

**Ekonomická efektivita
zajišťování péče
o příjemce příspěvku na péči**

Ladislav Průša

VÚPSV, v.v. i. Praha
2013

Publikace byla schválena ediční vědeckou 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. (FSV UK Praha)
Ing. Robert Jahoda, Ph.D. (MU Brno)
Ing. Jan Mertl, Ph.D. (VŠFS Praha)
Ing. Jan Molek, CSc. (JU České Budějovice)
doc. Ing. Olga Poláková, CSc. (Metropolitní univerzita Praha)
Ing. David Prušvic, Ph.D. (MF ČR)

Zpracování publikace bylo podpořeno ze zdrojů OPLZZ v rámci Individuálního projektu MPSV "Podpora procesů v sociálních službách".

Vydal Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.
Praha 2, Palackého náměstí 4
jako svou 455. publikaci
Vyšlo v roce 2013, 1. vydání, počet stran 63
Tisk: VÚPSV, v.v.i.

Recenze: prof. Ing. Vojtěch Krebs, CSc.
Vysoká škola finanční a správní v Praze

Ing. Petr Víšek
Národní centrum sociálních studií, o.p.s., Praha

ISBN 978-80-7416-120-9

<http://www.vupsv.cz>

Abstrakt

Cílem této monografie je charakterizovat ekonomickou efektivnost poskytování péče příjemcům příspěvku na péči. Na základě teoretických východisek budou identifikována kritéria pro toto hodnocení a následně bude vyhodnocena ekonomická efektivnost poskytování péče příjemcům této sociální dávky. V závěru bude věnována pozornost možnostem využívání údajů o struktuře příjemců příspěvku na péči pro potřeby plánování služeb sociální péče jak na celostátní, tak i na regionální úrovni.

Klíčová slova: sociální služby - financování sociálních služeb - příspěvek na péči - dotace ze státního rozpočtu - ošetrovatelská péče - plánování sociálních služeb

Abstract

The aim of this monograph is to characterize the economic efficiency of providing care for the recipients of the care allowance. Based on the characteristics of the basic theoretical background will be identified criteria for this evaluation, and subsequently will be evaluated the economic efficiency of provision care for the recipients of this social benefit. At the end of the monograph attention will be paid to the possibility of using data on the structure of recipients of care allowance for the needs of social care service planning at both national and regional levels.

Key words: social services - financing of social services - care allowance - subsidy from the state budget - nursing care - social services planning

Obsah

Úvod	7
1. Základní teoretická východiska hodnocení efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči	10
2. Naplnění potřeb příjemců příspěvku na péči z kvantitativních a kvalitativních hledisek	14
3. Komplexní rozbor struktury financování jednotlivých typů služeb sociální péče	17
3.1 Podíl občana a jeho rodiny na krytí poskytovaných sociálních služeb z hlediska využití příspěvku na péči a jeho dalších zdrojů	17
3.2 Podíl přiznané dotace ze státního rozpočtu, popř. z rozpočtu krajů, měst a obcí na financování poskytovaných sociálních služeb.....	18
3.3 Podíl úhrad ze systému veřejného zdravotního pojištění.....	21
4. Vliv dalších faktorů determinujících efektivity poskytování jednotlivých typů sociálních služeb.....	24
4.1 Důsledky přiznání příspěvku na péči na vytvoření nových pracovních příležitostí pro pečující osoby	24
4.2 Vliv kompenzace užšího příjmu z ekonomické aktivity příspěvkem na péči v důsledku potřeby zajišťování péče pro svého rodinného příslušníka nebo blízkou osobu	25
4.3 Porovnání výše přiznané státní dotace s objemem odvodů, které je poskytovatel sociálních služeb a každý jeho zaměstnanec povinen odvést na daních a na pojistném na sociální a zdravotní pojištění	27
5. Porovnání ekonomické efektivity financování a poskytování různých typů sociálních služeb ve vybraných lokalitách a jejich zobecnění.....	29
6. Modelování kapacity sítě služeb sociální péče na území regionu	32
6.1 Základní teoretická východiska a problémy z hlediska stanovení sítě sociálních služeb	32
6.2 Hodnocení potřeby služeb sociální péče na regionální úrovni.....	35
6.2.1 Aspekt přítomnosti služeb a jejich kapacity	36
6.2.2 Aspekt dostupnosti služeb.....	37
6.2.3 Aspekt návaznosti služeb	37
6.2.4 Aspekt informovanosti občanů	38
6.2.5 Aspekt kvality služeb	38
6.2.6 Aspekt ekonomické únosnosti.....	38
6.3 Využitelnost kvantitativních standardů pro modelování potřeby služeb sociální péče.....	39
6.4 Možnosti využití příspěvku na péči pro modelování kapacity sítě sociálních služeb na území regionu	40
6.5 Porovnání získaných údajů s daty informačního systému o příspěvku na péči ve vybraném regionu.....	41
Shrnutí, závěry a doporučení	43
Literatura	46
Tabulková příloha.....	49

Úvod

Problematice efektivity financování sociálních služeb věnuje VÚPSV, v.v.i. dlouhodobě pozornost. V rámci výzkumného záměru představovala v letech 2004-2010 problematika studia a výzkumu vybraných sociálně-ekonomických aspektů transformace sociálních služeb jeden ze stěžejních okruhů sledovaných problémů,¹ studium těchto otázek se předpokládá i v rámci dlouhodobého koncepčního rozvoje VÚPSV, v.v.i. do r. 2017.² V uplynulém období byla pozornost věnována především hodnocení efektivity poskytování sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb³ a v rámci pečovatelské služby,⁴ komplexně byly zmapovány náklady na poskytování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.⁵

V rámci tohoto studia byla vyslovena teze, 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".⁶ Tato teze byla opakovaně prezentována v odborném recenzovaném tisku⁷ a na řadě kongresů jak v naší zemi, tak i v zahraničí⁸ a nikdy nebyla odbornou veřejností jakýmkoli způsobem zpochybněna. Z tohoto důvodu je východiskem i pro hodnocení efektivity péče, která je poskytována příjemcům příspěvků na péči.

Dříve získané poznatky opakovaně ukázaly, že stávající systém zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči je neefektivní především:

- v důsledku závislosti poskytovatelů sociálních služeb na výši přiznaných dotací ze státního rozpočtu,
- v důsledku tzv. "cenové regulace" výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových a ambulantních zařízeních a za jednotlivé úkony v rámci terénních sociálních služeb ze strany státu,

¹ viz: Výzkumný záměr VÚPSV, v.v.i. 2004-2010, [online], cit. [2011-03-08], dostupné z: http://www.vupsv.cz/sites/File/o_nas/zakladni_dokumenty/vyzkum_zamer_04-10.pdf.

² viz: Dlouhodobý koncepční rozvoj VÚPSV, v.v.i. v letech 2011-2017, [online], cit. [2011-03-08], dostupné z: http://www.vupsv.cz/sites/File/o_nas/zakladni_dokumenty/MPSV-rozvoj-VUPSV.pdf

³ viz: Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2008. ISBN 978-80-7416-018-9

⁴ viz: Průša, L. *Vývoj výdajů na pečovatelskou službu v letech 1990-2008 a jejich efektivnost*. in: kolektiv. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010. ISBN 978-80-904668-0-7

⁵ viz: Průša, L. a kol. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2009. ISBN 978-80-7416-030-1

⁶ viz: Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008. ISBN 978-80-7416-018-9

⁷ viz např.: Průša, L. Je nový systém financování sociálních služeb pro staré občany efektivní? *Národohospodářský obzor* 2009, č. 3, str. 141-156, ISSN 1213-2446

⁸ např.: Krebs, V., Průša, L. *Financování sociálních služeb- teoretická východiska a skutečnost*. in: Sborník z mezinárodní konference Veřejná ekonomika a správa 2011, Vysoká škola báňská-Technická univerzita, Ostrava 2011, ISBN 978-80-248-2493-2

Průša, L. *Příspěvek na péči - teoretická východiska a realita*. In: Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie Sociálny rozvoj a kvalita života v kontexte makroekonomickej nerovnováhy. Ekonomická univerzita v Bratislave: Velký Meder, 2012. ISBN 978-80-225-3398-0

- v důsledku dlouhodobého nedostatečného financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb, kdy se zdravotní pojišťovny podílejí na krytí nákladů této lékařem indikované a ošetřujícím personálem realizované péče pouze z cca 20 %.⁹

V návaznosti na definované cíle byly při zpracování této monografie uplatněny především tyto strategie a metody řešení:

- rozbor statistických údajů charakterizujících systém financování jednotlivých typů služeb sociální péče a podíl jednotlivých složek na krytí průměrných celostátních nákladů na jejich financování,
- sekundární analýza literatury zaměřené na strukturu financování jednotlivých typů sociálních služeb a vývojových trendů, které tyto změny ovlivňují.

Při realizaci těchto strategických a metodologických přístupů byly využity tyto výzkumné techniky:

- rozbor statistických pramenů,
- matematické modelování jednotlivých alternativních návrhů systému financování služeb sociální péče.

Celá monografie je rozdělena celkem do 6 kapitol.

V první kapitole jsou charakterizována základní teoretická východiska hodnocení efektivnosti zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči. Je přitom zřejmé, že tuto efektivnost není možno analyzovat pouze podle vyčíslitelných nákladů a výsledků, ale je nutno mít na zřeteli širší koncept vč. zlepšení sociální situace a zahrnutí vstupů, které jsou výsledkem dlouhodobé kultivace a nastavení sociálně-ekonomického prostředí.

Druhá kapitola je věnována problematice naplnění potřeb příjemců příspěvku na péči z kvantitativních a kvalitativních hledisek. V tomto smyslu je věnována pozornost třem oblastem:

- nastavení kritérií pro stanovení míry závislosti a způsobu jejich hodnocení,
- rozdělení kompetencí mezi orgány státní správy a samosprávy a vzájemné spolupráci mezi nimi,
- formě výplaty příspěvku na péči a kontrole jeho využívání pro poskytování sociálních služeb.

Ve třetí kapitole je věnována pozornost komplexnímu rozboru struktury financování jednotlivých typů služeb sociální péče, přičemž pozornost je věnována zejména podílu občana a jeho rodiny, přiznaných dotací ze státního rozpočtu, z rozpočtu krajů měst a obcí a úhrad ze systému veřejného zdravotního pojištění na krytí poskytovaných sociálních služeb.

Ve čtvrté kapitole je charakterizován vliv dalších faktorů determinujících efektivnost poskytování jednotlivých typů sociálních služeb. V tomto smyslu je pozornost věnována třem aspektům:

⁹ viz např. Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2010. ISBN 978-80-7416-048-6

- důsledkům přiznání příspěvku na péči na vytvoření nových pracovních příležitostí pro pečující osoby,
- vlivu kompenzace nižšího příjmu z ekonomické aktivity příspěvkem na péči v důsledku potřeby zajišťování péče o rodinného příslušníka nebo blízkou osobu,
- porovnání výše přiznané státní dotace s objemem odvodů, které je poskytovatel sociálních služeb povinen odvést na daních a na pojistném na sociálním a zdravotním pojištění.

Pátá kapitola je věnována porovnání ekonomické efektivity financování a poskytování různých typů sociálních služeb ve vybraných lokalitách a jejich zobecnění.

Závěrečná, šestá kapitola monografie je věnována problematice modelování kapacity sítě služeb sociální péče na území regionu. Na základě charakteristiky základních teoretických východisek týkajících se problematiky stanovení sítě sociálních služeb jsou vyhodnoceny jednotlivé aspekty ovlivňující hodnocení potřeby služeb sociální péče na místní úrovni. Následně jsou charakterizovány možnosti využití údajů o struktuře příjemců příspěvku na péči pro modelování kapacity sítě sociálních služeb. Nedílnou součástí této kapitoly je rovněž CD s "kalkulačkou" pro orientační kvantifikaci potřeby jednotlivých typů sociálních služeb ve vazbě na stupeň přiznání příspěvku na péči.

1. Základní teoretická východiska hodnocení efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči

Sociální služby mají specifické ekonomické charakteristiky a jejich spotřeba je důsledkem objektivního stavu jednotlivce a vývoje společnosti. V ČR neexistuje specifické veřejné pojištění rizik nákladů spojených se spotřebou sociálních služeb, sociální služby jsou poskytovány v pluralitní struktuře poskytovatelů, kdy postupně dochází k nahrazování veřejných poskytovatelů (příspěvkové organizace obcí, měst a krajů) poskytovateli soukromými (obecně prospěšné společnosti, obchodní společnosti). Absence konkurence a výrazná státní regulace vede k tomu, že z oblasti sociálních služeb "uniká" mnoho zdrojů za současného nedostatku péče i finančních prostředků na straně klientů těchto služeb.¹⁰

Na obecné úrovni je proto nezbytné analyzovat mechanismy, jimiž dochází k uspokojení potřeb jednotlivců v oblasti služeb. Přestože z vnějšího pohledu mohou sociální služby vypadat jako pouhá neproduktivní reakce na nesoběstačnost daného jednotlivce, při bližší analýze lze identifikovat schémata, kdy sociální služby jsou výstupem poměrně sofistikovaného procesu, jehož vstupy tvoří jak zdroje vyjádřené v peněžních jednotkách (např. platy zaměstnanců, investice), tak i zdroje, které nemají tržní cenu (např. úroveň komunity v místě poskytování sociálních služeb, postoje veřejnosti ke zdravotně postiženým). Na základě těchto skutečností se ukazuje, že není možno analyzovat efektivnost zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči pouze na principu přímo vyčíslitelných nákladů a snadno měřitelných výsledků v podobě průběžných výstupů. Toto pojetí je pravděpodobně nejbližší úzkému principu sledování nákladové efektivnosti v poměru cena/výkon, nicméně neumožňuje zachytit působení faktorů, které nemají tržní hodnotu. Efektivnost sociálních služeb - a tedy i efektivnost zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči - se v tomto pojetí jeví jako širší koncept, který zahrnuje i finální výstupy ve formě zlepšení sociální situace potřebných a zahrnutí vstupů, které se v daném čase na trhu koupit nedají, neboť jsou výsledkem dlouhodobé kultivace a nastavení sociálně-ekonomického prostředí.¹¹

Ve světle těchto skutečností je třeba při hodnocení efektivnosti zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči mít na zřeteli např. tyto skutečnosti:

- změna v kvalitě života klienta může být výsledkem dlouholetého vývoje,
- efektivní péče se může projevit pouze jako zpomalení negativního trendu,
- hodnocení efektivnosti v sociální péči je částečně subjektivní, protože je závislé na sebehodnocení pacientů, jejichž schopnost může být snížena vzhledem k charakteru jejich onemocnění.¹²

¹⁰ viz: Mertl, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. ISBN 978-80-87007-72-3

¹¹ tamtéž

¹² viz: Wistow, G. *Developing social care: the past, the present and the future*. [online], cit. [2011-09-17], dostupné z: <http://www.scie.org.uk/publications/positionpapers/pp04.asp>

1. Základní teoretická východiska hodnocení efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči

Vedle čistě ekonomického hodnocení efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči je proto nutno mít na zřeteli i další pohledy a faktory, zejména:

- koordinačně-integrační proces, který zapojuje do poskytování sociálních služeb řadu dalších aktérů mimo poskytovatele a klienta,
- politické determinanty, kdy např. za podmínek omezených zdrojů je nastolena veřejná diskuse na všech úrovních veřejné správy, která obsahuje také nutnost kontroverzních rozhodnutí,
- učící se proces, který vyplývá jak z nutnosti zvládnout poměrně velký objem znalostí, ale i schopnost poučit se z vlastních chyb nebo z realizace existujících projektů.¹³

Zohlednění těchto procesů při zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči a nastavení mechanismů jejího financování je nutnou podmínkou dosažení finálních výstupů. V ideálním případě je tak efektivní zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči reprezentováno vedle adekvátní produkce potřebného objemu služeb také integrací komunity a dalších lokálních aktérů. V rámci veřejné a sociální politiky jsou nastoleny a řešeny otázky sociálních služeb v rovině demokratického rozhodování paralelně s ostatními společenskými prioritami. Jednotliví aktéři jsou schopni se učit z předchozích aktivit, aniž by toto učení bylo chápáno primárně negativně jako "učení se z chyb" nebo dokonce sankcionováno.¹⁴

Uvedený multispektrální model hodnocení efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči je postaven na hodnocení řady faktorů, z nichž některé nelze vůbec kvantifikovat, neboť nejsou sledovány, popř. jejich kvantifikace je velmi obtížná. Z tohoto titulu bude v dalším textu pozornost soustředěna na hodnocení ekonomické efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči, přičemž rozhodujícím hlediskem bude pojetí efektivity v ekonomické teorii. "Efektivnost znamená absenci plýtvání neboli co nejefektivnější užívání zdrojů ekonomiky k uspokojování potřeb a přání lidí",¹⁵ je to "takové použití ekonomických zdrojů, které přináší maximální úroveň uspokojení dosažitelnou při daných vstupech a technologiích".¹⁶

Z tohoto pohledu je při hodnocení efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči nutno uplatnit jiné pohledy na hodnocení efektivity 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 efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči z pohledu státu, jiná z pohledu krajů, měst a obcí jako zřizovatelů převážné většiny jednotlivých zařízení, jiná z pohledu nestátních neziskových organizací, jiná hlediska uplatňují i klienti jako uživatelé jednotlivých sociálních služeb.¹⁷

Na charakteristiku stávajícího systému zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči má z pohledu státu i z pohledu ostatních subjektů vliv celá řada kritérií a faktorů, z nichž k nejvýznamnějším patří:

¹³ viz: Wistow, G. *Developing social care: the past, the present and the future*. [online], cit. [2011-09-17], dostupné z: <http://www.scie.org.uk/publications/positionpapers/pp04.asp>

¹⁴ viz: Mertl, J. *Přístupy k hodnocení efektivity sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. ISBN 978-80-87007-72-3

¹⁵ viz: Samuelson, P. A., Nordhaus, W. D. *Ekonomie*. Praha: Svoboda, 1991. str. 27. ISBN 80-205-0192-4

¹⁶ tamtéž str. 968

¹⁷ viz: Mertl, J. *Přístupy k hodnocení efektivity sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. ISBN 978-80-87007-72-3

1. Základní teoretická východiska hodnocení efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči

- kritéria pro stanovení míry závislosti,
- struktura 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.¹⁸

Vedle těchto charakteristik, jejichž vliv na hodnocení efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči 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.

