

Financování sociálních služeb – teoretická východiska a skutečnost

prof. Ing. Vojtěch Krebs, CSc.

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.

Vysoká škola finanční a správní, Centrum pro ekonomické studie a analýzy

vojtech.krebs@vsfs.cz

ladislav.prusa@vsfs.cz

Abstrakt

V r. 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. Cílem příspěvku bude na základě aktuálních dat o struktuře financování sociálních služeb dokladovat, že základní teoretická východiska tohoto systému nebyla naplněna, což má za následek, že systém financování je neefektivní a celý systém sociálních služeb stagnuje. Tato skutečnost je alarmující především z hlediska očekávaných demografických trendů. V závěru příspěvku budou naznačena základní opatření, která by přispěla k odstranění existujících problémů.

Klíčová slova

sociální služby – financování sociálních služeb – příspěvek na péče – dotace

Abstract

In 2007 came into force on the long-awaited new law on social services. One of the most significant changes introduced by this Act, a new system of financing social services. The aim of the contribution will be based on actual data on the structure of the financing of social services to document the basic theoretical background of this system has not been filled, with the result that the financing system is inefficient and the system of social services has stagnated. This fact is particularly alarming in terms of expected demographic trends. In the conclusion to be outlines the basic measures that would contribute to overcoming existing problems.

Key words

social services – financing of social services – care benefit – subsidies

Úvod

Přijetím nového zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., došlo k významným změnám v systému financování sociálních služeb. Byla koncipována nová sociální dávka – příspěvek na péči, jejímž cílem bylo m.j. posílit koupěschopnou poptávku a přispět tak k vytvoření tržních atributů v rámci tohoto systému veřejných služeb. Předpokládalo se, že dojde k mohutnému rozvoji nových sociálních služeb zejména terénního a ambulantního charakteru a k výraznému zvýšení kvality poskytovaných sociálních služeb.

Dosavadní poznatky však ukazují, že tento cíl se doposud nepodařilo naplnit a že vynaložené finanční prostředky nejsou využívány v souladu s představami zákonodárce, nýbrž že často slouží k posílení příjmů handicapovaných osob bez jejich využití k zabezpečení sociálních služeb. Cílem tohoto příspěvku je proto na základě hlavních teoretických východisek analyzovat aktuální statistická data o vývoji rozhodujících prvků systému financování sociálních služeb.

1. Systému financování sociálních služeb

Na charakteristiku stávajícího systému financování a poskytování sociálních služeb má vliv celá řada kritérií a faktorů, z nichž k nejdůležitějším patří:

- kritéria pro stanovení míry závislosti,
- struktura uživatelů jednotlivých typů sociálních služeb z hlediska míry jejich závislosti,
- kritéria pro přiznávání dotací ze strany státu a zřizovatele,
- přístup zdravotních pojišťoven k financování poskytované ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v pobytových zařízeních,
- kritéria pro stanovení výše úhrad uživatele služby za pobyt a stravu v pobytových zařízeních sociálních služeb, za jednotlivé úkony ambulantních a terénních služeb a za poskytovanou sociální služby v lůžkových zdravotnických zařízeních.

Při hodnocení efektivnosti 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, opomenout nelze ani skutečnost, že významným způsobem je výše provozních nákladů jednotlivých zařízení determinována stářím jednotlivých budov a personálním vybavením jednotlivých zařízení, pozornost je nutno věnovat i velikosti jednotlivých sídel a hlavním vývojovým trendům, které jsou uplatňovány při jejich rozvoji v evropských zemích¹.

Výdaje na sociální služby se od počátku 90. let dlouhodobě zvyšují, od r. 1995 vzrostly cca 4 x (viz tabulka č. 1).

¹ viz: Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, 2010. ISBN 978-80-7416-048-6

tabulka č. 1:

Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1995 – 2010 (v mil. Kč)

	výdaje na sociální služby (mil. Kč)	podíl na HDP (v %)	z toho:			
			dotace	úhrada klienta	příspěvek na péči	úhrada za ošetř. péči
1995	10 276	0,70	8 978	1 298	.	.
1996	10 552	0,63	8 903	1 649	.	.
1997	11 767	0,65	9 377	2 390	.	.
1998	12 895	0,65	10 095	2 800	.	.
1999	13 515	0,65	10 477	3 038	.	.
2000	14 944	0,68	11 680	3 264	.	.
2001	17 144	0,73	13 579	3 565	.	.
2002	19 660	0,80	15 769	3 891	.	.
2003	19 685	0,76	15 558	4 127	.	.
2004	19 665	0,70	15 253	4 412	.	.
2005	20 369	0,68	15 635	4 734	.	.
2006	22 332	0,69	17 284	5 048	.	.
2007	33 476	0,95	10 972	7 126	14 608	770
2008	39 925	1,08	12 584	8 092	18 253	996
2009	42 177	1,16	13 336	8 864	18 700	1 277
2010	45 095	1,23	14 984	9 253	19 600	1 258

pramen:

Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení ve vývojových řadách a grafech, MPSV, Praha 1995 – 2010
vlastní propočty

Tento vývoj byl ovlivněn zejména:

- prakticky stabilní úrovní státní dotace na lůžko v ústavních zařízeních po celou 2. polovinu 90. let a na počátku tohoto tisíciletí,
- výrazným zvyšováním výše úhrad za pobyt a stravování v ústavech sociální péče ve 2. polovině 90. let, kdy jejich zvýšení bylo vyšší než bylo zvýšení příjmů důchodců v rámci valorizace důchodů,
- zvyšováním úhrad za poskytování jednotlivých úkonů pečovatelské služby,
- přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který zásadně změnil systém financování sociálních služeb (koncipování příspěvku na péči, zavedení úhrad za ošetřovatelskou a rehabilitační péči ze systému veřejného zdravotního pojištění).

2. Změny ve struktuře příjemců příspěvku na péči v letech 2007 - 2010

2.1. Základní teoretická východiska koncipování příspěvku na péči

Jednou z nejvýznamnějších změn, kterou přinesl nový zákon o sociálních službách, je koncipování nové sociální dávky - příspěvku na péči, která představuje zcela nový nástroj financování sociálních služeb a která by měla výrazně přispět k potřebným, žádoucím a očekávaným změnám v této oblasti. Příspěvek na péči je poskytován těm osobám, které

z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti.

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

- zabezpečit svobodnou volbu způsobu zabezpečení služeb a reverzibilní přechod od "pasivního závislého pacientství" k "aktivnímu klientství",
- sjednotit podmínky pro získání veřejných prostředků všemi subjekty poskytujícími péči za podmínek jejich registrace,
- zvýšit prvek spoluúčasti občana při řešení jeho sociální situace,
- zrušit paušalizaci pohledu na zdravotně postižené občany a starobní důchodce,
- nastartovat proces deinstitucionalizace a individualizace péče ².

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

- zvýšit odpovědnost a působnost samosprávných krajů a obcí při zabezpečování sociálních služeb,
- zvýšit roli příjemce služby,
- roli státu vymezit tak, aby:
 - byl garantem za zabezpečení klasifikace zdravotního postižení a multidisciplinárního posouzení celkové sociální situace žadatele,
 - došlo k posílení příjmu občana tak, aby si službu mohl "koupit",
 - byla zabezpečena ochrana občana prostřednictvím inspekce sociálních služeb a registrace jednotlivých subjektů, které je poskytují,
 - byly stanoveny jednotné podmínky registrace subjektů poskytujících sociální služby, na jejichž základě by došlo k vytvoření komplexní sítě sociálních služeb na území jednotlivých regionů,
 - poskytoval příspěvek organizacím, jejichž je zřizovatelem ³.

