří pouze kojenecké ústavy, dětské domovy, jesle, zdravotnická záchranná služba a některé úkony pohotovostní služby, kde jsou náklady zdravotní péče hrazeny z rozpočtu daného zařízení.

Dříve stát ústavům, které byly rozpočtovými organizacemi, jednou platbou prostřednictvím okresních úřadů hradil jak náklady na zdravotní péči, tak i náklady na vlastní sociální služby poskytované ústavem. Od zavedení systému zdravotního pojištění jsou však ze strany státu tyto složky péče v ústavech sociální péče financovány odděleně - náklady zdravotní péče jsou povinny hradit zdravotní pojišťovny, zatímco sociální péče je hrazena ústavům sociální péče formou příspěvku na lůžko.

³⁴ viz: Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2009

4. Financování zdravotní péče v pobytových zařízeních služeb sociální péče

Zdravotní pojišťovny byly podle zákona č. 48/1997 Sb. povinny zajistit pojištěnci zdravotní péči ve veškerém potřebném rozsahu ve věcných dávkách. VZP však v rozporu s výše uvedenými právními předpisy odmítala dostát svým závazkům vůči svým pojištěncům, které vyplývají z čl. 31 Listiny základních práv a svobod a z uvedeného zákona, a byla toho názoru, že náklady ústavů sociální péče na jimi poskytnutou zdravotní péči nemají být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, neboť tato zařízení mají povinnost poskytovat zdravotní péči vlastními zaměstnanci a hradit ji ze svého rozpočtu. VZP tvrdila, že ústavy sociální péče nejsou zdravotnickými zařízeními ve smyslu § 11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, a že s nimi tedy ani nemůže uzavírat smlouvy na úhradu poskytované zdravotní péče.

Tuto argumentaci VZP vyvrátil soud v řízení mezi VZP a domovem důchodců Sněženková 8, Praha 10 v r. 1997. Soud potvrdil, že:

- zdravotní péče, na kterou má každý občan nárok na základě čl. 31 Listiny základních práv a svobod a která je poskytována obyvatelům ústavů sociální péče podle § 22 písm. d/ zákona č. 48/1997 Sb. jako tzv. zvláštní ambulantní péče, musí být hrazena z veřejného zdravotního pojištění,
- ústavy sociální péče mohou být registrovány jako nestátní zdravotnická zařízení podle zákona č. 160/1992 Sb., přičemž tato registrace zároveň ústavy aktivně legitimuje k účasti na výběrovém řízení podle § 46 a násl. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a na jeho základě k uzavření smlouvy podle § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.

Na základě podané žádosti o registraci jako nestátní zdravotnické zařízení a předložení příslušných dokladů mohl dříve vydat okresní úřad správní rozhodnutí o registraci. Pokud by okresní úřad nevyhověl žádosti o registraci, mohl ústav sociální péče podat prostřednictvím okresního úřadu k ministerstvu zdravotnictví odvolání. Pokud by ani toto odvolání nebylo úspěšné, bylo možno požádat soud o přezkum tohoto rozhodnutí.

Po nabytí právní moci tohoto rozhodnutí získal ústav sociální péče ve smyslu § 46 a násl. zákona č. 48/1997 Sb. právo navrhnout a účastnit se výběrového řízení na zajištění zdravotní péče o jeho obyvatele (v rozsahu registrací povolených druhů zdravotní péče) a na základě kladného výsledku tohoto řízení pak zdravotní pojišťovnu požádat o uzavření smlouvy podle § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. Pokud by k uzavření této smlouvy nedošlo buď proto, že ústav nebyl ve výběrovém řízení vybrán nebo pojišťovna odmítla uzavřít smlouvu i přesto, že ústav vybrán byl, musela pojišťovna ve smyslu odst. 1 § 46 na své náklady zabezpečit tuto péči zdravotnickým zařízením, s kterým smlouvu uzavřenou má. Neexistence smlouvy mezi ústavem a pojišťovnou však po dobu, dokud by nebyla obyvatelům poskytována jiným (smluvním) zdravotnickým zařízením, nezbavovala pojišťovnu povinnosti uhradit ústavu náklady poskytnuté zdravotní péče. Ustavení odst. 2 § 40 zákona č. 48/1997 Sb. totiž stanoví, že „pokud není mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, popř. jiným subjektem poskytujícím zdravotní péči, smlouva sjednána, jsou zdravotní pojišťovny povinny poskytnutou zdravotní péči uhradit za stejných podmínek jako zdravotnickým zařízením, se kterými zdravotní pojišťovna uzavřela smlouvu podle odst. 1 § 17“.

Na základě tohoto judikátu se v polovině r. 1998 obrátil odbor sociálních služeb MPSV na vedoucí referátů sociálních věcí okresních (obvodních) úřadů a magistrátů měst s doporučením, aby ústavy sociální péče, které tak dosud neučinily, požádaly ve smyslu § 10 zákona č. 160/1992 Sb. příslušný okresní úřad o registraci nestátního zdravotnického zařízení, a to v rozsahu těch zdravotnických činností, které provádějí

vlastními zaměstnanci. Přitom bylo rovněž upozorněno na skutečnost, že rozhodnutí o registraci by ústavy sociální péče měly získat nejenom z důvodů výše uvedených možností uzavření smlouvy podle odst. 1 § 17 zákona č. 48/1997 Sb., resp. uplatnění nároku vzniklého podle odst. 2 § 40 téhož zákona, ale též proto, že z hlediska platného právního řádu takto vlastní poskytování zdravotní péče zlegalizují a nebudou tedy, tak jako do té doby, poskytovat tuto péči tzv. extra legem.

Některé ústavy sociální péče tuto situaci řešily, nechaly se zaregistrovat jako nestátní zdravotnické zařízení a splňovaly tak podmínky pro poskytování zdravotní péče a pro uzavírání smluv podle § 17 zákona č. 48/1997 Sb. Zatímco v řadách sociálních pracovníků byl tento postup s povděkem kvitován, uvnitř zdravotnické veřejnosti byl velmi ostře kritizován a hodnocen jako forma tunelování systému zdravotního pojištění a to přesto, že ze soudně znaleckého posudku zpracovaného odborníky Geriatrické kliniky VFN a 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze jednoznačně vyplývá, že vzhledem ke zdravotnímu stavu a věku obyvatel domovů důchodců je třeba hodnotit zdravotnickou péči poskytovanou obyvatelům těchto zařízení jako nutnou a neodkladnou, přičemž jejím odložením by mohlo dojít k vážnému zhoršení jejich zdravotního stavu.

Přestože dříve platná právní úprava nebránila ústavům sociální péče poskytovat zdravotní péči a zdravotním pojišťovnám tuto péči hradit, zdravotním pojišťovnám neukládala povinnost uzavírat smlouvy s jinými než zdravotnickými zařízeními. V rámci vládního návrhu novely zákona č. 48/1997 Sb., kterou vláda na podzim r. 2001 předložila na jednání Poslanecké sněmovny Parlamentu (avšak v návaznosti na politická jednání ji následně z jednání tohoto zastupitelského sboru stáhla), se podařilo tento problém vyřešit tím, že podle dikce § 2 odst. 1 bylo navrženo za zdravotnická zařízení pro účely zdravotního pojištění považovat též zdravotnická pracoviště státních i nestátních ústavů sociální péče, která zajišťují zdravotnickými pracovníky zvláštní ambulantní péče o osoby umístěné v těchto ústavech, pokud tato pracoviště splňují požadavky na věcné, technické a personální vybavení.

V souvislosti s přípravou návrhu věcného záměru zákona o sociálních službách v r. 2000 proto bylo nezbytné věnovat pozornost otázce legislativního zakotvení poskytování zdravotní péče v ústavech sociální péče. V zájmu aktualizace kvantifikace finančních dopadů tohoto postupu byl do výzkumného plánu Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí na rok 2001 a 2002 zařazen projekt "Podmínky poskytování ošetrovatelské péče v rezidenčních zařízeních vč. návrhu propojení systémů zdravotní a sociální péče". Cílem tohoto projektu bylo ve spolupráci s VZP provést aktuální analýzu rozsahu a objemu zdravotní péče poskytované v zařízeních sociální péče tak, aby došlo k jednoznačnému vymezení působnosti zdravotní péče v systému sociálních služeb a na tomto základě následně upravit dikci platných či připravovaných právních norem tak, aby byl komplexně a systémově správně upraven postup v oblasti financování a úhrady zdravotní péče poskytované v zařízeních sociální péče.

Na základě metodiky zpracované ve spolupráci se VZP probíhalo v uvedeném období v 5 vybraných domovech důchodců a ústavech sociální péče šetření, z jehož výsledků vyplynulo, že³⁵:

- v ÚSP byla odborná ošetrovatelská péče hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění indikována průměrně jen u každého 2. - 4. pojištěnce,
- souhrn této péče činil v průměru 3 - 8,5 hod/1 den na celý ústav.

³⁵ viz: *Odborná ošetrovatelská péče a léčebná rehabilitace hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění - současný stav v LDN, na ošetrovatelských lůžkách, v domácí péči a v ÚSP*. Praha: VZP, 2003

4. Financování zdravotní péče v pobytových zařízeních služeb sociální péče

Na základě promítnutí těchto údajů do celé struktury domovů důchodců a ústavů sociální péče bylo odhadováno, že celkové náklady na poskytování ošetrovatelské péče v těchto zařízeních činí cca 100 mil. Kč. V rámci diskusí s odborníky z řad poskytovatelů sociálních služeb i zdravotní péče se přitom objevila řada názorů o účelovém podhodnocení rozsahu poskytované ošetrovatelské péče v ústavech sociálních služeb ze strany VZP tak, aby VZP prokázala, že rozsah ošetrovatelské péče v ústavech sociální péče je nepatrný v porovnání s dlouhodobým finančním propadem v oblasti sociálních hospitalizací, jejichž nevyužívání je mj. i výsledkem dlouhodobě nedostatečně revizní činnosti ze strany VZP.