Při hodnocení efektivity nelze opomenout ani vliv rozdílné úrovně vybavenosti jednotlivých regionů sociálními službami, který významným způsobem determinuje možnosti optimálního uspokojení potřeb klienta v závislosti na jeho celkové sociální situaci,¹⁹ opomenout nelze ani skutečnost, že významným způsobem je výše provozních nákladů jednotlivých zařízení determinována stářím jednotlivých budov a personálním vybavením jednotlivých zařízení,²⁰ pozornost je nutno věnovat i velikosti jednotlivých sídel.²¹

Při hodnocení efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči je rovněž nutno respektovat hlavní vývojové trendy, které jsou uplatňovány při rozvoji sociálních služeb v evropských zemích,²² 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 (a tedy i péče o příjemce příspěvku na péči) 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 racionality, tedy ke hledání optimální varianty zabezpečení sociálních potřeb jak z humánního, tak technického, technologického, a tedy i ekonomického pohledu.

Uvedená kritéria jsou analyzována na celostátní úrovni vzhledem k tomu, že existující problémy z pohledu hodnocení efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči jsou determinovány především faktory, jejichž působení vyplývá především z dikcí zákona a které jednotlivé kraje, města a nestátní neziskové organizace nemohou přímo ovlivnit.

¹⁸ viz: Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2008. ISBN 978-80-7416-018-9

¹⁹ viz: Průša, L. *Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-36-0

²⁰ 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.)

²¹ viz: Velikostní struktura obcí v České republice podle výsledků Sčítání lidu 2001. *Demografie*, 2004, č. 4

²² viz: Průša, L. *Sociální služby - srovnání ČR a EU*. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008

1. Základní teoretická východiska hodnocení efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči

Z pohledu kraje je významným aspektem, který limituje jeho možnosti ovlivnit efektivnost zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči, 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,

- 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",²³ což ve svém důsledku znamená, že stát i tak má dohled nad výší úhrad uživatelů za poskytované služby.

²³ viz § 79, odst. 5, písm. d) bod 8 zákona č. 118/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

2. Naplnění potřeb příjemců příspěvku na péči z kvantitativních a kvalitativních hledisek

V rámci dříve realizovaných terénních šetření a pilotních výzkumů byly z hlediska naplnění potřeb příjemců příspěvku na péči získány tyto stěžejní poznatky²⁴:

- více než dvě třetiny příjemců příspěvku na péči nevyužívají pro zabezpečení svých potřeb služeb žádného registrovaného poskytovatele sociálních služeb, necelá jedna pětina využívá služby v pobytových zařízeních, necelá jedna desetina v terénních zařízeních a necelá jedna dvacatina v ambulantních zařízeních,
- tři pětiny příjemců příspěvku na péči, kteří nevyužívají služeb v pobytových zařízeních, hradí z tohoto příspěvku léky a více než čtvrtina z nich hradí z příspěvku na péči náklady na dopravu (jízdné a pohonné hmoty),
- služby, na jejichž úhradu je příspěvek na péči primárně určen, hradí výrazně méně dotázaných, např. úklidové služby hradí z příspěvku na péči přibližně čtvrtina příjemců příspěvku na péči, dovoz nebo donášku obědů necelá pětina a pečovatele/pečovatelku přibližně desetina příjemců příspěvku na péči,
- případné zvýšení příspěvku na péči by nevedlo k jeho efektivnějšímu a výraznějšímu investování do profesionálních sociálních služeb, příjemci příspěvku na péči nebo osoby o ně pečující by investovali především do věcí, které nesouvisí s poskytováním péče a na které příspěvek na péči není určený,
- ve většině sledovaných lokalit je nejčastější důvod pro nevyužívání profesionálních služeb jejich vysoká cena, které nejsou klienti schopni nebo ochotni financovat, profesionální služby hodnotí jako drahé nejčastěji respondenti z Brna (54 %), nejméně často respondenti z Liberce (20 %),
- dalším důvodem pro nevyužívání profesionálních služeb je nedostatek informací o těchto službách a o místě jejich poskytování (cca 20 % respondentů),
- špatná dopravní obslužnost je příčinou nevyužívání služeb od registrovaných poskytovatelů především na vesnicích, kde je nabídka služeb menší než ve městech,
- důvodem pro nevyužívání služeb v pobytových zařízeních je jejich nedostatečná kapacita,
- příspěvek na péči se na základě odhadů klientů podílí na úhradě v jednotlivých regionech v rozmezí od 46 do 67 %, přičemž s rostoucím stupněm závislosti roste i míra pokrytí celkových nákladů na péči příspěvkem na péči a vzhledem k náročnosti péče se snižuje i míra zneužívání této sociální dávky,
- sociální pracovníci nemají přesné povědomí o lidech, kteří nevědí, že by o příspěvek na péči mohli požádat, tyto lidi vyhledávají jen v omezené míře v rámci terénních šetření, informace o nich dostávají především od praktických lékařů, ze zdravotnických zařízení, od sousedů nebo přímo od poskytovatelů sociálních služeb.

²⁴ viz: *Pilotní výzkum způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči ve vybraných lokalitách*. Praha: Markent, s.r.o. & VÚPSV, v.v.i., 2011, [online], cit. [2013-01-24], dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13765/vyzkum.pdf>

Případové studie způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči. Praha: Markent, s.r.o. & VÚPSV, v.v.i., 2011, [online], cit. [2013-01-24], dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13766/zajisteni_pece.pdf

2. Naplnění potřeb příjemců příspěvku na péči z kvantitativních a kvalitativních hledisek

Tyto poznatky vedou z hlediska efektivnosti péče o příjemce příspěvku na péči k několika závěrům:

1. Kritéria pro stanovení míry závislosti, a tedy i pro přiznání příspěvku na péči v jednotlivých stupních závislosti nejsou stanovena objektivně, popř. způsob hodnocení míry závislosti není vhodně nastaven.

V rámci přípravy zákona o sociálních službách se předpokládalo, že příspěvek na péči by mělo pobírat cca 180 tis. osob, celkové náklady na jeho výplatu byly očekávány na úrovni cca 8 mld. Kč. V prosinci 2010 však příspěvek na péči pobíralo více než 300 osob, náklady na jeho výplatu činily cca 19 mld. Kč.²⁵

Jednotlivá kritéria pro stanovení míry závislosti neumožňují objektivně hodnotit míru závislosti všech skupin handicapovaných občanů. Stávající způsob hodnocení míry závislosti umožňuje objektivně zhodnotit sociální situaci především tělesně postižených osob a seniorů, naproti tomu neumožňuje objektivně zhodnotit potřeby mentálně a psychicky postižených a nevidomých.²⁶ Tuto skutečnost nezměnila ani kumulace jednotlivých původně 36 hodnotících kritérií do 10 kritérií podle tzv. Katzova indexu aktivit nezávislého života (mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost).

Při posuzování stupně závislosti osoby vychází úřad práce ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popř. z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře. Zatímco ale sociální šetření provádějí sociální pracovníci přímo v přirozeném domácím prostředí jednotlivých žadatelů o příspěvek na péči a mohou tak objektivně posoudit celkovou sociální situaci žadatele, posudkoví lékaři zpravidla vlastní vyšetření realizují pouze v případech, kdy o ně žadatel o příspěvek na péči osobně požádá. Z poznatků získaných v rámci komparací hodnocení míry závislosti vyplývá, že hodnocení míry závislosti žadatelů o příspěvek na péči by měli provádět současně sociální pracovníci a tzv. "úřední" lékaři tak, aby mohla být objektivně posouzena celková sociálně-zdravotní situace klienta v jeho přirozeném prostředí.²⁷

2. Sociální pracovníci jednotlivých obcí s rozšířenou působností a obecních úřadů obcí s pověřeným obecním úřadem nemají přehled o celkovém počtu a struktuře příjemců příspěvku na péči podle jednotlivých stupňů míry závislosti na území města a jeho spádového území

Rozdělení kompetencí mezi orgány státní správy a samosprávy vyžaduje zajištění velmi dobré spolupráce mezi oběma orgány jak na institucionální, tak i na personální úrovni. Z rozhovorů s řadou pracovníků obcí s rozšířenou působností však vyplývá, že nemají k dispozici prakticky žádné informace od regionálních pracovišť Úřadu práce ČR o celkovém počtu a struktuře příjemců příspěvku na péči a nemohou tak např. iniciovat vznik nových poskytovatelů ve svých regionech tak, aby se zvýšila efektivnost péče o příjemce příspěvku na péči.

²⁵ viz: *Příspěvek na péči - analýza datových zdrojů*. Praha, VÚPSV, v.v.i., 2011, [online], cit. [2013-01-24], dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13767/prispevek_pece.pdf

²⁶ viz: Průša, L. *Efektivnost sociálních služeb - vybrané prvky a aspekty*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2007. ISBN 978-80-87007-73-0

²⁷ viz: Hauschild, R. Die Erfahrungen mit dem deutschen Pflegeversicherungssystem. In: *Soziale Sicherheit in Europe*. Bad Boll: 1998

2. Naplnění potřeb příjemců příspěvku na péči z kvantitativních a kvalitativních hledisek

3. V zájmu zvýšení efektivity péče o příjemce příspěvku na péči je potřeba změnit formu výplaty této sociální dávky a zvýšit kontrolní činnost krajských poboček Úřadu práce ČR podle § 29 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Česká republika je v současné době jedinou zemí v Evropě, která vyplácí tuto sociální dávku pouze v peněžité formě.²⁸

Krajské pobočky Úřadu práce ČR nedostatečně kontrolují, zda je příspěvek na péči využíván k zajištění pomoci příjemci této sociální dávky.

²⁸ viz: Tomeš, I. *Mezinárodních aspekty problematiky dlouhodobé péče o seniory a zkušenosti s jejím řešením ve vybraných evropských zemích*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2010

3. Komplexní rozbor struktury financování jednotlivých typů služeb sociální péče

Při realizaci komplexního rozboru struktury financování jednotlivých typů služeb sociální péče byly vodítkem údaje poskytovatelů sociálních služeb o struktuře financování zařízení z žádostí o poskytnutí dotace na r. 2011.

3.1 Podíl občana a jeho rodiny na krytí poskytovaných sociálních služeb z hlediska využití příspěvku na péči a jeho dalších zdrojů

Podíl občana a jeho rodiny na krytí nákladů poskytovaných služeb je významnou složkou ve financování nákladů jednotlivých služeb sociální péče. Maximální výše úhrady za ubytování a stravu je limitována vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění. Konkrétní výše úhrady jednotlivých klientů je přitom stanovena ve smlouvě mezi klientem a poskytovatelem služby. Přitom podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, musí klientovi pobytových služeb v týdenních stacionářích zůstat alespoň 25 % jeho příjmu a v ostatních zařízeních pobytových služeb alespoň 15 % jeho příjmu.

Úhrada za péči se klientovi v pobytových službách stanoví podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, ve výši přiznaného příspěvku s výjimkou týdenních stacionářů, kde je stanovena maximálně ve výši 75 % přiznaného příspěvku. Za poskytování osobní asistence, pečovatelské služby, tísňové péče, průvodcovských a předčitatelských služeb, podpory samostatného bydlení, odlehčovacích služeb, služeb v centrech denních služeb, služeb v denních stacionářích, pobytových služeb v centrech sociálně-rehabilitačních služeb a služeb v chráněném bydlení hradí osoby úhradu za základní činnosti v rozsahu stanoveném smlouvou, přičemž maximální výši úhrady stanoví vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.

Průměrná výše úhrady klienta v jednotlivých typech sociálních služeb v r. 2009 je uvedena v tabulce č. 1.

3. Komplexní rozbor struktury financování jednotlivých typů služeb sociální péče

Tabulka č. 1 **Průměrná výše úhrady klienta v jednotlivých typech sociálních služeb v r. 2009**

	v Kč měsíčně	v % (podíl na celkových nákladech)
centra denních služeb	1 304	19,36
denní stacionáře	2 061	16,13
domovy pro osoby se zdravotním postižením	13 911	46,88
domovy pro seniory	12 712	55,87
domovy se zvláštním režimem	14 580	52,68
chráněné bydlení	6 363	40,61
odlehčovací služby	3 620	28,43
osobní asistence	2 927	27,20
pečovatelská služba	708	26,58
podpora samostatného bydlení	765	8,57
průvodcovské a předčitatelské služby	708	13,99
sociální služby poskytované ve zdrav. zařízeních	12 757	43,91
tísňová péče	146	24,11
týdenní stacionáře	7 120	29,55

Pramen: vlastní propočty na základě údajů poskytovatelů sociálních služeb z žádostí o poskytnutí dotace ze státního rozpočtu v r. 2011

Z analýzy těchto údajů je zřejmé, že nejvyšší podíl úhrady klienta na krytí nákladů poskytovaných sociálních služeb je v pobytových zařízeních, a to jak v absolutním, tak i v relativním vyjádření, zatímco nejnižší výše úhrady klienta v absolutním vyjádření je při poskytování terénních sociálních služeb, v relativním vyjádření je přitom na srovnatelné úrovni v ambulantních zařízeních denního charakteru (centra denních služeb, denní stacionáře). Jedná se o zcela logické závěry, které vyplývají ze samotných principů konstrukce výše úhrad klienta za poskytované služby podle platné právní úpravy.

3.2 Podíl přiznané dotace ze státního rozpočtu, popř. z rozpočtu krajů, měst a obcí na financování poskytovaných sociálních služeb

Podle § 101 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, se dotace ze státního rozpočtu poskytují na zajištění poskytování sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru. Tato dotace se poskytuje k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb. Dotace je poskytována prostřednictvím rozpočtu kraje.

Žádost o poskytnutí dotace na příslušné rozpočtové období předkládá krajský úřad ministerstvu. Výše dotace v úhrnu za jednotlivé kraje se stanoví na základě:

- celkového ročního objemu finančních prostředků rozpočtovaných v závazném ukazateli pro příslušný rozpočtový rok,
- zpracovaného střednědobého plánu rozvoje služeb kraje,
- počtu vyplácených příspěvků a jejich finančního objemu,

3. Komplexní rozbor struktury financování jednotlivých typů služeb sociální péče

- počtu poskytovatelů sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru, a jejich kapacit,
- kapacit sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

Prováděcí právní předpis má stanovit bližší podmínky pro stanovení výše dotace, účelu dotace, členění dotace a způsobu poskytování dotace. Doposud však tento právní předpis nebyl zpracován a výše dotace je přiznávána poskytovatelům sociálních služeb na základě každoročně vyhlášeného příkazu ministra práce a sociálních věcí.

Z žádostí poskytovatelů sociálních služeb o poskytnutí dotací na r. 2011 vyplývá, že v r. 2009 nejvyšší dotace v absolutním vyjádření v přepočtu na jednoho klienta měsíčně byly poskytnuty zařízením poskytující služby v týdenních stacionářích (9 885 Kč) a v domovech pro osoby se zdravotním postižením (9 217 Kč), nejnižší naopak pro služby tísňové péče (234 Kč) a pro zařízení pečovatelské služby (584 Kč). V relativním vyjádření (v relaci k výši celkových provozních nákladů) byla poskytnuta relativně nejvyšší úroveň podpory na služby podporovaného bydlení (56,6 %) a na průvodcovské a předčitatelské služby (51,6 %), nejnižší naopak zařízením poskytujícím pečovatelskou službu (21,9 %) a odlehčovací služby (23,1 %). Z těchto údajů vyplývá, že v převážné míře systém poskytování dotací ze strany MPSV nebyl využit k podpoře deklarovaného přechodu od služeb poskytovaných v pobytových zařízeních ke službám poskytovaným v přirozeném prostředí jednotlivých klientů sociálních služeb.

Podrobnější údaje jsou uvedeny v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2 Výše dotace přiznané MPSV poskytovatelům jednotlivých typů služeb sociální péče v relaci na 1 klienta měsíčně v r. 2009

	v Kč měsíčně	v % (podíl na celkových nákladech)
centra denních služeb	3 337	49,55
denní stacionáře	5 271	41,26
domovy pro osoby se zdravotním postižením	9 217	31,06
domovy pro seniory	5 406	23,76
domovy se zvláštním režimem	6 750	24,39
chráněné bydlení	5 971	38,11
odlehčovací služby	2 943	23,11
osobní asistence	4 867	45,23
pečovatelská služba	584	21,90
podpora samostatného bydlení	5 051	56,57
průvodcovské a předčitatelské služby	2 608	51,55
sociální služby poskytované ve zdrav. zařízeních	8 039	27,67
tísňová péče	234	38,69
týdenní stacionáře	9 665	40,11

Pramen: vlastní propočty na základě rozboru údajů z žádostí poskytovatelů sociálních služeb pro r. 2011

Vedle dotací poskytovaných poskytovatelům sociálních služeb ze státního rozpočtu jsou jim další prostředky poskytovány z rozpočtu jednotlivých obcí, měst a krajů. Z rozboru těchto údajů vyplývá, že v absolutním vyjádření je největší úroveň podpory poskytována týdenním (5 605 Kč na klienta měsíčně) a denním stacionářům (4 226 Kč), nejnižší naopak zařízením poskytujícím služby tísňové péče (173 Kč na klienta měsíčně). V relativním vyjádření k úrovni celkových provozních nákladů byla nejvyšší úroveň podpory poskytnuta zařízením poskytujícím pečovatelskou službu

3. Komplexní rozbor struktury financování jednotlivých typů služeb sociální péče

(47,2 %) a denním stacionářům (33,1 %), relativně nejnižší úroveň podpory byla poskytnuta zdravotnickým zařízením poskytujícím sociální služby (6,7 %) a domovům pro seniory (11,0 %). Lze konstatovat, že ani v tomto případě nejsou příspěvky poskytovatelům sociálních služeb poskytovány v převážné míře jako důsledek podpory realizace místních, popř. regionálních plánů rozvoje sociálních služeb, ale představují "doplňk" k dotacím poskytnutým MPSV ze státního rozpočtu tak, aby byl zajištěn základní provoz jednotlivých poskytovatelů. Hodnotit tyto relace ve vztahu k promítnutí priorit rozvoje sociálních služeb v jednotlivých regionech podle střednědobých rozvojových plánů je velmi obtížné, neboť řada z nich neobsahuje žádné finanční kvantifikace jednotlivých rozvojových záměrů.²⁹

Podrobnější údaje jsou uvedeny v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3 **Výše příspěvků přiznaných zřizovateli sociálních služeb poskytovatelům jednotlivých typů služeb sociální péče v relaci na 1 klienta měsíčně v r. 2009**

	v Kč měsíčně	v % (podíl na celkových nákladech)
centra denních služeb	1 565	23,24
denní stacionáře	4 226	33,08
domovy pro osoby se zdravotním postižením	4 140	13,95
domovy pro seniory	2 503	11,00
domovy se zvláštním režimem	3 645	13,17
chráněné bydlení	2 526	16,12
odlehčovací služby	3 019	23,71
osobní asistence	1 705	15,85
pečovatelská služba	1 258	47,22
podpora samostatného bydlení	1 227	13,74
průvodcovské a předčitatelské služby	1 019	20,13
sociální služby poskytované ve zdrav. zařízeních	1 946	6,70
tísňová péče	173	28,55
týdenní stacionáře	5 605	23,26

Pramen: vlastní propočty na základě rozboru údajů z žádostí poskytovatelů sociálních služeb pro r. 2011

V součtu obou zdrojů poskytovaných z veřejných finančních prostředků byla nejvyšší úroveň podpory v absolutním vyjádření poskytnuta v r. 2009 týdenním stacionářům (15 270 Kč na klienta měsíčně) a domovům pro osoby se zdravotním postižením (13 356 Kč), nejnižší úroveň podpory naopak byla přiznána zařízením poskytujícím služby tísňové péče (407 Kč na klienta měsíčně) a pečovatelskou službu (1 842 Kč). V relativním vyjádření v relaci k výši celkových nákladů byla nejvyšší úroveň podpory přiznána denním stacionářům (74,3 %) a centrům denních služeb (72,8 %), nejnižší úroveň podpory v relativním vyjádření naopak byla poskytnuta zdravotnickým zařízením poskytujícím sociální služby (34,4 %) a domovům pro seniory (34,8 %).