Příspěvek na péči je určen na krytí zvýšených životních nákladů vyvolaných potřebou péče o závislou osobu. K základním principům tohoto řešení patří ⁴:

- jedná se pouze o "příspěvek" určený ke krytí části nákladů na zabezpečení potřebné péče, k úplné úhradě jsou využity i jiné zdroje klienta (např. starobní důchod, vlastní úspory), jeho rodinných příslušníků i další veřejné zdroje (např. úhrada nákladů zdravotní a ošetrovatelské péče ze systému veřejného zdravotního pojištění),

² viz *Návrh modelu financování sociálních služeb*. Praha: MPSV, 1997

³ viz Průša, L. *Nový model financování sociálních služeb*. Sociální politika č. 1-2/1998. ISSN 0049-0962

⁴ viz Průša, L. *K vybraným otázkám transformace systému sociálních služeb*. Praha: VŠE 1997

- poskytnutí příspěvku významně zvyšuje možnost samostatného rozhodnutí klienta o způsobu zabezpečení vlastních potřeb,
- poskytnutí příspěvku osobě, která péči potřebuje, umožňuje přesnější alokaci veřejných prostředků tam, kde je potřeba péče a nikoliv tam, kde byly v minulosti vytvořeny kapacity služeb.

Již první poznatky však ukázaly, že značná část příjemců využívá příspěvek na péči v rozporu s představami zákonodárce, tedy nikoli na "nákup" potřebných sociálních služeb, ale ke zvýšení svých příjmů, popř. k úhradě svých závazků nebo závazků jiných členů rodiny (např. splátky půjček, hypotéky, leasingu).

2.2. Změny ve struktuře příjemců příspěvku na péči v letech 2007 – 2010 v závislosti na pohlaví, věku příjemce a formy využívání příspěvku

V souvislosti s přípravou zákona o sociálních službách se předpokládalo, že příspěvek na péči by mělo pobírat cca 175 tis. osob a náklady na jeho výplatu by měly činit cca 8 mld Kč⁵. Skutečný počet příjemců této dávky i náklady na její výplatu jsou však po celou dobu její výplaty výrazně vyšší než se původně očekávalo. Z údajů informačního systému o příspěvku na péči vyplývá, že v prosinci 2007 pobíralo příspěvek na péči celkem cca 256 tis. osob, o dva roky později, v prosinci 2010, to bylo již 305 tis. klientů.

tabulka č. 2:

Struktura příjemců příspěvku na péči v prosinci 2010

příspěvek na péči - stupeň	forma péče			žádný registrovaný poskytovatel	celkem
	pobytová zařízení	ambulantní zařízení	terénní zařízení		
I.	11 734	6 056	12 372	85 764	115 926
II.	15 397	4 067	7 437	64 404	91 305
III.	13 820	2 252	3 709	40 020	59 801
IV.	14 519	1 242	2 158	19 891	37 810
celkem	55 470	13 617	25 676	210 079	304 842

pramen:
vlastní propočty

Z porovnání vývoje struktury příjemců příspěvku na péči v letech 2007 – 2010 je zřejmé, že v prosinci 2010 v porovnání s prosincem 2007⁶:

- klesl podíl příjemců příspěvku na péči v I. stupni závislosti o 4,9 p.b. (ze 42,9 % na 38,0 %) a ve II. stupni závislosti o 3,8 p.b. (ze 33,8 % na 30,0 %),

⁵ viz *Návrh zákona o sociálních službách*. Praha: MPSV 2005

⁶ viz: Průša, L. a kol. *Model efektivního financování sociálních služeb*. Praha: VŠFS 2011

- vzrostl podíl příjemců příspěvku na péči ve III. stupni závislosti o 4,1 p.b. (z 15,5 % na 19,6 %) a ve IV. stupni závislosti rovněž o 4,7 p.b. (z 7,7 % na 12,4 %),
- klesl podíl příjemců příspěvku na péči, kteří nevyužívají žádnou ze služeb od registrovaných poskytovatelů o 9,4 p.b. (ze 78,3 % na 68,9 %),
- vzrostl podíl příjemců příspěvku využívajících služby registrovaných poskytovatelů jak v pobytových (ze 14,2 % na 18,2 %), tak i v ambulantních (z 2,8 % na 4,5 %) a v terénních zařízeních (ze 4,8 % na 8,4 %).

2.3. Změny ve struktuře příjemců příspěvku na péči v letech 2007 – 2010 v závislosti na pohlaví, věku příjemce a typu poskytované služby

Významné informace lze zjistit při zmapování změn ve struktuře příjemců příspěvku na péči v závislosti na věku, míře závislosti a typu poskytované služby sociální péče. Z rozboru těchto údajů lze identifikovat tyto závěry⁷:

- ve sledovaném období rostl počet příjemců příspěvků na péči ve všech typech služeb sociální péče, přičemž nejvýznamnější nárůst lze zaznamenat u nově definovaných typů služeb (odlehčovací služby, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních, domovy se zvláštním režimem) a u služeb, které mají tradiční charakter (domovy pro seniory, pečovatelská služba),
- u příjemců příspěvku v I. stupni závislosti dochází v pobytových zařízeních (v domovech se zvláštním režimem a v domovech pro osoby se zdravotním postižením) k absolutnímu poklesu jejich počtu, popř. k jeho stagnaci (v domovech pro seniory), naopak ve všech typech ambulantních a terénních služeb počet příjemců příspěvku v tomto stupni závislosti soustavně roste,
- u příjemců příspěvku ve IV. stupni závislosti dochází po celé sledované období k nárůstu počtu ve všech typech služeb sociální péče.

Uvedené změny se promítly ve výrazné změně struktury příjemců příspěvku na péči podle typu registrovaného poskytovatele sociální služby mezi r. 2007 – 2010. Ve sledovaném období došlo k poklesu podílu příjemců této sociální dávky v "typických" pobytových zařízeních (v domovech pro seniory o 5,2 p.b. z 43,9 % v r. 2007 na 38,7 % v r. 2010, v domovech pro občany se zdravotním postižením o 5,8 p.b. z 22,3 % v r. 2007 na 16,5 % v r. 2010), naopak u všech nově definovaných typů sociálních služeb vč. pečovatelské služby došlo k nárůstu podílu příjemců příspěvku na péči. Tyto změny nelze vysvětlovat změnami ve zdravotním stavu populace⁸. Jedná se o přirozené tendence, které doprovázejí zavedení každého nového systému:

- klienti, jimž byl v rámci přijetí přechodných ustanovení zákona o sociálních službách automaticky přiznán příspěvek v nižším stupni, žádají o posouzení své sociální situace

⁷ viz: Průša, L. a kol. *Model efektivního financování sociálních služeb*. Praha: VŠFS 2011

⁸ viz: Průša, L. a kol. *Vývoj a výhled závislosti a potřeby dlouhodobé sociálně-zdravotní péče a sociálních služeb v období 2012-2020 u populace nad 65 let věku z hlediska zdravotního stavu*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2010. ISBN 978-80-7416-075-2

podle nově stanovených podmínek, a tedy i o přiznání příspěvku na péči ve vyšším stupni,

- počet příjemců příspěvků ve IV. stupni roste díky tomu, že o přiznání příspěvku v této výši je nutno rozhodnout v rámci běžného řízení, neboť automaticky ze zákona v rámci přechodných ustanovení dávku nikdo nezískal,
- u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb se projevuje ekonomický tlak, který na ně vyvíjejí jak jejich zřizovatelé, tak i samotná konstrukce systému financování sociálních služeb (závislost poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotací ze státního rozpočtu, tzv. "cenové regulace" výše úhrad za poskytované služby a naprosto nedostatečné financování indikované a poskytnuté ošetrovatelské a rehabilitační péče ze systému veřejného zdravotního pojištění⁹ je vede k tomu, že při poskytování sociálních služeb "favorizují" klienty s vyšším stupněm příspěvku na péči a těm, jimž služby již poskytují, doporučují, aby si požádali o přiznání příspěvku na péči ve vyšším stupni, resp. sami jim tuto žádost pomohou podat),
- začínají se projevovat i rostoucí znalosti marketingových strategií v této oblasti¹⁰.