Tuto skutečnost potvrdily údaje VZP,³⁶ podle nichž činily v r. 2007 výdaje na ošetrovatelskou a rehabilitační péči v pobytových zařízeních sociálních služeb cca 488 mil. Kč, přičemž sama VZP přiznává, že na zdravotní péči poskytovanou osobám ve zdravotnických zařízeních z jiných než zdravotních důvodů bylo vynaloženo pouze 12 mil. Kč, tj. 8 % z celkového objemu předpokládaného plánu. VZP tuto skutečnost přičítá přetrvávající neochotě lůžkových zdravotnických zařízení nasmlouvat tento typ péče a následně přiznávat sociální důvody hospitalizací, nicméně je zřejmé, že tento propad je důsledkem nedostatečné kontrolní a revizní činnosti pojišťovny.

Tyto domněnky potvrdily rovněž některé práce, které byly realizovány podle stejné metodiky v následujícím období,³⁷ podle nichž celkové náklady na poskytování ošetrovatelské péče ve sledovaných domovech důchodců a ústavech sociální péče nikdy neklesly pod 40 % celkových provozních nákladů těchto ústavů.

Významným krokem k řešení těchto otázek přispěl i přijatý zákon o sociálních službách, který v § 36 stanoví, že poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby v týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Tato péče je poskytována formou zvláštní ambulantní péče podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění,

- prostřednictvím zdravotnického zařízení,
- jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání s tím, že rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanoví vyhláška, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Negativně je však nutno hodnotit skutečnost, že nebylo vytvořeno žádoucí "zrcadlo" mezi sociální péčí poskytovanou ve zdravotnických zařízeních a zdravotní péčí poskytovanou v pobytových zařízeních sociálních služeb. Negativně je nutno hodnotit především skutečnost, že zdravotnická zařízení, která poskytují služby ústavního charakteru, nejsou povinna se registrovat a plnit tak všechny povinnosti, které poskytovatelům sociálních služeb zákon ukládá v § 88, aniž je to objektivně zdůvodnitelné.³⁸

Podle navazujícího zákona č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, uzavírají VZP a ostatní zdravotní pojišťovny za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb s

³⁶ viz: *Výroční zpráva VZP ČR za r. 2007. Praha: VZP, 2008*

³⁷ viz např. Cílková, J. *Zdravotní péče v sociálních zařízeních*. ZSF JČU Č. Budějovice, 2004 nebo L. Pěčová, L. *Zdravotní péče poskytovaná v ústavech sociální péče*. ZSF JČU Č. Budějovice, 2005

³⁸ viz: Jabůrková, M. a kol. *Od paragrafů k lidem: analýza situace v oblasti sociálních služeb po přijetí nového zákona o sociálních službách*. Praha: SKOK, 2007

pobytovými službami zvláštní smlouvu s těmito zařízeními, pokud o uzavření této smlouvy zařízení sociálních služeb požádá a současně prokáže, že tato péče bude poskytována na základě ordinace ošetřujícího lékaře jejich zdravotnickými pracovníky, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání.

Pomineme-li, že VZP soustavně trvá na tom, že ošetrovatelská péče poskytovaná obyvatelům ústavů sociální péče je poskytována v režimu tzv. zvláštní ambulantní péče a že o poskytování této péče je uzavírána s ústavu sociální péče tzv. zvláštní smlouva, je největším nedostatkem zvoleného řešení forma úhrad za poskytovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím výkonového způsobu. Obecně je rizikem tohoto způsobu financování možnost vykazování ve skutečnosti nerealizovaných výkonů nebo nadprodukce výkonů, na což obvykle plátce zdravotnické péče reaguje administrativním omezením ve formě regulačních opatření a limitů na straně úhrad za provedené zdravotní výkony. Dochází tedy k tomu, že původní kalkulovaná cena stanovená pomocí průměrných nákladů na výkon se s růstem počtu vykázaných výkonů snižuje.

Zdravotní výkony nové autorské odbornosti pro ošetrovatelskou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb³⁹ byly zpracovány na základě několika různých šetření. Otázkou však zůstává kvalita a reálnost vstupních dat použitých při kalkulaci výkonů nové odbornosti, neboť se objevují signály o tom, že současný způsob úhrad je podhodnocen a může mít za následek skutečnost, že se v praxi bude obtížně prosazovat a ke skutečnému zavedení institutu zdravotně sociálního lůžka jak v systému sociálních služeb, tak i v systému zdravotní péče pravděpodobně bude docházet velmi pomalu.

Popis problémů provázejících v současné době souběh poskytování zdravotní a sociální péče je uveden v příloze č. 10.

4.2 Několik poznámek ke kvantifikaci nákladů zdravotní péče poskytované v pobytových zařízeních služeb sociální péče

Z dotazníkového šetření provedeného VÚPSV, v.v.i. v r. 2008⁴⁰ vyplývá, že poskytovatelům sociální péče hradí zdravotní pojišťovny na základě uzavřených smluv pouze část poskytované zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny tak využívají nedostatečného definičního rozhraní mezi zdravotní a sociální péčí. Vzhledem k tomu, že poskytovatelé jsou povinni svým klientům zdravotní péči zajistit, financují ji z běžných provozních nákladů. Podle jednotlivých respondentů proplácejí ústavy ze svých běžných nákladů 50 – 70 % provedených zdravotních výkonů. Z Výroční zprávy VZP ČR za r. 2007 je přitom zřejmé, že v r. 2007 zaplatila tato zdravotní pojišťovna za ošetrovatelskou a rehabilitační péči v pobytových zařízeních sociálních služeb celkem 488 mil. Kč, přičemž tato péče byla indikována pro 6 507 uživatelů těchto zařízení (pojištěnců VZP).⁴¹

Nejčastějšími příčinami sporu je podávání léků per os (tj. do úst uživatele). Tento způsob podávání léků je indikován např. u některých klientů s psychickou

³⁹ vyhláška 620/2006 Sb., kterou se mění vyhláška MZ ČR č. 134/1998/ Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a která zavádí novou autorskou odbornost 913 - všeobecná sestra v sociálních službách

⁴⁰ viz: *Zpráva o činnosti VÚPSV, v.v.i. za období leden - září 2008. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2008*

⁴¹ Celkově lze odhadovat, že zdravotní pojišťovny zaplatily za ošetrovatelskou a rehabilitační péči v domovech pro seniory cca 514 mil. Kč, tj. cca 5,5 % provozních nákladů těchto zařízení.

poruchou a u klientů s poruchou polykacího reflexu. VZP však v mnoha případech indikace neuznává. Dalším problémem je proplácení rehabilitační péče a polohování, což jsou důležité výkony pro předcházení dekubitům.

Vzhledem k tomu, že VZP proplácí zdravotnické výkony podle sazebníku, problémem jsou náklady na platy zdravotnických pracovníků za práci v noci, kdy zdravotní úkony i ošetrovatelská péče nejsou prováděny nebo jsou prováděny v minimálním objemu. Riziko vyplývající z nepřítomnosti zdravotní sestry je však příliš velké, neboť nejčastější náhlé stavy s nutností resuscitace se odehrávají právě v nočních hodinách.

Pojišťovny ve snaze využít kapacitu praktických lékařů, kteří pobírají za klienty ústavů sociální péče kapitální platby, naléhají na pracovníky ústavů, aby místo ošetření "doma" doprovázeli své klienty na ošetření ke smluvním lékařům, případně využívali agentury domácí péče. To ale není z mnoha důvodů možné. Závažnost této problematiky vyžaduje další podrobnější šetření, které je v současné době realizováno,⁴² předpokládá se, že projekt bude ukončen v květnu 2009.

⁴² viz projekt: *Analýza systému poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních v kontextu zákona o sociálních službách a zákona o veřejném zdravotním pojištění - ZVZ 193*

Závěr

Cílem předložené monografie bylo na základě prvních statistických údajů posoudit efektivnost systému financování péče v domovech pro seniory, které jsou nejrozšířenějším typem pobytových zařízení sociálních služeb tak, jak je definuje nový zákon o sociálních službách. Změna systému financování, spočívající v zavedení nového nástroje - příspěvku na péči - totiž posiluje důraz na hledání optimální formy zabezpečení potřeb člověka v sociální nouzi s přihlédnutím k jeho celkové sociálně ekonomické situaci.

Poznatky získané v rámci této monografie ukazují, že v důsledku změny systému financování sociálních služeb vzrostly finanční vstupy do tohoto systému sociální ochrany obyvatelstva o cca 55 %, přičemž se výrazným způsobem změnily proporce v rozsahu participace jednotlivých subjektů na krytí nákladů jednotlivých sociálních služeb. V oblasti, na kterou byla v rámci této monografie soustředěna stěžejní pozornost, tj. v oblasti péče o uživatele pobytových služeb sociální péče v domovech pro seniory, výrazným způsobem vzrostl podíl státu i jednotlivých uživatelů na krytí nákladů poskytovaných služeb, přičemž podíl zřizovatelů jednotlivých zařízení - samosprávných orgánů krajů, měst, obcí a nestátních neziskových organizací - paradoxně klesl. Tato skutečnost svědčí o tom, že v tomto segmentu systému sociální ochrany obyvatelstva není doposud vhodně nastavena role jednotlivých subjektů, zřizovatelé jednotlivých zařízení nejsou dostatečně motivováni k tomu, aby prosazovali svoje představy o formách zabezpečení péče a stále u nich v tomto směru přetrvává paternalistický pohled. Je zřejmé, že připravovaná opatření mají orientovat směrem k posílení odpovědnosti těchto subjektů za tuto oblast činnosti, v tomto směru přichází do úvahy především možnost převedení odpovědnosti za poskytování dotací na služby sociální péče ze státu do samosprávné působnosti především krajů a měst.