Podrobnější údaje jsou uvedeny v tabulce č. 4.

²⁹ viz: Bareš, P. *Cílové skupiny v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb zpracovaných v období 2006-2007*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2008. ISBN 978-80-7416-009-7

Tabulka č. 4 **Výše dotací ze státního rozpočtu a příspěvků přiznaných zřizovateli sociálních služeb poskytovatelům jednotlivých typů služeb sociální péče v relaci na 1 klienta měsíčně v r. 2009**

	v Kč měsíčně	v % (podíl na celkových nákladech)
centra denních služeb	4 902	72,79
denní stacionáře	9 498	74,34
domovy pro osoby se zdravotním postižením	13 356	45,01
domovy pro seniory	7 909	34,76
domovy se zvláštním režimem	10 395	37,56
chráněné bydlení	8 497	54,23
odlehčovací služby	5 962	46,82
osobní asistence	6 572	61,08
pečovatelská služba	1 842	69,12
podpora samostatného bydlení	6 278	70,31
průvodcovské a předčitatelské služby	3 627	71,68
sociální služby poskytované ve zdrav. zařízeních	9 985	34,37
tísňová péče	407	67,24
týdenní stacionáře	15 270	63,37

Pramen: vlastní propočty na základě rozboru údajů z žádostí poskytovatelů sociálních služeb pro r. 2011

3.3 Podíl úhrad ze systému veřejného zdravotního pojištění

Podle § 17a zákona č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, v platném znění, mají VZP a ostatní zdravotní pojišťovny uzavírat tzv. zvláštní smlouvy s pobytovými zařízeními sociálních služeb za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče pojištěncům umístěným v těchto zařízeních. Přestože tato povinnost byla ze strany všech pojišťoven formálně naplněna, její faktické naplňování je dlouhodobě předmětem ostré kritiky ze strany jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb vzhledem k diskriminačním podmínkám těchto smluv a diskriminačním přístupům ze strany především VZP. Zatímco srovnatelná péče, která je poskytována např. v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, je ze strany zdravotních pojišťoven financována paušální platbou na klienta, je tato péče v pobytových zařízeních sociálních služeb financována na základě tzv. výkonového hodnocení, což navíc zdravotním pojišťovnám skýtá možnost výrazného seškrtování fakticky lékaři indikovaných a zdravotními sestrami poskytnutých ošetrovatelských úkonů.

V r. 2008 realizoval VÚPSV, v.v.i. šetření o rozsahu poskytované ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb na vzorku cca 1 450 klientů těchto zařízení.³⁰ Z provedeného šetření např. vyplynulo, že:

- náklady ošetrovatelské péče na jednoho klienta v domovech pro seniory činí 5 086 - 5 719 Kč, v domovech pro osoby se zdravotním postižením 11 170 - 12 028 Kč a v domovech se zvláštním režimem 8 672 - 9 417 Kč,

³⁰ viz: Průša, L. a kol. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2009. ISBN 978-80-7416-030-1

3. Komplexní rozbor struktury financování jednotlivých typů služeb sociální péče

- náklady této péče jsou výrazně diferencovány podle míry závislosti jednotlivých klientů (viz tabulka č. 5),
- celkové náklady ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb činí cca 5,2 mld. Kč.

Tabulka č. 5 **Výše nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb (v Kč měsíčně)**

stupeň příspěvku	domov pro osoby se zdravotním postižením	domov pro seniory	domov se zvláštním režimem
bez příspěvku	4 543	2 777	6 818
I.	5 893	3 697	6 586
II.	8 302	4 773	6 486
III.	15 752	7 581	7 699
IV.	16 344	10 116	10 649

Pramen: Průša, L. a kol. Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2009. ISBN 978-80-7416-030-1

Ve skutečnosti však VZP zaplatila za tento typ péče pobytovým zařízením sociálních služeb v r. 2010 pouze 749 mil. Kč. Tato skutečnost je jednou z hlavních příčin neefektivního poskytování péče klientům pobírajícím příspěvek na péči, neboť:

- poskytovatelé sociálních služeb jsou nuceni hradit náklady této ošetrovatelské péče z jiných finančních zdrojů,
- poskytovatelé sociálních služeb jsou závislí na poskytování dotací ze státního rozpočtu.

Podrobnější údaje jsou uvedeny v tabulce č. 6.

Tabulka č. 6 **Výše úhrad nákladů poskytnuté ošetrovatelské péče ze systému veřejného zdravotního pojištění poskytovatelům jednotlivých typů služeb sociální péče v relaci na 1 klienta měsíčně v r. 2009**

	v Kč měsíčně	v % (podíl na celkových nákladech)
denní stacionáře	218	1,71
domovy pro osoby se zdravotním postižením	1 582	5,33
domovy pro seniory	1 265	5,56
domovy se zvláštním režimem	1 973	7,13
chráněné bydlení	55	0,35
odlehčovací služby	2 070	16,26
osobní asistence	114	1,06
pečovatelská služba	11	0,43
sociální služby poskytované ve zdrav. zařízeních	4 401	15,15
týdenní stacionáře	552	2,29

Pramen: vlastní propočty na základě rozboru údajů z žádostí poskytovatelů sociálních služeb pro r. 2011

Tyto údaje jednoznačně dokumentují diskriminační postoj zdravotních pojišťoven vůči pobytovým zařízením sociálních služeb v porovnání se zdravotnickými zařízeními, zdravotnická zařízení poskytující sociální služby obdržela v přepočtu na jednoho klienta za poskytnutou ošetrovatelskou a rehabilitační péči úhradu cca 3,5 x vyšší než domovy pro seniory, přestože věková struktura, základní diagnózy a stupeň soběstačnosti u pacientů LDN a u klientů domovů pro seniory umístěných na ošetrovatelských lůžkách jsou v zásadě obdobné.³¹

* * *

Na základě výše provedeného rozboru lze konstatovat, že financování všech typů služeb sociální péče, které poskytují služby pro příjemce příspěvku na péči, je nutno z pohledu výše uvedeného přístupu k hodnocení ekonomické efektivity hodnotit jako neefektivní. Hlavní příčinou této skutečnosti je závislost všech poskytovatelů na přiznání dotace ze státního rozpočtu a nedostatečná výše úhrad lékařem indikované a zdravotním personálem poskytnuté ošetrovatelské péče ze systému zdravotního pojištění.

³¹ viz: Červenková, A., Bruthansová, D., Pechanová, M. *Sociálně-zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-35-2

4. Vliv dalších faktorů determinujících efektivnost poskytování jednotlivých typů sociálních služeb

4.1 Důsledky přiznání příspěvku na péči na vytvoření nových pracovních příležitostí pro pečující osoby

Při přípravě nového modelu financování sociálních služeb se předpokládalo, že koncipováním nové sociální dávky - příspěvku na péči - dojde k využití dynamizujících vlastností trhu, neboť "občan, jehož příjmy jsou podpořeny sociální dávkou, vytváří koupěschopnou poptávku po službách, občan si službu vybírá, což je impulz pro konkurenci a zvyšování kvality. Konfrontace zákonitostí trhu s potřebami rozvoje sociálních služeb a využití dynamizujících schopností trhu je významnou tendencí, kterou je nezbytné ovládnout".³² Vycházelo se přitom mj. i z poznatků v Německu, kde krátce po zavedení systému pojištění na péči došlo k významným změnám v oblasti infrastruktury péče o staré a zdravotně postižené občany.³³

V Německu před zavedením pojištění na péči existovaly v této oblasti značné deficity, především v oblasti ambulantních služeb a denní a krátkodobé péče. V r. 1991 existovalo pouze 100 zařízení pro denní pobyt, 220 zařízení pro krátkodobý pobyt a asi 4 000 ústavů sociální péče, tři roky po zavedení pojištění péče měly bezmocné osoby a jejich rodinní příslušníci k dispozici asi 11 700 ambulantních zařízení a více než 6 000 zařízení se stacionárním oddělením nebo zařízení pro krátkodobý pobyt, bylo vytvořeno cca 75 000 nových pracovních míst.

Tyto změny přispěly k tomu, že počet osob umístěných v ústavech sociální péče rychle poklesl a dřívější pořadníky na umístění už od r. 1997 neexistují, stále více starých a zdravotně postižených osob je zaopatřeno v prostředí vlastního domova.

V zájmu zmapování možností vytvoření nových pracovních míst v naší zemi jako důsledek koncipování nové sociální dávky byl ministerstvem práce a sociálních věcí v r. 2000 vyhlášen grantový projekt,³⁴ jehož cílem bylo provést kvantifikaci možných důsledků zavedení nového systému financování sociálních služeb na situaci na trhu práce. Z provedených analýz potřeby služeb na území Jihočeského kraje a jejich promítnutím na území celé republiky vyplynulo, že k zajištění všech potřebných aktivit by bylo možno vytvořit až 11 800 nových pracovních míst. Závislost poskytovatelů na přiznání dotací ze státního rozpočtu však brání rozvoji sociálních služeb, potřebné dynamizující prostředí pro rozvoj sociálních služeb nebylo vytvořeno. Přestože se celkový průměrný evidenční počet pracovníků v zařízeních sociálních služeb zvýšil z 36,5 tis. osob v r. 2006 na 40,4 tis. osob v r. 2010,³⁵ kapacity terénních a ambulantních služeb se prakticky nezvýšily, o čemž svědčí mj. rostoucí počet neuspokojených žadatelů o umístění do pobytových zařízení sociálních služeb a značný podíl osob, které

³² viz: *Návrh modelu financování sociálních služeb*. Praha: MPSV, 1997. č.j. 21-20144/97

³³ viz: Hauschild, R. *Die Erfahrungen mit dem deutschen Pflegeversicherungssystem*. in *Soziale Sicherheit in Europe*. Bad Boll, 1998

³⁴ viz: *Předpokládaný vliv změny způsobu financování sociálních služeb na úroveň nezaměstnanosti*. SOCIOKLUB, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Profesní komora sociálních pracovníků, 2000

³⁵ viz: *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí*. Praha: MPSV, 2006 a MPSV, 2010

jsou v pobytových zařízeních sociálních služeb přesto, že jim byl přiznán příspěvek na péči pouze v I. stupni závislosti, popř. jim příspěvek na péči nebyl přiznán vůbec.

4.2 Vliv kompenzace užšího příjmu z ekonomické aktivity příspěvkem na péči v důsledku potřeby zajištění péče pro svého rodinného příslušníka nebo blízkou osobu

Jedním ze stěžejních cílů transformace sociálních služeb je důraz na poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí příjemců příspěvku na péči. Vzhledem k nedostatku kapacity pobytových zařízení sociálních služeb a k nerozvinutému sektoru terénních sociálních služeb (těžiště terénních služeb stále ve většině regionů spočívá v dovozu obědů v rámci pečovatelské služby) je v řadě případů tato péče poskytována rodinnými příslušníky, popř. blízkými osobami (cca 70 % příjemců příspěvku na péči je péče poskytována neregistrovanými subjekty). Řada z nich v důsledku této péče přitom musela opustit své zaměstnání, popř. zkrátit svůj pracovní úvazek a příspěvek na péči pro tyto osoby představuje v jistém směru "náhradu mzdy" za poskytovanou péči. U pečujících osob tak dochází k výrazným zásahům do jejich života, k přizpůsobení jejich osobního i pracovního života péči o příbuzné.

Péče o nesoběstačné osoby v rodině může mít nejrůznější podoby. Její rozdílnost v porovnání s péčí, která je poskytována v rezidenčním zařízení, spočívá v tom, že péče je v zásadě poskytováno tolik, kolik je potřeba. Jedná se o péči, která je poskytována z lásky, a proto ji tato charakteristika činí nenahraditelnou.³⁶ Mnohé rodiny se s problémem péče vyrovnávají velmi dobře, i když je situace vyčerpávající, jiné se zase i přes ochotu poskytovat osobní péči mohou z obavy z nezvládnutí rozhodnout pro poskytování potřebné péče prostřednictvím pobytových zařízení.³⁷

Časová náročnost péče je významným způsobem determinována mírou závislosti osoby, jíž je poskytována pomoc (viz tabulka č. 7)

Tabulka č. 7 **Součet doby přímé péče a dohledu dle stupňů závislosti (denně)**

stupeň závislosti	doba přímé péče a dohledu denně
I.	6 hod. 31 min.
II.	10 hod. 10 min.
III.	15 hod. 54 min.
IV.	18 hod. 24 min.

Pramen: Michalík, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011, str. 101. ISBN 978-80-7367-859-3

Z uvedených údajů vyplývá, že dlouhodobá péče o rodinného příslušníka nebo blízkou osobu je mnohdy spojena s komplexním sociálním, ekonomickým a zdravotním dopadem na pečovatele a jeho nejbližší okolí. Osoba, která poskytuje péči v důsledku

³⁶ viz: Jeřábek, H. Rodinná péče o seniory jako "práce z lásky": nové argumenty. *Sociologický časopis*, 2009, č. 2

³⁷ viz: Bartoňová, J. *Modely rodinné péče o starého člověka*. In: Jeřábek, H. a kol.: *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005

4. Vliv dalších faktorů determinujících efektivnost poskytování jednotlivých typů sociálních služeb

neustálé "pohotovosti", ztrácí kontakty s okolním světem, ocitá se v sociální izolaci, často strádá nedostatečnou sociální oporou, trpí fyzickým a psychickým vypětím, které se mnohdy odrazí na jeho zdraví. Je třeba si uvědomit, že na péči o rodinného příslušníka pečovatele nikdo nepřipravoval, a přesto mnohdy musí vykonávat úkony, k jejichž provedení je potřeba dostatek fyzické síly, často chybí i potřebný grif. Ke složité situaci těchto pečovatelů přispívá i nedostatek potřebných informací, pomůcek, často velice obtížná finanční situace, zvláště v těch případech, kdy příspěvek na péči je hlavním příjmem. Určitou roli hraje i způsob bydlení, nezanedbatelná není ani dosažitelnost širšího spektra zdravotních a sociálních služeb, charitativních a svépomocných skupin a sdružení.

Služba, která je poskytována celých čtyřadvacet hodin denně, sedm dnů v týdnu, je pro jednoho pečujícího "likvidační", a proto je potřebná a nezbytná profesionální pomoc, která by účinně snižovala zátěž pečovatele. V praxi se postupně rozvíjí model tzv. sdílené péče, jehož cílem je umožnit nesoběstačné osobě žít nezávislým životem ve vlastní domácnosti za pomoci rodiny a terénních služeb tak dlouho, dokud se tento způsob jeví jako smysluplný a praktický. Prohloubení spolupráce rodiny a služeb poskytovaných speciálními organizacemi a institucemi má nejen vliv na zkvalitnění péče o nesoběstačné osoby, ale také snižuje zátěž rodinných pečovatelů.³⁸

Při hodnocení toho, do jaké míry je kompenzován nižší (užší) příjem z ekonomické aktivity příspěvkem na péči v důsledku potřeby zajišťování péče pro svého rodinného příslušníka nebo blízkou osobu, je vedle porovnání samotného rozdílu mezi výší předchozího příjmu z ekonomické aktivity a výší příspěvku na péči rovněž nutno zohlednit podmínky, za nichž je v současné době poskytována podpora v nezaměstnanosti. Vzhledem k tomu, že současná právní úprava nevyklučuje souběžné pobírání podpory v nezaměstnanosti (u osoby poskytující péči) a příspěvku na péči (u osoby, které je péče poskytována), lze předpokládat, že v důsledku ukončení ekonomické aktivity osoba, poskytující péči je - alespoň krátkodobě - rovněž příjemcem této dávky. Z předchozích výzkumů³⁹ vyplývá, že tuto péči v domácnostech ve velké většině poskytují ženy ve věku 50 a více let.

