

**Přístupy k hodnocení efektivnosti
sociálních služeb
v národním hospodářství**

syntéza teoretických východisek a konceptů

Jan Mertl

VÚPSV, v.v.i. Praha
2007

Vydal Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.
Praha 2, Palackého náměstí 4
Vyšlo v roce 2007, 1. vydání, počet stran 48
Tisk: VÚPSV, v.v.i.

Recenze: MUDr. Milena Černá (Výbor dobré vůle)
Prof. Ing. Vojtěch Krebs, CSc. (VŠE)
Doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D. (Zdravotně sociální fakulta, JU Č. Budějovice)

ISBN 978-80-87007-72-3

<http://www.vupsv.cz>

Abstrakt

Cílem předkládané výzkumné studie je na základě syntézy klíčových teoretických poznatků a aktuálních empirických trendů poukázat na sociální a ekonomické aspekty ovlivňující otázky efektivnosti sociálních služeb. Význam a očekávaný nárůst spotřeby sociálních služeb je v současné společnosti, charakterizované demografickým stárnutím, širokým spektrem výskytu civilizačních chorob a změnami tradičního způsobu života, mimo vši pochybnost. Analýza se věnuje především službám sociální péče, které tyto změny postihnou nejvýznamněji. Studie se nejprve zabývá jejich ekonomickými charakteristikami, vazbami zdravotní a sociální péče a ukazuje komplexnost produkce blahobytu v oblasti sociálních služeb. Dále s ohledem na splnění cíle stručně shrnuje aktuální trendy v oblasti rodin a populačního vývoje a také změny ve zdravotnictví, které mají vliv na spotřebu a charakter sociálních služeb. Ve třetí kapitole je pak rozebrána typologie a motivace poskytovatelů sociálních služeb, a to jak z pohledu teorie, tak i v kontextu deetatizace a rozvoje neziskových organizací a přístupů Evropské unie k tzv. službám obecného zájmu. Studie vychází z dostupné domácí i zahraniční literatury, je výběrová vzhledem k uvedeným cílům a předmětu zkoumání a nabízí čtenáři syntézu poznatků, které mohou rozšířit současný český diskurz v otázce efektivní existence sociálních služeb v rámci tržní ekonomiky.

Klíčová slova: sociální služby, sociální péče, zdravotní péče, demografické stárnutí, poskytovatelé sociálních služeb, služby obecného zájmu, Evropská unie

Abstract

The goal of this study is to emphasize social and economical aspects of social services effectiveness with a strong theoretical background and reflection of current empirical trends. The importance and expected growth in consumption of social services is in current society, characterized by demographic ageing, wide selection of civilization diseases and changes of traditional life-style, without any doubt. The analysis focuses most of all on the social care, which will be the most affected by these changes. This study first focuses on their economical characteristics, the relationship of health and social care and show the complexity of welfare production of social services. Next with respect to its goal briefly summarizes current family and population trends and changes in health care, too. These affect consumption and characteristics of social services. In the third chapter, the typology and motivation of social services providers is analyzed, both theoretically and in context of deetatization (withering away of the state), nonprofit organizations development and approach of European Union to the so called services of general interest. The study outcomes from existing home and foreign literature, is selective regarding its goals and subject of interest and offers to reader findings, which could help current Czech discourse about effective existence of social services in market economy.

Key words: social services, social care, health care, demographic ageing, social service providers, services of general interest, European Union

Obsah

Úvod	7
1. Charakteristiky sociálních služeb	9
1.1 Typy sociálních služeb v kontextu cíle studie	9
1.2 Vazby zdravotní a sociální péče	13
1.3 Ekonomické charakteristiky sociálních služeb	16
1.3.1 Členění sociálních služeb podle ekonomického a institucionálního kritéria	16
1.3.2 Mikroekonomické vlastnosti sociálních služeb	19
1.3.3 Potřeba sociálních služeb a poptávka po sociálních službách	21
1.4 Schéma produkce blahobytu v oblasti sociálních služeb	22
2. Trendy ovlivňující potřebu a poptávku po sociálních službách	25
2.1 Demografický vývoj (situace v rodinách a věková struktura)	25
2.2 Situace ve zdravotnictví	28
3. Veřejní a soukromí poskytovatelé sociálních služeb a princip neziskovosti	33
3.1 Způsoby financování a poskytování sociálních služeb	33
3.2 Motivace poskytovatelů sociálních služeb	35
3.3 Cesta k neziskovým organizacím v oblasti sociálních služeb	38
3.4 Sociální služba jako služba obecného zájmu EU	40
Závěr	44
Literatura	46

Úvod

Sociální služby, jejich forma a četnost využití ve společnosti jsou fenoménem, jehož význam je v současné době mimo vše pochybnost a poutá pozornost ekonomů, lékařů, sociologů, sociálních pracovníků a řady dalších aktérů, kteří se při výkonu své profese setkávají s nutností nějakým způsobem zajistit sociální péči o spoluobčany, kteří tak - z různých důvodů - nemohou učinit sami.

V rámci tohoto textu bude vlastní předmět studie, tedy sociální služby, nahlížen z národohospodářského pohledu. Ten v sobě obsahuje pohled ekonomický, tedy otázku nákladů na sociální služby a jejich produkční efektivnosti, ale také sociální souvislosti otázky dostupnosti sociálních služeb v populaci a širší výsledky spotřeby sociálních služeb v podobě zvýšení blahobytu, wellness a well-being. Jeho součástí je také vnímání starých a zdravotně postižených občanů ve společnosti (Haškovcová, 2002). Vycházíme z toho, že dostupnost a kvalita sociálních služeb je významným faktorem také z pohledu humanity a důstojnosti života v moderní společnosti. Jejich spotřeba tak není pouze možným nadstandardem, ale je obecným imperativem etickým. V době, kdy existuje tlak na ekonomizaci řady oblastí života, je tento etický a humánní aspekt poskytování a spotřeby sociálních služeb potřebně významně posílit. Selektivní kalkulace nákladů a výnosů tak musí být doplněny o monitorování skutečné sociální situace těch, kteří jsou na sociálních službách závislí, a to nejlépe ve formě jejich vlastní spokojenosti se stavem a úrovní jejich poskytování, doplněné o objektivní posouzení jejich zdravotní a sociální situace.

Ekonomický a sociální rozvoj klade před výzkum v této oblasti řadu nových otázek, jako jsou zejména tyto:

- Jak financovat sociální služby v situaci objektivně zvýšené potřeby těchto služeb a současného procesu modernizace a dekapitalizace sociálního státu (Keller, 2006)?
- Čím ovlivňují změny v rodině a demografické situaci populace nároky na sociální služby?
- Musí být stáří automaticky spojeno s nemocí a sociální závislostí?
- Jak jsou překonávána tradiční omezení státních i nestátních subjektů poskytujících sociální služby?
- Jak se dotýká evropský integrační proces oblasti sociálních služeb?

Sociální služba má specifické ekonomické charakteristiky (částečně se shodující s ekonomickými specifiky zdravotní péče) a její spotřeba je důsledkem objektivního stavu jednotlivce a vývoje společnosti. V ČR neexistuje specifické veřejné pojištění rizik nákladů spojených se spotřebou sociální péče. Částečným substitutem je sociální pojištění, protože u těch, kteří spotřebovávají sociální péči, tvoří plnění z tohoto pojištění jeden z hlavních zdrojů jejich úhrad (což je velmi diskutabilní - princip „má starobní/invalidní důchod, tak ho dá ústavu“). V současné době jsou poskytovány v pluralitní struktuře poskytovatelů, kdy postupně docházelo ke "klonování a překrývání" veřejných poskytovatelů soukromými. Absence konkurence i adekvátní regulace vede k tomu, že nemusí být aplikován neziskový princip, který může být dle ekonomické teorie přirozeným vyústěním tržní situace v této oblasti (Arrow, 1963). Tak uniká z oblasti sociálních služeb mnoho zdrojů za současného nedostatku péče i finančních

prostředků na straně klientů těchto služeb. Dynamický vývoj zaznamenává rovněž systém příspěvku na péči, kde rychle rostou náklady na tuto dávku. Sociální služby jsou také řazeny do služeb obecného zájmu EU - to ovlivňuje nebo by alespoň ovlivnit mělo přístup českého státu a české sociální politiky k nim. Stát v současné podobě nicméně omezuje svou roli, jak ji popsal Bénard ve své ekonomické definici státu - „celková veřejná moc národa konstitucionálně organizovaná a státní správa na všech úrovních na ní závisících“ (Bénard, 1990).

Cílem textu je tyto skutečnosti popsat, zdůraznit fakta významná pro český sociální systém a tím poukázat na sociální a ekonomické aspekty ovlivňující otázky efektivnosti sociálních služeb. Dále pak vysledovat vazby mezi jednotlivými, zdánlivě roztržitými koncepty tvořícími mozaiku determinantů kvality a dostupnosti sociálních služeb.

Vzhledem ke značné komplexnosti předmětu studie je nutno, i vzhledem k jejímu předpokládanému rozsahu, provést jeho přesnější vymezení a zúžení. Metodu a rámcové členění, které bylo pro tento účel zvoleno, podrobněji charakterizuje kapitola 0.1. Výsledkem je primární zaměření na tu část sociálních služeb, která se věnuje péči o staré a zdravotně postižené občany (služby sociální péče). Důvodem pro tento výběr je jak jejich význam a rozsah v rámci celého systému sociálních služeb, tak i jejich charakteristiky skýtající příležitost pro ekonomickou analýzu.

Je také zřejmé, že studie primárně vychází z ekonomických aspektů sociální služby při plném vědomí jejího významu pro společnost. V textu jsou tak operacionalizovány pojmy nabídky a poptávky, produkce, ceny, poskytovatelů sociálních služeb atd. To vede k určitému zjednodušení problému, na druhé straně to umožňuje analyticky uchopit otázky efektivnosti. Použitý přístup by proto měl být v případě použití v praxi doplněn o pohledy a poznatky dalších odborníků, kteří se otázce sociálních služeb věnují.

Svým charakterem je tato studie výběrová, tj. zaměřuje se na ty poznatky, které jsou v kontextu naplnění jejího cíle relevantní, a neklade si za cíl podat vyčerpávající přehled současných teoretických poznatků. Teoretická heuristika příslušných poznatků tak byla filtrována především přínosem z hlediska analýzy specifik sociálních služeb. To platí pro poznatky z oblasti ekonomie, kde studie staví na řadě existujících analýz a ekonomických modelů, ale také pro sociálně-politický pohled na otázku sociálních služeb, kde je předpokládána znalost sociální politiky přibližně v obsahu klíčových českých monografií (Krebs, 2005) a (Potůček, 2006).

1. Charakteristiky sociálních služeb

1.1 Typy sociálních služeb v kontextu cíle studie

Platná legislativa (zákon č. 108/2006, Sb. o sociálních službách, § 32) člení sociální služby na:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

V rámci této studie se zaměřujeme především na druhý uvedený typ sociálních služeb souhrnně nazývaný v zákoně „služby sociální péče“, a to především z důvodu jejich

- relativní nákladovosti,
- četnosti využití,
- vazby na zdravotní stav klienta,
- nutnosti spotřeby, kterou ve většině případů nemůže klient příliš ovlivnit.