2.4. Změny ve struktuře příjemců příspěvku na péči v letech 2007 – 2010 v závislosti na pohlaví, věku příjemce, míře závislosti v jednotlivých krajích

Z hlediska rozdělení kompetencí při poskytování a financování sociálních služeb mezi státními orgány a kraji a městy (obcemi) v jejich samosprávné působnosti poskytuje významné informace porovnání struktury příjemců příspěvku na péči v závislosti na pohlaví, věku příjemce a míře jeho závislosti v jednotlivých krajích. Z rozboru těchto vyplývá, že mezi jednotlivými kraji existují výrazné rozdíly, přičemž k nejvýznamnějším patří tyto skutečnosti¹¹:

- dlouhodobě nejnižší podíl příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu osob v příslušné věkové skupině je v Hlavním městě Praze, Středočeském a Karlovarském kraji, a to jak u mužů, tak i u žen,
- dlouhodobě nejvyšší podíl příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu osob v příslušné věkové skupině je ve Zlínském kraji, a to jak u mužů, tak i u žen, následuje Kraj Vysočina a zejména v nižších věkových skupinách rovněž Ústecký kraj,
- s rostoucím věkem příjemců příspěvku na péči a s jeho zvyšujícím se stupněm klesají rozdíly mezi jednotlivými kraji z hlediska podílu příjemců této dávky na celkovém počtu osob v daném věkové skupině, a to jak u mužů, tak i u žen.

⁹ 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

¹⁰ viz Molek, J. *Marketing sociálních služeb*, Praha: VÚPSV, v.v.i. 2009. ISBN 978-80-7416-026-4

¹¹ viz: Průša, L. a kol. *Model efektivního financování sociálních služeb*. Praha: VŠFS 2011

Tyto rozdíly lze vysvětlit řadou faktorů, z nich k nejvýznamnějším patří především tyto skutečnosti:

- přestože je v současné době zákon o sociálních službách uplatňován v praxi již pátým rokem, doposud nebyl zpracován žádný metodický pokyn, který by sociálním pracovníkům obcí s rozšířenou působností poskytl podrobný návod k tomu, jakým způsobem provádět sociální šetření u jednotlivých žadatelů o přiznání příspěvku na péči¹²,
- lékaři posudkové služby sociálního zabezpečení posuzují míru závislosti jednotlivých klientů nikoli v jejich přirozeném domácím prostředí tak jako sociální pracovníci, ale pouze na základě písemných informací od sociálních pracovníků a ošetřujících lékařů,
- střet zájmu při poskytování příspěvku na péči především ze strany obcí s rozšířenou působností, které jsou současně zřizovateli řady služeb sociální péče¹³.

3. Dotace ze státního rozpočtu

3.1. Základní teoretická východiska dotační politiky ministerstva práce a sociálních věcí

Poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru poskytovatelů jsou mj. poskytovány ministerstvem práce a sociálních věcí prostřednictvím rozpočtu kraje v jejich přenesené působnosti dotace ze státního rozpočtu. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, předpokládá, že prováděcí právní předpis stanoví bližší podmínky pro stanovení výše a účelu dotace, jejího členění a způsobu poskytování¹⁴. Vzhledem k této skutečnosti je vhodné a potřebné, aby stát při tvorbě tohoto nového systému dotační politiky deklaroval obecně závazné principy, které by tvořily základní stavební kámen, od kterého by se samotná dotační politika odvíjela.

Za hlavní principy dotační politiky lze i nadále považovat ty principy, které byly deklarovány koncem 90. let minulého století v souvislosti s precizací dotačního řízení ministerstva práce a sociálních věcí směrem k nestátním neziskovým organizacím při poskytování sociálních služeb. V tomto smyslu se jedná o tyto principy¹⁵:

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

¹² viz: Lukešová, M. *Sociální šetření u příspěvku na péči*. FÓRUM sociální politiky č. 2/2011, s. 27

¹³ viz: Průša, L. *Public Governance, Social Services and Social Assistance Benefits*. ACTA VŠFS č. 2/2011, ISSN 1802-7946

¹⁴ tento prováděcí právní předpis nebyl doposud zpracován, dotace jsou ze strany MPSV poskytovány na základě příkazu ministra

¹⁵ viz Průša, L. – Mátl, O. *Nad pojetím dotační politiky MPSV*. Sociální politika č. 9/1999, ISSN 0049-0962

- princip transparentního systému financování,
- princip stabilního systému financování.

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

3.2. Analýza výsledků dotačního řízení v oblasti služeb sociální péče pro seniory v letech 2007 – 2011

Dříve provedené analýzy výsledků dotačního řízení prokázaly, že:

- míra přiznané dotace je výrazně diferencována podle typu organizace a jejího zřizovatele¹⁶ (nejvyšší dotaci v porovnání s výší uplatněných požadavků získaly v r. 2007 příspěvkové organizace poskytující služby sociální péče, které byly zřizovány kraji, jejichž požadavky byly uspokojeny z 82,8 %, nejnižší míru uspokojení požadavků vykázaly obchodní společnosti, jejichž požadavky na dotaci na služby sociální péče byly uspokojeny z 2,7 %),
- mezi výší přiznané dotace na jedno lůžko v domovech pro seniory existující výrazné regionální rozdíly¹⁷ (např. v r. 2008 byla nejvyšší dotace v relaci na jedno lůžko přiznána v Olomouckém kraji - 5 540 Kč měsíčně, naopak nejnižší dotace byla poskytnuta v hl. městě Praze - 2 793 Kč).

Tyto rozdíly lze identifikovat i v následujících letech. Např. v r. 2010 byla nejvyšší dotace v relaci na jedno lůžko v domovech pro seniory přiznána v Karlovarském kraji (6 473 Kč), což bylo 2,26x vyšší než v Hl. městě Praze, kde je státní dotace dlouhodobě poskytována na nejnižší úrovni (v r. 2010 činila 2 867 Kč).

Získané údaje svědčí o tom, že v rámci dotačního řízení dochází po celou dobu jeho realizace k porušení výše uvedených základních principů. Všechny uvedené rozdíly ukazují, že v rámci dotačního řízení byl porušen i princip rovných podmínek pro všechny příjemce sociálních služeb, neboť existující rozdíly ve výši poskytnuté dotace mezi jednotlivými kraji se zcela jistě projevují - i díky poskytování sociálních služeb na smluvním principu - v rozdílné výši úhrady uživatele služby při čerpání srovnatelného typu služby v jednotlivých krajích.