Z dříve provedených propočtů MPSV vyplývá, že celkové náklady péče poskytované v přirozeném domácím prostředí pouze rodinným příslušníkem nebo blízkou osobou činí 31 500 Kč měsíčně na jednoho klienta, zatímco v případě, kdy péče je zajišťována rodinným příslušníkem nebo blízkou osobou a registrovaným poskytovatelem sociální služby, činí náklady této péče cca 18 000 Kč měsíčně na jednoho klienta (náklady na péči poskytovanou v domovech pro seniory činily podle těchto propočtů 22 000 Kč měsíčně na jednoho klienta). V tomto smyslu se potvrdily dříve prezentované názory, že náklady na péči poskytovanou v přirozeném domácím prostředí jsou vyšší než náklady na péči poskytovanou v pobytových zařízeních.⁴⁰

Tyto poznatky vedou k úvaze o vhodnosti diferencovat výši příspěvku na péči v závislosti na tom, zda péče o příjemce příspěvku na péči je poskytována v pobytovém nebo ambulantním zařízení nebo v jeho přirozeném prostředí, a to buď registrovaným poskytovatelem sociálních služeb, nebo rodinným příslušníkem, popř. blízkou osobou. Tyto úpravy by současně měly být koncipovány tak, aby se zajistila efektivnost péče o

³⁸ viz: Formánková, P., Novotný, A., Efenberková, M. Problematika realizace rodinné péče o osobu se sníženou soběstačností. *Kontakt*. 2012, č. 2. ISSN 1212-4117

³⁹ viz např.: Vlach, J. *Šetření výdělků starších zaměstnanců*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-39-5 nebo Vlach, J. a kol. *Gender v managementu*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2008. ISBN 978-807416-003-5

⁴⁰ viz: Janýška, A. Transformace pobytových sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením: dosavadní vývoj, existující mýty a pastí a ekonomické podmínky jejich poskytování. *FÓRUM sociální politiky*. 2011, č. 5. ISSN 1802-5854

příjemce příspěvku na péči ve smyslu dříve definované teze, tzn. aby poskytovatelé služeb sociální péče nebyli závislí na přiznání dotací ze státního rozpočtu.

4.3 Porovnání výše přiznané státní dotace s objemem odvodů, které je poskytovatel sociálních služeb a každý jeho zaměstnanec povinen odvést na daních a na pojistném na sociální a zdravotní pojištění

Jedním z klíčových rozhodovacích aktů při přípravě státního rozpočtu v sociální oblasti je stanovení objemu dotací ze státního rozpočtu pro poskytovatele sociálních služeb. Výše těchto dotací není stanovena podle žádných pravidel, v rámci celého legislativního procesu je objem těchto finančních prostředků zpravidla pravidelně navyšován. Pokud by se i nadále mělo při poskytování sociálních služeb uvažovat o poskytování dotací ze státního rozpočtu, bylo by vhodné pro objektivizaci těchto rozhodovacích procesů stanovit jednoznačná pravidla, přičemž v tomto smyslu by jedním z klíčových porovnaní mohlo být porovnání výše poskytnutých dotací s objemem daní a pojistného zaplaceného poskytovatelem sociální služby, popř. i jeho zaměstnanci.

Této problematice doposud nebyla v literatuře věnována prakticky žádná pozornost, k dispozici je pouze stať z r. 2005, podle níž "se peníze státu vložené do domovů důchodců vrací i s úroky, ... jedná se o jakousi okamžitou návratnou půjčku domovům na zaměstnanost lidí, kteří v domově nebo pro domov pracují" (příspěvek státu na jedno lůžko v domově důchodců v r. 2005 činil 5 595,50 Kč, zatímco odvody na sociální a zdravotní pojištění za organizaci a její zaměstnance, daně ze závislé činnosti za zaměstnance a DPH činí 5 764,70 Kč).⁴¹

Data o struktuře nákladů na poskytování jednotlivých sociálních služeb, která jednotliví poskytovatelé sociálních služeb uvedli ve svých žádostech o poskytnutí dotací ze státního rozpočtu na r. 2011, umožňují provést podrobnou analýzu objemu poskytnutých dotací a výše zaplacených daní a pojistného za r. 2009 u všech typů poskytovaných sociálních služeb.

Z provedených analýz výše státních dotací a objemu zaplacených přímých a nepřímých daní vč. sociálního a zdravotního pojištění poskytovateli služeb sociální péče a jejich zaměstnanců vyplývá, že v r. 2009 obdrželi poskytovatelé těchto služeb od MPSV dotaci v celkové výši 5 653 mil. Kč, přičemž celkový objem zaplacených daní a pojistného činil 7 574 mil. Kč, tj. o cca jednu třetinu více. V konkrétním případě domovů pro seniory činila průměrná výše dotace MPSV na jedno lůžko měsíčně 2 249 Kč, zatímco celkový objem zaplacených daní a pojistného činil 3 299 Kč, tedy o cca 47 % více.

Z těchto údajů je zřejmé, že objem dotací poskytovaných MPSV ze státního rozpočtu v porovnání s objemem daní a pojistného zaplaceného poskytovateli služeb sociální péče se výrazně snižuje. Tento trend je ovlivněn jednak dlouhodobě se snižujícím objemem dotací poskytovaných MPSV na sociální služby, jednak růstem daňového zatížení, na který vývoj objemu státních dotací nereaguje.

⁴¹ viz: Dospiva, S. Jak je to s doplácením státu na domovy důchodců. *Zpravodaj ústavů sociální péče*. 2005, č. 2

4. Vliv dalších faktorů determinujících efektivnost poskytování jednotlivých typů sociálních služeb

Tyto údaje současně potvrzují výše uvedené teze o tom, že:

- zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči při současném systému financování této péče není efektivní, neboť všichni poskytovatelé služeb sociální péče (bez ohledu na formu poskytované péče), kteří zajišťují péči o příjemce příspěvku na péči, jsou závislí na poskytování dotací ze státního rozpočtu,
- státní regulace vede k tomu, že z oblasti sociálních služeb "uniká" mnoho zdrojů za současného nedostatku péče na straně klientů těchto služeb.

V zájmu posílení ekonomické jistoty poskytovatelů sociálních služeb i v zájmu dynamického rozvoje sociálních služeb je nezbytné přijmout taková opatření v oblasti financování sociálních služeb, aby poskytovatelé sociálních služeb nebyli závislí na přiznání dotace ze státního rozpočtu, a to bez ohledu na to, že jejich poskytování není v souladu s právem EU.⁴²

⁴² viz: *Rozbor právního systému České republiky v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k právu Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu*. Advokátní kancelář HOLEC, ZUSKA & Partneři, Praha, 2011

5. Porovnání ekonomické efektivity financování a poskytování různých typů sociálních služeb ve vybraných lokalitách a jejich zobrazení

Na základě výše uvedených charakteristik a poznatků získaných v rámci realizovaných terénních šetření byla posouzena struktura financování všech poskytovatelů služeb sociální péče ve sledovaných regionech v r. 2009 na základě údajů z žádostí poskytovatelů sociálních služeb o poskytnutí dotace na sociální služby v r. 2011. Ze sledovaných údajů vyplynulo, že ve všech sledovaných regionech obdrželi všichni poskytovatelé služeb sociální péče, kteří byli registrováni k 1. lednu 2007, dotaci od MPSV na svoji činnost s výjimkou jednoho zařízení.⁴³

Pokud by měla být porovnána efektivnost financování a poskytování různých typů sociálních služeb ve vybraných lokalitách, je možno konstatovat, že na základě provedených propočtů se mezi jednotlivými sledovanými regiony objevují z hlediska výše podílu dotací přiznaných MPSV na celkových nákladech jednotlivých typů služeb - jako základního kritéria pro toto hodnocení - velmi malé diference. Tyto diference totiž vyplývají z administrativně direktivního přístupu k celému systému financování sociálních služeb, který jednotlivé regiony nemohou prakticky vůbec ovlivnit. Efektivnost financování a poskytování jednotlivých typů služeb je proto možno hodnotit na celostátní úrovni.

Pokud bychom vyšli z premisy, že nejefektivnější je ta služba, na jejímž financování se dotace přiznané MPSV podílejí nejméně, získáme toto pořadí:

- pečovatelská služba	21,90 %
- odlehčovací služby	23,11 %
- domovy pro seniory	23,76 %
- domovy se zvláštním režimem	24,39 %
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních	27,67 %
- domovy pro osoby se zdravotním postižením	31,06 %
- chráněné bydlení	38,11 %
- tísňová péče	38,69 %
- týdenní stacionáře	40,11 %
- denní stacionáře	41,26 %
- osobní asistence	45,23 %
- centra denních služeb	49,55 %
- průvodcovské a předčitatelské služby	51,55 %
- podpora samostatného bydlení	56,57 %

Vzhledem k výchozí premise, že efektivní je jak z pohledu státu, tak i z pohledu zřizovatele taková forma zajištění péče o příjemce příspěvku na péči, kdy výše úhrady klienta za poskytovaný typ služby spolu s výší příspěvku na péči a úhradou zdravotní

⁴³ jednalo se o zařízení, které bylo registrováno jako chráněné bydlení

5. Porovnání ekonomické efektivity financování a poskytování různých typů sociálních služeb ve vybraných lokalitách a jejich zobecnění

péče od zdravotní pojišťovny uhradí průměrné celostátní náklady daného typu služby, a k tomu, že podle záměrů MPSV v příštích letech v rámci jednotlivých reformních kroků přestane stát zasahovat do systému služeb sociální péče a síť těchto služeb na regionální úrovni vznikne na základě vztahů poptávky a nabídky,⁴⁴ je však toto pořadí pouze ilustrativní.

Řešení, která by vedla ke zvýšení efektivity financování této péče, je proto třeba spatřovat především:

- v odstranění závislosti poskytovatelů služeb sociální péče na přiznání dotací ze státního rozpočtu,
- v podmínění výplaty příspěvku na péči zajištěním péče prioritně od registrovaného poskytovatele sociální služby.

Klíčovým prvkem, který je v tomto smyslu možno spatřovat, je diferenciaci výše příspěvku na péči v závislosti na tom, zda péče o příjemce příspěvku na péči je poskytována v pobytovém nebo v ambulantním zařízení nebo zda je poskytována v přirozeném domácím prostředí prostřednictvím registrovaného poskytovatele sociálních služeb nebo prostřednictvím rodinných příslušníků nebo blízkých osob. Pro tuto diferenciaci lze využít finanční prostředky, které jsou doposud poskytovány poskytovatelům služeb sociální péče ve formě dotací ze státního rozpočtu. Současně lze navrhnout, aby v případě, kdy je příjemci příspěvku na péči v I. stupni závislosti poskytována potřebná forma péče v jeho přirozeném domácím prostředí rodinnými příslušníky nebo osobami blízkými bez participace registrovaného poskytovatele sociální služby, byla výše tohoto příspěvku stanovena na úrovni 0 Kč, tzn. aby se příspěvek nevyplácel. Toto řešení lze odůvodnit tím, že rozsah potřebné péče, které je v tomto případě příjemci příspěvku na péči poskytována, nepřekračuje takový rozsah pomoci, který by měl být poskytován v rámci intergenerační solidarity a nikoli za úplatu.

Při koncipování konkrétního návrhu výše naznačených úprav bylo matematicky modelováno množství variant úprav výše příspěvku na péči. Jako optimální se přitom jeví varianta uvedena v tabulce č. 8.

Tabulka č. 8 **Navrhovaná výše příspěvku na péči v závislosti na formě poskytované péče**

příspěvek na péči	forma péče			žádný reg. poskytovatel
	pobytová zařízení	ambulantní zařízení	terénní zařízení	
I.	800	2 000	2 000	0
II.	5 000	5 000	8 000	4 000
III.	10 000	10 000	14 000	8 000
IV.	15 000	15 000	20 000	12 000

Pramen: vlastní propočty

Provedené propočty ukazují, že při zachování struktury příjemců příspěvku na péči z prosince 2010 by došlo k navýšení objemu finančních prostředků o cca 122 mil. Kč měsíčně, resp. o 1 460 mil. Kč ročně. Lze předpokládat, že ve skutečnosti by toto navýšení bylo vyšší, neboť v důsledku výrazného navýšení úrovně příspěvku na péči pro ty příjemce příspěvku na péči, kterým by byla péče poskytována v jejich

⁴⁴ viz: Suda, R. *Uvažované modely financování sociálních služeb v r. 2013-2014*. Přednáška na konferenci Financování v sociálních službách, Praha, 19. června 2012

5. Porovnání ekonomické efektivity financování a poskytování různých typů sociálních služeb ve vybraných lokalitách a jejich zobecnění

přirozeném domácím prostředí prostřednictvím registrovaného poskytovatele sociálních služeb, se výrazně zvýší nabídka těchto služeb, čehož využije řada příjemců příspěvku na péči, kterým je dnes péče poskytována rodinnými příslušníky nebo blízkými osobami např. v důsledku nedostupnosti těchto služeb především v okrajových částech jednotlivých regionů. Nicméně lze předpokládat, že v porovnání s objemem dotací, který je poskytován registrovaným poskytovatelům služeb sociální péče (v r. 2009 činil tento objem 5 652 mil. Kč), dojde k významné úspoře veřejných prostředků.

Současně bude vytvořeno tržní prostředí při poskytování sociálních služeb, na základě poptávky po sociálních službách se bude rozšiřovat jejich nabídka (a to zejména ve venkovských regionech, kde je v současné době nabídka těchto služeb zpravidla velmi omezená), lze předpokládat, že do systému poskytování sociálních služeb se zapojí i nové subjekty, vč. zahraničních. Tím vznikne potřebná síť služeb sociální péče v jednotlivých regionech, budou vytvořeny základní předpoklady pro včasnou reakci na očekávané demografické trendy, na řešení jejichž důsledků v oblasti sociálních služeb není ČR v současné době připravena.⁴⁵ Klíčovým limitem pro realizaci tohoto řešení je dosažení politické shody na všech úrovních veřejné správy, tak i na tripartitní bázi.

⁴⁵ viz: Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2010. ISBN 978-80-7416-048-6

6. Modelování kapacity sítě služeb sociální péče na území regionu

6.1 Základní teoretická východiska a problémy z hlediska stanovení sítě sociálních služeb

Při tvorbě modelu sítě služeb sociální péče na území regionu je nezbytné mít na zřeteli, že při koncipování sociálních aktivit a jejich racionálního provozování je nutno vycházet ze dvou hlavních premis:

- celá baterie sociálních služeb tak, jak jsou definovány v zákoně o sociálních službách, by měla být k dispozici v zásadě na území každého kraje,⁴⁶
- při rozhodování o vybavenosti jednotlivých obcí (měst) a jejich spádových území je nutno mít na zřeteli, že jedním ze stěžejních aspektů, ovlivňujících rozhodovací procesy, je velikost obce (města) a jejího spádového území. V tomto smyslu je proto třeba zabývat se např. tím,
 - jaká má být optimální velikost obce (města), v níž je již možné zabezpečovat kvalifikovaně a racionálně jednotlivé sociální aktivity,
 - jaká jsou kritéria pro vymezení různě velkých území, v nichž lze jednotlivé služby účelně rozvíjet.⁴⁷

Hledání těchto velikostních typů má více, často protichůdných, aspektů. Např.:

- s rostoucí velikostí města nebo regionu se zvětšují i jednotlivé sociální skupiny, a tedy i skupiny osob, které jsou závislé na poskytování sociálních služeb, což umožňuje poskytování služeb profesionalizovat a sociálním pracovníkům specializovat se na řešení jednotlivých sociálních situací,
- se snižující se velikostí města se zvětšuje sociální kontrola a vzájemná pomoc, některé sociální aktivity proto není třeba organizovat a může je nahradit např. sousedská výpomoc nebo rada, rozsah těchto přirozených sociálních mechanismů je výrazně limitován a tyto role postupně přebírají profesionální služby,
- se snižující se velikostí města nebo obce se zhoršuje věková skladba obyvatelstva, na jedné straně se zvyšuje podíl obyvatel v poproduktivním věku, kteří péči potřebují, a naopak na druhé straně se snižuje podíl těch, kteří by mohli pomoc poskytovat, navíc se s klesající velikostí města zvyšuje vyjíždka za prací,
- jednotlivé sociální služby se týkají různých sociálních skupin a zpravidla je proto nelze kumulovat pro jejich "provozní neslučitelnost", vzhledem k tomu, že pokrývají zpravidla různě velká spádová území, je třeba řešit různé "dopravní problémy" a odlišné dimenze provozní efektivity,
- mezi ekonomickou a sociální optimalitou provozovaných služeb je třeba hledat vyváženou proporcii, protože oba faktory jsou zpravidla protichůdné - obecně lze

⁴⁶ Spojení "v zásadě" je použito zcela vědomě, neboť i mezi jednotlivými kraji existují značné ekonomické, sociální a demografické rozdíly.

⁴⁷ podrobněji viz: kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-90260-1-9

konstatovat, že s rostoucí velikostí zařízení poskytujícího sociální služby klesají relativně provozní výdaje a naopak je všeobecnou tendencí vytvářet a provozovat spíše malá zařízení, která zachovávají "lidskou (rodinnou) dimenzi", moderní přístupy při rozvíjení sociálních služeb akcentují význam rodiny a rozvíjejí se proto takové aktivity, které rodině napomáhají při poskytování sociálních služeb (např. respitní péče).

Obdobné aspekty je nutné mít na zřeteli i při vymezení spádových území uvnitř měst, v nichž je reálné rozvíjet jednotlivé sociální aktivity, např. v oblasti komunitní práce s mládeží, sociální prevence, rozvoje činnosti krizových kontaktních míst apod. Jednotlivé části města nebo obce mohou tvořit nepřekročitelný rámec pro sociální komunity např. mladých lidí nebo dětí, i když by bylo výhodné provozně některá zařízení koncipovat tak, že by mohla poskytovat služby více částem. To u některých služeb možné zřejmě je (např. sociální poradenství), u jiných však nikoliv.

Při analýze vývoje osídlení se ukázalo, že je třeba věnovat zvláštní pozornost obcím a městům ve velikosti od 2, resp. 5 tis. do 10 tis. obyvatel. Jde o obce (zpravidla města), kde působí pověřené obecní úřady vykonávající (v přenesené působnosti) výkon státní správy v oblasti sociální péče - tedy vykonávají činnost i pro určité spádové území. V těchto městech (je jich cca 400) jsou také nově vytvořena kontaktní místa státní sociální podpory, což zvyšuje jejich sociální roli. Tyto obce jsou svými demografickými a sociálně-ekonomickými charakteristikami a jejich vývojem velmi atraktivní také pro koncipování sociálních služeb mj. také proto, že spolu se svými spádovými územími (celkem průměrně cca 26 tis. obyvatel) vytvářejí na území státu síť s dopravní dostupností a přirozenou gravitací.⁴⁸ Na tomto území jsou již všechny sociální a populační skupiny zpravidla tak veliké, že sociální potřeby je možné zabezpečovat na profesionální a kapacitně ekonomicky přijatelné úrovni.