Spotřeba služeb sociální péče je typicky **výsledkem změny zdravotního stavu pacienta-klienta**. Fyzicky a psychicky zdravý člověk je soběstačný¹ a tato soběstačnost tvoří základní prvek jeho identity. Tento zdánlivě samozřejmý fakt v současných diskusích o sociálních službách příliš často nezaznívá a spotřeba sociálních služeb se bere jako nutný fakt a daný stav. Zdůrazněme v této souvislosti, že tato závislost jako jedna z mála v oblasti sociální politiky je primárně jednosměrná ve směru zdravotní stav → implikace spotřeby sociálních služeb. Proto zlepšení nebo zhoršení zdravotního stavu daného pacienta má přímý vliv na četnost a charakter sociálních služeb, které bude spotřebovávat. Existuje samozřejmě i vazba typu, že nedostatečné provádění sociálních služeb může zhoršit komfort pacienta, průběh nebo i závažnost onemocnění. Nicméně bez existence základního onemocnění a jím vyvolané změny zdravotního stavu pacienta potřeba sociálních služeb nevzniká. V tomto ohledu je třeba respektovat příčinné vazby na dané základní onemocnění a v první řadě využít všech možností léčby dostupných pro danou diagnózu na lege artis principu, aby nedocházelo k suplování nedostatečné zdravotní péče péčí sociální. Do této skupiny zahrnujeme také sociální péči, jejíž spotřeba vyplývá ze stáří klienta, které samo o sobě nemocí není, ale přirozeně vede k úbytku psychických a fyzických sil a schopností (viz též tab. č. 4). Souhrnně se tedy jedná zejména o sociální služby definované v § 39-52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (např. respitní péče, osobní asistence, domovy, penziony, pečovatelská služba, stacionáře).

Ty sociální služby, které nejsou spojené se změnou zdravotního stavu či stářím, jsou z hlediska nákladů i četnosti využití v menšině. Jedná se o aktivity, které jsou realizované z důvodu selhání fungování daného člověka ve společnosti, tedy jakési „sociální havárie“. Takový člověk nemůže z objektivních i subjektivních důvodů dostat své roli v rodině, zaměstnání a společnosti, případně selhává i jako osobnost samotná. I když i v tomto případě je nutno primárně diagnostikovat a eliminovat změny

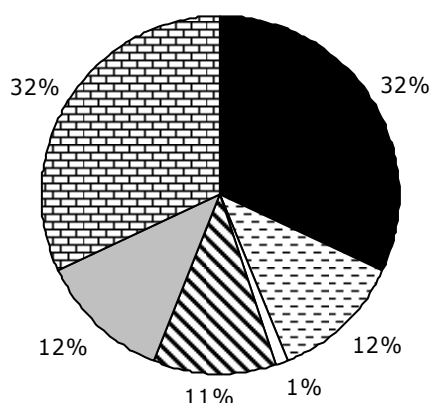
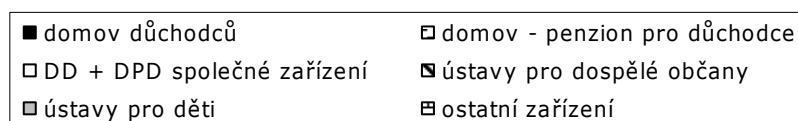
¹ To neznamená, že by nepotřeboval nebo neoceníl zájem a pomoc druhých, ale je schopen v případě potřeby se o sebe postarat.

1. Charakteristiky sociálních služeb

zdravotního stavu, protože za řadou patologických sociálních chování se skrývají nerozpoznaná psychická a fyzická onemocnění (Vargová, 2007), často je nutnost spotřeby sociálních služeb vyvolaná i u jinak zdravých jedinců s přítomností sociální patologie (zde máme na mysli jevy jako prostituce, toxikomanie, kriminalita). Jedná se zejména o preventivní sociální služby definované v § 54-70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (např. raná péče, azylové domy, noclehárny, nízkoprahová centra apod.). Zákon samotný řadí tyto sociální služby do kategorie preventivních s cílem zabránit sociálnímu vyloučení klientů těchto služeb. Z ekonomického hlediska je významný aspekt pozitivních i negativních externalit u těchto osob vyplývajících z jejich existence a chování ve společnosti.

Statistika sociálních služeb je v ČR neúplná, a to zejména v oblasti nestátních neziskových organizací. V rámci této studie čerpáme z oficiální statistiky MPSV (Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2006, 2007) s cílem provést základní kvantifikaci. Strukturu v oblasti pobytových zařízení, která doposud na základě historického vývoje tvoří převažující formu poskytování sociálních služeb v ČR,² v roce 2006 dle této statistiky ukazuje následující graf.

Graf č. 1 **Struktura počtu pobytových zařízení sociálních služeb**

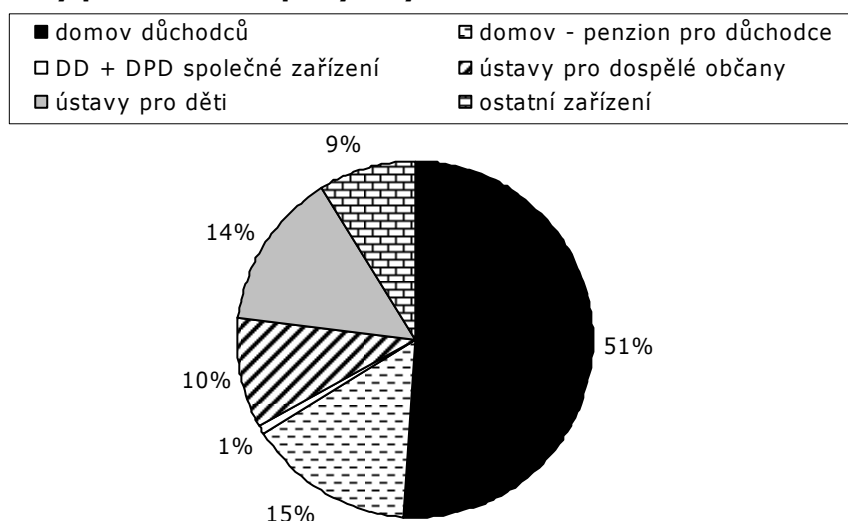


Zdroj dat: (MPSV, Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2006, 2007)

Graf ukazuje, že necelou polovinu počtu pobytových zařízení tvoří domovy důchodců a penziony pro důchodce. Další významnou skupinou jsou ústavy pro dospělé a děti. Nejvýznamnější položku v kategorii „ostatní zařízení“ tvoří azylové domy.

Nákladovost a četnost využití služeb sociální péče v rámci celého systému sociálních služeb je mimo vši pochybnost. Lze to dokumentovat také relativními podíly osob využívajících jednotlivé formy sociálních služeb, což je obsaženo na následujícím grafu.

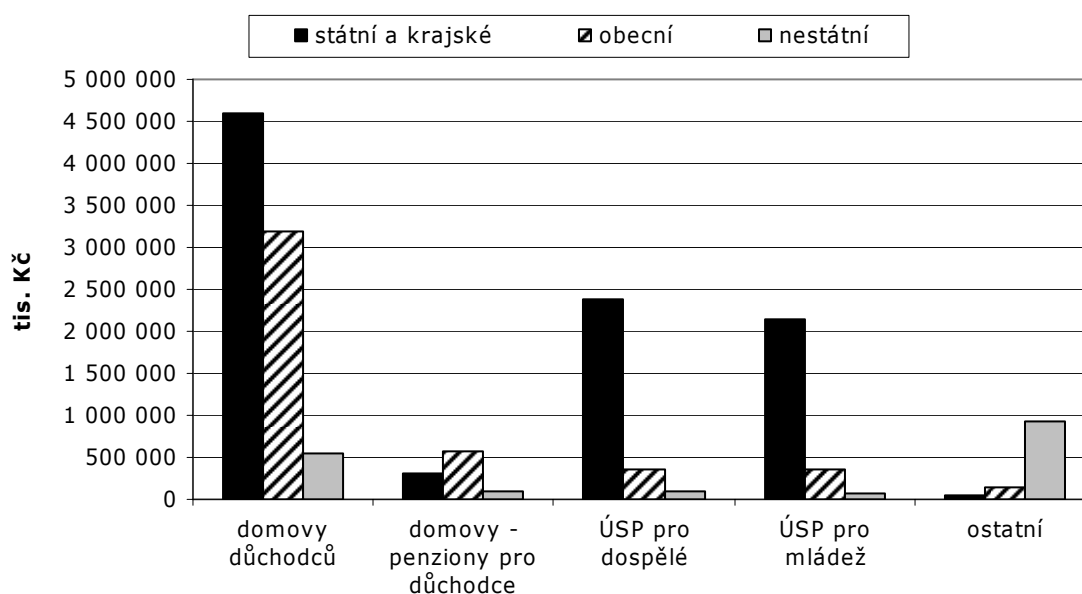
² Moderní trendy směřují spíše k decentralizaci a poskytování služeb mimo pobytová zařízení nebo jen dočasnému pobytu klientů v těchto zařízeních - viz též kap. 0.

Graf č. 2 **Podíly počtu osob v pobytových zařízeních k 31.12.2006**

Zdroj dat: (MPSV, Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2006, 2007), vlastní výpočet

Na tomto grafu je podíl domovů důchodců a domovů pro seniory ještě výraznější, tj. přes 65 procent klientů pobytových zařízení jsou obyvateli těchto domovů.

Nákladovost jednotlivých zařízení v členění podle vlastníka (zřizovatele) ukazuje následující graf.

Graf č. 3 **Náklady na pobytová zařízení sociálních služeb v roce 2006**

Zdroj dat: (MPSV, Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2006, 2007), vlastní výpočet

1. Charakteristiky sociálních služeb

Kumulativně činí výdaje na pobytová zařízení sociálních služeb v roce 2006 necelých 16 miliard Kč. Tento objem výdajů je v poměru k HDP velmi nízký. Rozhodující podíl opět připadá na domovy a ústavy.

Výše uvedené statistiky neobsahují, dle terminologie statistik MPSV, tzv. nepobytové sociální služby. Pro tyto služby statistika MPSV uvádí pouze počty uživatelů jednotlivých sociálních služeb a lze je shrnout do následující tabulky. Vidíme, že služby sociální péče, tj. pečovatelská služba a denní centra opět vykazují vysoký počet klientů. Největší počet klientů využilo služeb sociálního poradenství, dá se však odhadovat, že nákladovost na jeden případ zde nebude oproti sociální péči příliš vysoká. Významné jsou také diference podle pohlaví. Jakkoli to není předmětem zájmu této studie, jejich rozklíčování by jistě zasloužilo další výzkumnou pozornost.

Tabulka č. 1 **Počet uživatelů nepobytových sociálních služeb dle věku a pohlaví**

krizová pomoc	děti a mládež do 18 let		1 602	respiční péče	děti a mládež do 18 let		188
	dospělí	muži	2 415		dospělí	muži	761
		ženy	1 314		ženy	434	
telefonická krizová pomoc	děti a mládež do 18 let		923	stacionáře	děti a mládež do 18 let		470
	dospělí	muži	827		dospělí	muži	847
		ženy	2 127		ženy	958	
osobní asistence	děti a mládež do 18 let		290	denní centrum	děti a mládež do 18 let		219
	dospělí	muži	696		dospělí	muži	5 142
		ženy	700		ženy	1 005	
pečovatelská služba	děti a mládež do 18 let		58	komunitní centrum	děti a mládež do 18 let		84
	dospělí	muži	8 509		dospělí	muži	85
		ženy	15 454		ženy	68	
z toho tísňová péče	děti a mládež do 18 let		4	centrum denních služeb	děti a mládež do 18 let		350
	dospělí	muži	11		dospělí	muži	1 624
		ženy	24		ženy	3 108	
poradenství	děti a mládež do 18 let		1 460	průvodcovské, předčitatelské a tlumočnické služby	děti a mládež do 18 let		4
	dospělí	muži	15 145		dospělí	muži	41
		ženy	21 602		ženy	74	
raná péče	děti a mládež do 18 let		608	podporované bydlení	děti a mládež do 18 let		7
	dospělí	muži	23		dospělí	muži	79
		ženy	48		ženy	61	
kontaktní práce	děti a mládež do 18 let		4 414	služby následné péče	děti a mládež do 18 let		22
	dospělí	muži	3 365		dospělí	muži	80
		ženy	4 259		ženy	80	
nizkoprahová denní centra	děti a mládež do 18 let		88	sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	děti a mládež do 18 let		2 387
	dospělí	muži	11 069		dospělí	muži	334
		ženy	950		ženy	1 486	
nizkoprahová zařízení pro děti a mládež	děti a mládež do 18 let		5 699	terénní programy	děti a mládež do 18 let		312
	dospělí	muži	969		dospělí	muži	2 994
		ženy	562		ženy	1 381	

Zdroj dat: (MPSV, Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2006, 2007), vlastní výpočet

Dále se zaměříme na poslední dva body, jež nás vedly k analýze služeb sociální péče, tedy vazbu na zdravotní stav klienta a nutnost spotřeby těchto služeb z něj vyplývající.