Na charakteristiku efektivnosti stávajícího systému financování a poskytování sociálních služeb působí množství kritérií, přičemž jako nejvýznamnější lze označit:

- kritéria pro stanovení míry závislosti,
- strukturu uživatelů jednotlivých typů sociálních služeb z hlediska míry jejich závislosti,
- kritéria pro přiznávání dotací ze strany státu (MPSV) a zřizovatele,
- přístup zdravotních pojišťoven k financování poskytované zdravotní péče v pobytových zařízeních,
- cenovou regulaci, projevující se ve stanovení maximální výše úhrady za pobyt a stravování v pobytových a ambulantních zařízeních a výše úhrad za jednotlivé úkony pečovatelské služby právním předpisem ze strany státu, výše těchto úhrad není stanovena na úrovni, která by umožnila pokrýt průměrné náklady daného typu služby a kdy na dotace ze strany státu není právní nárok.

Na základě Samuelsonova pojetí efektivnosti v ekonomické teorii byla stanovena teze, že efektivní je taková služba sociální péče, kdy výše úhrady uživatele za poskytovaný typ služby spolu s vyšší příspěvku na péči a úhradou zdravotní péče od zdravotní pojišťovny uhradí průměrné celostátní náklady daného typu služby s tím, že na event. krytí vyšších nákladů v konkrétním zařízení by se měl podílet zřizovatel dané služby. Z tohoto pohledu byly následně analyzovány dva základní nástroje financování sociálních služeb - příspěvek na péči a dotace ze státního rozpočtu.

Příspěvek na péči je dávkou, jejíž základním cílem bylo zvýšit prvek spoluúčasti občana při řešení jeho osobní sociální situace a posílit principy svobodné volby uživatele sociální služby při rozhodování o formě zabezpečení vlastních potřeb. Jeho koncipováním se měla mj. rovněž zvýšit odpovědnost samosprávných orgánů krajů, měst a obcí při zabezpečování sociálních potřeb občanů na daném území. Z provedené analýzy struktury příjemců této dávky v září 2008 mj. vyplývá, že:

- dávku pobíralo celkem 277 tis. osob, přičemž více než 40 % z nich pobíralo příspěvek v nejnižší výměře,
- cca 75 % příjemců příspěvku nevyužívá žádnou formu péče, kterou nabízejí registrovaní poskytovatelé, a službu jim tedy zabezpečují rodinní příslušníci,
- v pobytových zařízeních sociálních služeb bylo cca 34 % klientů bez jakéhokoli příspěvku na péči,
- pečovatelskou službu pobíralo cca 82 % uživatelů bez příspěvku na péči,
- ve všech věkových skupinách je po 70. roce věku vyšší úroveň závislosti identifikována u žen, přičemž s rostoucím věkem se rozdíl mezi oběma pohlavími zvyšují.

Řada těchto údajů však pravděpodobně nemá úplnou vypovídací schopnost, což vyplývá pravděpodobně z toho, že v informačním systému o příspěvku na péči nejsou uvedeny údaje o formě poskytované péče u těch příjemců příspěvku, kteří na tuto dávku získali nárok překlopením ze zvýšení důchodu pro bezmocnost a z příspěvku při péči o blízkou osobu, popř. u těch, kteří v okamžiku podání žádosti o tuto dávku neví, kdo jim zabezpečí požadovanou službu, a proto uvedou do žádosti, že jim péči zabezpečí rodinný příslušník, přičemž následné změny nejsou do počítačového programu zaneseny.

Přes tyto skutečnosti je však zřejmé, že lze navrhnout několik významných úprav stávající právní úpravy, která by mohla výrazným způsobem přispět ke stabilizaci celého systému financování sociálních služeb. K prioritním řešením v tomto smyslu patří:

- změna systému výplaty u příjemců příspěvku na péči v I. a II. stupni závislosti na systém poukázek, popř. zavedení kombinovaného způsobu výplaty příspěvku,
- zavedení evidence osob - rodinných příslušníků, kteří zabezpečují péči o své blízké ve vlastní domácnosti,
- přehodnocení míry závislosti osob, které na příspěvek na péči získaly nárok překlopením ze zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvku při péči o blízkou osobu.

Druhým významným nástrojem financování sociálních služeb jsou dotace poskytované ministerstvem práce a sociálních věcí registrovaným poskytovatelům sociálních služeb. Z provedeného rozboru výše poskytnutých dotací vyplývá, že rozdíly mezi jednotlivými kraji existují až dvojnásobné rozdíly, což nasvědčuje tomu, že nebyly respektovány všechny principy dotačního řízení tak, jak byly dříve definovány. Ukazuje se, že finanční prostředky, které jsou poskytovány v rámci dotačního řízení, jsou orientovány nikoli na potřebnou transformaci celého systému, ale na krytí důsledků nepřilíživě zvolených přechodných ustanovení. Provedené rámcové propočty ukázaly konkrétní možnosti efektivnější alokace poskytnutých finančních prostředků, podstatně významnější postavení by v rámci dotačního řízení měly hrát samosprávné orgány především krajů a měst.

Významným způsobem ovlivňuje efektivnost poskytovaných služeb v domovech pro seniory rovněž přístup zdravotních pojišťoven k financování nákladů poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče. Zdravotní pojišťovny dlouhodobě odmítaly náklady této péče hradit, přestože výklad souvisejících právních norem i řada soudních sporů jednoznačně deklarovala jejich povinnost tuto péči financovat. K řešení problému přispělo teprve přijetí zákona o sociálních službách, podle něhož poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby v týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem.

V r. 2007 Všeobecná zdravotní pojišťovna vynaložila na tuto péči cca 488 mil. Kč, přičemž poznatky získané v rámci dalších výzkumných šetření ukazují, že rozsah této péče je podstatně širší, aktuální poznatky ukazují, že pobytová zařízení proplácují ze svých běžných nákladů 50-70 % provedených zdravotních výkonů. Podrobnější šetření, které by přesněji kvantifikovalo rozsah poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče je v současné době realizováno, předpokládá se, že projekt bude ukončen v květnu 2009.

V souvislosti s přijetím nového zákona o sociálních službách je nutno negativně hodnotit skutečnost, že zdravotnická zařízení, která poskytují služby ústavního charakteru, nejsou povinna se registrovat a plnit tak všechny povinnosti, které poskytovatelům sociálních služeb zákon ukládá, aniž je to objektivně zdůvodnitelné.

x x x

Na základě výše uvedených hodnocení lze souhrnně konstatovat, že **stávající systém financování sociálních služeb v domovech pro seniory je neefektivní**. Vhodným způsobem nebyly nastaveny jeho základní parametry (zejména přechodná ustanovení týkající se překlopení zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvku při péči o osobu blízkou do příspěvku na péči), výsledky dotačního řízení ukazují, že byly narušeny základní principy dotačního řízení, regulace maximální výše úhrad uživatele sociálních služeb neumožňuje potřebný rozvoj sociálních služeb, zdravotní pojišťovny nehradí v plném rozsahu poskytnutou zdravotní péči. Opatření, která byla výše uvedena, jsou proto motivována snahou výrazně zvýšit efektivnost vynaložených finančních prostředků a přispět k žádoucímu rozvoji sociálních služeb.

Literatura

Bareš, P. *Přiměřenost sociálních služeb aktuálním potřebám*. Praha: VÚPSV, 2006, ISBN 80-87007-24-7

Cílková, J. *Zdravotní péče v sociálních zařízeních*. ZSF JČU Č. Budějovice, 2004

Hauschild, R. *Die Erfahrungen mit dem deutschen Pflegeversicherungssystem. Soziale Sicherheit in Europe*. Bad Boll, 1998

Jabůrková, M. a kol. *Od paragrafů k lidem: analýza situace v oblasti sociálních služeb po přijetí nového zákona o sociálních službách*. Praha: SKOK, 2007

Kostelecký, T. *Regionální diferenciacie sociálních problémů v České republice*. Praha: Sociologický ústav AV, 1994

Kozlová, L. *Vybrané kapitoly z oboru sociální služby*. *Kontakt* 2004, č. 2, ZSF JČU České Budějovice

Krebs, V. a kol. *Sociální politika*. Praha: ASPI, 2007

Matoušek, O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007

Mertl, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*.