Reforma veřejné správy vytvořila tzv. malé okresy okolo nových center - obcí s rozšířenou působností. Zatímco se po desítky let veškerý rozvoj infrastruktury i sociálních vazeb rozvíjel do okresních měst, nové vztahy mají jinou orientaci. Byly vytvořeny obce s rozšířenou působností, které se od sebe svojí velikostí liší 2 x až 4 x, a to ve prospěch bývalých okresních měst. Protože tato města - sídla okresů - plnila v minulosti svými kapacitami úkoly státu, musí tam být proto i logicky větší vybavenost než u nových "malých okresních měst". Tak diametrální velikostní asymetrie vede k vážné úvaze, zda by se právě bývalá okresní města neměla stát základem krajské sítě. Jde o zcela zásadní nedořešený problém, který je bariérou dalšího rozvoje služeb v menších obcích.⁴⁹

Při hodnocení rozsahu poskytovaných sociálních služeb v jednotlivých regionech je nutno mít na zřeteli, že při hodnocení jejich vybavenosti nelze uplatňovat stejná hlediska na celém území, neboť na zřeteli je nutno mít řadu objektivních charakteristik determinujících určité rozdíly vyplývající např.:

- z míry urbanizace,
- z věkové, kvalifikační, profesní a sociální struktury obyvatelstva na daném území a z náboženských specifik jednotlivých regionů,
- ze struktury osídlení jednotlivých územních celků, z velikosti obcí a z hustoty obyvatelstva,

⁴⁸ podrobněji viz: kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-90260-1-9

⁴⁹ viz: Průša, L., Víšek, P. *Optimalizace sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2011. ISBN 978-80-7416-099-8

- z míry realizace tradičních funkcí rodiny v péči o staré občany,
- z nejrůznějších sociologických změn probíhajících ve společnosti, zejména rozpad vícegeneračního soužití rodin.⁵⁰

Opomenout rovněž nelze dlouhodobou absenci jakékoliv koncepce rozvoje sociálních služeb, prvním koncepčním materiálem můžeme označit Bílou knihu v sociálních službách,⁵¹ vliv střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb na změnu struktury poskytovaných sociálních služeb ve smyslu Národního plánu rozvoje sociálních služeb je doposud pouze minimální.⁵²

V důsledku toho není stávající struktura forem sociální péče v jednotlivých krajích ani okresech výsledkem promítnutí deklarovaných koncepcí do praktického života, ale je výsledkem dlouholetého živelného vývoje v minulosti, kdy praxe v rámci svých možností a podle svého zájmu reagovala na nutnost zabezpečení potřeb starých a zdravotně postižených občanů.⁵³

Systém financování sociálních služeb navíc konzervuje zpravidla existující rozdíly ve vybavenosti jednotlivých územních celků sociálními službami, a tím se nevytváří dynamizující konkurenční prostředí. Změněné politické, ekonomické a společenské podmínky významným způsobem ovlivňují přístup zainteresovaných subjektů k této oblasti sociální ochrany obyvatelstva. Odlišný způsob financování jednotlivých typů zařízení se v minulém období promítl do zájmu jednotlivých zřizovatelů o budování nových kapacit i o formy zabezpečení potřeb občanů.⁵⁴

Z výše uvedených faktorů a hodnocení je tedy zřejmé, že jinak je potřebné hodnotit vybavenost zemědělských oblastí a městských aglomerací, jinak je třeba hodnotit vybavenost Prahy a ostatních velkých měst a jejich přilehlých aglomerací, jinak je nutno přistoupit k hodnocení vybavenosti např. horských a podhorských oblastí. Na druhou stranu je ovšem zřejmé, že ve vybavenosti jednotlivých okresů se odrážela celková pozornost a zájem, s nímž příslušné dřívější okresní úřady přistupovaly k zabezpečení potřeb občanů v této oblasti. Z tohoto pohledu má proto pouhé porovnání číselných hodnot bez znalosti těchto širších souvislostí pouze informativní charakter a je nutno ho chápat jen jako jedno z východisek pro analýzu optimální struktury forem sociální péče v jednotlivých regionech.

Při hodnocení vybavenosti regionů službami sociální péče je nezbytné mít na zřeteli skutečnost, že stávající statistické podklady nejsou úplné, např. neumožňují charakterizovat např. intenzitu poskytování pečovatelské služby.⁵⁵

⁵⁰ blíže viz: Průša, L. *Optimalizace struktury forem sociální péče s přihlédnutím ke specifickým jednotlivých oblastí.*, in *Metody regionální demoeconomické analýzy a prognózy*. České Budějovice: Dům techniky ČSVTS, 1987

⁵¹ viz www.mpsv.cz

⁵² viz: *Národní plán rozvoje sociálních služeb 2009-2012*. www.mpsv.cz

⁵³ viz: kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-902260-1-9

⁵⁴ viz: Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing 2007. ISBN 978-80-7357-255-6

⁵⁵ statistika neumožňuje identifikovat, zda z celkového počtu cca 115 000 osob, jimž byla v r. 2010 poskytována pečovatelská služba, byla tato pomoc poskytována každý den (1 x či vícekrát), několikrát v průběhu týdne či měsíce či dokonce pouze 1 x ročně

6.2 Hodnocení potřeby služeb sociální péče na regionální úrovni

Významnou pomůckou při hodnocení vývoje sociálních služeb jsou návrhy úrovně normativů vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální péče. Tyto normativy byly zpracovány bývalým FMPSV v polovině 80. let,⁵⁶ do praxe však nebyly nikdy zavedeny, neboť existovaly obavy jejich zneužití v plánovací praxi jako nástroje neúměrného zatížení státního rozpočtu dlouhodobě dopředu. Z hlediska jejich využití jako orientačních nástrojů pro hodnocení dlouhodobých trendů v sociální oblasti je však potřebné tyto normativy ocenit, neboť představují až do dnešních dnů jediný srovnatelný pohled na kvantitativní úroveň sociálních služeb v jednotlivých územních celcích.

Poprvé byla analýza vývoje vybavenosti územních celků službami sociální péče pro staré a zdravotně postižené občany zpracována v polovině 90. let⁵⁷ (analyzovány byly údaje za r. 1995), důraz byl přitom položen na analýzu vybavenosti jednotlivých okresů místy v domovech důchodců, v domovech-penzionech pro důchodce, v domech s pečovatelskou službou a dále pečovatelskou službou. V následujícím období byla provedena analýza vybavenosti regionů službami sociální péče realizována v r. 2002⁵⁸ (analyzovány byly údaje za r. 2000) a v r. 2006 (analyzovány byly údaje za r. 2005).⁵⁹ Tyto skutečnosti umožňují ukázat, k jakým vývojovým a strukturálním změnám v jednotlivých regionech dochází a zda jsou tyto trendy např. v souladu s moderními trendy rozvoje sociálních služeb v evropských zemích, popř. zda jsou projevem promítnutí koncepčních záměrů do praktické činnosti jednotlivých regionálních orgánů a poskytovatelů sociálních služeb. Z dříve provedené analýzy⁶⁰ vyplynulo, že současné evropské trendy, projevující se v odklonu od péče poskytované v rezidenčních zařízeních k péči poskytované v přirozeném domácím prostředí jednotlivých klientů, se v naší zemi zatím patrně uplatňují pouze ve velmi omezeném měřítku.

Jeví se proto jako nezbytné zasadit tvorbu střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb do integrovaných plánů rozvoje měst tak, jak ji vyjadřuje tzv. Lipská charta přijatá v dubnu 2007 ministry odpovědnými za rozvoj měst v době německého předsednictví EU.⁶¹ Charta se orientuje na širší využívání integrovaných přístupů v politice rozvoje měst, na vytváření a zajištění vysoce kvalitního veřejného prostoru, modernizaci infrastrukturních sítí, přičemž zvláštní pozornost věnuje deprivovaným čtvrtím v rámci města jako celku. Jde o zavádění strategií pro dosažení vyššího standardu fyzického bydlení, posílení lokální ekonomiky a místní politiky trhu práce a o podporu cenově dostupné a efektivní městské dopravy.

Vybavenost regionu sociálními službami je proto třeba posuzovat a rozvíjet v širších aspektech, než jen pokud jde o samotnou přítomnost příslušných zařízení a aktivit. Jde zejména o:

- přítomnost služeb a jejich kapacita,

⁵⁶ viz: *Návrh normativů vybavenosti územních celků službami sociální péče*. Praha: FMPSV, 1987

⁵⁷ viz: *kol. Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-902260-1-9

⁵⁸ viz: *Průša, L. Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing, 2003. ISBN 80-86395-69-3

⁵⁹ viz: *Průša, L. Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-36-0

⁶⁰ viz: *Příspěvek na péči - analýza dostupných datových zdrojů*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2012

⁶¹ viz: *Analýza optimalizace sociálních služeb a vytvoření komunikační platformy reformy sociálních služeb*. Praha: NCSS & VÚPSV, v.v.i., 2011

- dostupnost služeb (územní, finanční, architektonická),
- návaznost služeb,
- informovanost občanů,
- kvalitu výkonu služeb,
- ekonomická efektivnost.⁶²

Jedná se o provázané aspekty, které ve svém komplexu ovlivňují sociální kvalitu území a uspokojování sociálních potřeb občanů.

6.2.1 Aspekt přítomnosti služeb a jejich kapacity

K otázce "přítomnosti" služeb na území v zásadě existuje názor, že všechny základní typy sociálních služeb by měly být v území připraveny řešit problémy občanů. Často se jedná o problémy specifické, které se týkají menšího počtu lidí, i ti však mají právo na pomoc. Druhá otázka zní, jaká by měla být kapacita těchto služeb. Potřeba některých služeb se přitom transparentně projeví v plné šíři až po zřízení služby, zatímco do té doby byla její potřeba latentní.

Kapacitní potřebu služeb sociální péče lze zpravidla vyvodit ze sociodemografických údajů o obyvatelstvu a jeho zdravotním stavu. Jednotlivé normativy (kvantitativní standardy) přinášejí údaje o možných absolutních počtech osob, kterých se týkají vybrané kvantifikovatelné demografické a sociální situace, jevy či problémy. Takové počty obyvatel, kterých se sociální jevy týkají, by byly ve sledovaném městě (regionu) v případě, že by výskyt těchto jevů odpovídal průměrným hodnotám, kterých je dosahováno na území celé republiky. Dlouhodobá práce s těmito normativy ukazuje, že tato metoda poskytuje velmi věrohodné výsledky a že se výskyt sociálních jevů na území státu dramaticky neliší.

Potřeba sociálních služeb v konkrétním místě se může lišit:

- podle velikosti obce (vliv městského prostředí),
- podle charakteru sídelní struktury (velký počet malých obcí) a způsobu bydlení a života (město a venkov),
- podle zdravotního stavu ovlivněného charakterem převažující ekonomické činnosti,
- podle pozice místa v dopravní síti,
- podle někdejší investiční průmyslové výstavby,
- podle dřívější pozornosti věnované sociální oblasti, rozdíly mohou mít i další ekonomické, ale i dalekosáhlé historické, popřípadě geografické důvody.

U služeb sociální péče např. pro seniory je možné specifikovat počet osob závislých na péči v různých oblastech (strava, bydlení, chůze) a z toho lze dovodit i výskyt a potřebnou kapacitu služeb. Přestože je tak možné charakterizovat nejvyšší rozsah potřeby péče (z hlediska míry závislosti) v rozsahu, jaká je dnes chápána jako péče rezidenční - tedy formou vykazání potřebných lůžek - do budoucna to však nemusí být jediný způsob zabezpečení takového rozsahu, potřebu může nahradit i péče

⁶² viz: Průša, L., Víšek, P. *Optimalizace sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2011. ISBN 978-80-7416-099-8

v domácnosti (např. zabezpečením návaznosti poskytované zdravotní a sociální péče, poskytováním intenzivní pečovatelské služby ve všech oblastech úkonů nebo využitím nových materiálů, zařízení, technologií, jako je např. selfmonitoring, tísňové volání a další).

Poskytování všech skupin úkonů v rámci pečovatelské služby (zejména péče o klienta, zajištění stravy, pomoc s chodem domácnosti) by mohlo být cestou řešení problému potřeby rezidenční péče. Právě tento typ služby realizuje zásadním způsobem celkové směřování sociálních služeb, tj. zabezpečení péče v přirozeném prostředí, a odklad nebo i náhradu potřeby péče rezidenční.

Pokud jde o zdravotně handicapované osoby, je možné modelovat pravděpodobný výskyt potřeby podle jednotlivých typů postižení. Při poskytování terénních a ambulantních služeb přitom vznikají často komplikace, protože tyto služby potřebuje zpravidla velmi nízký počet klientů, který má ale široké spektrum postižení, z nichž každé vyžaduje odlišnou formu podpory nebo pomoci.

Pro primární konfrontaci a ověření kapacitních normativů jsou k dispozici počty příjemců příspěvků na péči, a to i přesto, že vyplacené dávky velmi často nesměřují zpět do sociálních služeb a nevedou k jejich rozvoji, neboť příspěvek na péči se stal příjmem rodiny. Nicméně tyto údaje ukazují na rozsah závislosti občanů na péči a tvoří tak klíčové východisko pro plánování potřeby sociálních služeb. Výsledky takového modelování mohou ukázat, že území je z hlediska služeb sanováno nebo že je v řadě služeb nedovybaveno nebo i "nevybaveno".

6.2.2 Aspekt dostupnosti služeb

Dostupnost služeb má více dimenzí. První je dostupnost územní. V tomto smyslu jde o to, zda klient může vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a stavu dopravní obslužnosti zcela reálně služby využívat. V tomto smyslu je potřeba zdůraznit, že ČR se podpisem Evropské sociální charty (článek 14) zavázala zvyšovat dostupnost služeb.

Podobnou dimenzi má i dostupnost finanční, která by měla zajistit, že příjmový handicap nezabrání využití služby v případě, že ji klient potřebuje. V tomto smyslu je potřeba upozornit na to, že jedním z cílů koncipování příspěvku na péči bylo posílit příjem občana, který službu potřebuje, aby si ji mohl "koupit".⁶³ Pro některé služby, např. sociální poradenství, stanoví Evropská sociální charta přímo závazek států zabezpečit bezplatné sociální poradenství. A nejen to, sleduje se, zda je takové poradenství i dostupné dopravně (též s ohledem na náklady na dopravu).

Další dimenzí je bezbariérovost prostředí, tedy dostupnost architektonická.

6.2.3 Aspekt návaznosti služeb

Významným aspektem existence širokého spektra sociálních služeb a jejich kvality je jejich vzájemná provázanost, resp. návaznost. V jednotlivých oblastech sociálních služeb je pro úspěšné a efektivní fungování celého komplexu nezbytná návaznost, tj. zastoupení jednotlivých typů služeb, pokud představují určité fáze či stupně péče podle rozsahu rozvíjejících se potřeb. Tak lze uvést např. komplex

⁶³ viz: Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-255-6

sociálně-zdravotní péče o staré občany (kde podle rozsahu narůstajících potřeb jde o pomoc v domácnosti, pečovatelskou službu, home care, denní pobyt, týdenní stacionář, domov seniorů, LDN, event. hospic). Takové navazující komplexy je třeba komponovat podle místních potřeb a podle možností vč. smluvních vztahů s jinými obcemi či krajem. Rizikovou situací je stav, kdy některý ze stupňů chybí nebo je kapacitně omezen, resp. naplněn. Pak se proces zabezpečování postupně narůstajících potřeb zastaví a nižší úrovně služeb musí zabezpečovat jim nepříslušející vyšší rozsah péče.⁶⁴

6.2.4 Aspekt informovanosti občanů

Podstatnou složkou sociální kvality území je informovanost občanů o možnostech pomoci, která jim může být poskytnuta, vytváření veřejného povědomí, že "na problémy nejste sami" tak, jak zní často názvy informačních brožur měst. Standardní služby v tomto směru zabezpečují v ČR občanské poradny. Velmi užitečnou skutečností je fakt, že analýza tematické struktury dotazů občanů města i regionu představuje významný zdroj informací o sociálních problémech občanů.

Provedená terénní šetření o způsobech zajištění péče o příjemce příspěvku na péči ukázala, že v tomto směru mají obce a města značné rezervy.

6.2.5 Aspekt kvality služeb

Dalším faktorem je vlastní kvalita výkonu služeb. Stát vydává standardy kvality a provádí inspekci kvality. V reálné situaci je třeba předpokládat, že tam, kde je možnost výběru poskytovatele, bude tlak na kvalitu vyvíjen především jako aspekt konkurenčního boje o klienty. Důsledná rekonstrukce příspěvku na péči by měla z jeho příjemců vytvořit sféru koupěschopné poptávky a hlavní zdroj financování služeb.

6.2.6 Aspekt ekonomické únosnosti

Za významný aspekt vybavenosti regionu službami je nutné považovat přiměřené vyvážení dostupnosti (spádovosti) a ekonomické únosnosti. Každé zařízení, popř. služba, má své vlastní ekonomické parametry či limity. Jde především o provázanost nákladů na klienta, příjmů od klienta, příjmů z různých dalších zdrojů apod. Provozovat miniaturní rezidenční zařízení nebo provozovat služby náročné na počet pracovníků pro malý počet klientů je ekonomicky neúnosné a je třeba proto vymezit vyšší rozsah spádovosti a posunout výskyt takové služby do vyšších územně-správních celků. Mezi kritérii humanistické optimality a ekonomickou únosností je nezbytné hledat vyváženost.⁶⁵

⁶⁴ viz: Průša, L., Víšek, P. *Optimalizace sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2011. ISBN 978-80-7416-099-8

⁶⁵ např. v 80. letech bylo konstatováno, že určité optimality lze dosáhnout např. u "domovů důchodců" o velikosti 80 lůžek

6.3 Využitelnost kvantitativních standardů pro modelování potřeby služeb sociální péče

Lze konstatovat, že je účelné, aby konstrukce kvantitativních standardů jako informativního materiálu byla předmětem odborného zájmu. Pokud jde o jejich formulování, je potřeba zdůraznit, že k dispozici jsou pouze ty, které byly konstruovány v 80. letech minulého století (domovy pro seniory, pečovatelská služba, domovy pro osoby se zdravotním postižením). Po roce 1990 vznikla a v roce 2006 byla taxativně kodifikována řada nových služeb, jejichž objektivní potřeba, ekonomická provozovatelnost a spádovost nebyla šířeji analyzována, resp. byly provedeny jen výzkumy o názorech pracovníků na jejich potřebu apod. Tyto služby jsou často velmi úzce vymezeny, a to i z hlediska cílových skupin příjemců, o nichž zpravidla nejsou žádné statistické údaje (např. osoby potřebující předčitatelskou a průvodcovskou službu).