1.2 Vazby zdravotní a sociální péče

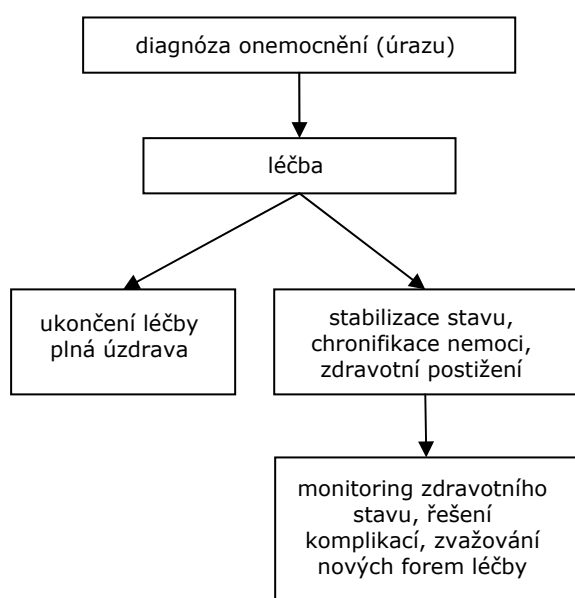
V oblasti sociální politiky je řada vazeb cirkulárního charakteru, tedy vzájemně se ovlivňujících. Z toho vyplývá i komplikovanost ovlivnění globálního vývoje, ale i sociální situace jednotlivců žádoucím způsobem, protože často není tak úplně jasné, co je příčina a co následek. Výsledkem takovýchto úvah je často právě tvrzení o cirkulárním charakteru příslušných vazeb a v této souvislosti je používán koncept začarovaných kruhů (vicious circles).

V případě sociálních služeb a zejména služeb sociální péče je potřebné tento koncept rozklíčovat podrobněji, protože jak jsme již uvedli, primární příčinou nutnosti jejich spotřeby je změna zdravotního stavu člověka a koncept cirkulárních vazeb tak není nutné aplikovat do důsledku. Což je z hlediska analýzy efektivity jejich poskytování velmi významné a výhodné a umožňuje to lépe vymezit příčiny a následky často komplikovaného stavu, kdy daný člověk spotřebovává řadu zdravotních a sociálních služeb, a nikdo, bohužel často ani on sám, neví, kde vlastně tkví příčina neuspokojivého stavu a třeba i vysokých nákladů s takovým stavem spojených. Významně to také ovlivňuje charakter poptávky a nabídky po sociálních službách.

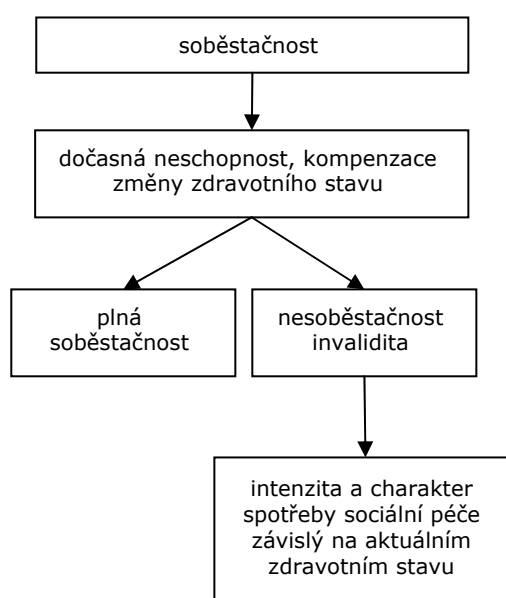
Prvotní změna zdravotního stavu člověka nastává obvykle v situaci, kdy člověk žádnou sociální péči nepotřebuje a v tomto momentě je také pro něj psychologicky její spotřeba vynucená až nežádoucí. Tento prvotní impulz také člověka obvykle zasahuje z plného zdraví, zhoršuje jeho zdravotní stav a ovlivňuje jeho soběstačnost. Následně nastupuje léčebný proces, v jehož průběhu může již vznikat potřeba sociální péče. Výsledkem tohoto procesu je buď úplná úzdrava nebo alespoň navrácení plné soběstačnosti nebo částečná či úplná nesoběstačnost, tj. invalidita a nutnost spotřeby sociální péče i přesto, že medicína již umí v daném čase a prostoru změnit nebo zlepšit zdravotní stav pacienta. Podrobně to ukazuje následující schéma, které ukazuje změny jednotlivých stavů během léčby v paralelní rovině zdravotní a sociální oblasti.

Obrázek č. 1 **Změny stavů ve zdravotní a sociální oblasti jako výsledek léčebného procesu**

Oblast zdravotní



Oblast sociální



Zdroj: vlastní zpracování

Z tohoto schématu vyplývá jednosměrná kauzalita v případě primárního onemocnění z plného zdraví, které má dva možné výsledky - úplnou úzdavu a nebo chronifikaci daného onemocnění, příp. stabilizaci zdravotního stavu a zdravotní postižení (např. po úraze).

V případě této jednosměrné kauzality cirkularita vazeb de facto neplatí - je tedy nutno především věnovat pozornost lege artis léčbě základního onemocnění. Případná nutnost spotřeby sociální péče je dočasná, navíc obvykle specifická vzhledem k charakteru základního onemocnění. Vzato do důsledků bychom mohli do sociální péče počítat i neformální péči členů rodiny, kteří jsou typicky schopni po kratší dobu převzít povinnosti nemocného, zvláště pokud je perspektiva jeho úplného uzdravení, a tedy i naděje, že toto převzetí povinností bude pouze dočasné. Významná je zde také adaptační schopnost příslušného člověka, kdy po kratší dobu onemocnění je schopen se přizpůsobit třeba i zhoršeným životním podmínkám či omezením, které mu jeho diagnóza přináší, s vyhlídkou na to, že tento diskomfort povede časem k jeho uzdravení. Samozřejmě, že řada běžných onemocnění je spojena s poměrně značnou měrou oslabení nebo neschopnosti k práci a nesoběstačnosti, část těchto stavů se však vykryje také např. v rámci hospitalizace, kdy je pacientům zajištěna odpovídající péče ze strany sesterského personálu. V tomto ohledu lze tedy konstatovat, že léčba řady onemocnění v sobě prvek sociální péče obsahuje také, ale v rámci rodiny i zdravotnictví jsou pro tento standardní průběh onemocnění ústící v úplnou úzdavu vyvinuty mechanismy, které umožňují tuto potřebu kompenzovat. Rizikem do

budoucná v této oblasti může být tlak na „zefektivnění“ zdravotnictví, který se může projevit snahou vytěsnit i tyto v zásadě organické prvky léčby (některé prvky péče zdravotních sester, hospitalizace po určitých zákrocích) z financování zdravotní péče, aniž by tomu odpovídaly názory zdravotníků.

Cirkularita vazeb se však projevuje již výrazněji, pokud k úplnému uzdravení nedojde a z medicínského hlediska má pacient-klient zhoršený zdravotní stav trvale. Pak, v případě, že to vede k jeho nesoběstačnosti, nastupuje nutnost trvalé spotřeby sociální péče. Ochota a schopnost rodiny poskytovat sociální služby z objektivních i subjektivních důvodů klesá, objevuje se nutnost použití tzv. odlehčovacích (respitních) služeb. Riziko spočívá také v tom, že příslušný pacient už má ukončenou léčbu v původním (obvykle specializovaném) zdravotnickém zařízení - je učiněn určitý závěr s tím, že k úplné úzdavě nedošlo a pacient je předán do tzv. následné péče, ať už ústavní, nebo domácí. Mohou se také projevovat dlouhodobé účinky změny zdravotního stavu, od psychických (deprese, demotivace) až k fyzickým (dekubity, atrofie, malnutrice). A takovýto stav už má potenciál zpětně ovlivnit i zdravotní stav nemocného - zrodila se cirkularita vazeb, kdy prvotní změna zdravotního stavu ústí v trvalý stav způsobuje díky nedostatečné sociální péči zhoršení zdravotního stavu a případně i komplikace z tohoto zhoršení vyplývající. Ty je pak nutno řešit medicínskou intervencí, jejímž výsledkem je opět buď vyřešení problému nebo jeho pouhá diagnostika a stabilizace, což následně implikuje další spotřebu sociální péče a kruh se uzavírá. V tomto ohledu je kvalita sociální péče velmi významným determinanem zdravotního stavu takto nemocných pacientů.

Z nastíněného schématu plyne pro efektivnost sociálních služeb ve vazbě na zdravotní péči několik základních závěrů.

Za první je nutné věnovat velkou pozornost léčbě základního onemocnění v první fázi schématu. Neocenitelné jak z hlediska pacienta, tak lékaře je vnímání původní zdravotní a sociální situace jako „bezvadné“ - tj. jako stavu, do něž se pacient chce vrátit a lékař svojí léčbou o tento návrat usiluje. Tento výchozí stav samozřejmě může být diferencovaný dle např. věku pacienta, ale i dle jeho aktuální životní situace. Aktivní sportovec bude mít v případě úrazu tento výchozí stav jiný než starobní důchodce, přesto oba mohou být např. po úraze spokojeni - sportovec proto, že může opět provozovat svůj sport, důchodce proto, že si může opět jít sám nakoupit. Případná sociální péče spotřebovávaná během léčby bývá vysoce efektivní, protože je podpořena motivací pacienta i lékaře k uzdravení.

Za druhé, pokud je proces léčby neúspěšný, je nutno zavést minimálně takový režim sociální péče, který prokazatelně nepovede ke zhoršení zdravotního stavu. To může vypadat jako velmi málo ambiciózní cíl, problém je v tom, že často bohužel nenastává ani to. Je také otázkou, zda při diagnostice příp. změny zdravotního stavu by neměla být tato diagnostika doplněna o zjišťování, zda zhoršení zdravotního stavu nebylo zapříčiněno právě nedostatečnou péčí sociálního charakteru. To je sice velmi kontroverzní záležitost (může to narušit vztahy mezi zaměstnanci odpovědnými za oba druhy péče), nicméně to může přispět ke zvýšení intenzity a kvality sociální péče v medicínsky odůvodněných případech.

Za třetí, i tam, kde podle současných možností medicíny zlepšení zdravotního stavu není možné, je vhodné doplnit následnou sociální péči pravidelným zvažováním zdravotního stavu ve světle pokroku medicíny a moderních léčebných metod. Nemáme nyní na mysli „aktivistickou“ medicínu, která by spočívala v aplikaci všech možných léčebných postupů na pacienty. Často jsou takové postupy pro pacienty i zbytečně zatěžující a je nutno vážit také benefit, který z léčby budou mít. Na druhé straně, zejména u chronicky nemocných starších pacientů, často k objektivnímu hodnocení a

přehodnocení zdravotního stavu nedochází, jsou po dlouhou dobu indikovány tytéž léky v nezměněných dávkách, dochází k polypragmzii a dalším negativním jevům. V tomto ohledu je třeba myslet na to, že sociální péče má především roli kompenzační a jakkoli je v této své roli naprosto nezastupitelná, sama o sobě má zejména paliativní a aktivizační potenciál, nikoli schopnost zlepšit zdravotní stav, která náleží péči zdravotní. Významné je také to, aby u daného pacienta byly, vedle zhodnocení jeho subjektivních pocitů a obtíží, zhodnoceny také objektivní možnosti dostat soběstačnosti a aktivitě vzhledem k jeho zdravotnímu stavu. To může přinést cenné podněty při spotřebě sociální péče ohledně toho, co po daném pacientovi chtít můžeme a co ne.

Na závěr analýzy vazeb mezi zdravotní a sociální péčí zdůrazníme, že v praxi jsou samozřejmě oba dva typy péče provázány. Proto se často hovoří o poskytování péče zdravotně-sociální. Z hlediska analytického se však ukazuje jako užitečné rozklíčovat jejich vzájemné vazby, protože to umožňuje zlepšit obě dvě složky a eliminovat potenciální vzájemně negativní působení vzniklé selháním v jedné z nich.