Rozdílný vývoj rovněž zaznamenává vývoj dotace na jedno lůžko v jednotlivých krajích. Zatímco např. kraji Královéhradeckém výše této dotace každoročně klesá, v jiných krajích došlo zpravidla v r. 2010 k navýšení dotace, v některých případech i nad úroveň r. 2007 (v krajích Karlovarském, Pardubickém a Jihomoravském). Tato skutečnost je pravděpodobně dána změnou priorit nově zvolených krajských zastupitelstev, není však pravděpodobně

¹⁶ viz Průša, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. Praha: VÚPSV, v.v.i.. 2007. ISBN 978-80-87007-73-0

¹⁷ viz Průša, L. *Je nový systém financování sociálních služeb pro staré občany efektivní?* Národohospodářský obzor č. 3/2009. ISSN 1213-2446

odrazem střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb do systému financování sociálních služeb, tyto prvky systému zůstávají i nadále s největší pravděpodobností nepropojené.

Negativní hodnocení, jimiž byly charakterizovány výsledky dotačního řízení v letech 2007 – 2010, lze doložit i na základě výsledků 1. kola dotačního řízení v tomto roce. Pozornost byla na základě ohlasů od poskytovatelů sociálních služeb položena na analýzu výsledků dotačního řízení z hlediska typu zřizovatele pro domovy pro seniory, pro domovy pro osoby se zdravotním postižením, pro domovy se zvláštním režimem, pro poskytovatele chráněného bydlení, pro týdenní stacionáře a poskytovatele pečovatelské služby.

Provedené propočty potvrdily, že výše přiznané dotace je výrazně diferencovaná podle tohoto kritéria. Tabulka č. 3 uvádí diferenciaci u domovů pro seniory.

tabulka č. 3:

Porovnání výše dotace přiznané v rámci 1. kola dotačního šetření domovům pro seniory v závislosti na typu zřizovatele

zřizovatel domova pro seniory	výše nákladů připadajících na 1 lůžko měsíčně	výše přiznané dotace na 1 lůžko měsíčně	podíl výše přiznané dotace na výši nákladů
celkem	22 753	4 439	19,49
z toho:			
- akciová společnost	22 828	3 439	15,06
- církevní organizace	23 801	5 907	24,82
- fyzická osoba podnikající dle živnostenského zákona nezapsaná v obchodním rejstříku	23 094	2 411	10,44
- obec nebo městská část hl. m. Prahy	21 414	3 849	17,97
- obecně prospěšná společnost	27 260	3 154	11,57
- organizační jednotka sdružení	23 359	2 750	11,77
- příspěvková organizace celkem	22 549	4 434	19,66
z toho: - příspěvková organizace zřízená městem	22 761	3 572	15,69
- příspěvková organizace zřízená krajem	22 443	5 226	23,29
- sdružení (svaz, spolek, společnost, klub aj.)	23 974	4 569	19,06
- společnost s ručením omezeným	23 156	776	3,35

pramen:

vlastní zpracování na základě interních údajů MPSV

Z uvedených údajů jsou zřejmé diametrální rozdíly mezi výší přiznané dotace podle typu organizace. Na první pohled jsou přitom alarmující především rozdíly mezi výší dotace přiznané příspěvkovým organizacím zřizovanými kraji a městy (obcemi). Z tohoto titulu byla pozornost věnována analýze těchto rozdílů v jednotlivých krajích (viz tabulka č. 4)

tabulka č. 4:

Porovnání výše dotace přiznané v rámci 1. kola dotačního šetření domovům pro seniory, jejichž zřizovateli jsou kraje a obce v jednotlivých krajích

domovy pro seniory – příspěvkové organizace	organizace zřízené městem			organizace zřízené krajem			Dk – Dm	%k - %m
	výše nákladů připadající na 1 místo měsíčně	výše přiznané dotace na 1 místo měsíčně	podíl výše přiznané dotace na výši nákladů	výše nákladů připadající na 1 místo měsíčně	výše přiznané dotace na 1 místo měsíčně	podíl výše přiznané dotace na výši nákladů		
celkem	22 761	3 572	15,69	22 443	5 226	23,29	1 654	7,59
hl. m. Praha	26 759	1 473	5,51	22 854	1 814	7,94	341	2,43
Středočeský	24 073	2 435	10,12	21 205	5 104	24,07	2 669	13,95
Jihočeský	23 337	5 153	22,08	24 482	5 944	24,28	791	2,20
Plzeňský	20 484	4 011	19,58	20 251	5 669	27,99	1 658	8,41
Karlovarský	22 131	1 621	7,32	22 171	7 352	33,16	5 731	25,84
Ústecký	18 645	3 050	16,36	23 228	5 692	24,51	2 643	8,15
Liberecký	24 044	3 842	15,98	25 512	5 573	21,84	1 731	5,87
Královéhradecký	23 930	4 179	17,46	23 546	4 098	17,40	-81	-0,06
Pardubický	22 589	4 037	17,87	23 986	4 543	18,94	507	1,07
Vysočina	22 642	5 045	22,28	22 155	5 204	23,49	159	1,21
Jihomoravský	23 985	2 987	12,46	23 768	7 218	30,37	4 231	17,91
Olomoucký	23 346	3 779	16,19	24 288	5 731	23,60	1 953	7,41
Zlínský	22 354	5 101	22,82	17 610	4 007	22,76	-1 093	-0,06
Moravskoslezský	23 710	3 608	15,22	24 645	6 774	27,48	3 165	12,27

pramen:

vlastní zpracování na základě interních údajů MPSV

Z uvedených údajů je zřejmé, že mezi jednotlivými kraji existují velmi diametrální rozdíly:

- průměrná výše dotace přiznaná organizacím, jejichž zřizovateli jsou kraje, je v relaci na 1 místo o 7,6 % vyšší (v absolutním vyjádření o 1 654 Kč na 1 místo měsíčně) vyšší, než činí průměrná výše dotace, která byla přiznaná organizacím, které jsou zřizovány městy,
- mezi výši přiznané dotace jsou organizacím obou typů v jednotlivých krajích výrazné diference, které se vzhledem k systému financování sociálních služeb musí promítnout v kvalitě poskytovaných služeb (mezi výši průměrných nákladů na 1 místo měsíčně v zařízeních, jejichž zřizovatelem je hl. m. Praha a v zařízeních, jejichž zřizovatelem je Zlínský kraj je více než 50-ti procentní rozdíl),
- největší rozdíl mezi výši přiznané dotace v relaci na 1 místo měsíčně v zařízeních zřizovaných krajem a městem je v Karlovarském kraji (25,8 %, resp. 5 731 Kč) a v kraji Jihomoravském (17,9 %, resp. 4 231 Kč), výrazné rozdíly lze identifikovat i ve Středočeském kraji (14,0 %, resp. 2 669 Kč) a v Moravskoslezském kraji (12,3 %, resp. 3 165 Kč),
- nejmenší rozdíl mezi výši přiznané dotace v relaci na 1 místo měsíčně v zařízeních zřizovaných krajem a městem je ve Zlínském kraji (dotace přiznaná zařízením, jejichž zřizovatelem je město, je v průměru o 81 Kč vyšší, než dotace přiznané zařízením, jejichž zřizovatelem je kraj) a v kraji Vysočina (dotace přiznaná zařízením, jejichž

zřizovatelem je kraj, je v průměru o 159 Kč vyšší, než dotace přiznané zařízením, jejichž zřizovatelem je město),

Z těchto údajů je zřejmé, že je nezbytné hledat taková řešení, která by přispěla k odstranění těchto disproporcí a která by současně přispěla k potřebnému rozvoji sociálních služeb tak, aby v souvislosti s demografickými trendy byla naše společnost připravena zabezpečit potřebnou sociálně zdravotní péči o všechny potřebné občany. Tato řešení musí být konformní m.j. i s evropskou legislativou. Již dlouhou dobu se v naší zemi vedou diskuse o tom, zda sociální služby jsou podle evropské legislativy službami obecného zájmu a zda tedy také v této oblasti by mělo být uplatňováno soutěžní právo EU. Jednoznačné stanovisko doposud nebylo vydáno ani ze strany Evropské komise.