Některé služby jsou na území státu provozovány jen ve velmi malém rozsahu a počtu, a proto chybí zdroje pro zobecnění rozsahu potřeby a pro stanovení normativů vybavenosti. Neexistují žádné objektivní podklady, které by mohly být použity pro poměr ambulantní a terénní péče o cílové skupiny, v zásadě je to zcela závislé na místních podmínkách. Statistika nerozlišuje cílovou skupinu u zařízení, která poskytují služby jak seniorům, tak osobám se zdravotním postižením, např. pečovatelská služba není rozdělena na péči o seniory a osoby se zdravotním handicapem (zvláště pro osoby s Alzheimerovou nemocí, zvláště pro osoby duševně nemocné apod.).

Pro práci na plánování sociálních služeb je závažným problémem, že zrušením okresních úřadů zmizely regionální orgány státní správy, které často poskytovaly sociální služby. V současnosti není mezi jednotlivými obcemi navzájem a kraji žádná řídicí vazba a odpovědnost. Obec s rozšířenou působností nemá povinnost, ani nějak ekonomicky podporovaný zájem, poskytovat služby ve svém spádovém území. Přitom je zřejmé, že vzhledem ke své velikosti takové služby ve spádovém území zapotřebí jsou a služby budou poskytovány právě tam. V některých takových obcích s rozšířenou působností by bylo třeba zřídit kapacity služeb až 3 x větší, než jaká je potřeba samotné obce, která to však nemá nijak ekonomicky kryto.

Jakkoliv je myšlenka kvantitativních standardů racionální, vždy půjde patrně jen o určitý nástroj pro porovnání, pro analýzy a depistáže v místě, pro případnou obhajobu nových projektů, pro diskusi s poskytovateli služeb a pro konfrontaci s jinými daty o cílových skupinách.

Pro vymezení výskytu cílových skupin je k dispozici řada zdrojů, které se částečně doplňují, ale i korigují, existují i různé názory na některé sociální jevy a jejich výskyt. Vzájemná konfrontace různých údajů, např. o hypotetické potřebě služeb, o skutečně poskytovaných službách, počtu a výši vyplácených příspěvků na péči a další, představuje zdroj informací pro další analýzy i depistáž v případě malých počtů výskytu jevů, malých počtů klientů apod.⁶⁶

Orientační standard vybavení spádové obce a jejího území s celkovým počtem obyvatel cca 20 tis. službami sociální péče, které poskytují péči příjemcům příspěvku na péči tak, jak byl koncipován v 90. letech minulého století, je pro informaci uveden v příloze č. 3, orientační standard vybavení spádové obce a jejího území s celkovým počtem obyvatel cca 50 tis. z téhož období je uveden v příloze č. 4.

⁶⁶ viz: Průša, L., Víšek, P. *Optimalizace sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2011. ISBN 978-80-7416-099-8

6.4 Možnosti využití příspěvku na péči pro modelování kapacity sítě sociálních služeb na území regionu

Rozsah potřeby sociálních služeb ovlivňují čtyři základní faktory - demografický vývoj, sociálně-ekonomické faktory, společensko-politické determinanty a mezinárodní aspekty. Z tohoto pohledu je nezbytné mít při koncipování modelu potřeby sociálních služeb na zřeteli řadu faktorů, které tuto potřebu ovlivňují.⁶⁷

V souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách byla koncipována nová sociální dávka - příspěvek na péči - která umožňuje mj. kvantifikovat potřebu různých typů sociálních služeb v závislosti na tzv. míře závislosti, která vyjadřuje rozsah potřebné sociální péče ve vazbě na splnění celkem 10 kritérií charakterizujících schopnost občana zvládat úkony péče o vlastní osobu a při posuzování soběstačnosti.

Vývoj změn ve struktuře příjemců příspěvku na péči v závislosti na pohlaví a věku příjemce příspěvku na péči v letech 2007-2010 (viz příloha č. 5 a č. 6), který umožňuje identifikovat skutečnou potřebu různých typů péče na území každého města nebo regionu. Orientačně lze uvést, že:

- počet příjemců příspěvku na péči v I. stupni závislosti signalizuje, kolik osob bude pravděpodobně vyžadovat pomoc při zvládnutí některého z úkonů pečovatelské služby ve vlastní domácnosti,
- počet příjemců příspěvku na péči ve II. stupni závislosti signalizuje, kolik osob bude pravděpodobně vyžadovat intenzivnější pomoc při zvládnutí více úkonů pečovatelské služby ve vlastní domácnosti, ve chráněném bydlení, popř. v centru denních služeb nebo v denním stacionáři,
- počet příjemců příspěvku na péči ve III. stupni závislosti signalizuje, kolik osob bude vyžadovat intenzivní zpravidla celodenní komplexní péči v domovech pro seniory, v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v týdenních stacionářích, v krajních případech i v chráněném bydlení nebo ve vlastních domácnostech, přičemž řada těchto osob bude vyžadovat služby osobní asistence a k dispozici by měl být dostatečný rozsah odlehčovacích služeb,
- počet příjemců příspěvku na péči ve IV. stupni závislosti signalizuje, kolik osob bude vyžadovat intenzivní komplexní celodenní péči v pobytových zařízeních (domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem), pouze v minimálním rozsahu lze očekávat, že těmto osobám by byla poskytována péče v jiných typech zařízení, popř. v jejich domácnostech, v těchto případech však bude většina těchto osob vyžadovat služby osobní asistence, k dispozici bude potřeba rovněž dostatečný rozsah odlehčovacích služeb.⁶⁸

Konkrétní rozsah poskytování jednotlivých sociálních služeb je velmi obtížné blíže specifikovat, protože je odrazem působení celé řady faktorů determinujících jejich vývoj v jednotlivých regionech. V tomto smyslu je proto nezbytné v rámci přípravy střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb v jednotlivých městech a krajích velmi podrobně analyzovat všechny determinanty ovlivňující chování klientů a potenciálních klientů o jednotlivé typy a formy sociálních služeb. V návaznosti na připravované změny v systému financování sociálních služeb lze očekávat, že síť služeb sociální

⁶⁷ podrobně viz: Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV v.v.i., 2010. ISBN 978-80-7416-048-6

⁶⁸ viz: Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2010. ISBN 978-80-7416-048-6

péče, která bude zabezpečovat péči o příjemce příspěvku na péči, vznikne na základě nabídky a poptávky po těchto službách v jednotlivých regionech a bude vzhledem k výše uvedeným faktorům výrazně regionálně diferencována.⁶⁹

Pro orientační kvantifikaci potřeby jednotlivých typů sociálních služeb ve vazbě na stupeň přiznání příspěvku na péči byla v rámci této fáze řešení projektu koncipována "kalkulačka", která umožňuje všem zájemcům na území libovolného regionu při znalosti věkového složení obyvatelstva v členění podle pohlaví a jednotlivých věkových skupin určit orientační rozsah osob závislých na potřebě péče. Východiskem pro koncipování této "kalkulačky" byla tzv. důchodová kalkulačka,⁷⁰ která umožňuje všem zájemcům při znalosti vyměřovacích základů a výpočtových dob od r. 1986 spočítat výši důchodu. Názorně je tato kalkulačka uvedena v příloze č. 7, v interaktivní podobě, která umožňuje realizovat vlastní individuální propočty, kalkulačka je v elektronické podobě přiložena na CD, který je nedílnou součástí této monografie.

Koncipování kvantitativního modelu minimální, popř. i optimální kapacity sítě sociálních služeb na celostátní nebo regionální úrovni z pozice MPSV, který by určil přesnou kapacitu jednotlivých typů služeb, se proto nejeví v současné době jako efektivní m. j. i proto, že by vytvořilo dlouhodobý tlak na alokaci finančních prostředků ze strany státu do regionů, kde by stávající vybavenost sociálními službami byla pod definovanými hranicemi a výrazně by to potlačilo význam institutu plánování sociálních služeb.

Koncipování výše uvedeného software spolu s již dříve uvedenými a prezentovanými metodami dává všem zájemcům k dispozici dostatek nástrojů k zajištění potřebného spektra sociálních služeb v konkrétním regionu. Nezbytným předpokladem zajištění toho spektra sociálních služeb je však skutečnost, že ve všech fázích koncipování střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb dochází k porovnávání získaných regionálních charakteristik s obdobnými charakteristikami sousedních regionů, popř. s celostátními charakteristikami, přičemž důraz by měl být položen na zdůvodnění odchylek v porovnávaných charakteristikách.⁷¹

6.5 Porovnání získaných údajů s daty informačního systému o příspěvku na péči ve vybraném regionu

Pro porovnání dat získaných z koncipovaného software s daty informačního systému o příspěvku na péči bylo vzhledem k omezené dostupnosti dat o věkové struktuře dat v obcích s rozšířenou působností vybráno město Brno. Z orientačního výpočtu počtu příjemců příspěvku na péči v závislosti na věku a pohlaví v Brně (viz příloha č. 8) vyplývá, že k 31.12.2010 byl na tomto území vyplácen příspěvek na péči celkem 12 257 klientům, z toho:

- v I. stupni závislosti 4 705 klientům,
- ve II. stupni závislosti 3 677 klientům,
- ve III. stupni závislosti 2 388 klientům,
- ve IV. stupni závislosti 1 488 klientům.

⁶⁹ viz: Suda, R. *Uvažované modely financování sociálních služeb v r. 2013-2014*. Přednáška na konferenci Financování v sociálních službách, Praha, 19. června 2012

⁷⁰ viz: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3200/Duchodova_Kalkulacka_110919_TO.xls

⁷¹ viz: Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-255-6

6. Modelování kapacity sítě služeb sociální péče na území regionu

Z dat informačního systému o příspěvku na péči přitom vyplývá, že v Brně služby od registrovaných poskytovatelů služeb sociální péče čerpalo k 30.6.2011 celkem 3 409 klientů, což je v relaci k celostátním údajům, cca 72 % příjemců příspěvku na péči využívalo k zabezpečení svých potřeb pouze služby od neregistrovaných poskytovatelů sociálních služeb, služby jim tedy poskytovali členové rodiny nebo osoby blízké. Přestože je tento podíl poněkud vyšší, než jsou celostátní údaje, je z hlediska výsledků terénních šetření tento rozdíl možno vysvětlit tím, že v Brně považují příjemci příspěvku na péči sociální služby za drahé.⁷² Konkrétní struktura využívání služeb sociální péče příjemci příspěvku na péči závisí na rozsahu služeb, které jsou v současné době na území Brna registrovány.

Lze proto konstatovat, že data, získaná na základě orientačního výpočtu příjemců příspěvku na péči v závislosti na věku a pohlaví představují další významný informační zdroj, který při přípravě střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb bude jistě využíván, a to zejména v situaci, kdy se stát přestane podílet na financování služeb sociální péče a kdy regionální síť těchto služeb bude tvořena na základě nabídky a poptávky.

Struktura příjemců příspěvku na péči podle míry závislosti a typu čerpané registrované služby sociální péče v Brně je uvedena v tabulce č. 9.

Tabulka č. 9 **Struktura příjemců příspěvku na péči podle míry závislosti a typu čerpané registrované služby sociální péče v Brně k 30.6.2012**

	míra závislosti				celkem
	I.	II.	III.	IV.	
centra denních služeb	12	11	7	0	30
denní stacionáře	6	25	22	9	62
domovy pro osoby se zdravotním postižením	42	52	22	33	149
domovy pro seniory	365	429	352	282	1 428
domovy se zvláštním režimem	72	103	150	162	487
chráněné bydlení	9	7	3	2	21
odlehčovací služby	36	36	32	15	119
pečovatelská služba	498	379	142	63	1 082
sociální služby ve zdrav. zařízeních	2	4	7	11	24
týdenní stacionáře	0	4	1	2	7
celkem	1 042	1 050	738	579	3 409

Pramen: vlastní propočty

⁷² viz: Pilotní výzkum způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči ve vybraných lokalitách. [online], cit. [2013-05-10], dostupné z: <http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/02/vyzkum.pdf>

Shrnutí, závěry a doporučení

Provedený rozbor ekonomické efektivity péče o příjemce příspěvku na péči navázal na dříve realizovaná hodnocení efektivity sociálních služeb, kdy byla pozornost věnována hodnocení efektivity poskytování sociálních služeb pouze vybranými typy těchto služeb. Získané poznatky opakovaně ukázaly, že stávající systém financování služeb sociální péče (a tedy i systém péče o příjemce příspěvku na péči) je neefektivní především:

- v důsledku závislosti poskytovatelů sociálních služeb na výši přiznaných dotací ze státního rozpočtu,
- v důsledku tzv. "cenové regulace" výše úhrady za pobyt a stravu v pobytových a ambulantních zařízeních a za jednotlivé úkony v rámci terénních sociálních služeb ze strany státu,
- v důsledku dlouhodobého tunelování systému sociálních služeb ze strany zdravotních pojišťoven, které kryjí náklady na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních pouze z cca 20 %.

Tyto poznatky byly v rámci realizace tohoto projektu rozšířeny především o tyto skutečnosti:

- kritéria pro stanovení míry závislosti a tedy i pro přiznání příspěvku na péči v jednotlivých stupních závislosti nejsou stanovena objektivně pro všechny skupiny zdravotně handicapovaných skupin, popř. způsob hodnocení míry závislosti není vhodně nastaven,
- sociální pracovníci jednotlivých obcí s rozšířenou působností a obecních úřadů obcí s pověřeným obecním úřadem nemají přehled o celkovém počtu a struktuře příjemců příspěvku na péči podle jednotlivých stupňů míry závislosti na území města a jeho spádového území,
- v zájmu zvýšení efektivity péče o příjemce příspěvku na péči je potřeba změnit formu výplaty této sociální dávky a zvýšit kontrolní činnost krajských poboček Úřadu práce ČR podle § 29 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Z provedeného porovnání struktury financování všech typů služeb sociální péče ve sledovaných regionech vyplynulo, že všichni poskytovatelé těchto služeb s výjimkou jednoho, dostali v r. 2009 dotaci ze státního rozpočtu, a proto na základě výše definovaných tezí péče o příjemce příspěvku na péči v těchto zařízeních není efektivní.

Z provedeného rozboru podílu občana a jeho rodiny na krytí nákladů poskytovaných sociálních služeb vyplynulo, že nejvyšší podíl úhrady klienta na krytí nákladů poskytovaných sociálních služeb je v pobytových zařízeních, a to jak v absolutním, tak i v relativním vyjádření, zatímco nejnižší výše úhrady klienta v absolutním vyjádření je při poskytování terénních sociálních služeb, v relativním vyjádření je přitom na srovnatelné úrovni v ambulantních zařízeních denního charakteru (centra denních služeb, denní stacionáře). Jedná se o zcela logické závěry, které vyplývají ze samotných principů konstrukce výše úhrad klienta za poskytované služby podle platné právní úpravy.

Rozbor přiznané dotace ze státního rozpočtu na financování poskytovaných sociálních služeb ukázal, že v r. 2009 nejvyšší dotace v absolutním vyjádření v

přepočtu na jednoho klienta měsíčně byly poskytnuty zařízením poskytujícím služby v týdenních stacionářích a v domovech pro osoby se zdravotním postižením, nejnižší naopak pro služby tísňové péče a pro zařízení pečovatelské služby. V relativním vyjádření byla poskytnuta relativně nejvyšší úroveň podpory na služby podporovaného bydlení a na průvodcovské a předčitatelské služby, nejnižší naopak zařízením poskytujícím pečovatelskou službu a odlehčovací služby. Tyto údaje potvrdily, že systém poskytování dotací ze strany MPSV nebyl využit k podpoře deklarovaného přechodu od služeb poskytovaných v pobytových zařízeních ke službám poskytovaným v přirozeném prostředí jednotlivých klientů sociálních služeb.

Pokud jde o porovnání výše prostředků poskytovaných poskytovatelům služeb sociální péče z rozpočtu jednotlivých obcí, měst a krajů, provedený rozbor ukázal, že v absolutním vyjádření byla největší úroveň podpory poskytována týdenním a denním stacionářům, nejnižší zařízením poskytujícím služby tísňové péče. V relativním vyjádření k úrovni celkových provozních nákladů byla nejvyšší úroveň podpory poskytnuta zařízením poskytujícím pečovatelskou službu a denním stacionářům, naopak relativně nejnižší úroveň podpory byla poskytnuta zdravotnickým zařízením poskytujícím sociální služby a domovům pro seniory. V tomto směru se ukázalo, že příspěvky poskytovatelům sociálních služeb nejsou poskytovány v převážné míře jako důsledek podpory realizace místních, popř. regionálních plánů rozvoje sociálních služeb, ale představují "doplňk" k dotacím poskytnutým MPSV ze státního rozpočtu tak, aby byl zajištěn základní provoz jednotlivých poskytovatelů.

V součtu obou zdrojů poskytovaných z veřejných finančních prostředků byla nejvyšší úroveň podpory v absolutním vyjádření poskytnuta v r. 2009 týdenním stacionářům a domovům pro osoby se zdravotním postižením, nejnižší úroveň podpory naopak byla přiznána zařízením poskytujícím služby tísňové péče a pečovatelskou službu. V relativním vyjádření v relaci k výši celkových nákladů byla nejvyšší úroveň podpory přiznána denním stacionářům a centrům denních služeb, nejnižší úroveň podpory v relativním vyjádření naopak byla poskytnuta zdravotnickým zařízením poskytujícím sociální služby a domovům pro seniory.

Výrazným způsobem ovlivňuje efektivnost péče o příjemce příspěvku na péči přístup zdravotních pojišťoven k financování nákladů ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Výkonové hodnocení nákladů této péče na rozdíl od paušální platby srovnatelného typu péče v lůžkových zdravotnických zařízeních a pouze relativně pětina výše úhrady skutečných nákladů této péče jsou projevem diskriminačního postoje zdravotních pojišťoven vůči pobytovým zařízením sociálních služeb, což výrazným způsobem negativně ovlivňuje efektivnost péče poskytované příjemcům příspěvku na péči.