1.3 Ekonomické charakteristiky sociálních služeb

Nástin ekonomických charakteristik sociálních služeb je kontroverzním tématem, protože v ekonomické literatuře existuje řada pohledů a přístupů k této klasifikaci. Navíc jsou sociální služby značně heterogenní a ani zúžení na služby sociální péče v souladu s předmětem studie není zcela postačující pro homogenitu analyzovaného statku. Přesto je velmi užitečné alespoň se pokusit podle nejobvyklejších znaků sociální služby zařadit a analyzovat jejich ekonomické charakteristiky.

1.3.1 Členění sociálních služeb podle ekonomického a institucionálního kritéria

V rámci tržní ekonomiky jsou sociální služby ekonomickým (vzácným) statkem s nenulovou cenou produkce. Lze je klasifikovat podle ekonomického kritéria při spotřebě (Samuelson, 1954).³ Vzhledem k tomu, že nesplňují charakteristiky čistých veřejných statků (nevylučitelnost ze spotřeby, nezmenšitelnost), lze je zařadit podle tohoto kritéria k tzv. smíšeným veřejným statkům, pokud jsou nabízeny v definované kvalitě. Typickým jevem u smíšených veřejných statků je tzv. efekt přetížení, k němuž dochází tehdy, pokud s růstem počtu uživatelů smíšeného kolektivního statku dochází od určitého momentu ke změně kvality daného statku. To se projevuje i u sociálních služeb (příkladem může být péče v domovech důchodců, kde nárůst počtu klientů může znamenat pokles kvality pro každého jednoho z nich). Některé formy poskytování sociální služby lze zařadit také ke statkům soukromým. Jedná se zejména o individualizované transakce nabízené soukromými ziskovými poskytovateli „na míru“ jednotlivým klientům, kteří si je hradí ze svých soukromých zdrojů.

Metodologicky užitečné je provádět klasifikaci statků také podle institucionálního kritéria tak, jak to učinil Bénard, který je člení z hlediska jejich financování na netržní, nečisté tržní a čisté tržní (Bénard, 1990).

³ Dále k tomuto kritériu viz (Cullis & Jones, 1992) a (Musgrave & Musgrave, 1989).

Tabulka č. 2 **Obecné rozdělení statků dle institucionálního kritéria**

kategorie statků	institucionální kritéria	
	existence tržní negociace a tržní ceny	diskriminační intervence státu
čisté tržní statky	ano	ne
nečisté tržní statky	ano	ano
netržní statky	ne	ano

Zdroj: (Bénard, 1990)

Toto rozdělení umožňuje rozlišit charakter statku z hlediska financování (alokace), kdy v případě existence tržní ceny vzniklé interakcí nabídky a poptávky na konkurenčním trhu a financováním ze soukromých zdrojů je statek Bénardem chápán jako čistý tržní, v opačném případě jako netržní.

Sociální služby je možno v praxi podle institucionálního kritéria zařadit do všech tří kategorií. Příkladem netržních statků mohou být např. služby domovů důchodců ve veřejném vlastnictví a financované z veřejných zdrojů. Zde neexistuje tržní negociace a stát určuje cenu na bázi kalkulace nákladů. Příkladem nečistých tržních statků mohou být např. služby domácí péče (home care), které jsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Zde klient objednává péči a nestátní subjekt ji nabízí, ale její cenu reguluje (formou regulace, daně nebo specifické subvence) stát. Konečně příkladem čistých tržních statků mohou být sociální služby poskytované mimo státem regulovaný systém sociálních služeb, tj. na čistě privátní bázi.

V této souvislosti je třeba zmínit základní rozdělení výdajů na sociální služby - výdaje soukromé (na základě rozhodnutí jednotlivce) a výdaje veřejné (na základě veřejné volby). Je zřejmé, že tyto dva typy investic vykazují radikálně odlišné charakteristiky. Vzhledem k tomu, že i v odborných textech se trvale vyskytuje nepřesné vymezení těchto pojmů (např. prostředky hrazené prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění se považují za kapitál veřejných zdravotních pojišťoven a někteří občané je chápou jako „své peníze“), považujeme za nutné i pro účely dalšího textu tyto pojmy alespoň v hrubých rysech vymežit.

Výdaje soukromé jsou závislé na odpovědnosti a přístupu jednotlivce ke své sociální situaci. Nesporně jsou však také závislé i na disponibilních zdrojích jednotlivce, tedy na jeho rozpočtovém omezení. Soukromé výdaje na sociální služby mají z pohledu individuálního tu vlastnost, že v okamžiku spotřeby sociální služby jedinec typicky nevytváří zdroje k jejich financování. Pro řešení této situace se proto využívá nepřímých mechanismů financování, jako jsou zdroje jiných subjektů (například financování sociálních služeb v rámci vnitrorodinné solidarity) nebo rozložení financování v čase. V ČR je v současné době ve smyslu rozložení financování v čase využíván jako finanční zdroj starobní či invalidní důchod. Časové rozložení tak není využíváno specificky ve vztahu k sociálním službám - z mezinárodních zkušeností je možno uvést koncept pojištění péče (Pflegeversicherung) v SRN.

Zároveň pak soukromé výdaje předpokládají konkrétního člověka, který je schopen se neustále a pravidelně racionálně rozhodovat na základě své ekonomicky racionální úvahy. Metodologické zakotvení soukromých investic (výdajů) do rozhodování jednotlivce je tak silné, že je na něm postavena celá ekonomická alokace a její mechanismy efektivnosti na základě individuálních preferencí.

Soukromé výdaje umožňují autonomní rozhodování jednotlivce, ale, a to je nutno zdůraznit, v rámci jeho rozpočtového omezení. Racionálně konající jedinec tak

musí toto omezení respektovat i v případě odůvodněné potřeby sociálních služeb. I to je jeden z důvodů pro realizaci výdajů veřejných.

Výdaje veřejné jsou součástí konceptu státu blahobytu (Beveridge, 1942) a jsou realizovány na základě principů a postupů veřejné ekonomie. Podstatné v souvislosti s veřejnými výdaji je především to, zda stát sám poskytuje sociální služby nebo zda prostřednictvím alokace veřejných prostředků podmíněné legislativními pravidly pro nakládání s nimi garantuje dostupnost sociálních služeb v populaci. Sociální služby jsou v konceptu veřejných investic modelově poskytovány „bez poplatku v momentu spotřeby“ (free at the point of service).

Veřejné výdaje především předpokládají existenci politiky sociálních služeb, které budou na základě demokratického procesu a občanské společnosti odrážet společenské priority v této oblasti. Jedinec-občan by tedy měl podle konceptů veřejného financování spíše než vlastní racionální rozhodování volit zapojení a vlastní participaci na těchto politikách, aby pokud možno věrně odrážely společenské preference, jejichž aktuální charakter je určen a determinován demokratickým konsenzem. Společenské instituce a proces tvorby politik (Potůček, 2006) je tak pro realizaci veřejných investic stejně klíčový jako determinace priorit jednotlivce pro výdaje soukromé - s tím, že veřejné výdaje akcentují nediskriminační přístup k tvorbě politik umožňující participaci každého občana.

Veřejné výdaje na sociální služby jsou diferencovány dle konkrétního systému financování těchto odvětví, jsou však svázány objemem veřejných rozpočtů, který je sledován v poměru k hrubému domácímu produktu. V tomto rozpočtovém omezení můžeme spatřovat limit, který je nutno na celospolečenské úrovni respektovat, protože ani objem společných zdrojů není neomezený. To může být rizikem, protože v rámci úsporných programů mohou být tyto výdaje redukovány pod adekvátní míru, teoreticky však mohou být i vynakládány dodatečné prostředky bez vazby na jejich efektivní využití.

Obě formy výdajů a z nich vycházející způsoby financování (soukromé, veřejné) mají své výhody a nevýhody. Je zřejmé, že příklon k jednomu nebo druhému typu financování je rovněž otázkou politických a ideologických preferencí, ale existují i přístupy ekonomické analýzy, které objektivizují jednotlivé mechanismy financování v závislosti na způsobu a mechanismu vynakládání prostředků. Výsledná varianta je tak otázkou stromu priorit, které zastáváme při koncipování systému a našich preferencí pokud jde o cílový stav.

Je samozřejmé, že zpochybnění jednoho nebo druhého typu investic je snadnou úlohou pokud se zaměříme na ty nevýhody, které jsou založeny v nich samých. V momentě, kdy soukromé financování narazí na sociální vyloučení nízkopříjmových skupin populace, selhání trhu nebo veřejné financování narazí na nerespektování priorit jednotlivců, demotivaci a rizika korupce, lze vždy říci, že jeden nebo druhý typ je špatný. A problémem je pochopitelně to, že ač mohou mít oba přístupy do určité míry opodstatnění, tak jejich realizace je zásadně diferencovaná, pokud se týká konkrétních používaných nástrojů. Cíle sociálních služeb, ať už uvažují soukromé nebo veřejné financování, jsou obvykle proklamativně stejné. Neslučitelné nebo jen obtížně slučitelné jsou ovšem jednotlivé navrhované nástroje.

Podstatným rozdílem mezi soukromými a veřejnými výdaji je mechanismus stanovení kvality financované služby. Alokační soukromých prostředků je podmíněna ochotou obou zúčastněných stran k uskutečnění transakce. Proto je její charakter a kvalita určena průnikem nabídky a poptávky. Neexistuje obecný standard, jehož kritéria by měla transakce splňovat. To sice umožňuje vysoce kvalitní služby, pokud je

poptávající požaduje a nabízející je ochoten a schopen nabídnout, ale také to umožňuje i nízkou kvalitu služeb, pokud se na ní například za cenu nízkých nákladů oba subjekty shodnou. To se při spotřebě sociálních služeb může dostat do konfliktu s profesními standardy. Proto existují legislativní podmínky, které předepisují minimální atributy takových transakcí. Naopak veřejné výdaje jsou schopné stanovit a profinancovat určitý veřejný, nepodkročitelný standard. Jeho kvalita je tak určena veřejným zájmem.

Rozdělení výdajů na veřejné a soukromé neznamená, že v praxi by měly být odděleny. Účetně a věcně jistě ano. Mělo by být jasné, co a v jaké kvalitě je hrazeno z veřejných zdrojů, na čem se občan podílí soukromými výdaji a jaký je standard pro ty, kteří se pro soukromé výdaje nerozhodnou. Ale je stále zřejmější, že k cíli vede jen kombinace obou způsobů financování. Jaké implikace z toho plynou pro český systém sociálních služeb, tomu se budeme věnovat dále.

1.3.2 Mikroekonomické vlastnosti sociálních služeb

Z mikroekonomického hlediska jsou sociální služby komplementem spotřeby zdravotní péče. Znamená to, že jejich spotřeba je se spotřebou zdravotní péče svázaná, i když míra této vazby je různá. Chybné je, pokud se sociální služby stanou substitutem zdravotní péče. To je samozřejmě v praxi také možné, ale svědčí to o non-lege artis léčbě, případně o nedostatečném objemu zdrojů na zdravotní péči alokovaném.

Na rozdíl od zdravotní péče není se sociální službou spojen tak významně pojem externalit. I když samozřejmě lze vysledovat širší pozitivní efekty sociálních služeb, zejména co se týče sociální prevence, u nejčastějších a nejnákladnějších typů sociálních služeb ve formě sociální péče je benefit takové služby skutečně užitek konkrétního klienta. Řada pozitivních externalit je spojena se službami sociální prevence (a negativních externalit s jejich absencí), kterým se však tato studie primárně nevěnuje.