4. Financování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a sociální péče v lůžkových zdravotnických zařízeních

4.1. Legislativní úprava financování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb

Jedním z dlouhodobě nejvýznamnějších problémů, které musí poskytovatelé služeb sociální péče v každodenní práci řešit, je otázka poskytování a financování zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že obě otázky – poskytování sociálních služeb a poskytování zdravotní péče – byly až do přijetí zákona o sociálních službách upraveny samostatnými navzájem neprovázanými právními předpisy, byly od r. 1993 hrazeny náklady zdravotní péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb nikoli z rozpočtu jednotlivých zdravotních pojišťoven, ale z rozpočtu těchto zařízení. Systém zdravotního pojištění proto v tomto směru dlouhodobě tuneloval systém sociálních služeb.

Zdravotní pojišťovny byly podle zákona č. 48/1997 Sb. povinny zajistit pojištěnci zdravotní péči ve veškerém potřebném rozsahu ve věcných dávkách. VZP však v rozporu s výše uvedenými právními předpisy odmítala dostát svým závazkům vůči svým pojištěncům, které vyplývají z čl. 31 Listiny základních práv a svobod a z uvedeného zákona a byla toho názoru, že náklady ústavů sociální péče na jimi poskytnutou zdravotní péči nemají být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, neboť tato zařízení mají povinnost poskytovat zdravotní péči vlastními zaměstnanci a hradit ji ze svého rozpočtu. VZP tvrdila, že ústavy sociální péče nejsou zdravotnickými zařízeními ve smyslu § 11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, a že s nimi tedy ani nemůže uzavírat smlouvy na úhradu poskytované zdravotní péče. Tuto argumentaci VZP vyvrátil soud v řízení mezi VZP a domovem důchodců Sněženková 8, Praha 10 v r. 1997¹⁸.

Významným krokem k řešení otázky financování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb přispěl zákon o sociálních službách, který stanovil, že poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby v týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Tato péče je

¹⁸ podrobněji 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

poskytována formou zvláštní ambulantní péče podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění:

- prostřednictvím zdravotnického zařízení,
- jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím zaměstnanců těchto zařízení, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání s tím, že rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanovuje navazující vyhláška.

Negativně je však nutno hodnotit skutečnost, že nebylo vytvořeno žádoucí "zrcadlo" mezi financováním sociální péče poskytované v lůžkových zdravotnických zařízeních a zdravotní péči poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb. Negativně je nutno hodnotit především skutečnost, že zdravotnická zařízení, která poskytují služby ústavního charakteru, nejsou povinna se registrovat a plnit tak všechny povinnosti, které poskytovatelům sociálních služeb ukládá zákon. Důsledkem tohoto faktu je mj. skutečnost, že zdravotnická zařízení nepřiznávají, že pominuly důvody pro hospitalaci pacienta ze zdravotních důvodů a podvádějí zdravotní pojišťovny. Podle odhadů VZP je v celé ČR nejméně 15 000 takových lůžek, celkové náklady, které jsou tak neefektivně vynakládány ze systému veřejného zdravotního pojištění jsou odhadovány na více než 5 mld Kč ročně¹⁹. V tomto smyslu je zcela jednoznačně zřejmé, že VZP ani ostatní zdravotní pojišťovny neplní svoje povinnosti a svoji nečinností tak dlouhodobě blokují vytvoření základních ekonomických předpokladů pro koncipování systému dlouhodobě sociálně zdravotní integrované péče.

4.2. Výdaje na ošetrovatelskou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb

Výdaje na ošetrovatelskou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb byly poprvé kvantifikovány v roce 2008²⁰ úrovni cca 5,2 mld Kč²¹. Uvědomíme-li si, že VZP podle své výroční zprávy zaplatila za tento typ péče v r. 2008 celkem pouze 620 mil. Kč (v r. 2010 to bylo 749 mil. Kč), je zřejmé, kdo je nejvýznamnějším subjektem způsobujícím ekonomické problémy poskytovatelů sociálních služeb.

Průměrná výše nákladů poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče podle provedeného šetření činí:

- v domovech pro seniory se pohybují v rozmezí 5 086 – 5 719 Kč na jednoho klienta měsíčně, tj. cca 28,5 % průměrných neinvestičních výdajů,

¹⁹ viz Vodička, G. *Problém se sociálními službami ve zdravotnických zařízeních*. Infoservis VZP č. 3/2010. [online], cit.[2010-09-01], dostupné z: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/Infoservis/infoservis3-2010.pdf>

²⁰ viz: Průša, L. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 978-80-7416-030-1

²¹ v důsledku změny struktury klientů pobytových zařízení sociálních služeb z hlediska míry závislosti lze odhadovat, že v r. 2010 činily skutečné náklady na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v těchto zařízeních cca 5,45 mld Kč

- v domovech pro osoby se zdravotním postižením v rozmezí 11 170 – 12 028 Kč na jednoho klienta měsíčně, tj. cca 45,1 % průměrných neinvestičních výdajů,
- v domovech se zvláštním režimem v rozmezí 8 672 – 9 417 Kč na jednoho klienta měsíčně, tj. cca 42,1 % průměrných neinvestičních výdajů.

Velmi zajímavé údaje o výši nákladů poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče lze získat při jejich analýze v závislosti na stupni přiznaného příspěvku na péči (viz tabulka č. 5).

tabulka č. 5:

Výše nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb v závislosti na stupni přiznaného příspěvku na péči

stupeň příspěvku	domov pro seniory	domov pro osoby se zdravotním postižením	domov se zvláštním režimem
bez příspěvku	2 777	4 543	6 818
I.	3 697	5 893	6 586
II.	4 773	8 302	6 486
III.	7 581	15 752	7 699
IV.	10 116	16 344	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, 2009. ISBN 978-80-7416-030-1

Z uvedené tabulky je zřejmé, že:

- s rostoucí mírou závislosti dochází v zásadě ve všech typech zařízení i k růstu nároků na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče,
- tento nárůst je nejplynulejší v domovech pro seniory,
- nejnižší rozdíly mez rozsahem poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče je v domovech pro osoby se zdravotním postižením mezi III. a IV. stupněm závislosti,
- mezi rozsahem poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče v domovech se zvláštním režimem klesá potřeba péče u osob bez přiznaného příspěvku na péči a v prvních dvou skupinách závislosti.

Tyto skutečnosti svědčí mj. o tom, že stanovená kritéria pro hodnocení míry závislosti jsou stanovena objektivně pro hodnocení situace seniorů a osob se zdravotním postižením, naopak nevyhovují pro hodnocení míry závislosti např. pro osoby duševně nemocné, jejichž zdravotní stav vyžaduje – z hlediska rozsahu poskytované sociální péče – " pouze" celodenní dohled.