Praha: VÚPSV, v.v.i., 2007, ISBN 978-80-87007-72-3

Pěčová, L. *Zdravotní péče poskytovaná v ústavech sociální péče*. ZSF JČU Č. Budějovice, 2005

Průša, L. *K vybraným otázkám transformace systému sociálních služeb*. Praha: VŠE, 1997

Průša, L. *Sociální politika v sídlech a regionech - vybrané otázky*. Praha: VŠE, 1997

Průša, L. *Nový model financování sociálních služeb*. *Sociální politika*, 1998, roč. 24, č. 1-2, ISSN 0049-0962

Průša, L. *Rozbor ekonomických aspektů ovlivňujících stávající a nově navrhovaný systém sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2001

Průša, L. *Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni*. Praha: VÚPSV, 2006, ISBN 80-87007-36-0

Průša, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2007, ISBN 978-80-87007-73-0

Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007, ISBN 978-80-7357-255-6

Průša, L. *Sociální služby - srovnání ČR a EU*. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008

Průša, L. a kol. *Obce, města regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997, ISBN 80-902260-1-9

Průša, L., Mátl, O. *Nad pojetím dotační politiky MPSV*. *Sociální politika*, 1999, roč. 25, č. 9, ISSN 0049-0962

Samuelson, P. A., Nordhaus, W.D. *Ekonomie*. Praha: Svoboda, 1991

-
- Tomeš, I. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: SOCIOKLUB, 2001
- Tomeš, I. a kol. *Sociální správa*. Praha: Portál, 2002
- Bílá kniha v sociálních službách, www.mpsv.cz
- Dotace - sociální služby (vybraná data 2007 a 2008)*. Praha: MPSV, 2008
- Návrh modelu financování sociálních služeb*. Praha: MPSV, 1997
- Návrh věcného záměru zákona o sociální pomoci*. Praha: MPSV, 1997
- Odborná ošetrovatelská péče a léčebná rehabilitace hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění - současný stav v LDN, na ošetrovatelských lůžkách, v domácí péči a v ÚSP*. Praha: VZP, 2003
- Pflegeversicherung - Schutz für die ganze Familie, Bundesministerium für Gesundheit*. Berlin, 2006
- Rozvoj sociálních služeb v pardubickém kraji - příklady dobré praxe*. Chrudim: Akademie J. Á. Komenského, 2008
- Sociální služby v ČR v mezinárodním kontextu. Sborník přednášek z mezinárodní konference*. Chrudim: Akademie J. Á. Komenského, 2008
- Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2005*. Praha: MPSV, 2006 - 2008
- Studie mapující vývoj investic v oblasti zabezpečení kapacit domovů pro seniory do roku 2015 v Jihočeském kraji, KP projekt*. České Budějovice, 2008
- The role of local and regional authorities in the provision of local social services, Council of Europe. Strasbourg, 1999
- Výroční zpráva VZP ČR za r. 2007*. Praha: VZP, 2008
- Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení ve vývojových řadách a grafech*. Praha: MPSV, 1995 - 2008
- Zpráva o financování nestátních neziskových organizací poskytujících sociální služby ve vybraných zemích Evropské unie*. Praha: MPSV, 2005

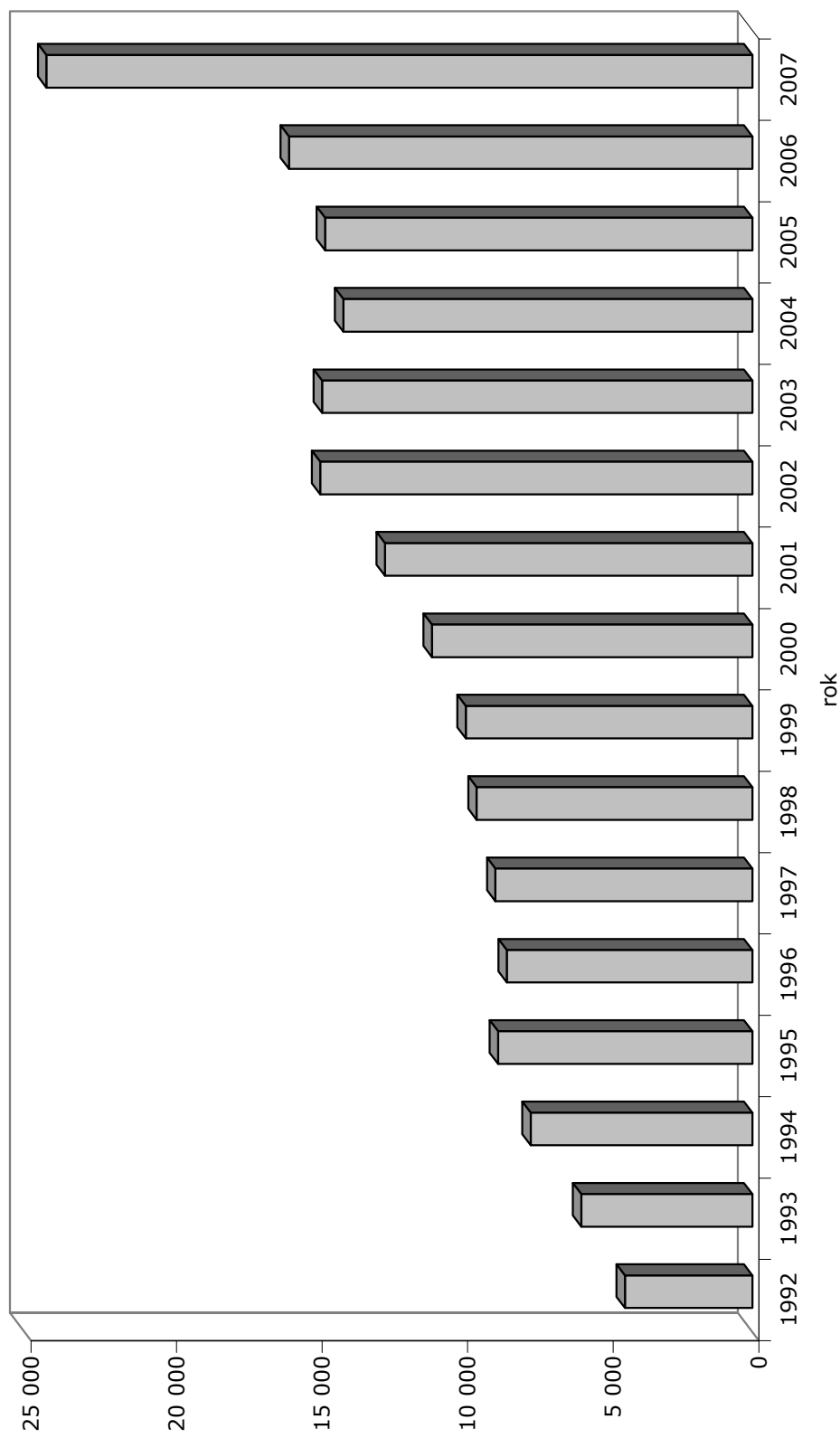
Tabulková a grafická příloha

Seznam příloh

- č. 1: Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1992 - 2007 (v mld. Kč)
- č. 2: Struktura provozních nákladů v domovech pro seniory v r. 2007
- č. 3: Vývoj podílu průměrné výše úhrady klienta na neinvestičních výdajích v domovech seniorů
- č. 4: Porovnání státní dotace na lůžko v domovech seniorů v letech 2007 a 2008
- č. 5: Členění příjemců příspěvku na péči (září 2008)
- č. 6: Podíl mužů pobírajících příspěvek na péči na celkovém počtu mužů v dané věkové skupině (září 2008)
- č. 7: Podíl žen pobírajících příspěvek na péči na celkovém počtu žen v dané věkové skupině (září 2008)
- č. 8: Údaje vymezující potřebu sociálních služeb ve vazbě na míře závislosti a věku osob vyššího věku
- č. 9: Vybavenost krajů sociálními službami pro staré občany v relaci na 1 000 osob starších 65 let v r. 2005
- č. 10: Velikostní struktura obcí v České republice podle výsledků sčítání lidu 2001
- č. 11: Vývoj kumulativního podílu počtu obcí a obyvatel v závislosti na velikosti obce v r. 2001 podle výsledků SLBD
- č. 12: Popis problémů provázejících souběh poskytování zdravotní a sociální péče (SWOT analýza)

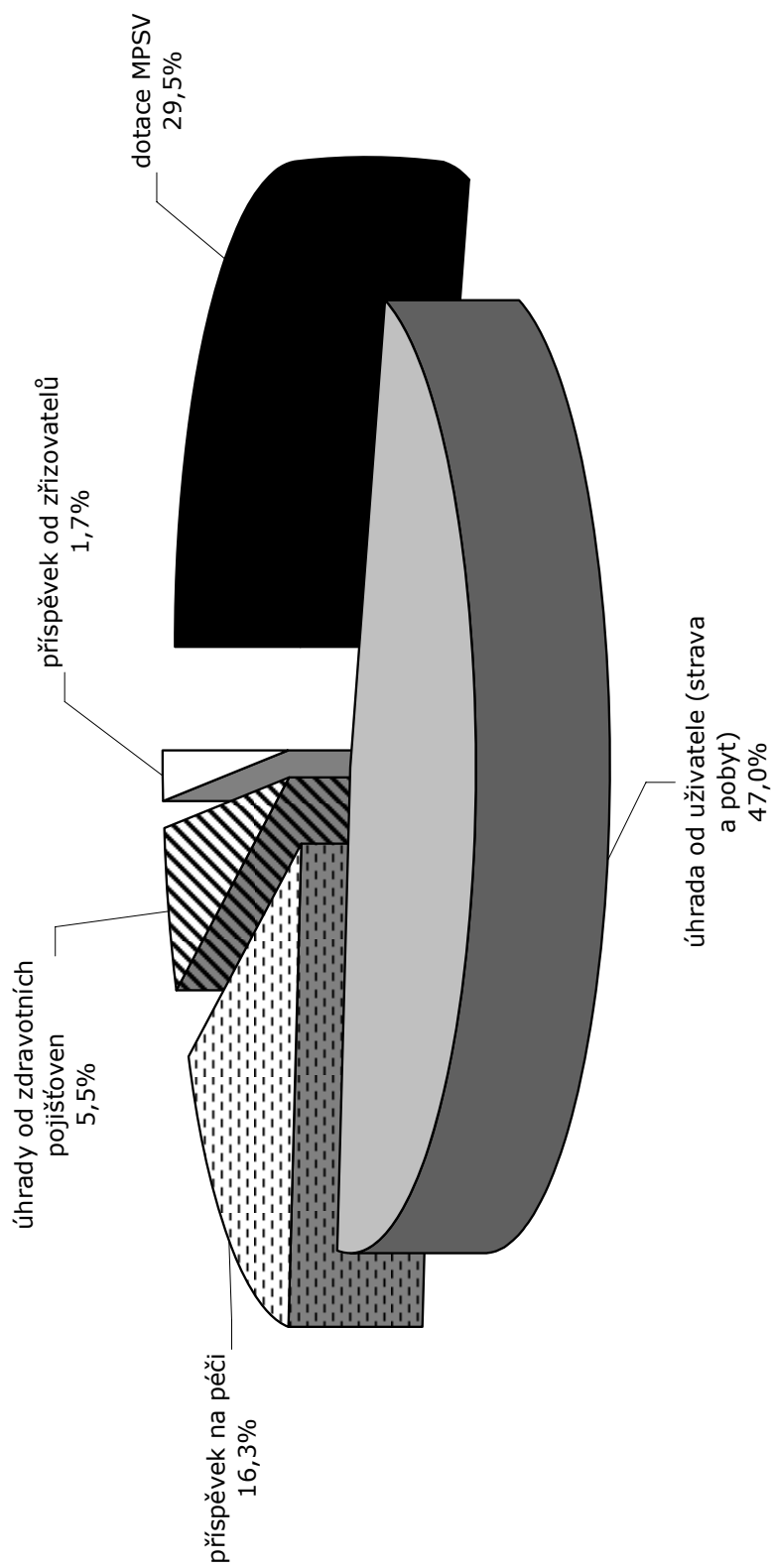
Příloha č. 1

Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1992 - 2007 (v mld. Kč)