Vedle těchto skutečností ovlivňují efektivnost poskytování jednotlivých typů sociálních služeb i další faktory. Ukázalo se, že závislost poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotací ze státního rozpočtu brání rozvoji sociálních služeb, což se projevuje mj. v tom, že kapacity terénních a ambulantních služeb se od r. 2007 prakticky nezvýšily a počet nově vytvořených pracovních míst je relativně velmi nízký. Pokud by bylo vytvořeno žádoucí tržní prostředí, dříve provedené propočty ukázaly, že v sektoru sociálních služeb by bylo možno vytvořit až 11,8 tis. nových pracovních míst.

Dalším faktorem, jemuž v tomto smyslu byla věnována pozornost, byl vliv poklesu příjmu z ekonomické aktivity v důsledku péče o příjemce příspěvku na péči a kompenzace tohoto příjmu právě příspěvkem na péči. Dlouhodobá péče o rodinného příslušníka nebo blízkou osobu je totiž spojena s komplexním sociálním, ekonomickým a zdravotním dopadem na pečovatele a jeho nejbližší okolí. V praxi se postupně rozvíjí model tzv. sdílené péče, jehož cílem je umožnit nesoběstačné osobě žít nezávislým

životem ve vlastní domácnosti za pomoci rodiny a komunitních služeb tak dlouho, dokud se tento způsob jeví jako smysluplný a praktický. Z dříve provedených propočtů MPSV vyplývá, že celkové náklady této péče jsou v porovnání s jinými formami nejnižší, což vede k úvaze o vhodnosti diferenciaci výše příspěvku na péči v závislosti na tom, zda péče o příjemce příspěvku na péči je poskytována v pobytovém nebo ambulantním zařízení nebo v jeho přirozeném prostředí, a to buď registrovaným poskytovatelem sociálních služeb nebo rodinným příslušníkem, popř. blízkou osobou.

Pozornost byla rovněž věnována porovnání výše přiznané státní dotace s objemem odvodů, které je poskytovatel sociálních služeb a každý jeho zaměstnanec povinen odvést na daních a na pojistném na sociální a zdravotní pojištění. Této problematice doposud nebyla v literatuře věnována prakticky žádná pozornost. Z provedených rozborů výše státních dotací a objemu zaplacených přímých a nepřímých daní vč. sociálního a zdravotního pojištění poskytovateli služeb sociální péče a jejich zaměstnanců vyplývá, že v r. 2009 obdrželi poskyvatelé těchto služeb od MPSV dotaci v celkové výši 5 653 mil. Kč, přičemž celkový objem zaplacených daní a pojistného činil 7 574 mil. Kč, tj. o cca jednu třetinu více. Objem dotací poskytovaných MPSV ze státního rozpočtu se v porovnání s objemem daní a pojistného zaplaceného poskytovateli služeb sociální péče přitom výrazně snižuje. Tyto údaje potvrdily výše uvedené teze o tom, že zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči při současném systému financování této péče není efektivní.

Na základě výše uvedených charakteristik byly vysloveny dva základní předpoklady, které by vedly ke zvýšení efektivnosti financování této péče. Jde o odstranění závislosti poskytovatelů služeb sociální péče na přiznání dotací ze státního rozpočtu a o podmínění výplaty příspěvku na péči zajištěním péče prioritně od registrovaného poskytovatele sociální služby. Klíčovým prvkem, který je v tomto smyslu možno spatřovat, je diferenciaci výše příspěvku na péči v závislosti na tom, zda péče o příjemce příspěvku na péči je poskytována v pobytovém nebo v ambulantním zařízení nebo zda je poskytována v přirozeném domácím prostředí prostřednictvím registrovaného poskytovatele sociálních služeb nebo prostřednictvím rodinných příslušníků nebo blízkých osob. Pro tuto diferenciaci lze využít finanční prostředky, které jsou doposud poskytovány poskytovatelům služeb sociální péče ve formě dotací ze státního rozpočtu. Tímto krokem by bylo současně vytvořeno tržní prostředí při poskytování sociálních služeb a lze předpokládat, že do systému poskytování sociálních služeb by se zapojily i nové subjekty, vč. zahraničních. Tento krok přispěje ke vzniku sítě služeb sociální péče v jednotlivých regionech, budou vytvořeny základní předpoklady pro včasnou reakci na očekávané demografické trendy, na řešení jejichž důsledků v oblasti sociálních služeb není ČR v současné době připravena.

Již dnes však existuje dostatek informací o tzv. územní distribuci sociálních služeb, o jejich optimálním prostorovém uspořádání. Koncipování příspěvku na péči toto spektrum informací vhodným způsobem doplňuje. V rámci procesu plánování sociálních služeb v jednotlivých regionech tak mají zástupci poskytovatelů a uživatelů i zřizovatelé služeb k dispozici dostatek validních informací, na jejichž základě mohou koncipovat takový model sociálních služeb na území daného regionu, který vhodným způsobem umožní uspokojovat potřeby osob odkázaných na pomoc při zajištění základních životních potřeb.

Uvedená řešení přispějí k odstranění současných problémů a k potřebnému rozvoji tohoto segmentu veřejných služeb. Jedná se o řešení, která jsou běžně v praxi uplatňována v řadě evropských zemí a jejich zkušenosti je proto možno využít i v naší zemi.

Literatura

Bareš, P. *Cílové skupiny v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb zpracovaných v období 2006-2007*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2008. ISBN 978-80-7416-009-7

Bartoňová, J. *Modely rodinné péče o starého člověka*. In: Jeřábek, H. a kol.: *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005

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

Formánková, P., Novotný, A., Efenberková, M. Problematika realizace rodinné péče o osobu se sníženou soběstačností. *Kontakt* 2012, č. 2. ISSN 1212-4117

Dospiva, S. Jak je to s doplácením státu na domovy důchodců. *Zpravodaj ústavů sociální péče*. 2005, č. 2

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

Janýška, A. Transformace pobytových sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením: dosavadní vývoj, existující mýty a pasti a ekonomické podmínky jejich poskytování. *FÓRUM sociální politiky*. 2011, č. 5. ISSN 1802-5854

Jarošová, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006

Jeřábek, H. Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty. *Sociologický časopis*. 2009, č. 2

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

kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-90260-1-9

Krebs, V., Průša, L. *Financování sociálních služeb-teoretická východiska a skutečnost*, in Sborník z mezinárodní konference Veřejná ekonomika a správa 2011, Vysoká škola báňská - Technická univerzita, Ostrava 2011, ISBN 978-80-248-2493-2

Průša, L. *Optimalizace struktury forem sociální péče s přihlédnutím ke specifikům jednotlivých oblastí*. in Metody regionální demoeconomické analýzy a prognózy. České Budějovice: Dům techniky ČSVTS, 1987

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 Publishing 2007. ISBN 978-80-7357-255-6
- Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-80-7416-018-9
- Průša, L. *Sociální služby - srovnání ČR a EU*. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008
- Průša, L. a kol. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2009. ISBN 978-80-7416-030-1
- Průša, L. Je nový systém financování sociálních služeb pro staré občany efektivní? *Národohospodářský obzor*. 2009, č. 3, str. 141-156. ISSN 1213-2446
- Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2010. ISBN 978-80-7416-048-6
- Průša, L. *Vývoj výdajů na pečovatelskou službu v letech 1990-2008 a jejich efektivnost*. in: kolektiv. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010. ISBN 978-80-904668-0-7
- Průša, L. *Příspěvek na péči - teoretická východiska a realita*. in Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie Sociálny rozvoj a kvalita života v kontexte makroekonomickej nerovnováhy. Ekonomická univerzita v Bratislave: Velký Meder, 2012. ISBN 978-80-225-3398-0
- Průša, L., Víšek, P. *Optimalizace sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2011. ISBN 978-80-7416-099-8
- Samuelson, P. A., Nordhaus, W. D. *Ekonomie*. Praha: Svoboda, 1991. ISBN 80-205-0192-4
- Suda, R. *Uvažované modely financování sociálních služeb v r. 2013-2014*. Přednáška na konferenci Financování v sociálních službách, Praha, 19. června 2012
- Wistow, G. *Developing social care: the past, the present and the future*. [online], cit. [2011-09-17], dostupné z: <http://www.scie.org.uk/publications/positionpapers/pp04.asp>
- Tomeš, I. *Mezinárodní aspekty problematiky dlouhodobé péče o seniory a zkušenosti s jejím řešením ve vybraných evropských zemích*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2010
- Vlach, J. *Šetření výdělků starších zaměstnanců*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-39-5
- Vlach, J. a kol. *Gender v managementu*. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-807416-003-5
- Analýza optimalizace sociálních služeb a vytvoření komunikační platformy reformy sociálních služeb*. Praha: NCSS & VÚPSV, v.v.i., 2011

Dlouhodobý koncepční rozvoj VÚPSV, v.v.i. v letech 2011-2017, [online], cit. [2011-03-08], dostupné z: http://www.vupsv.cz/sites/File/o_nas/zakladni_dokumenty/MPSV-rozvoj-VUPOSV.pdf

Národní plán rozvoje sociálních služeb 2009-2012, www. mpsv.cz

Návrh modelu financování sociálních služeb. Praha: MPSV, 1997. č.j. 21-20144/97

Návrh normativů vybavenosti územních celků službami sociální péče. Praha: FMPSV, 1987

Pilotní výzkum způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči ve vybraných lokalitách. Praha: Markent, s.r.o. & VÚPSV, v.v.i., 2011

Předpokládaný vliv změny způsobu financování sociálních služeb na úroveň nezaměstnanosti. SOCIOKLUB, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Profesionální komora sociálních pracovníků. 2000

Případové studie způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči. Praha: Markent, s.r.o. & VÚPSV, v.v.i., 2011

Příspěvek na péči - analýza datových zdrojů. Praha, VÚPSV, v.v.i., 2011

Rozbor právního systému České republiky v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k právu Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu, advokátní kancelář HOLEC, ZUSKA & Partneři, Praha, 2011

Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí. Praha: MPSV, 2006 a MPSV, 2010

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

Velikostní struktura obcí v České republice podle výsledků Sčítání lidu 2001. Demografie, 2004, č. 4

Výzkumný záměr VÚPSV, v.v.i. 2004-2010, [online], cit. [2011-03-08], dostupné z: http://www.vupsv.cz/sites/File/o_nas/zakladni_dokumenty/vyzkum_zamer_04-10.pdf.

Tabulková příloha

Příloha č. 1

Výše nákladů na poskytování jednotlivých druhů služeb sociální péče v r. 2009 (v mil. Kč)

	dotace MPSV	příspěvky od úřadů práce	dotace od obcí	příspěvek od zřizovatele - obce	příspěvek od zřizovatele - kraje	úhrady od uživatelů služby	fondy zdravot. pojišťoven	resorty státní správy celkem	dotace od krajů celkem	strukturál. fondy celkem	jiné zdroje	celkem
centra denních služeb	71	2	9	17	3	28	0	0	5	0	10	143
denní stacionáře	251	7	37	96	51	98	10	0	17	0	41	609
domovy pro osoby se zdravotním postižením	1 387	8	5	104	500	2 093	238	1	13	1	114	4 465
domovy pro seniory	2 249	24	54	548	403	5 290	526	3	36	2	332	9 468
domovy se zvláštním režimem	593	4	12	169	129	1 280	173	1	10	0	58	2 429
chráněné bydlení	136	1	8	10	30	145	1	0	10	0	15	357
odlehčovací služby	128	4	24	80	5	157	90	3	22	0	39	554
osobní asistence	182	11	36	5	0	109	4	0	22	5	27	401
pečovatelská služba	454	10	175	754	10	551	9	0	40	3	68	2 073
podpora samostatného bydlení	5	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	9
průvodcovské a předčitatelské služby	5	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	9
sociální služby	89	2	11	8	1	141	49	6	1	0	13	321
poskytované ve zdravot. zařízeních	10	0	4	1	0	6	0	0	2	0	2	25
tisňová péče	93	1	4	19	26	69	5	0	5	0	9	232
týdenní stacionáře	5 652	74	383	1 810	1 159	9 968	1 106	16	185	12	731	21 095
celkem												

Pramen: vlastní propočty na základě údajů od poskytovatelů sociálních služeb z žádostí o poskytnutí dotací ze státního rozpočtu v r. 2011

Příloha č. 2

Struktura nákladů na poskytování jednotlivých druhů služeb sociální péče v r. 2009 (v %)

	dotace MPSV	příspěvky od úřadů práce	dotace od obcí	příspěvek od zřizovatele - obce	příspěvek od zřizovatele - kraje	úhrady od uživatelů služby	fondy zdravot. pojištění	resorty státní správy celkem	dotace od krajů celkem	strukturál. fondy celkem	jiné zdroje
centra denních služeb	49,55	1,07	6,11	12,15	1,80	19,36	0,00	0,07	3,18	0,02	6,68
denní stacionáře	41,26	1,09	6,08	15,75	8,45	16,13	1,71	0,07	2,80	0,01	6,66
domovy pro osoby se zdravotním postižením	31,06	0,18	0,12	2,33	11,21	46,88	5,33	0,03	0,29	0,02	2,56
domovy pro seniory	23,76	0,25	0,57	5,79	4,26	55,87	5,56	0,03	0,38	0,03	3,51
domovy se zvláštním režimem	24,39	0,16	0,50	6,95	5,30	52,68	7,13	0,04	0,42	0,01	2,41
chráněné bydlení	38,11	0,42	2,32	2,69	8,40	40,61	0,35	0,03	2,71	0,10	4,26
odlehčovací služby	23,11	0,81	4,41	14,36	0,92	28,43	16,26	0,52	4,02	0,07	7,09
osobní asistence	45,23	2,68	9,02	1,22	0,09	27,20	1,06	0,11	5,52	1,17	6,70
pečovatelská služba	21,90	0,46	8,46	36,36	0,49	26,58	0,43	0,00	1,91	0,13	3,28
podpora samostatného bydlení	56,57	0,00	4,49	0,22	1,69	8,57	0,00	2,16	7,34	0,00	18,97
průvodcovské a předčitatelské služby	51,55	4,27	13,02	0,00	0,00	13,99	0,00	0,00	7,11	0,00	10,05
sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních	27,67	0,58	3,51	2,46	0,33	43,91	15,15	2,00	0,40	0,00	4,00
tísňová péče	38,69	0,40	17,35	4,29	0,00	24,11	0,00	0,00	6,91	0,00	8,25
týdenní stacionáře	40,11	0,55	1,86	8,05	11,13	29,55	2,29	0,21	2,22	0,00	4,03
celkem	26,79	0,35	1,82	8,58	5,50	47,25	5,24	0,08	0,87	0,05	3,47

Pramen: vlastní propočty na základě údajů od poskytovatelů sociálních služeb z žádostí o poskytnutí dotací ze státního rozpočtu v r. 2011

Příloha č. 3

Orientační standard vybavení spádové obce a jejího území (celkový počet cca 20 tis. obyvatel)

typ sociální služby	orgán, instituce, zařízení	počet prac.	počet míst	poznámka
pečovatelská služba	obecní (městský) úřad		182	poskytuje úkony pečovatelské služby v domácnostech občanů
	střediska osobní hygieny		1 středisko	poskytují možnost udržování osobní hygieny mimo domácnost občana
	prádelny pečovatelské služby		1 prádelna	poskytují možnost praní prádla občanům, kteří si sami prát nemohou nebo k tomu nemají podmínky ve svých domácnostech
zabezpečení stravování	jídelny pro důchodce		podle soc. analýzy obce	umožňují stravování starým občanům a občanům těžce postiženým na zdraví
	dietní jídelny		podle výsledku sociální analýzy	umožňují poskytování dietní stravy občanům, jejichž zdravotní stav vyžaduje dietní stravování a oni sami si dietní stravu připravovat nemohou
denní pobyty	domovinky		25	zařízení pro staré občany, o něž pečují jejich rodinní příslušníci
	denní stacionář pro zdravotně postižené děti		20	možnost uspořádání podle typu postižení, popřípadě jako zařízení pro kombinované vady
	denní stacionář pro zdravotně postižené dospělé		35	dtto
trvalé pobyty	domov důchodců		68	poskytuje komplexní péči
	domov - penzion pro důchodce		23	poskytuje bydlení a vybrané sociální služby
	dům s pečovatelskou službou		52	poskytuje bydlení a úkony pečovatelské služby
přechodné pobyty	byty v domě s pečovatelskou službou		3	možnost přechodného ubytování v domě s pečovatelskou službou v případě naléhavé potřeby (např. malování v bytě)
	lůžka v léčebně pro dlouhodobě nemocné		3	vyhrazená lůžka v LDN pro naléhavé případy, kdy osoby potřebují náročnou ošetrovatelskou péči
chráněné bydlení	byty pro mentálně postižené		podle sociální analýzy obce	typ péče o mentálně postižené v samostatných bytech pod odborným dohledem
	byty pro občany psychicky nemocné		podle sociální analýzy obce	samostatné bydlení pro občany psychicky nemocné pod odborným dohledem
	bezbariérové byty pro těžce zdravotně postižené občany		dtto	bytový fond speciálně upravených bytů
	zvláštní zařízení pro výkon pěstounské péče	1	6	velká pěstounská rodina

Pramen: kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB 1997, ISBN 80-902260-1-9. str. 41-43

Příloha č. 4

Orientační standard vybavení spádové obce a jejího území (celkový počet cca 50 tis. obyvatel)