5. Návrh změn systému financování vedoucí ke zvýšení efektivity financování sociálních služeb

Při koncipování návrhu opatření, která by přispěla ke stimulaci a rozvoji sociálních služeb, k zajištění dostupnosti a návaznosti zdravotních a sociálních služeb a k posílení odpovědnosti obcí za jejich poskytování je nutno vycházet z toho, že sociální služby je nutno chápat především jako ekonomickou kategorii, a proto je nutno nastavit takový systém jejich financování, který by vytvořil základní předpoklady pro jejich efektivní poskytování.

Je zřejmé, že jiná hlediska je nutno uplatňovat při hodnocení efektivnosti systému financování a poskytování sociálních služeb z pohledu státu, jiná z pohledu krajů, měst a obcí jako zřizovatelů převážné většiny jednotlivých zařízení, jiná z pohledu nestátních neziskových organizací, jiná hlediska při hodnocení efektivnosti uplatňují i klienti jako uživatelé jednotlivých sociálních služeb²². Na zřeteli je třeba rovněž mít pojetí efektivnosti v ekonomické teorii. Je potřeba se uvědomit, že "efektivnost znamená absenci plýtvání neboli co nejefektivnější užívání zdrojů ekonomiky k uspokojování potřeb a přání lidí"²³, že je to "takové použití ekonomických zdrojů, které přináší maximální úroveň uspokojení dosažitelnou při daných vstupech a technologiích"²⁴. V tomto smyslu nelze ani opomenout, že "efektivní trh je takový trh, na kterém jeho účastníci rychle vstřebávají všechny nové informace a ihned je bezprostředně zahrnují do tržních cen"²⁵.

5.1. Doporučené úpravy v systému financování služeb sociální péče

Dříve provedené analýzy efektivnosti jednotlivých prvků systému financování a poskytování sociálních služeb doporučily v tomto smyslu realizovat zejména tato opatření²⁶:

- změnit systém výplaty příspěvku na péči tak, aby byl příjemcům v I. a II. stupni závislosti poskytován (tedy především u terénních a stacionárních zařízení) ve formě poukázek (občanovi by byl přiznán příspěvek na péči ve formě věcné dávky – poukázky na službu a registrovanému poskytovateli, u něhož si občan službu vybral, by byla proplacena obcí s rozšířenou působností), popř. zavést kombinovaný způsob výplaty příspěvku, kdy jeho větší část (cca 2/3 – 3/4) by byla vyplácena ve formě poukázek a pouze zbytek ve finanční hotovosti,
- změnit systém výplaty příspěvku na péči v pobytových zařízeních tak, aby poskytovatel služby byl ze zákona příjemcem příspěvku na péči,
- zavést evidenci osob – rodinných příslušníků, kteří zabezpečují péči o své blízké ve vlastní domácnosti (m.j. i proto, že doba této péče je náhradní dobou pro účely důchodového pojištění) a zvýšit kontrolu takto poskytované péče.

²² podrobněji viz: Mertl, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. ISBN 978-80-87007-72-3

²³ viz: Samuelson, P.A. – Nordhaus, W. D. *Ekonomie*. Praha: Svoboda, 1991. ISBN 80-205-0192-4. str. 27

²⁴ tamtéž str. 968

²⁵ tamtéž str. 252

²⁶ viz: Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, 2008

Připočteme-li k tomu, že výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových a ambulantních zařízeních a za jednotlivé úkony poskytované v rámci terénních a ambulantních sociálních služeb je regulována ze strany státu maximální výší úhrady, je zřejmé, že poskytování sociálních služeb pro staré a zdravotně postižené občany je závislé na poskytování státních dotací. Míra přiznané podpory je však výrazně diferencována podle typu organizace a jejího zřizovatele a je i výrazně regionálně diferencována²⁷.

Závislost na poskytnutí dotace však brání samotnému rozvoji sociálních služeb. Všechna navrhovaná opatření je proto nutno spatřovat v odstranění závislosti poskytovatelů sociálních služeb (především služeb sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany) na přiznání dotace ze státního rozpočtu nebo z rozpočtu zřizovatele. Vedle výše uvedených návrhů týkajících se úprav v oblasti příspěvku na péči proto v úvahu připadají především tato řešení:

- zrušení maximální výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových a ambulantních zařízeních a za jednotlivé úkony v oblasti terénních sociálních služeb,
- důsledné uplatňování vyživovacích povinností dětí ke svým rodičům tak, aby uživatelé služeb – především v domovech pro seniory – platili za poskytované služby spolu s přiznaným příspěvkem na péči a úhradou ošetrovatelské a rehabilitační péče ze zdrojů zdravotních pojišťoven skutečnou výší provozních nákladů daného zařízení (vč. přiměřeného zisku),
- poskytování věcné pomoci ve formě půjčky v rámci systému pomoci v hmotné nouzi těm uživatelům sociálních služeb, kteří jsou osamělí a jejichž děti nemají dostatek finančních prostředků na úhradu nákladů potřebných sociálních služeb (po úmrtí uživatele služby by se pověřený obecní úřad ve své přenesené působnosti stal účastníkem dědického řízení a pokud by se výše uvedené skutečnosti v jeho rámci potvrdily, půjčka by se účetně "převadla na dávku", v opačném případě by poskytnutou půjčku museli do výše disponibilních zdrojů uhradit dědicové),
- důsledné vytvoření "zrcadla" v pravidlech pro poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních a ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb (povinná registrace zdravotnických zařízení pro poskytování sociálních služeb a definování standardů kvality jejich poskytování, výplata příspěvku na péči klientům i při jejich dlouhodobém pobytu v registrovaném zdravotnickém zařízení),
- výplata příspěvku na péči v peněžním vyjádření pouze těm příjemcům, jímž byl přiznán příspěvek ve III. nebo IV. stupni závislosti a péči jim poskytuje rodinný příslušník nebo blízká osoba, která v důsledku takto poskytované péče je evidována jako osoba poskytující péči.

Přijetí všech výše uvedených opatření by zcela jednoznačně vytvořilo motivační prostředí pro rozvoj všech typů služeb sociální péče a pro širší zapojení nových subjektů (vč. zahraničních) do systému poskytování těchto sociálních služeb. Došlo by k liberalizaci celého systému služeb sociální péče, přiznáním příspěvku na péči a podmínění jeho

²⁷ viz: Průša, L. *Dotace ze státního rozpočtu jako klíčový důvod stagnace sociálních služeb*. Revidovaná péče č. 2/2011. ISSN 1801-8718

výplaty poskytnutím sociální služby (alespoň ve větší části) od registrovaného poskytovatele by byla vytvořena poptávka po službách, která by podle tržních principů vytvořila nabídku nových sociálních služeb, došlo by k jejich diferenciaci (např. v oblasti pobytových služeb od chudobinců po moderní jednolůžkové "hotely" s kompletními službami při samozřejmém dodržování zákonem nově definovaných minimálních standardů)²⁸.

Tato diferenciaci si bude vyžadovat poskytování většího spektra informací uživatelům o službách poskytovaných na území jednotlivých regionů, v souladu s moderními evropskými trendy by proto na referátech sociálních věcí pověřených obecních úřadů, popř. obcí s rozšířenou působností, měla vzniknout nová pracovní funkce – care manager – která by příjemcům příspěvku na péči poskytovala komplexní informace o nabídce sociálních služeb na daném regionu s přihlédnutím k sociálním důsledkům vyplývajícím z nepříznivého zdravotního stavu nebo stáří uživatelů a k jejich finančním možnostem.