Pramen: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení ve vývojových řadách a grafech. Praha: MPSV, 1995-2007

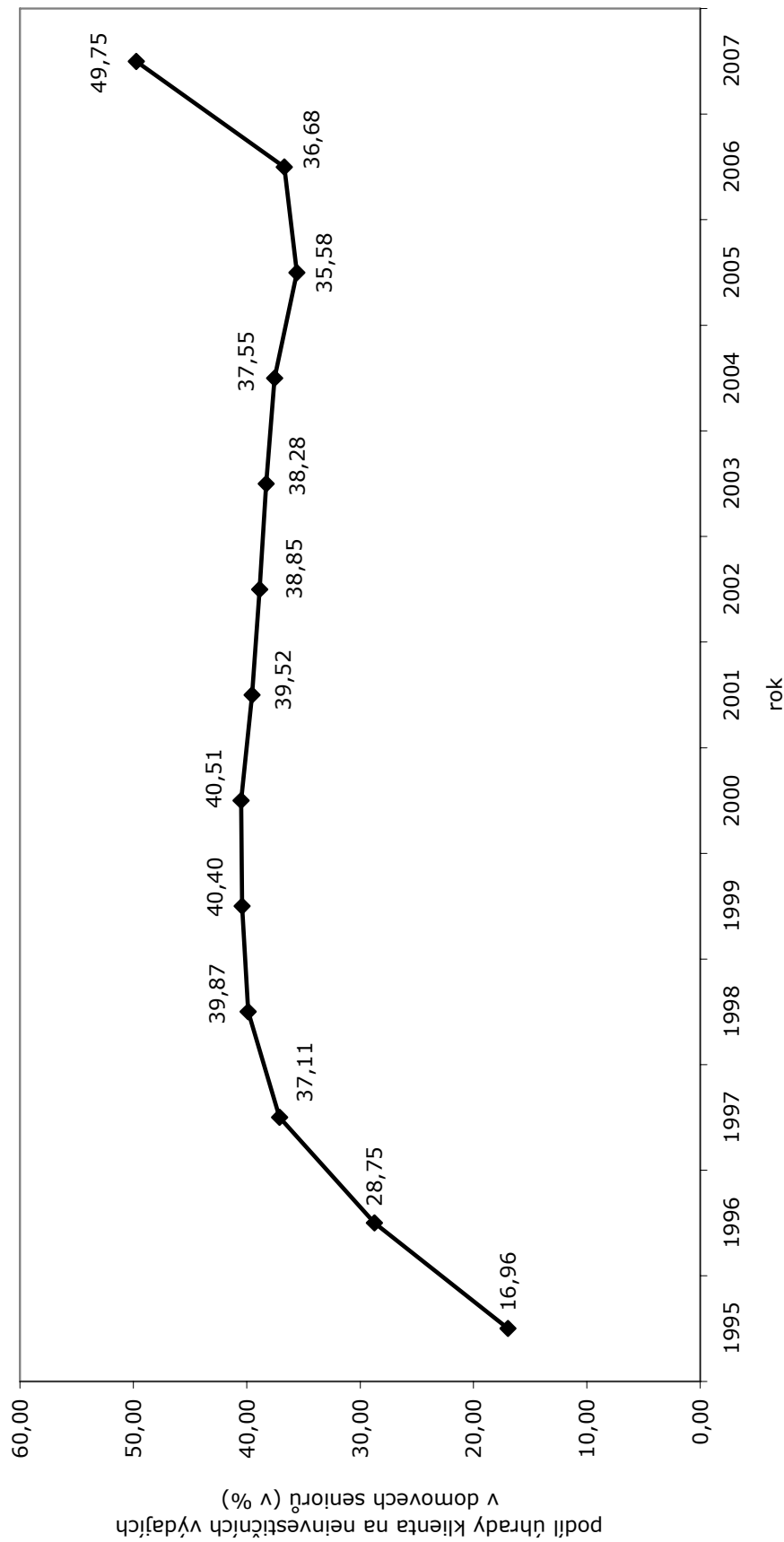
Struktura krytí provozních nákladů v domovech pro seniory v r. 2007



Pramen: vlastní propočty

Příloha č. 3

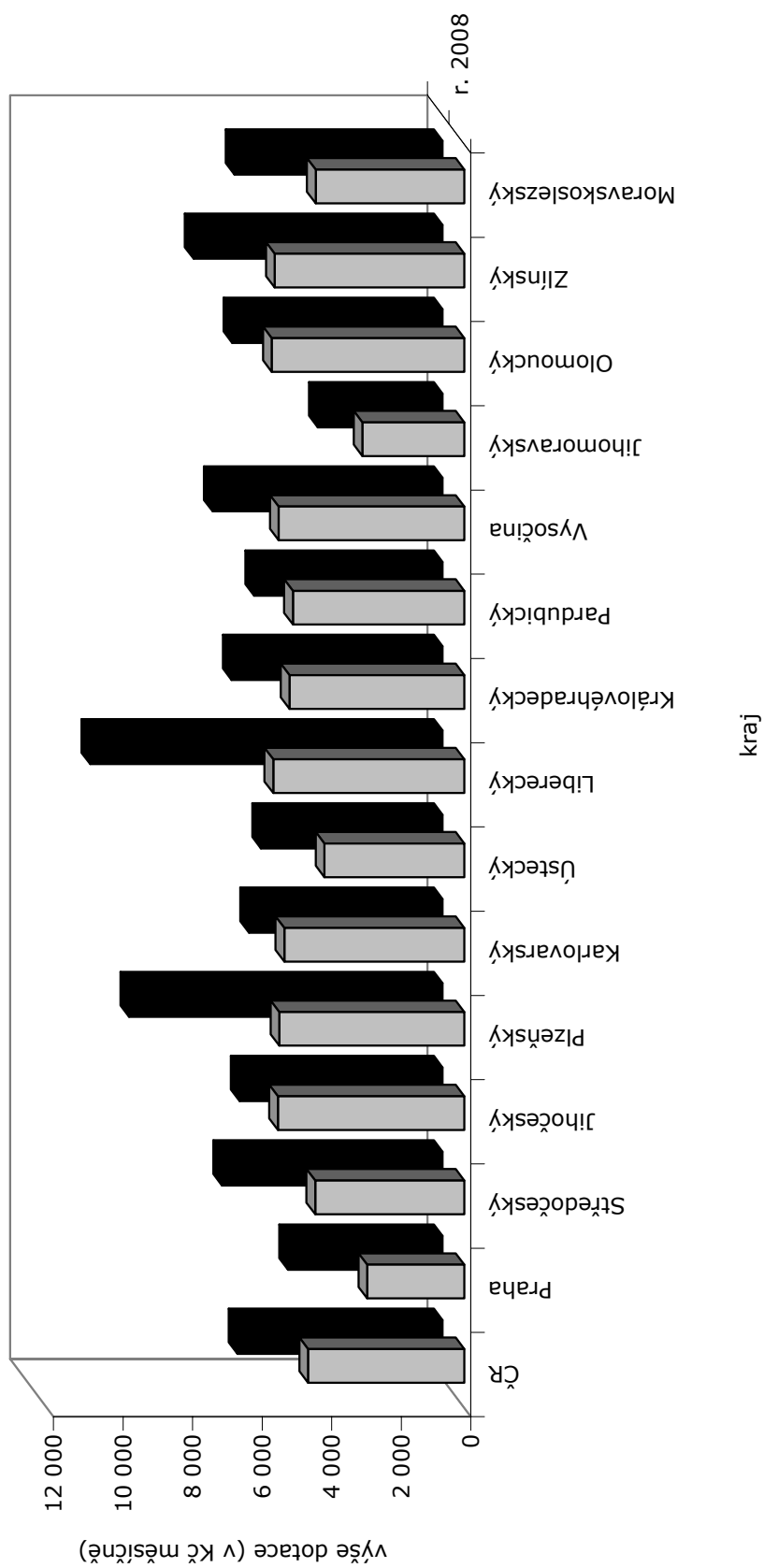
Vývoj podílu průměrné výše úhrady klienta na neinvestičních výdajích v domovech seniorů



Pramen: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech. Praha: MPSV, 1996-2008