Sociální služba je také označována, jak analyzují Arrow (1972) a Akerlof (1970), jako experience good (statek zkušenosti, statek důvěry). Skutečný charakter takového statku tedy poznáváme až v okamžiku spotřeby. Sociální péče je postavena na důvěryhodnosti - ať už ve formě důvěry klienta ve svého sociálního pracovníka nebo např. v důvěře v kvalitu a účinek daného postupu a rozvrhu sociálních služeb. V momentě, kdy je tato důvěra narušena, narušuje se také racionalita sociální péče a de facto i racionalita poptávky po ní - pokud pacient mění sociálního pracovníka nebo poskytovatele sociálních služeb, je to často z důvodu, že k němu „ztratil důvěru“. Sociální pracovník či pečovatelský tým tedy nenabízí jen stanovení odborného postupu, péči samotnou, dobré slovo či odborné vyšetření. Nabízí také důvěru v to, že pro pacienta poptávajícího sociální služby zabezpečí vše potřebné (ke vztahu poptávky a potřeby viz dále), že např. při zhoršení jeho stavu neodmítne intenzivnější nebo méně atraktivní služby apod.

Specifikum sociálních služeb spočívá také v tom, že se integrálně dotýkají osobnosti poptávajícího. V případě jiných služeb, než je sociální péče, lze případné problémy řešit pomocí standardních nástrojů lidské společnosti (reklamace, výměna atd.). U sociální péče nic takového většinou možné není, a navíc jen těžko lze kompenzovat fyzickou a psychickou újmu vzniklou nekvalitní nebo neadekvátní aplikací sociálních služeb.

Sociální služby také nejsou statkem, jehož spotřebu by si člověk volil, naopak, na jejich spotřebu je často odkázán. Jsou také významně odlišné od jiných statků, na nichž je člověk také závislý, jako je např. jídlo nebo bydlení. Je tomu tak zejména proto, že jídlo či bydlení sice člověk také spotřebovávat musí, ale každý a po celý život, byť v diferencované kvalitě. Zatímco sociální služby spotřebovává vždy je jen poměrně úzká (heterogenní) sociální skupina a navíc je tato spotřeba obvykle lokalizovaná jen do určité části života. Okruh poptávajících je tak nepoměrně užší a míra závislosti na konkrétní sociální službě vyšší, jejich substitutovatelnost je často nulová a/nebo nežádoucí. Nákladovost takových služeb je navíc v poměru k disponibilním zdrojům klienta poměrně vysoká.

Zdravotní problém a ztráta soběstačnosti často omezuje koupěschopnost jednotlivce, zprostředkovaně přes jeho aktivity na trhu práce, pokud je pracovní příjem pro tuto koupěschopnost rozhodující. I když budeme počítat s tím, že poptávající má nějaké úspory, takže by to jeho přímou koupěschopnou poptávku nemuselo ovlivnit, není možné přehlédnout ani efekt očekávané ztráty příjmu v souvislosti s potenciálním onemocněním a ztrátou soběstačnosti. Dochází k paradoxní situaci, že realizace poptávky po sociální službě, která je spojena s náklady, zároveň omezuje možnost získávání dodatečných zdrojů. Nejen tedy, jako je tomu ve standardním případě, je poptávající omezen svým rozpočtovým omezením, ale zároveň se toto rozpočtové omezení dynamicky mění v závislosti na intenzitě spotřeby sociálních služeb, pokud je zároveň omezena klientova výdělečná schopnost.⁴

Sociální služby také trpí, i když méně než např. zdravotní péče, problémem informační asymetrie. Sociální pracovník nebo poskytovatel sociálních služeb má nesporně informační převahu nad klientem. Taktéž se může, i když opět v menší míře než ve zdravotnictví, projevit cream-skimming, tj. preference zdravějších či bonitnějších klientů.

Problémem je také to, že řadu neatraktivních nebo mediálně nevděčných typů sociálních služeb sám o sobě trh ignoruje nebo nezajišťuje alokaci zdrojů v dostatečné míře. Je možné medializovat např. životní podmínky paralympijských sportovců, ale u seniorů v domově důchodců je již situace podstatně horší.

Shrnutě, sociální služby z pohledu tržní alokace vykazují řadu tržních selhání (podrobněji k tržním selháním např. Arrow (1963) a Musgraveovi (1989)):

- nemusí být splněna podmínka suverenity spotřebitele,
- existence informační asymetrie,
- zejm. u sociální prevence, existence externalit,
- poptávka po sociálních službách může být indukovaná nabídkou (v ČR zatím vzhledem ke kapacitám spíše naopak),
- faktor nejistoty na trhu sociálních služeb,
- při existenci čistě tržní alokace nemusí dojít k produkci dostatečného objemu adekvátně strukturovaných sociálních služeb - tj. nemusí dojít k vyčištění trhu.

V praxi proto dochází ke snaze o kompenzaci těchto jevů, ať už prostřednictvím veřejného financování, etických kodexů poskytovatelů, sociálních transferů, principu neziskovosti a dalších nástrojů. Na druhé straně, jak ukážeme v kapitole 0, lze pomoci

⁴ Je jasné, že existují i onemocnění, která ekonomickou aktivitu člověka neomezují. Je však podstatné si uvědomit popisovanou dualitu rozhodování.

takovýchto nástrojů a pluralitní struktury poskytovatelů v praxi problém tržního selhání v oblasti sociálních služeb poměrně efektivně kompenzovat.

1.3.3 Potřeba sociálních služeb a poptávka po sociálních službách

Klasická mikroekonomie ve formě mikroekonomické analýzy pracuje s pojmem poptávka - tedy i poptávka po sociálních službách. Při analýze sociálních služeb však, podobně jako v případě zdravotní péče, jen s pojmem poptávky nevystačíme. Vedle poptávky po sociálních službách projevující se formou skutečné efektivní poptávky v ekonomickém slova smyslu se zde objevuje otázka potřeby sociálních služeb. Stále častěji se hovoří o tom, že by sociální služby měly být „consumer need driven“ - tedy řízeny a taženy potřebou svých klientů.

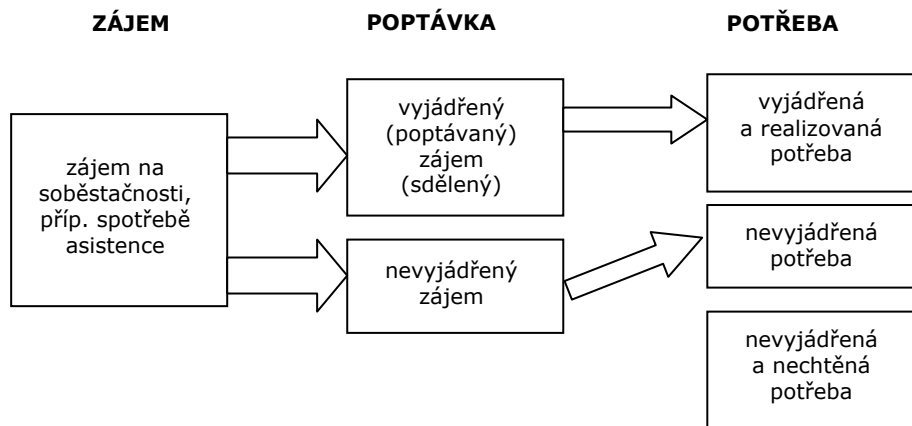
Je zřejmé, že na první pohled je potřeba sociálních služeb z pohledu ekonoma poněkud amorfním pojmem s teoreticky nekonečnou četností. Ba dokonce lze říci, že právě v souvislosti s demografickými změnami a poklesem neformálních sociálních služeb existuje stále více lidí, kteří by tuto potřebu mohli potenciálně nárokovat. Stejně tak není reálné poskytnout sociální služby na principu aktivního vyhledávání veškerých potřeb - takové pojetí by mohlo brzy narazit na reálnou společenskou kapacitu pečovatelských a dalších aktivit.

Na druhé straně ale je evidentní, že celá řada lidí, přestože sociální služby nepoptává, je evidentně potřebuje a jejich spotřeba by jim mohla přinést zlepšení jejich životního standardu a možná že i zdravotního stavu, pokud je díky nedostatečné sociální péči negativně ovlivněn. Nesporně je tedy užitečné s pojmem potřeby sociálních služeb pracovat a tento pojem stavět vedle poptávky po sociálních službách. Přidržíme se nyní tohoto pojetí, vycházejícího z modifikovaného zdravotního stavu jednotlivce a s ním související sociální situace daného pacienta.

Především je v tomto pojetí sociální služba objektivně potřebná a její potřeba verifikovatelná. Vznikne-li však již určité onemocnění, pak na základě aktuálního stavu vědeckého poznání existují postupy, které jsou v určitém čase a místě ověřené jakožto postupy vedoucí k účinné léčbě. Způsob léčby konkrétního onemocnění, tedy indikovaná zdravotní a sociální péče, se může v čase a s rozvojem lékařského poznání měnit. V určitém čase lze však stanovit, jaká zdravotní a sociální péče má odpovídat určitému onemocnění, včetně jeho konkrétní variace u určitého pacienta. Všimněme si, že nijak neomezujeme to, kdo bude danou sociální službu provádět, čímž se zachovává možnost neformálního poskytování takovýchto služeb. I ta totiž může být reakcí na jejich potřebu.

Vztahy mezi potřebou a poptávkou po sociálních službách ukazuje následující schéma, které zkonstruoval Mooney (1992) původně pro zdravotní péči, nicméně po drobné úpravě je lze použít i pro péči sociální. Ukazuje, že potřeba není homogenním pojmem.

Obrázek č. 2 **Zájem, potřeba sociálních služeb a poptávka po sociálních službách**



Zdroj: (Mooney, 1992), upraveno pro problematiku sociálních služeb

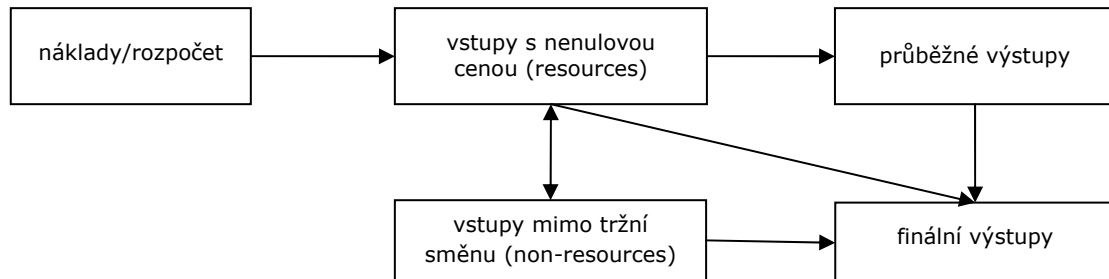
Toto schéma vychází z interního zájmu klienta na soběstačnosti, případně na spotřebě asistenčních služeb v nejširším slova smyslu, která bude kompenzovat ty oblasti, v nichž soběstačný není či vzhledem ke svému zdravotnímu stavu být nemůže. Výsledkem tohoto zájmu může být vyjádřený zájem v podobě poptávky, momentálně abstrahované od rozpočtového omezení. Tak je naplněna potřeba jako průnik vyjádřeného zájmu a jeho realizace v praxi. Případně klient může takový zájem pociťovat, ale z nejrůznějších důvodů (stud, deprese, institucionální a organizační překážky) ho nedá najevo - tedy poptávku nedá najevo. Taková potřeba je tedy nevyjádřená, přestože ji klient pociťuje. Poslední možností je (subjektivně) nevyjádřená a nechtěná potřeba, která vzniká bez ohledu na zájem nebo projevenou poptávku pacienta, především jako výsledek objektivního posouzení sociální situace klienta lékařem nebo odborným sociálním pracovníkem. To neznamená, že bude klientovi konkrétní sociální služba vnucována, ale spíše identifikaci potřeb klienta, pokud ještě není se svou sociální situací dostatečně obeznámen, nebo pokud není schopen vzhledem ke svému fyzickému nebo psychickému stavu svoji sociální situaci adekvátně vnímat a vyhodnotit.

1.4 Schéma produkce blahobytu v oblasti sociálních služeb

Na obecné úrovni je významné analyzovat mechanismy, jimiž dochází k produkci blahobytu (welfare) jako určité formy uspokojení pro konkrétního jednotlivce v oblasti služeb. Taková analýza je významná zvláště proto, že proces produkce určitých služeb - a platí to i pro služby sociální - je poměrně komplexním jevem. Z vnějšího pohledu může určitá sociální služba vypadat jako pouhá neproduktivní reakce na nesoběstačnost daného jednotlivce - při bližší analýze však získáváme schémata produkčního typu, kdy daná aktivita či sociální služba je výstupem poměrně sofistikovaného procesu. Z ekonomického pohledu to ukazuje

následující schéma, jež je aplikovatelné obecně na služby poskytované v populaci, a tedy i na služby sociální.