Z hlediska efektivnosti financování sociálních služeb je rovněž nutno výrazně změnit celý systém hodnocení míry závislosti. Stávající kritéria umožňují objektivně hodnotit situaci tělesně postižených osob a seniorů, naproti tomu neumožňují objektivně zhodnotit potřeby mentálně a psychicky postižených a nevidomých. V tomto smyslu přichází do úvahy např. přechod hodnocení míry závislosti podle tzv. Katzova indexu aktivit každodenního života²⁹, který hodnotí celkem 10 aktivit ve třech úrovních – nezávislosti při aktivitách denního života, částečná závislost a závislosti při aktivitách denního života.

Se systémem hodnocení míry závislosti velmi úzce souvisí forma spolupráce sociálních pracovníků s lékaři lékařské posudkové služby. Stávající dikce ustanovení § 25 odst. 4 způsobuje, že jedním ze stanovisek pro přiznání příspěvku na péči v příslušném stupni je stanovisko lékaře lékařské posudkové služby, a to přesto, že toto jeho stanovisko vychází pouze z písemného vyjádření ošetřujícího lékaře žadatele o příspěvek, zatímco sociální pracovník svůj návrh opírá o konkrétní posouzení sociální situace žadatele získané v rámci provedení sociálního šetření. V důsledku toho existují dodnes značné rozpory při hodnocení situace konkrétního žadatele, sociální pracovníci cítí ze strany lékařské posudkové služby pohrdání svojí kvalifikací, dochází k medicinalizaci sociálních služeb. V tomto smyslu by proto bylo vhodné změnit tuto dikci tak, aby bylo jednoznačně zřejmé, že sociální šetření provedou sociální pracovník spolu přímo s ošetřujícím lékařem žadatele.

K rozvoji sociálních služeb i k posílení role obcí při jejich poskytování by rovněž přispělo systémové propojení oblastí plánování, registrace a financování sociálních služeb (a to nejen v oblasti služeb sociální péče pro seniory a zdravotně postižené osoby, ale především v oblasti poskytování a financování služeb sociální prevence a poradenství). Východisko je nutno spatřovat v systému plánování sociálních služeb, do něhož by ze zákona povinně měly být zařazeny i obce s pověřenou působností. V rámci provedení sociálně demografické analýzy daného územního celku by mělo dojít k podrobnému zmapování

²⁸ lze předpokládat, že výrazně k této diferenciaci přispěje rovněž projekt Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR "Značka kvality", v jehož rámci budou udělovány hvězdičky (od 1 do 5) jednotlivým poskytovatelům sociálních služeb v závislosti na tom, jak naplní jednotlivá kritéria pro jejich přiznávání – podrobněji viz: www.znackakvality.info

²⁹ viz: Bednárik, R. – Bodnárová, B. *Stárnutie populácie – výzva na zmeny v službách pre starších ľudí*. Rodina a práca č. 4/2005

potřeby poskytování jednotlivých sociálních služeb včetně provedení podrobného rozboru očekávaného vývoje demografické struktury těch věkových skupin obyvatelstva, které se jednotlivé sociální služby nejvíce týkají. Tyto potřeby by v rámci přípravy střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb měly být konfrontovány s názory poskytovatelů a uživatelů (event. i potencionálních uživatelů) jednotlivých sociálních služeb, následně by měly být stanoveny priority rozvoje sociálních služeb nejen ve střednědobém, ale i v dlouhodobém horizontu (tj. na cca 15 let), které by měly být dále rozpracovány do jednotlivých realizačních kroků a dílčích etap.

Na tyto kroky a etapy by následně mělo navazovat posílení jistoty poskytovatelů (i potencionálních poskytovatelů) v rámci procesu jejich registrace. Jestliže je součástí tohoto procesu m.j. předložení finanční rozvahy zabezpečených služeb, ze které by měla být zřejmá přesná struktura jejich financování (tedy i kolik finančních prostředků poskytovatel služby předpokládá získat v následujícím období od měst či krajů, ale i od MPSV v rámci dotačního řízení), mělo by ukončení registračního procesu m.j. znamenat, že takto vyčíslené finanční rozvaha je závazná a finanční prostředky, které poskytovatel sociální služby nárokuje od zřizovatele nebo od státu registrující subjekt poskytovateli služeb garantuje. Pokud:

- dotace na sociální služby mají v budoucnu rozdělovat kraje,
- registraci organizací zřízených obcemi a nestátními neziskovými organizacemi provádějí kraje a
- registraci organizací zřízených kraji provádí MPSV

dojde k propojení systému plánování i financování sociálních služeb, které m.j. přispěje k výraznému posílení transparentnosti dotačního procesu, k posílení jistoty poskytovatelů sociálních služeb (z hlediska dlouhodobější perspektivy finančního zajištění poskytovaných sociálních služeb) a ke zvýšení efektivnosti vyložených finančních prostředků.

Vedle všech výše uvedených opatření, které se dotýká přímo oblasti sociálních služeb, je nutno mít na zřeteli i řadu dalších kroků, které by bylo nezbytné realizovat v souvisejících nebo podmiňujících oblastech. V tomto smyslu jde především o to, aby:

- jednotlivé obce a města usilovaly v rámci své koncepce bytové politiky věnovat pozornost výstavbě malometrážních a bezbariérových bytů, v nichž by seniorům a zdravotně postiženým občanům mohly být efektivně poskytovány terénní sociální služby tak, aby došlo k oddálení potřeby poskytování péče v pobytovém zařízení,
- při stanovení výše nájmu v obecních bytech jednotlivé obce a města individuálně podle celkových příjmových i majetkových možností zejména seniorů a osob se zdravotním postižením pristupovaly k jeho stanovení tak, aby byly vytvořeny podmínky k tomu, aby těmto skupinám osob mohly být vytvořeny základní předpoklady pro poskytování potřebných terénních služeb v jejich přirozeném domácím prostředí a nebyl vyvoláván předčasný tlak na poskytování služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb,

- stavební úřady v rámci kolaudačního řízení důsledně dbaly na dodržování bezbariérových přístupů do všech obchodů, kulturních zařízeních a dalších objektů poskytujících veřejné služby,
- jednotlivé kraje a pověřené obecní úřady soustavně mapovaly dopravní obslužnost ve svých spádových územích tak, aby senioři a osoby se zdravotním postižením, kteří jsou převážně odkázáni na dopravu veřejnými dopravními prostředky, nebyli ohroženi sociálním vyloučením (v nejširším smyslu slova) v důsledku její nedostatečné úrovně.

Realizace všech výše uvedených opatření ve svém komplexu přispěje k potřebnému rozvoji služeb sociální péče. Lze předpokládat, že při jejich promítnutí do praxe dojde do r. 2020 k výraznému rozvoji terénních a ambulantních sociálních služeb, nicméně v žádném případě nelze očekávat, že by stávající kapacity pobytových zařízení umožnily uspokojit všechny oprávněné požadavky na umístění od těch seniorů a osob se zdravotním postižením, kteří budou vyžadovat vzhledem ke svému věku nebo nepříznivému zdravotnímu stavu celodenní komplexní péči. Přestože lze očekávat, že stávající struktura uživatelů pobytových zařízení se během následujících let výrazně změní (nelze předpokládat, že by v pobytových zařízeních byly osoby bez přiznaného příspěvku na péči popř. s příspěvkem přiznaným v I. stupni závislosti, přičemž podíl osob s příspěvkem na péči ve II. stupni závislosti nebude přesahovat max. 5 %), je nutno počítat s tím, že do r. 2020 bude nutno stávající kapacitu těchto zařízení cca zdvojnásobit³⁰. Nelze očekávat, že bez zapojení dalších finančních prostředků, např. formou PPP projektů, ze strukturálních fondů popř. ze soukromých zdrojů (vč. zahraničních) bude možné očekávané potřeby příjemců příspěvku na péči naplnit. K tomu, aby se ale očekávané projekce naplnily, je však nezbytné realizovat celý soubor výše navržených opatření.