Příloha č. 4

Porovnání státní dotace na lůžko v domovech seniorů v letech 2007 a 2008



Pramen: vlastní propočty na základě interních podkladů MPSV

Příloha č. 5

Členění příjemců příspěvku na péči (září 2008)

věk	pohlaví	stupeň příspěvku	forma péče			žádný registrovaný poskytovatel
			pobytová	ambulantní	terénní	
-3	M	I.	1			148
		II.				
		III.				
		IV.				
	Ž	I.		1	1	100
		II.				1
		III.				8
		IV.				
3-18	M	I.	20	21	10	1 916
		II.	29	24	14	1 374
		III.	88	67	68	4 933
		IV.	406	101	84	1 895
	Ž	I.	11	8	1	1 298
		II.	22	14	5	784
		III.	42	50	51	3 517
		IV.	253	89	58	1 250
19-50	M	I.	960	176	117	3 404
		II.	1 548	396	132	5 609
		III.	954	158	78	2 003
		IV.	1 004	112	67	1 389
	Ž	I.	641	163	107	2 775
		II.	1 087	314	133	4 047
		III.	696	151	80	1 439
		IV.	801	94	50	1 018
51-55	M	I.	291	56	74	1 130
		II.	350	29	51	1 174
		III.	162	12	24	391
		IV.	139	5	13	165
	Ž	I.	240	32	52	1 107
		II.	267	31	66	1 017
		III.	155	24	36	336
		IV.	114	4	12	151
56-60	M	I.	339	48	85	1 701
		II.	421	53	92	1 699
		III.	176	25	48	594
		IV.	138	8	15	186
	Ž	I.	275	60	112	1 831
		II.	302	69	106	1 376
		III.	154	20	45	446
		IV.	161	11	25	215

1. pokračování

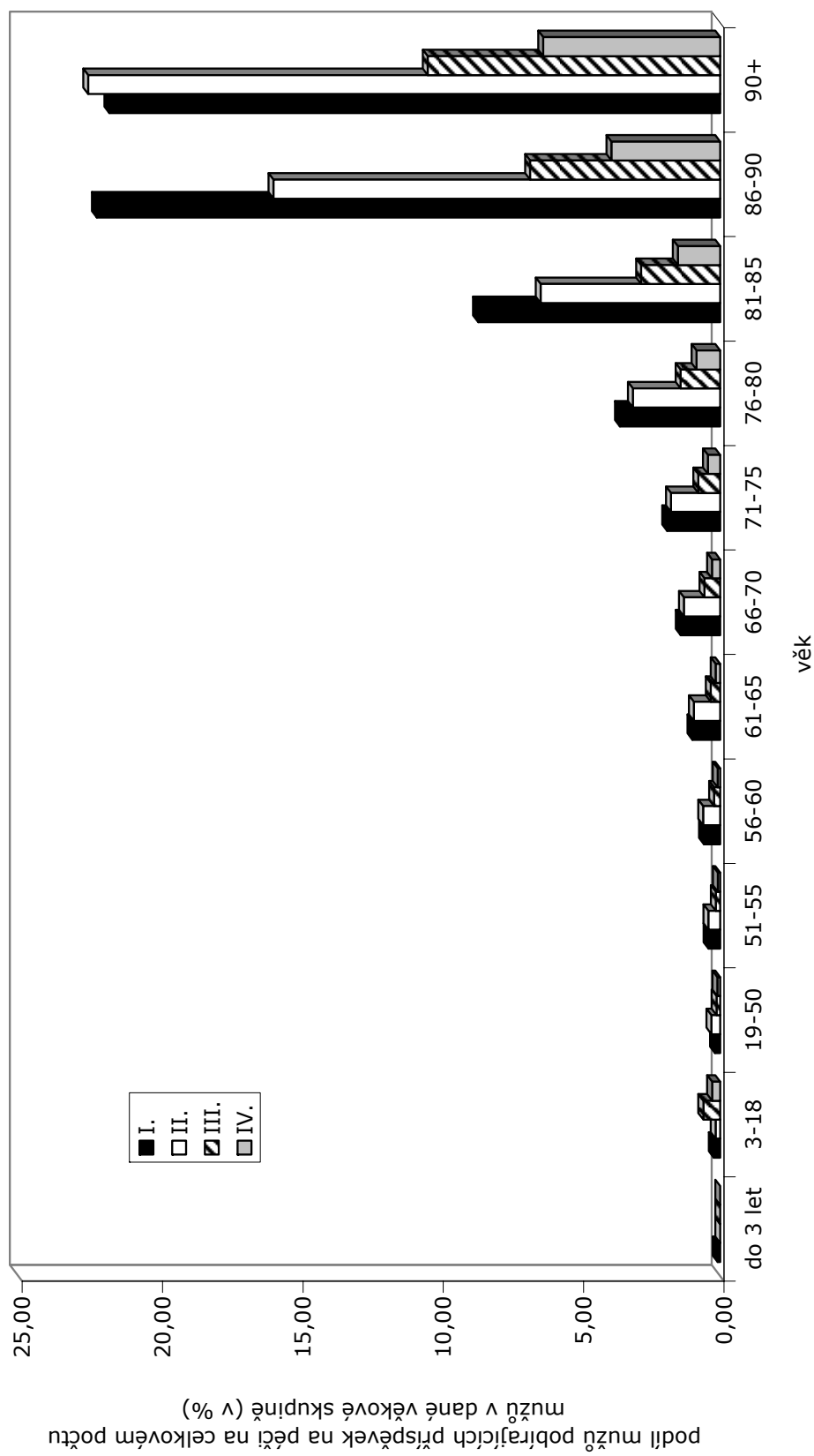
věk	pohlaví	stupeň příspěvku	forma péče			žádný registrovaný poskytovatel
			pobytová	ambulantní	terénní	
61-65	M	I.	382	80	156	2 307
		II.	480	55	100	2 130
		III.	169	16	41	787
		IV.	133	6	18	325
	Ž	I.	259	104	189	2 642
		II.	311	79	157	1 896
		III.	197	26	45	594
		IV.	177	11	29	228
66-70	M	I.	330	61	124	2 259
		II.	341	53	98	2 061
		III.	175	18	36	872
		IV.	149	11	19	400
	Ž	I.	328	167	307	3 326
		II.	311	89	172	2 066
		III.	214	26	54	688
		IV.	197	9	25	285
71-75	M	I.	299	84	149	2 269
		II.	310	52	112	2 133
		III.	199	26	45	893
		IV.	137	15	31	476
	Ž	I.	454	297	586	5 319
		II.	469	159	284	3 037
		III.	329	51	98	970
		IV.	338	20	39	441
76-80	M	I.	365	151	259	3 333
		II.	389	77	173	2 937
		III.	225	38	85	1 274
		IV.	235	19	48	667
	Ž	I.	983	740	1 387	10 892
		II.	1 004	326	594	6 217
		III.	747	100	214	2 040
		IV.	732	31	92	961
81-85	M	I.	453	234	414	4 440
		II.	456	116	243	3 297
		III.	279	49	100	1 385
		IV.	259	26	60	626
	Ž	I.	1 854	1 144	2 159	17 268
		II.	1 813	431	891	10 441
		III.	1 235	162	320	3 313
		IV.	1 269	55	146	1 745
86-90	M	I.	388	187	376	3 421
		II.	371	127	210	2 425
		III.	238	38	77	981
		IV.	213	23	55	472
	Ž	I.	1 805	907	1 714	12 569
		II.	1 929	377	785	9 102
		III.	1 274	155	302	3 303
		IV.	1 488	48	132	1 887

2. pokračování

věk	pohlaví	stupeň příspěvku	forma péče			žádný registrovaný poskytovatel
			pobytová	ambulantní	terénní	
90+	M	I.	160	53	110	830
		II.	164	40	72	917
		III.	97	22	38	395
		IV.	84	5	16	229
	Ž	I.	692	262	471	3 124
		II.	904	182	329	3 492
		III.	721	76	140	1 781
		IV.	845	33	94	1 416

Pramen: informační systém o příspěvku na péči, MPSV

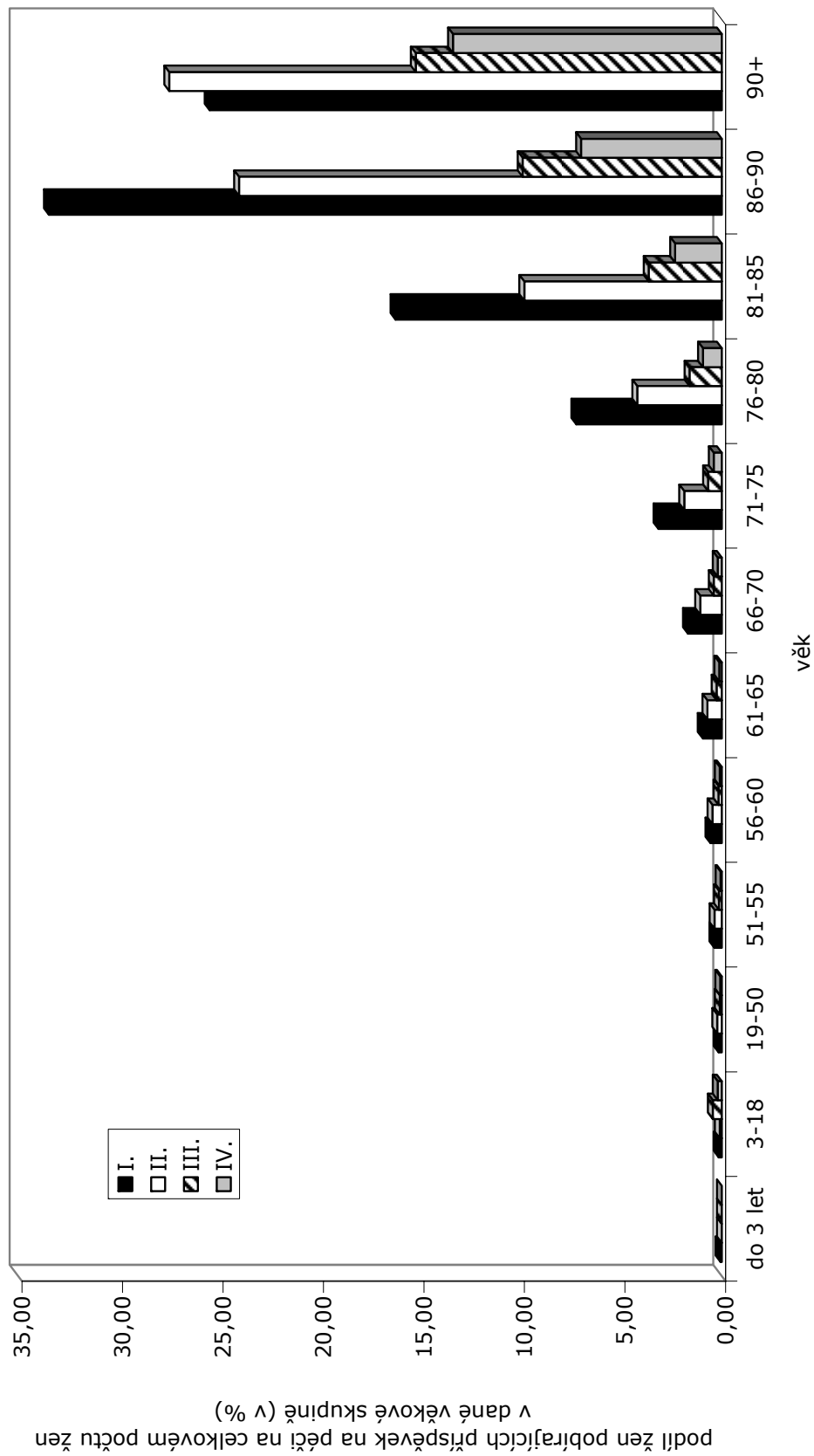
Podíl mužů pobírajících příspěvek na péči na celkovém počtu mužů v dané věkové skupině (září 2008)