Obrázek č. 3 **Schéma produkce blahobytu v oblasti sociálních služeb**



Zdroj: (Knapp M. , 1984)

Uvedené schéma (Knapp M., 1984) ukazuje funkci a charakter produkčního mechanismu. Vychází z rozdělení vstupů na tzv. resources a non-resources. Resources jsou vstupy s nenulovou cenou (např. platy zaměstnanců, investice). Náklady na tyto vstupy jsou vyjádřeny v peněžních jednotkách, případně kumulativně v rozpočtu dané organizace. Non-resources jsou vstupy, které mají vliv na dosažení výsledků, ale nemají v daném okamžiku tržní cenu nebo nejsou na trhu obchodovány. Příkladem může být např. úroveň komunity v místě poskytování sociálních služeb, postoje veřejnosti ke zdravotně postiženým nebo kvalita lékařské dokumentace pacientů. Průběžnými výstupy jsou služby samotné, v případě sociálních služeb ve formě jejich kvantifikovatelného objemu v dané minimální kvalitě. Jsou přímým produkčním výstupem použití vstupů za daných nákladů. Pomocí těchto průběžných výstupů se dosahují výstupy finální, v oblasti sociálních služeb např. ve formě zlepšení soběstačnosti nebo kompenzace nepříznivého zdravotního stavu pacienta.

Implikacemi pro otázky efektivity sociálních služeb vyplývajícími z výše uvedeného schématu jsou zejména nemožnost analyzovat efektivnost sociálních služeb pouze na principu přímých, vyčíslitelných nákladů a snadno měřitelných výsledků v podobě průběžných výstupů. Jakkoli toto pojetí je pravděpodobně nejbližší úzkému principu sledování nákladové efektivity v poměru cena/výkon - tzv. efficiency, jak ji chápou Knapp a Kendal (2000), nepokrývá ve schématu obsažené prvky non-resources a finálních výstupů. Efektivnost sociálních služeb se v tomto pojetí a na základě tohoto teoretického schématu již více než 25 let existujícího ve světové literatuře 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.

Ve světle uvedených skutečností je třeba zohlednit následující okolnosti provázející hodnocení efektivity sociálních služeb, které shrnuje Wistow (2005) takto:

- změna v kvalitě života nebo úrovni „blahobytu“ klienta může být výsledkem dlouholetého vývoje,
- efektivní sociální péče se může projevit pouze jako zpomalení negativního trendu, což je obtížné porovnávat v rámci srovnávacích studií,

1. Charakteristiky sociálních služeb

- hodnocení efektivity v sociální péči je částečně subjektivní, protože je závislé na sebehodnocení pacientů, jejichž schopnost k takovému sebehodnocení může být snížena vzhledem k charakteru onemocnění.

Nelze tedy chápat sociální služby pouze jako produkční entitu určitého objemu takovýchto služeb. Produkční proces je pouze jednou ze složek sociálních služeb, dalšími jsou: (Wistow, 2005)

- proces koordinačně-integrační, který zapojuje do procesu sociálních služeb řadu dalších aktérů mimo poskytovatele a klienta,
- proces politický, který za podmínek omezených zdrojů předpokládá veřejnou volbu, nastoluje veřejnou diskusi na všech úrovních veřejné správy a obsahuje v sobě také nutnost kontroverzních rozhodnutí za podmínek omezených zdrojů (rozpočtů),
- učící se proces, který vyplývá jak z nutnosti zvládnout poměrně velký objem znalostí, ale i schopnost poučit se z vlastních chyb či realizace existujících projektů v oblasti sociálních služeb.

Zohlednění těchto dodatečných procesů při koncepci sociálních služeb a nastavení mechanismů jejich financování je nutnou podmínkou dosažení finálních výstupů, nikoli „pouhou“ měřitelnou produkcí výstupů dílčích. V ideálním případě je tak „blahobyť“ v oblasti sociálních služeb reprezentován vedle adekvátní produkce potřebného objemu služeb také integrací komunity a dalších lokálních aktérů, v rámci veřejné a sociální politiky jsou v rámci tzv. public agenda setting (Kingdon, 2003) nastoleny a řešeny otázky sociálních služeb v rovině demokratického rozhodování paralelně s ostatními společenskými prioritami. A konečně, 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.

2. Trendy ovlivňující potřebu a poptávku po sociálních službách

V této části se zaměříme na nejvýznamnější trendy ovlivňující potřeby a poptávky po sociálních službách. Není tedy jejím cílem provést analýzu těchto jevů, ale využít výsledky existujících analýz pro zohlednění nejvýznamnějších skutečností majících vliv na sociální služby.

2.1 Demografický vývoj (situace v rodinách a věková struktura)

Změny v oblasti sociálních služeb významně souvisí se změnami v rodině. Historicky celou řadu funkcí sociálních služeb zastávaly a pokrývaly právě rodiny, ať už to byla vzájemná péče sourozenců nebo princip „výměnků“, na nějž se uchýlovali staří rodiče po předání hospodářství svým potomkům výměnou za definovaný životní standard v době stáří a nemoci. Celá řada aktivit, které v současné době řadíme mezi sociální služby, se tak děla automaticky a tiše v rodinách samotných. To bylo umocněno nízkou mobilitou obyvatelstva, která umožňovala dlouhodobé kontakty jednotlivých členů rodiny. Významný byl také obvykle velký počet pohromadě žijících členů rodiny, který umožňoval vzájemnou zastupitelnost jednotlivých členů rodiny, např. při péči o své sourozence, zejména pokud se týká dětí.

Tyto skutečnosti ale postupně, zejména během 20. století, přestávaly platit. Demografický vývoj ve formě demografických přechodů přinesl významné snížení počtu dětí v rodině a větší mobilitu obyvatelstva. Jednotlivé generace přestaly bydlet ve společných domácnostech, trendem je samostatné bydlení podle vlastních priorit. V roce 2002 žilo v ČR 49 % seniorů starších 70 let v jednočlenných domácnostech a 40 % v domácnostech manželských párů (MPSV, Národní zpráva o rodině, 2004). Sociální systémy se zaměřují na podporu jednotlivých životních situací a rozvoj systémů sociálního pojištění umožnil samostatný život ve stáří. Ekonomická aktivita se přesouvá často mimo domov a lidé tak mají méně času a prostoru zabývat se problémy svých blízkých.

Klíčovým demografickým problémem je stárnutí populace samotné. Jak správně upozorňuje například Rabušic (2002), je třeba diferencovat mezi stárnutím jednotlivců (tj. dožitím vysokého věku jednotlivce) a stárnutím populací (kdy stárnout může populace tím, že se začne zvyšovat podíl jejích členů ve vyšším věku). V oblasti sociálních služeb jsou však významné oba tyto pohledy, neboť je podstatná jak sociální péče o seniory bez ohledu na jejich počet ve společnosti (zajímá nás každý konkrétní člověk ve vyšším věku a jeho problémy, i kdyby jich bylo málo - stejně tak jako nás zajímá každá skupina pacientů majících určitou nemoc, i když její incidence je řídká), tak i jejich podíl na celkovém počtu ošetřených pacientů a potažmo tedy jejich věkovou strukturu (v tomto pohledu nás zajímá, že starých občanů je mnoho a navíc jsou bez pracovního příjmu). V historickém kontextu demografický vývoj pro ČR ukazuje následující tabulka:

2. Trendy ovlivňující potřebu a poptávku po sociálních službách

Tabulka č. 3 **Věková struktura populace (%)**

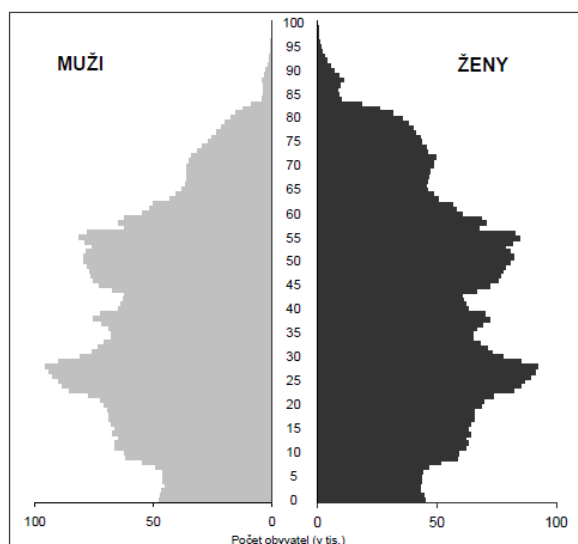
	0 - 14 let	15 - 59 let	60 a více let	index stáří	index ekonom. zatížení
1950	24,0	63,5	12,4	51,7	119,5
1961	25,4	59,7	14,8	58,3	124,8
1970	21,2	60,4	18,3	86,3	130,3
1980	23,4	59,6	16,8	71,8	128,2
1991	21,0	61,2	17,8	84,8	129,1
2001	16,2	65,4	18,4	113,6	128,1

Zdroj: (MPSV, Národní zpráva o rodině, 2004)

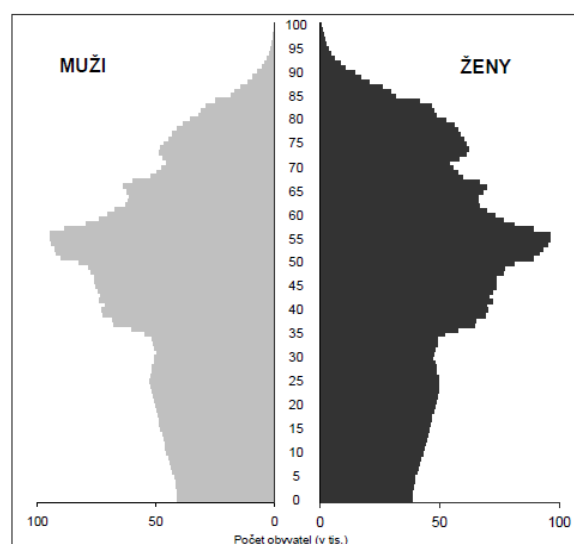
Do budoucna je prognóza ještě méně příznivá. Demografická projekce zpracovaná ČSÚ ukazuje ve střední variantě následující tvary současného a předpokládaného věkového složení.

Graf č. 4 **Demografická projekce ČSÚ**

2002



2030



Zdroj: (ČSÚ, 2003)

Je z ní vidět, že přibližně kolem roku 2030 bude vstupovat do seniorského věku velmi silná populační kohorta s rostoucí intenzitou spotřeby sociálních služeb v letech 2030–2060.

Stárnutí populace vnáší stále větší disproporce do tradičních systémů zajištění zdravotní péče, kde v minulosti nebyly vyšší věkové skupiny brány jako specifický problém - typickou výzvou poloviny 20. století byla naopak péče o děti a efektivní management onemocnění dětského věku. Jedná se jak o zvyšující se finanční náročnost péče o seniory, tak o nutnost řešit nové situace, které s sebou přináší stárnutí populace a zvyšující se podíl seniorů ve společnosti. Mezi fenomény, se kterými se setkáváme a na něž musí systém sociálních služeb v souvislosti se stářím reagovat, patří zejména:

- růst počtu diagnóz specifických či výlučných pro starší populaci,

- nutnost realizace specifické péče o seniory (geriatrická péče),
- selhání běžných léčebných postupů při uvedení zpět do aktivního života,
- zvyšující se podíl velmi starých lidí - tzv. „old old people“, tedy věkové skupiny nad 85 let věku se zcela specifickými problémy ve zdravotní i sociální oblasti,
- stále užší propojování zdravotní a sociální péče, kdy pouze současné působení těchto oborů přináší žádoucí pozitivní efekt,
- etické otázky související s problematikou možností medicíny, prodlužování faktické délky života a kvality takto prodlouženého života.