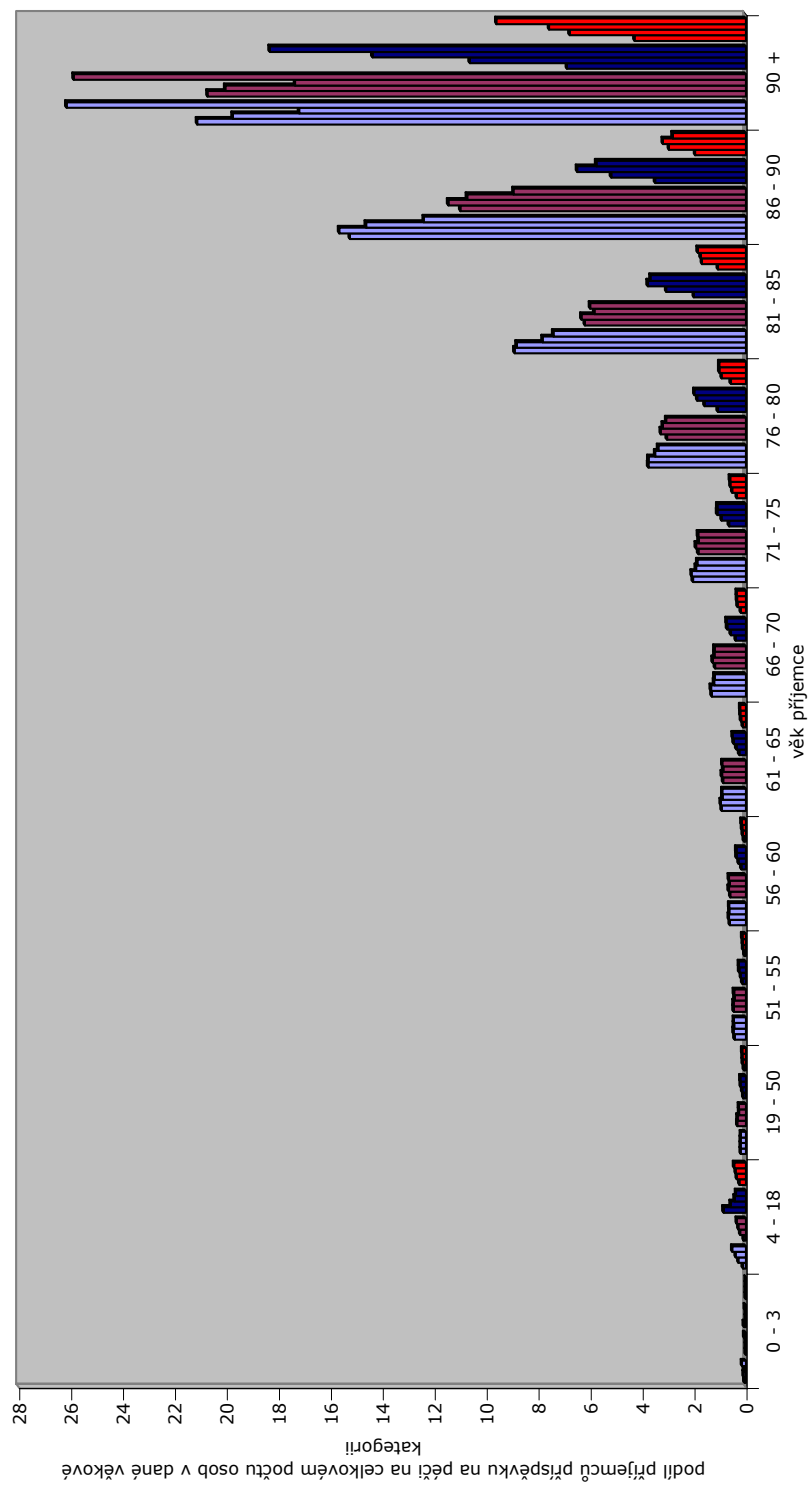
typ sociální služby	orgán, instituce, zařízení	počet prac.	počet míst	poznámka
pečovatelská služba	městský úřad		455	poskytuje úkony pečovatelské služby v domácnostech občanů
	střediska osobní hygieny		2 střediska	poskytují možnost udržování osobní hygieny mimo domácnost občana
	prádelny pečovatelské služby		1 prádelna	poskytují možnost praní prádla občanům, kteří si sami prát nemohou nebo k tomu nemají podmínky ve svých domácnostech
zabezpečení stravování	jídelny pro důchodce		podle sociální analýzy obce	umožňují stravování starým občanům a občanům těžce postiženým na zdraví
	dietní jídelny		podle sociální analýzy obce	umožňují poskytování dietní stravy občanům, jejichž zdravotní stav vyžaduje dietní stravování a oni sami si dietní stravu připravovat nemohou
osobní asistence	osobní asistence pro těžce zdravotně postižené děti	30		zabezpečení osobních asistentů prostřednictvím agentury
	osobní asistence pro těžce zdravotně postižené dospělé občany	100		zabezpečení osobních asistentů prostřednictvím agentury
denní pobyty	domovinky		70	zřízení pro staré občany, o něž pečují jejich rodinní příslušníci
	denní stacionář pro zdravotně postižené děti		50	možnost uspořádání podle typu postižení, popřípadě jako zařízení pro kombinované vady
	denní stacionář pro zdravotně postižené dospělé		80	dtto
týdenní pobyty	týdenní pobyt pro staré občany		20	zařízení ústavní sociální péče umožňující rodinám pečujícím o své staré příslušníky péči v průběhu týdne
	týdenní pobyty pro děti se zdravotním postižením		30	zařízení ústavní sociální péče umožňující rodičům pečujícím o těžce zdravotně postižené dítě zabezpečovat péči v průběhu pracovních dnů v týdnu
	týdenní pobyty pro dospělé občany se zdravotním postižením		20	zařízení ústavní sociální péče umožňující rodinám pečujícím o těžce zdravotně postižené dospělé členy zabezpečit péči o ně v průběhu pracovního týdne
trvalé pobyty	domov důchodců		169	poskytuje komplexní péči
	domov - penzion pro důchodce		58	poskytuje bydlení a vybrané sociální služby
	dům s pečovatelskou službou		117	poskytuje bydlení a úkony pečovatelské služby
přechodné pobyty	byty v domě s pečovatelskou službou		5	možnost přechodného ubytování v domě s pečovatelskou službou v případě naléhavé potřeby (např. malování v bytě)
	lůžka v ústavech sociální péče pro děti		10	možnost přechodného umístění dítěte těžce zdravotně postiženého po dobu zaneprázdněnosti rodičů, popř. v době dovolené apod.
	lůžka v ústavech sociální péče pro dospělé (domovy důchodců, ústavy sociální péče pro těžce zdravotně postižené dospělé občany)		15	možnost přechodného umístění starého občana nebo občana těžce zdravotně postiženého na určitou dobu

pokračování tabulky

typ sociální služby	orgán, instituce, zařízení	počet prac.	počet míst	poznámka
přechodné pobyty	lůžka v léčebně pro dlouhodobě nemocné		5	vyhrazená lůžka v LDN pro naléhavé případy, kdy osoby potřebují náročnou ošetrovatelskou péči
chráněné bydlení	byty pro mentálně postižené		podle sociální analýzy obce	typ péče o mentálně postižené v samostatných bytech pod odborným dohledem
	byty pro občany psychicky nemocné		podle sociální analýzy obce	samostatné bydlení pro občany psychicky nemocné pod odborným dohledem
	bezbariérové byty pro těžce zdravotně postižené občany		podle sociální analýzy obce	bytový fond speciálně upravených bytů
	byty (zařízení) pro občany léčící se z drogové závislosti		podle sociální analýzy obce	chráněné bydlení pro komunity občanů léčících se z drogové závislosti
	zvláštní zařízení pro výkon pěstounské péče	2	12	velká pěstounská rodina

Pramen: kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB 1997, ISBN 80- 902260-1-9. str. 44-47

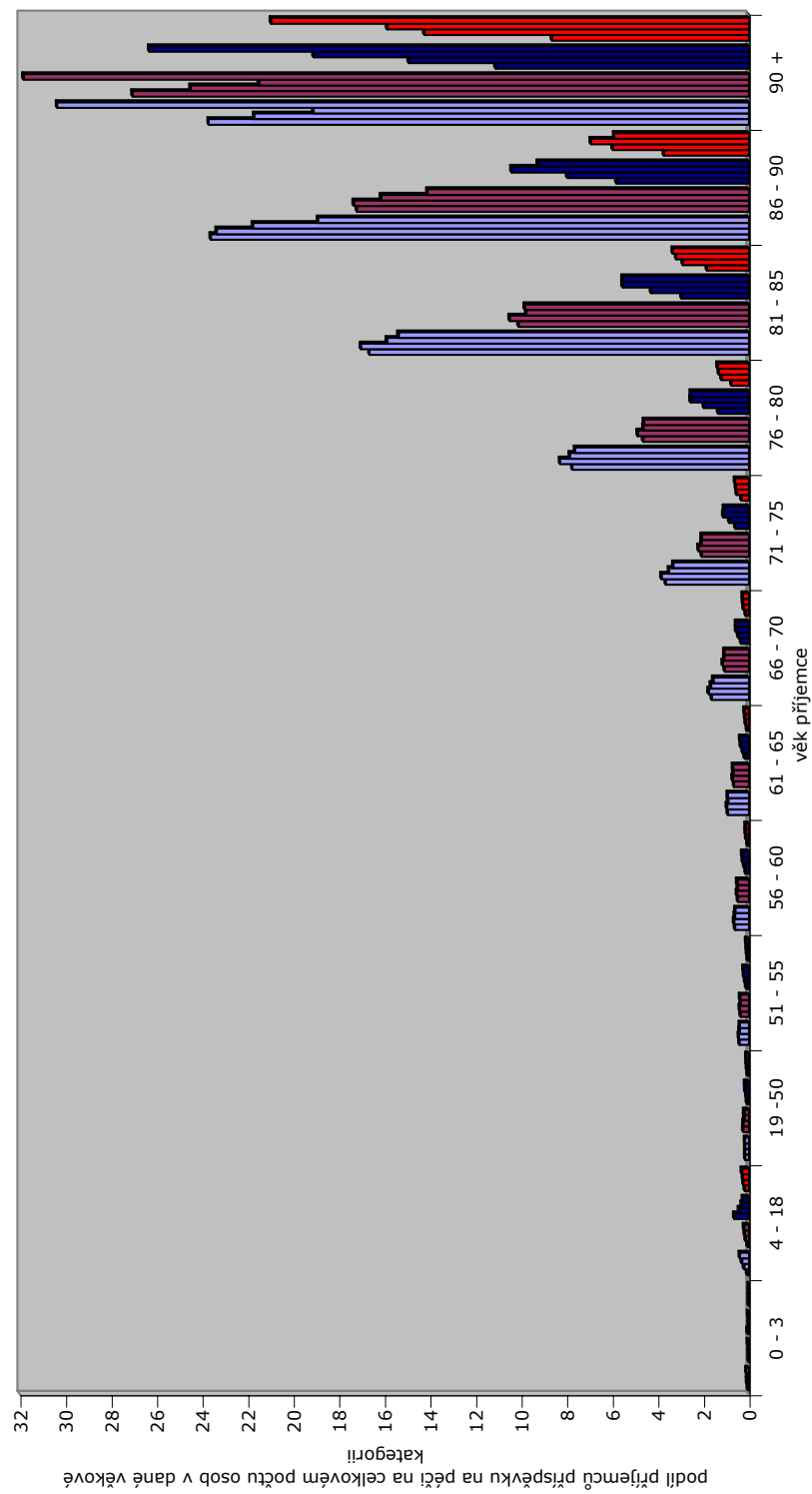
Vývoj podílu příjemců příspěvku na péči v závislosti na pohlaví, věku a míře závislosti v letech 2007 - 2010 (muži)



Pramen: viz: Příspěvek na péči - analýza datových zdrojů. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2011, [online], cit. [2013-01-24], dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13767/prispevek_pece.pdf

Příloha č. 6

Vývoj podílu příjemců příspěvku na péči v závislosti na pohlaví, věku a míře závislosti v letech 2007 - 2010 (ženy)



Pramen: viz: Příspěvek na péči - analýza datových zdrojů. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2011, [online], cit. [2013-01-24], dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13767/prispevek_pece.pdf

Příloha č. 7

Orientační výpočet počtu příjemců příspěvku na péči v závislosti na věku a pohlaví (hodnoty zadávejte do šedých buněk)

muži						
věková skupina	počet obyvatel	počet příjemců příspěvku na péči ve stupni				
		I.	II.	III.	IV.	celkem
0-3		0	0	0	0	0
4-18		0	0	0	0	0
19-50		0	0	0	0	0
51-55		0	0	0	0	0
56-60		0	0	0	0	0
61-65		0	0	0	0	0
66-70		0	0	0	0	0
71-75		0	0	0	0	0
76-80		0	0	0	0	0
81-85		0	0	0	0	0
86-90		0	0	0	0	0
91+		0	0	0	0	0
celkem	0	0	0	0	0	0

ženy						
věková skupina	počet obyvatel	počet příjemců příspěvku na péči ve stupni				
		I.	II.	III.	IV.	celkem
0-3		0	0	0	0	0
4-18		0	0	0	0	0
19-50		0	0	0	0	0
51-55		0	0	0	0	0
56-60		0	0	0	0	0
61-65		0	0	0	0	0
66-70		0	0	0	0	0
71-75		0	0	0	0	0
76-80		0	0	0	0	0
81-85		0	0	0	0	0
86-90		0	0	0	0	0
91+		0	0	0	0	0
celkem	0	0	0	0	0	0

obě pohlaví						
věková skupina	počet obyvatel	počet příjemců příspěvku na péči ve stupni				
		I.	II.	III.	IV.	celkem
0-3	0	0	0	0	0	0
4-18	0	0	0	0	0	0
19-50	0	0	0	0	0	0
51-55	0	0	0	0	0	0
56-60	0	0	0	0	0	0
61-65	0	0	0	0	0	0
66-70	0	0	0	0	0	0
71-75	0	0	0	0	0	0
76-80	0	0	0	0	0	0
81-85	0	0	0	0	0	0
86-90	0	0	0	0	0	0
91+	0	0	0	0	0	0
celkem	0	0	0	0	0	0

Pramen: vlastní zpracování

Příloha č. 8

Orientační výpočet počtu příjemců příspěvku na péči v závislosti na věku a pohlaví v Brně

muži						
věková skupina	počet obyvatel	počet příjemců příspěvku na péči ve stupni				celkem
		I.	II.	III.	IV.	
0-3	8 496	13	5	3	0	20
4-18	23 077	120	81	88	104	392
19-50	87 566	166	236	184	123	709
51-55	11 864	55	54	32	16	156
56-60	12 078	78	79	44	20	220
61-65	10 996	99	100	56	24	279
66-70	9 312	112	112	69	33	326
71-75	5 768	108	106	63	35	312
76-80	4 619	156	142	92	47	436
81-85	3 215	238	193	118	59	608
86-90	1 376	171	123	79	39	412
91+	200	52	52	37	19	160
celkem	178 567	1 368	1 282	865	518	4 032
ženy						
věková skupina	počet obyvatel	počet příjemců příspěvku na péči ve stupni				celkem
		I.	II.	III.	IV.	
0-3	8 167	9	3	2	0	15
4-18	22 123	88	46	58	66	259
19-50	84 203	143	168	143	93	547
51-55	12 868	52	49	30	15	146
56-60	13 822	83	70	40	20	213
61-65	14 186	131	98	53	27	309
66-70	11 542	180	125	64	32	401
71-75	8 106	269	168	89	49	575
76-80	7 596	580	350	193	104	1 227
81-85	6 005	923	590	333	201	2 047
86-90	3 419	647	482	317	202	1 648
91+	767	233	244	202	161	840
celkem	192 804	3 337	2 395	1 524	970	8 225
obě pohlaví						
věková skupina	počet obyvatel	počet příjemců příspěvku na péči ve stupni				celkem
		I.	II.	III.	IV.	
0-3	16 663	22	8	5	0	35
4-18	45 200	208	127	145	170	651
19-50	171 769	310	405	327	215	1 257
51-55	24 732	107	103	62	30	303
56-60	25 900	160	149	84	39	433
61-65	25 182	230	198	109	51	588
66-70	20 854	292	237	134	64	726
71-75	13 874	377	274	152	85	887
76-80	12 215	735	491	285	152	1 663
81-85	9 220	1 162	783	451	260	2 656

obě pohlaví						
věková skupina	počet obyvatel	počet příjemců příspěvku na péči ve stupni				
		I.	II.	III.	IV.	celkem
86-90	4 795	817	605	396	241	2 059
91+	967	285	296	239	180	1 000
celkem	371 371	4 705	3 677	2 388	1 488	12 257

Pramen: vlastní propočty

Výtahy z oponentských posudků

Ing. Petr Víšek

Jde o zcela unikátní, mimořádně významnou práci, která zásadním způsobem analyzuje podstatný aspekt sociálních služeb, tj. jejich ekonomickou efektivnost. Ekonomická únosnost, resp. sladění humanistického a ekonomického hlediska je klíčovou otázkou dostupnosti sociálních služeb. Práce nejen analyzuje situaci, ale přináší i zcela konkrétní návody na řešení.

Závěry jsou mimořádně přínosné pro další rozvoj a posuzování předmětené problematiky, jsou pregnatní, přesné a jasné, jsou zcela mimořádně aktuální, angažované a bezprostředně využitelné pro praxi

prof. Ing. Vojtěch Krebs, CSc.

V roce 2007 vstoupil v platnost dlouho očekávaný nový zákon o sociálních službách. Jednou z nejvýznamnějších změn, kterou tento zákon zavedl, byl nový systém financování sociálních služeb prostřednictvím příspěvku na péči. Tento systém financování však nesplnil očekávání, výrazně zvýšil výdaje a celý systém sociálních služeb stagnuje.

Předloženou práci považuji proto za vysoce aktuální. Možná mohla být teoretická část práce rozsáhlejší, ale těžiště práce je v kvalitní analytické části.

Práce vychází z aktuálních podkladů, které jsou zpracovány kvalitním způsobem, často podle doposud nepublikovaných kritérií.

Zkušený autor se problematikou dlouhodobě zabývá a projevil nesporně svoji velkou odbornou erudici. Je patrné, že vyhledal a systematicky zpracoval větší množství relevantních podkladů a podařilo se mu sestavit srozumitelný přesvědčivý materiál s logickou stavbou.

Právě využitelnost výsledků je silnou stránkou celé práce. Údaje o struktuře příjemců příspěvku na péči jsou plně využitelné pro potřeby plánování služeb sociální péče jak na celostátní, tak i na regionální úrovni.

Práce může sloužit jak pro decizní sféru při přípravě dalších reformních kroků v oblasti sociálních služeb, rovněž je plně využitelná jak ve výzkumné činnosti, tak i v oblasti vzdělávací.