Pramen: vlastní propočty na základě interních podkladů MPSV

Příloha č. 7

Podíl žen pobírajících příspěvek na péči na celkovém počtu žen v dané věkové skupině (září 2008)



Pramen: vlastní propočty na základě interních podkladů MPSV

Příloha č. 8

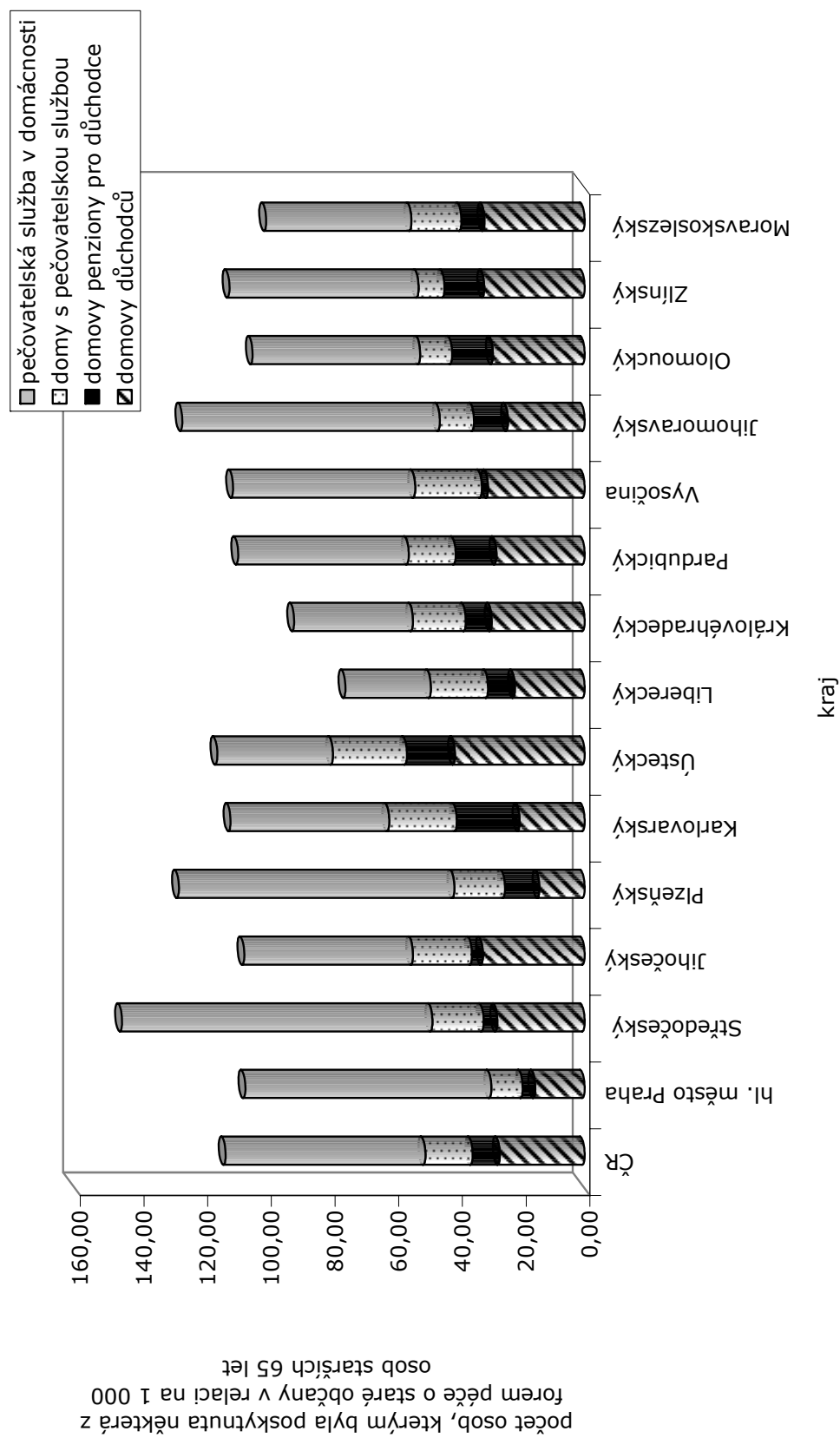
Údaje, vymezující potřebu sociálních služeb ve vazbě na míře závislosti a věku osob vyššího věku

věk osoby	podíl osob, které potřebují pomoc při sebeobsluze podle míry závislosti				
	celkem	minimální	lehká	střední	těžká
65 - 69 let	3%	1,5%	1,5%	-	-
70 - 74 let	7%	3%	2%	2%	-
75 - 79 let	10,5%	4%	3%	3%	0,5%
80 - 84 let	15,5%	6,5%	4%	4%	1%
85 - 89 let	27%	9%	8%	8%	2%
90 a více let	80%	20%	20%	20%	20%

Pramen: Průša, L. a kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997

Příloha č. 9

Vybavenost krajů sociálními službami pro staré občany v relaci na 1 000 osob starších 65 let v r. 2005



Pramen: Průša, L. Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni. Praha: VÚPSV, 2006

Příloha č. 10

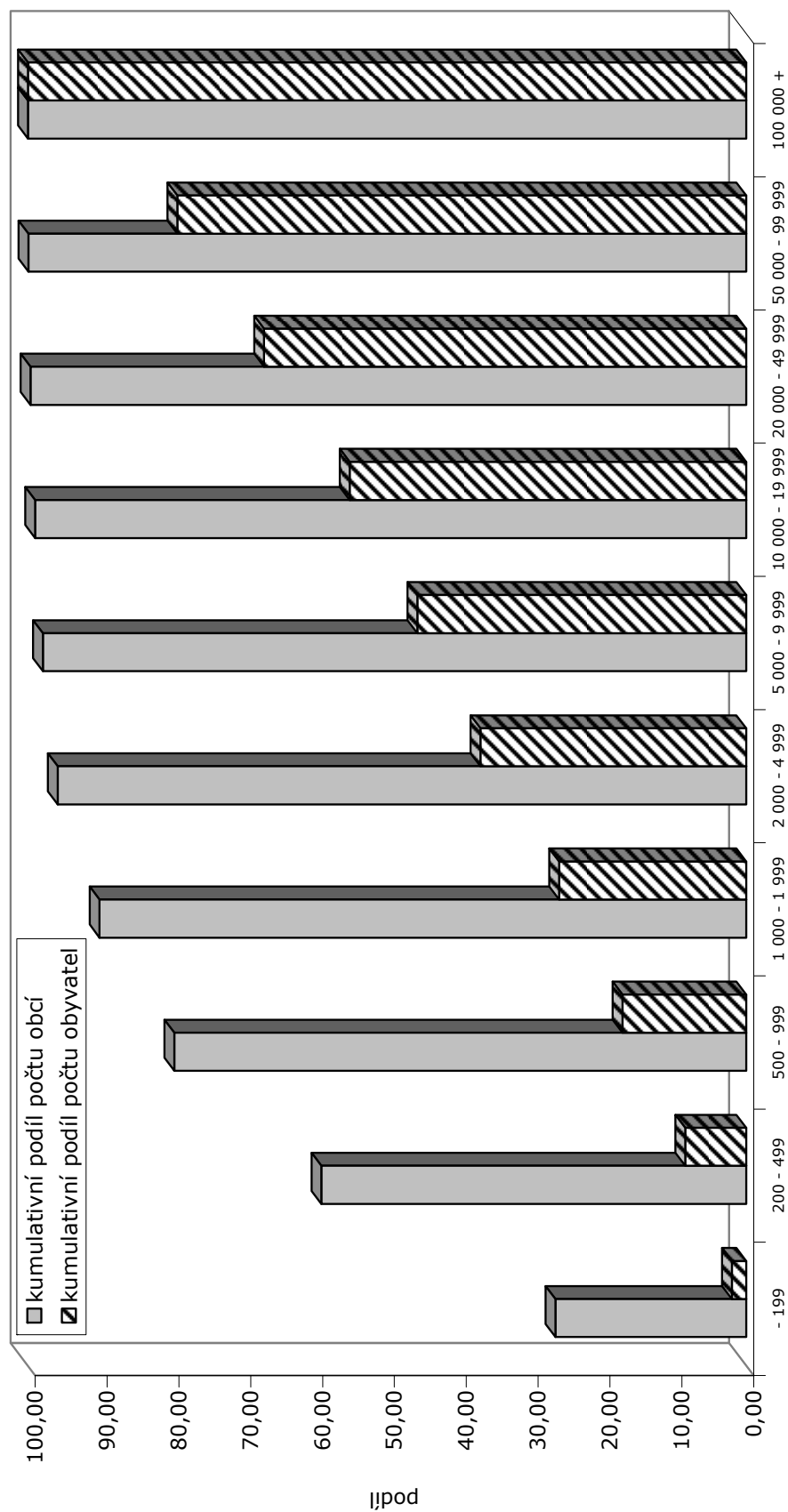
Velikostní struktura obcí v České republice podle výsledků sčítání lidu 2001