V této souvislosti je také používána následující klasifikace seniorů dle věku a jemu odpovídajícímu charakteru potřeb (Mühlpachr, 2004).

Tabulka č. 4 **Rozčlenění seniorů dle věku a potřeb**

věk	označení	charakteristika
65-74	mladí senioři	adaptace na odchod do důchodu, změna způsobu trávení volného času a seberealizace
75-84	staří senioři	změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob
85+	velmi staří senioři	zaměření na sledování soběstačnosti a zabezpečení

Zdroj: (Mühlpachr, 2004)

Jak vyplývá z prezentovaných faktů, lze očekávat rozvoj zdravotních služeb pro seniory, které budou stále více doplňovány službami sociálními. V této souvislosti je nutno poznamenat, že substituce úlohy rodiny zdravotní a sociální službou by neměla být absolutní. Je zřejmé, že je třeba najít mechanismy, které umožní lidem v produktivním věku věnovat se své kariéře a osobnímu rozvoji, ale na druhé straně by tyto mechanismy neměly suplovat funkční vztahy v rámci rodiny a podle našeho názoru je ani suplovat nemohou. Jak uvádí Národní zpráva o rodině (MPSV, Národní zpráva o rodině, 2004):

„Snižená soběstačnost seniora je z hlediska rodiny jistě zátěžovou situací, jejíž uspokojivé zvládnutí je závislé na mnoha faktorech. Situace, kdy stárnoucí rodič ztrácí soběstačnost, je zkouškou kvality vztahu mezi rodičem-seniorem a jeho potomkem či jiným příbuzným. Péče rodiny je pro seniory přijatelnější a lze s její pomocí předejít nutnosti poskytování sociální péče státem v instituci. Z provedených výzkumů vyplývá, že senioři jednoznačně preferují pobyt v domácím prostředí v případě zhoršeného zdravotního stavu či vzniku zdravotního postižení, které vedou ke snížené soběstačnosti.“

To potvrzují i mezinárodní srovnávací studie, kde 62 % respondentů preferuje zůstat v domácím prostředí s podporou rodiny a 56 % respondentů zůstat v domácím prostředí s profesionální péčí (Wanless, 2005). Ve Velké Británii se mezi roky 1992-2001 více než zdvojnásobila (1992 - 3,2 hod., 2001 - 7,6 hod.) průměrná doba poskytování domácí péče (home care), neboť systém sociální péče se posouvá k péči o více závislé lidi mimo pobytová zařízení (Knapp, M. H., 2001).

Zdroje, které jsou k dispozici pro zdravotní a zdravotně-sociální péči o seniory, jsou nesporně omezené (zejména jejich veřejná část). V rámci rozvojových priorit společnosti je vždy přítomna volba, zda investovat do těch, kteří mají svůj produktivní věk již za sebou, nebo do jiných oblastí společnosti, které jsou také na zdroje velmi náročné. Tento permanentní konflikt je však nutno trvale harmonizovat do společenského konsenzu, a to i v oblasti zdravotnictví. Je tedy zřejmé, že zdravotně-sociální péče o seniory nikdy nebude maximální ve smyslu využití všech možností, které lékařská věda nabízí a zejména nabízet bude. Hledání kompromisu je obtížné i

vzhledem k tomu, aby skutečně aplikovaná zdravotní péče zlepšovala kvalitu života. Je relativně jednoduché poskytovat seniorům zdravotní péči, těžší je skutečně léčit a vyléčení z nemocí je ve vyšším věku spíše výjimkou než pravidlem. Pak nastupuje cirkulární charakter vazeb zdravotní a sociální péče ústící v kombinovanou péči zdravotně-sociální.

Významné je také duální chápání nemocnosti ve stáří jako expanze nemocnosti verzus komprese nemocnosti. To přesně exponuje Mühlpachr (2004) v následujícím textu:

„Jednou ze základních gerontologických otázek je, zda je zdravotní a funkční stav ve stáří pozitivně ovlivnitelný. Pokud by ovlivnitelný nebyl, musí zákonitě s prodlužováním střední délky života a obecným dožíváním vysokého věku ve společnosti dramaticky přibývat závislých osob, musí se zvyšovat počet let závislého života a musí se šířit obraz senectus molesta (bolestného stáří) s nízkou kvalitou života a s vysokou potřebou zdravotně-sociální péče. Jde o variantu expanze nemocnosti v souvislosti s prodlužováním střední délky života a období závislého, nemocného života. Proti této představě stojí varianta oddálení nemocnosti či dokonce komprese nemocnosti, která předpokládá nejen prodlužování, ale především zkvalitňování života ve stáří, de facto prodlužování středního věku.“

Stárnutí populace lze jistě chápat jako negativní jev, který se „prostě musí řešit“. Existuje však také možnost, abychom demografické změny ve společnosti chápali jako příležitost k rozvoji sociálních a zdravotních služeb s pozitivním vlivem na zaměstnanost, aplikaci a rozvoj nových léčebných metod atd. Navíc, jak vyplývá z předchozího odstavce, senior nemusí být nutně závislý a nemocný. To je samozřejmě opticky náročnější na zdroje a hlavně na ochotu a motivaci lidí, ale vytváří to potenciál pro zvýšení kvality života podstatné části naší populace. Vzhledem k nutné individualizaci potřeb je nutno klást důraz na decentralizaci a skutečné zjištění potřeb konkrétního seniora, to však nemusí být důvodem k opuštění veřejného financování zejména tam, kde chceme zachovat bezplatnost v momentu spotřeby. Musíme se vždy ptát, kolik procent seniorů je skutečně využívá a zda skutečně v praxi zlepšují kvalitu jejich života.

2.2 Situace ve zdravotnictví

Významné změny nastávají také ve zdravotnictví. Historicky existovala celá řada invalidizujících chorob (např. TBC, diabetes), jejichž zhoršení většinou znamenalo rychlou smrt anebo jejich nositel podlehl jinému, většinou infekčnímu onemocnění (např. zápal plic). Stejně tak řada dnes léčitelných úrazů měla fatální charakter. Takovýto stav sice potřebu sociální péče u řady onemocnění nebo jednotlivců redukoval, nicméně cenou za tuto redukci byla nízká střední délka života v populaci. Vzhledem k omezeným možnostem medicíny byla řada lékařských zákroků paliativního nebo experimentálního typu, péče o těžce nemocné se soustředila v kláštorech a chudobincích, později sanatoriích. Je nutno uvést, že existovala i řada léčebných metod, jejichž využití vyžadovalo dlouhodobou hospitalizaci (prakticky všechny chirurgické zákroky tzv. „velké chirurgie“ v 18. a 19. stol.).

V průběhu 20. století se rozvíjejí tzv. civilizační onemocnění, která mohou vést k závislosti na sociální péči jako výsledku dlouhodobé invalidity. Příkladem může být právě změna charakteru diabetes. Zatímco na počátku 20. století to byla v převažující formě diabetu I. typu typicky smrtelná choroba, v současné době je jak diabetu I., tak nově i II. typu chronickým onemocněním, které ve své pokročilé fázi vyžaduje

2. Trendy ovlivňující potřebu a poptávku po sociálních službách

sociální služby u řady pacientů. Ilustrativně nárůst výskytu diabetu v ČR ukazuje následující tabulka.

Tabulka č. 5 **Vývoj počtu léčených diabetiků v ČR, 1975-2005**

rok	muži	ženy	celkem	v tom			
				jen dietou	PAD	inzulínem	inzulínem +PAD
na 100 000 obyvatel			v % z celkového počtu				
1975	2 094,0	2 530,7	2 319,0	46,3	40,0	11,8	2,0
1980	2 824,4	3 322,9	3 081,2	48,7	39,0	11,1	1,1
1985	3 529,3	4 113,1	3 829,7	47,0	39,8	12,7	0,6
1990	4 252,3	4 973,4	4 622,9	43,8	41,9	12,9	1,4
1995	4 853,6	5 820,3	5 350,4	40,7	41,8	14,8	2,7
2000	5 932,3	6 788,6	6 371,8	38,0	42,4	15,1	4,5
2005	6 818,3	7 587,2	7 212,0	33,1	44,2	15,7	7,0

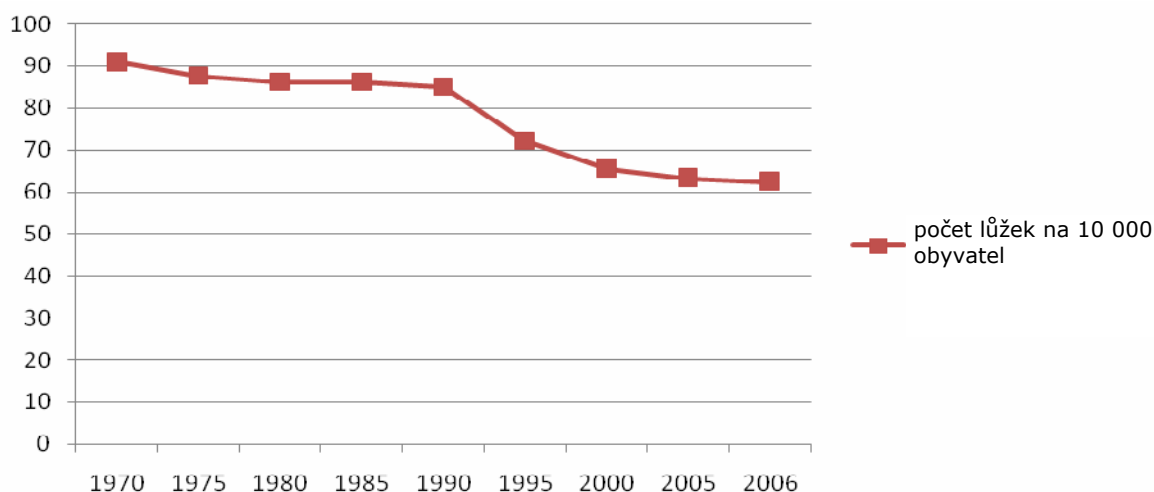
Pozn.: do roku 1994 pouze diabetici léčení v diabetologických poradnách, od roku 1995 včetně diabetiků léčených u praktických lékařů pro dospělé; do roku 1999 údaje za zařízení rezortu zdravotnictví, od roku 2000 včetně mimorezortních zařízení; PAD - perorální antidiabetika

Zdroj: (ÚZIS, Zdravotnictví České republiky 2005 ve statistických údajích, 2006)

Podobný vývoj je zaznamenáván v řadě dalších, tzv. civilizačních chorob (kardiovaskulární onemocnění, osteoporóza, obezita, alergie aj.) Dochází také ke změnám v charakteru medicíny. Historicky byla zejména chirurgie spojena s dlouhodobými hospitalizacemi po invazivních chirurgických zákrocích. Obdobně např. léčba infekčních onemocnění bez antibiotik, pokud byla vůbec úspěšná, byla charakterizována dlouhou dobou neschopnosti k práci a následné rekonvalescence. V současné době se šíří medicínou trend zejména z USA spočívající ve zkrácení doby hospitalizace, v extrémní podobě dosahující u vhodných diagnóz tzv. jednodenní hospitalizace (one-day surgery). Jakkoli je nutno vždy na principu předběžné opatrnosti zkracování délky hospitalizace a tím i příslušných sociálních služeb souvisejících s primární diagnózou pečlivě analyzovat, makroekonomicky to znamená poměrně výrazné snížení podílu nemocničních lůžek a tlak na jejich přeměnu na lůžka následné péče, kde je větší podíl sociální péče. Dlouhodobý trend v tomto směru pro ČR ukazuje následující graf.