Závěr

Když byl před pěti lety po cca 15 letech příprav a diskusí schválen v Poslanecké sněmovně a následně v Senátu Parlamentu ČR dlouho očekávaný zákon o sociálních službách, očekávala odborná veřejnost, že tento výrazný segment systému sociální ochrany obyvatelstva je před mohutným rozvojem. Bohužel zkušenosti s aplikací zákonných ustanovení v praxi ukazují, že tato očekávání nebyla naplněna. Výrazně se zvýšil státní paternalismus v celém systému, vzrostla závislost poskytovatelů na poskytování státních dotací, příspěvek na péči pobírá o cca 70 % více osob, než předpokládal zákonodárce, široký okruh občanů tuto sociální dávku nevyužívá pro zajištění svých potřeb od registrovaných poskytovatelů sociálních služeb.

Tyto – a ještě celá řada dalších – důvody vedly autory tohoto projektu k podání žádosti o poskytnutí finanční podpory ze zdrojů interní grantové agentury VŠFS tak, aby mohly být podrobně analyzovány dostupné statistické zdroje týkající se problematiky poskytování a financování sociálních služeb a zjistit příčiny neutěšeného stavu v této oblasti. K hlavním cílům předloženého projektu patřilo:

³⁰ viz: Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, 2010. ISBN

- detailně analyzovat stěžejní finanční toky v rámci nového systému financování sociálních služeb (zejména příspěvek na péči, dotace ze státního rozpočtu a ze zdrojů obcí, měst a krajů, náklady na ošetřovatelskou a rehabilitační péči v pobytových zařízeních),
- navrhnout systémová opatření, která by zvýšila efektivnost finančních prostředků určených na poskytování sociálních služeb a která by přispěla i ke stabilizaci celého systému financování sociálních služeb,
- na modelových příkladech ukázat, jaké dopady by koncipované návrhy měly na strukturu financování nejvýznamnějších typů veřejných služeb.

Autorský kolektiv je přesvědčen, že tyto cíle se mu podařilo naplnit. Opatření, která jsou ve 2. části projektu navrhována, mají systémový charakter a jejich zavedení do praxe by významným způsobem přispělo jak ke zvýšení efektivnosti poskytování a financování sociálních služeb, tak i k jejich rozvoji. Odstranění závislosti poskytovatelů sociálních služeb na přiznání finančních prostředků ze zdrojů státního rozpočtu přispěje ke vzniku nových poskytovatelů sociálních služeb – především ze sféry nestátních neziskových organizací, očekávat lze rovněž příchod zahraničních subjektů.

Autoři projektu doporučují, aby i nadále byla této oblasti věnována pozornost ve výzkumné činnosti. Pozornost by v tomto směru měla být zaměřena např. na otázky prognózy potřeby sociálních služeb, kontinuálnímu hodnocení efektivnosti financování a poskytování sociálních služeb nebo limitům a bariérám, které brání rozvoji systému tzv. dlouhodobé péče.

Použitá literatura

- Bareš, P. *Regionální dostupnost sociálních služeb*. Praha: VÚPSV 2009. ISBN 978-80-7416-047-9
- Bednárik, R. – Bodnárová, B. *Stárnutie populácie – výzva na zmeny v službách pre starších ľudí*. Rodina a práca č. 4/2005
- Bohatá, I. *Analýza a prognóza potrieb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením – limity a bariéry*. Chrudim: Centrum sociálních služeb a pomoci, 2009
- Čáslava, P. *Evropské proměny sociálních služeb*. Sociální služby č. 4/2009. ISSN 1803-7348
- Čáslava, P. *Modernizace a hledání dobrého řízení*. Sociální služby č. 5/2009. ISSN 1803-7348
- Čáslava, P. *Reformy na národních úrovních*. Sociální služby č. 6/2009. ISSN 1803-7348
- Kotíková, J. – Průša, L. – Vlach, J. *Regionální analýza zaměstnanosti, trhu práce a sociální péče*. Praha: VÚPSV, 2001
- Mertl, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. ISBN 978-80-87007-72-3
- Molek, J. *Marketing sociálních služeb*, Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-80-7416-026-4
- Österle, A. – Meichenitsch K. *Pflegesicherungssysteme in Europa*. Soziale Sicherheit č. 11/2007. ISSN 0080-1841
- 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
- Průša, L. – Mátl, O. *Nad pojetím dotační politiky MPSV*. Sociální politika č. 9/1999, ISSN 0049-0962
- Průša, L. *Rozbor ekonomických aspektů ovlivňujících stávající a nově navrhovaný systém sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2001
- Průša, L. *Obce (města a kraje a výdaje na sociální a zdravotní služby v r. 2004*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-20-4
- Průša, L. *Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni*. Praha: VÚPSV 2006. ISBN 80-87007-36-0
- Průša, L. *Zamyšlení nad dosavadními výsledky dotačního řízení v oblasti poskytování sociálních služeb*. Rezidenční péče č. 1/2007. ISSN 1801-8718
- Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing 2007. ISBN 978-80-7357-255-6
- Průša, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. Praha: VÚPSV, 2007. ISBN 978-80-87007-73-0

- Průša, L. *Sociální služby – srovnání ČR a EU*. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008
- Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-80-7416-018-9
- Průša, Ladislav. *Příspěvek na péči - černá díra reformy sociálního systému*. FÓRUM sociální politiky č. 3/2009. ISSN 1802-5854
- Průša, Ladislav. *Projekce potřeby služeb sociální péče do r. 2025*. FÓRUM sociální politiky č. 5/200. ISSN 1802-5854
- Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 978-80-7416-048-6
- Průša, L. *Je nový systém financování sociálních služeb pro staré občany efektivní?*. Národohospodářský prostor č. 3/2009. ISSN 1213-2446
- Průša, L. *Dotace ze státního rozpočtu jako klíčový důvod stagnace sociálních služeb aneb tristní výsledky 1. kola dotačního řízení pro r. 2011*, Rezidenční péče č. 2/2011, ISSN 1801-8718
- Průša, L. *Public Governance, Social Services and Social Assistance Benefits*. ACTA VŠFS č. 2/2011, str. 166 – 176, ISSN 1802-7946
- Samuelson, P.A. – Nordhaus, W. D. *Ekonomie*. Praha: Svoboda, 1991. ISBN 80-205-0192-4
- Svobodová, Kamila. *Bydlení seniorů v České republice*. FÓRUM sociální politiky č. 5/2009. ISSN 1802-5854
- Víšek, P. *Úvaha o vývoji potřeb seniorů a osob se zdravotním postižením*. SOCIOKLUB, Praha 2009
- Biennial Report on social services of general interest, Commission of the European Communities, Brussels 2008
- Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporujících sociální začlenění uživatele do společnosti*. Praha: MPSV, 2006.
- Národní plán rozvoje sociálních služeb 2009 – 2012*, www.mpsv.cz
- Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2065*. www.czso.cz
- Statistická ročenka České republiky 2001. www.czso.cz
- Velikostní struktura obcí v České republice podle výsledků Sčítání lidu 2001*. Demografie č. 4/2004. ISSN 0011-8265
- www.czso.cz
- www.mpsv.cz
- www.vupsv.cz