velikostní skupina obce (počet obyvatel)	počet obcí	podíl obcí	kumulativní podíl
- 199	1 661	26,54	26,54
200 - 499	2 041	32,61	59,16
500 - 999	1 280	20,45	79,61
1 000 - 1 999	652	10,42	90,03
2 000 - 4 999	363	5,80	95,83
5 000 - 9 999	130	2,08	97,91
10 000 - 19 999	68	1,09	98,99
20 000 - 49 999	41	0,66	99,65
50 000 - 99 999	17	0,27	99,92
100 000 +	5	0,08	100,00
celkem	6 258	100,00	
	počet obyvatel	podíl obyvatel	kumulativní podíl
- 199	205 095	2,00	2,00
200 - 499	663 416	6,48	8,49
500 - 999	893 592	8,73	17,22
1 000 - 1 999	903 757	8,83	26,06
2 000 - 4 999	1 118 510	10,93	36,99
5 000 - 9 999	898 301	8,78	45,77
10 000 - 19 999	965 102	9,43	55,21
20 000 - 49 999	1 220 039	11,93	67,13
50 000 - 99 999	1 232 360	12,05	79,18
100 000 +	2 129 888	20,82	100,00
celkem	10 230 060	100,00	

Pramen: Velikostní struktura obcí v České republice podle výsledků sčítání lidu 2001. Demografie, 2004, roč. 46, č. 4, ISSN: 0011-8265

Příloha č. 11

Vývoj kumulativního podílu počtu obcí a obyvatel v závislosti na velikosti obce v r. 2001 podle výsledků SLBD



velikostní skupina obce (počet obyvatel)

Pramen: Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007

Popis problémů provázejících souběh poskytování zdravotní a sociální péče (SWOT analýza)

Silné stránky

- vícezdrojové financování sociálních služeb
- možnost edukace systému sociálních služeb systémem zdravotního pojištění (systém zdravotního pojištění umí ocenit množství poskytnutých služeb, k čemuž by se měl dostat i systém sociálních služeb - je třeba diferencovat množství poskytovaných služeb různým skupinám uživatelů v každém konkrétním zařízení tak, aby byla spravedlivě ohodnocena péče ze zdroje, z něhož má být podle právních předpisů financována)
- pravomocný soudní rozsudek upravující, že:
 - o zdravotní péče, na kterou má každý občan nárok na základě čl. 31 Listiny základních práv a svobod a která je poskytována obyvatelům ústavů sociální péče podle § 22 písm. d/ zákona č. 48/1997 Sb. jako tzv. zvláštní ambulantní péče, musí být hrazena z veřejného zdravotního pojištění
 - o ústavy sociální péče mohou být registrovány jako nestátní zdravotnická zařízení podle zákona č. 160/1992 Sb., přičemž tato registrace zároveň ústavy aktivně legitimuje k účasti na výběrovém řízení podle § 46 a násl. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a na jeho základě k uzavření smlouvy podle § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.
- kontraktační povinnost zdravotních pojišťoven uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče
- existence profesní organizace, která je provozována profesionálním aparátem, který hájí zájmy poskytovatelů sociálních služeb

Slabé stránky

- nedostatečné kontrolní mechanismy (a nedostatečná kontrolní činnost obecně) zdravotních pojišťoven, které neumožňují odhalit skutečný rozsah tzv. sociálních hospitalizací ve zdravotnických zařízeních (tato skutečnost vede k tomu, že není vytvořené žádoucí "zrcadlo" při poskytování a financování sociální péče ve zdravotnických zařízeních a ošetrovatelské a rehabilitační péče v zařízeních sociálních služeb, což vede k tomu, že rozsah časových kalkulací jednotlivých ošetrovatelských a rehabilitačních výkonů v pobytových zařízeních sociálních služeb je výrazně podhodnocen a poskytovatelé sociálních služeb jsou nuceni značnou část těchto nákladů financovat ze svých rozpočtů na úkor sociálních služeb)
- dlouhodobé systémové podceňování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb (péče je stále definována jako tzv. zvláštní ambulantní, přestože podle výzkumných šetření je struktura nemocí osob v těchto odděleních srovnatelná se strukturou nemocí osob v léčebnách pro dlouhodobě nemocné⁴³),

⁴³ viz: Červenková, A., Bruthansová, D. Pechanová, M. *Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2006, ISBN 80-87007-35-2

- nerovné zákonné postavení pobytových zařízení sociálních služeb a lůžkových zdravotnických zařízení, projevující se např. v tom, že:
 - o lůžková zdravotnická zařízení se nemusí registrovat jako poskytovatelé sociálních služeb a nemusí tedy naplňovat povinnosti, které musí naplňovat pobytová zařízení sociálních služeb (standardy kvality sociálních služeb, inspekce, vzdělávání sociálních pracovníků)
 - o je významně omezena svobodná volba poskytovatele zdravotnických služeb
 - o pobytová zařízení sociálních služeb se nemusí registrovat jako nestátní zdravotnické zařízení, přestože jsou nesystémově poskytovateli zdravotní péče (ačkoli nejsou zdravotnickými zařízeními), tudíž jsou diskriminována v procesu dohodovacích řízení
 - o příjemce příspěvku na péči, který je po dobu celého měsíce ve zdravotnickém zařízení, po tuto dobu příspěvek na péči nepobírá
 - o zdravotní pojišťovny neuzavírají s pobytovými zařízeními sociálních služeb klasickou smlouvu o poskytování a úhradě ošetrovatelské a rehabilitační péče, ale pouze tzv. zvláštní smlouvu, největším nedostatkem zvoleného řešení je forma úhrad za poskytovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím výkonového způsobu, současný způsob úhrad je podhodnocen mj. i díky tlaku ze strany zdravotních pojišťoven vůči pobytovým zařízením sociálních služeb a indikujícím lékařům na podhodnocování vykazování objemu péče
 - o k tomu přispívá i 15 let finančního dluhu ze strany zdravotních pojišťoven a 15 let náskoku zdravotních pojišťoven, který umožňuje pobytová zařízení sociálních služeb i indikující lékaře tlačit k podhodnocování vykazovaného objemu zdravotní péče
- profesní organizace poskytovatelů sociálních služeb nemá dostatečné zkušenosti v oblasti zdravotnictví a své postavení na tomto poli si buduje

Příležitosti

- možnost řešit slabé stránky provázející souběh poskytování zdravotní a sociální péče v rámci připravované novely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, popř. v rámci připravovaných právních předpisů v rámci transformace zdravotnictví
- velmi dobrá aktuální finanční situace zdravotních pojišťoven, které mají na rezervních fondech finanční prostředky v rozsahu 35-40 mld. Kč, což umožňuje objektivizovat výši úhrad za ošetrovatelskou a rehabilitační péči v pobytových zařízeních sociálních služeb
- spojení referátů sociálních věcí a zdravotnictví ve většině krajských a městských úřadů, které jsou většinovými zřizovateli jak pobytových zařízení sociálních služeb, tak i lůžkových zdravotnických zařízení
- systémové narovnání všech poskytovatelů zdravotní péče v jednotném režimu zákona č. 160/1992 Sb. a zákona č. 108/2006 Sb., čímž dojde k eliminaci řady diskriminací na mnoha úrovních
- profesní organizace si vybuduje odpovídající postavení v systému zdravotního pojištění a stane se rovnocenným partnerem v jednání se zdravotními pojišťovnami
- vstup externího dodavatele ošetrovatelské a rehabilitační péče jako doplňkové služby do pobytových zařízení sociálních služeb, které se může stát "zrcadlem" pro stávající personál

- vyřešení otázky poskytování a úhrady rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb
- vyřešení sporných otázek týkajících se nasmlouvání a vykazování některých výkonů, které VZP jednostranně blokuje bez odpovídající opory v právním řádu

Rizika

- vysoký stupeň profesní a odborové organizovanosti lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků, který umožňuje lobbyistickým tlakem odvrátit prakticky všechny návrhy řešení, které nejsou v souladu s často úzkými skupinovými zájmy často malé části členů těchto organizací
- nepřijatelný nátlak řady pracovníků zdravotních pojišťoven na lékaře a další zdravotní personál pobytových zařízení sociálních služeb s cílem minimalizace objemu vykazovaných ošetrovatelských a rehabilitačních výkonů, přestože jejich aplikace patří podle příslušných zdravotnických předpisů výhradně do kompetence zdravotních sester
- trendy ve vývoji obyvatelstva (stárnutí populace), které bude doprovázeno zvýšenou potřebou zdravotních i sociálních služeb
- současné nesystémové řešení poskytování a úhrad zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb bude zakonzervováno a v souvislosti s tím dojde ke stagnaci vývoje úhrad

Pramen: *Analýza systému poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních v kontextu zákona o sociálních službách a zákona o veřejném zdravotním pojištění - ZVZ 193 (průběžná zpráva o řešení projektu v r. 2008. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2008*