2. Trendy ovlivňující potřebu a poptávku po sociálních službách

Graf č. 5 **Počet lůžek na 10 000 obyvatel v ČR**



Zdroj: (ÚZIS, Zdravotnictví České republiky 2006 ve statistických údajích, 2007)

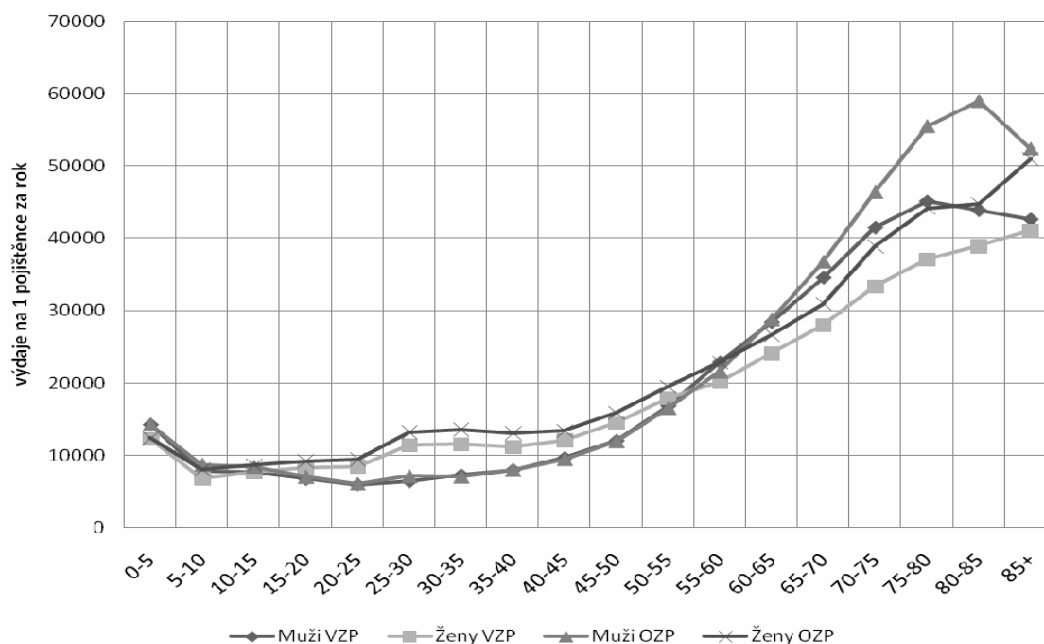
Pokrok v medicíně tedy umožňuje prožívat kvalitní život i lidem, kteří by bez její pomoci na tomto světě již dávno nebyli. Přesto řada onemocnění je doprovázena obdobími, kdy lidé nejsou soběstační, případně od určitého stadia nemoci již nejsou soběstační trvale a jsou tedy odkázáni na pomoc druhých. Paradoxně v tomto směru působí i to, že medicína dokáže řadu dříve fatálních stavů stabilizovat nebo kompenzovat (např. dialýza), ale nikoli již zcela vyléčit. Vzhledem k nastíněné situaci v rodinách tyto již nejsou schopny nebo ochotny tuto pomoc zabezpečit. Navíc, řada stavů při různých onemocněních „amatérskou“ sociální péčí i zcela vylučuje, protože předpokládá odborné znalosti a dovednosti. To je doplněno otázkou psychické zátěže např. při péči o zdravotně postižené nebo terminálně nemocné pacienty, kterou nemusí rodinný příslušník být schopen zvládnout.

V souvislosti se stárnutím populace je významná také nákladovost zdravotní péče v jednotlivých věkových skupinách, která může ukazovat i na nutnost spotřeby sociální péče - nákladná zdravotní péče je často spojena s nutností nebo ústí v nutnost spotřeby péče sociální.

Z této analýzy lze získat zajímavé údaje ohledně výdajů na jednotlivé věkové skupiny obyvatelstva, jak ukazuje následující graf, obsahující výdaje na 1 pojištěnce dle věkových skupin pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (VZP) a Oborovou zdravotní pojišťovnu zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví.

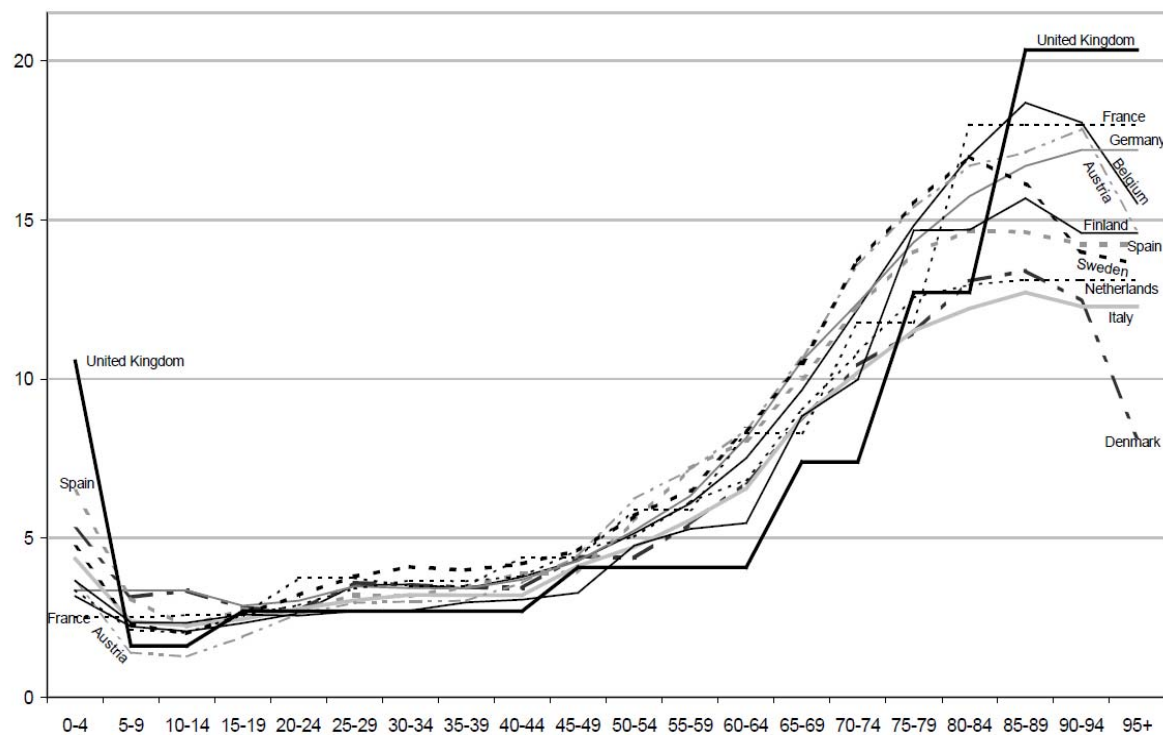
Graf č. 6 **Náklady dvou českých ZP na pojištěnce dle věkové struktury**

Výdaje na 1 pojištěnce dle věkových skupin, 2006, VZP a OZP zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví



Zdroj: Výroční zpráva VZP 2006 a Výroční zpráva OZP zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

Graf č. 7 **Náklady na pojištěnce dle věku v mezinárodním srovnání**



Zdroj: Evropská komise, Budgetary challenges posed by ageing population, 2001

2. Trendy ovlivňující potřebu a poptávku po sociálních službách

Podobný vývoj lze doložit i analýzou výdajů na zdravotnictví v poměru k HDP ve zvolených evropských zemích. Uvedené grafy empiricky dokumentují skutečnosti známé z teorie ekonomie zdravotnictví.⁵ Předně jsou to výrazně vyšší výdaje u věkových skupin 0-5 a 50+, s extrémním nárůstem nákladů ve věkové skupině 65-85 let. To je objektivně dáno lidským biologickým cyklem a z něj vyplývající spotřebou zdravotní péče v těchto životních obdobích (dětství, stáří). Zvýšené výdaje jsou tak umístěny do období tzv. „biologické křehkosti“ a vzhledem k nastíněným vazbám zdravotní a sociální péče implikují i zvýšenou potřebu sociální péče v těchto obdobích, zejména ve stáří.

Významným aspektem ve zdravotnictví jsou také tzv. nákladní pojištěnci, kteří spotřebovávají také značný objem sociálních služeb. Každá veřejná zdravotní pojišťovna ve svých výročních zprávách tyto počty z důvodu jejich zápočtu do přerozdělování prostředků veřejného zdravotního pojištění vykazuje.

V důsledku automobilismu a technizace života přibývá invalidů s postižením pohybového aparátu. Např. v roce 2006 zemřelo v ČR do 30 dnů po nehodě 1 083 lidí a těžce zraněno bylo 3 883 lidí (Daňková, 2007). Lze předpokládat, že většina z těchto těžce zraněných bude dlouhodobými klienty sociálních služeb. Náhlá úmrtí následkem autonehody zase významně komplikují sociální situaci rodin. Tak se stává civilizační rozvoj ve formě automobilismu vedle stárnutí jedním z významných faktorů nárůstu spotřeby dlouhodobé sociální péče.

Z hlediska efektivnosti celého systému je v oblasti zdravotnictví podstatná institucionální pozice a přístup zdravotních pojišťoven - tedy stručně řečeno, co všechno budou zdravotní pojišťovny ochotny hradit v rámci plnění ze zdravotního pojištění a do jaké míry se podaří propojit zdravotní a sociální péči ve funkční kombinaci péče zdravotně-sociální, aniž by si její jednotlivé složky na sebe navzájem „přebrávaly“ nevýhodné nebo nákladné případy či terapeutické postupy. Současný systém v úhradách zdravotní péče jen obtížně pokrývá náklady ošetrovatelského personálu. V tomto ohledu je podstatné citlivě nastavit vazby již identifikované v rámci kapitoly 0 a respektovat tam odvozené závislosti.

⁵ CUTLER.D., ZECKHAUSER, R. The anatomy of health insurance. NBER Working Paper No. 7176, 1999

3. Veřejní a soukromí poskytovatelé sociálních služeb a princip neziskovosti

3.1 Způsoby financování a poskytování sociálních služeb

Z ekonomického hlediska mohou být poskytovatelé sociálních služeb členěni do čtyř různých kategorií a mohou zároveň čerpat z různých zdrojů financování. To ukazuje následující tabulka.

Tabulka č. 6 **Vztahy mezi financováním a poskytováním sociálních služeb**

způsob financování / poskytovatel	veřejný	dobrovolník	soukromý	neformální
daně - veřejné zdroje	hierarchické struktury, interní quasi-trh	nákup služeb státem - externí kvazitrh		dotace/podpora pečovatелům
dobrovolná solidarita		nadační podpora dobrovolníkům	úhrada péče klientům	
zaměstnavatelé		podpora organizacím dobrovolníků		podpora lidem pečujícím o blízké
soukromé	platby za veřejné služby	platby za služby dobrovolníků	tržní směna	
individuální nepeněžní pomoc	dobrovolná práce ve veřejném sektoru	dobrovolníci podílející se na péči		pomoc rodiny, přátel, sousedů

Zdroj: (Wistow, 2005), přeloženo, upraveno

V uvedeném schématu nalézáme řadu vazeb s analýzou ekonomického charakteru sociálních služeb jako takových. Zaměřme se nyní na ty, které mají z hlediska ekonomické analýzy nejnázornější vypovídací schopnost.

Za prvé se jedná o interakci veřejného poskytovatele a veřejných zdrojů, která funguje na principu hierarchických struktur. To otevírá pole pro motivační a monitorovací strategie založené na organizačně-příkazovém mechanismu, které však mají, zejména z pohledu rozhodování jednotlivce, podstatnou nevýhodu: nefungují autonomně, a to především vzhledem k ekonomické racionalitě. Nelze tedy předpokládat, že je budou lidé sledovat sami od sebe nebo že stačí vytvořit na ně existenční tlak a začnou se podle těchto strategií chovat. Tyto strategie předpokládají dvě základní vazby - na znalost logiky a mechanismů fungování systému a na hodnotové a motivační žebříčky zúčastněných subjektů.

V případě organizačně-příkazového mechanismu tedy určuje dosahování efektivnosti stanovení cílů, pravidel a jejich následná kontrola. Je potřeba externí subjekt k tomu, aby tato pravidla stanovil a následně kontroloval, zda jim skutečně praxe výkonu určité činnosti vyhovuje. Vhodné je též stanovení určitých ukazatelů, pomocí nichž lze sledovat, třeba i nepřímo, kvalitu a nákladovost vykonávaných činností. Vzhledem k tomu, že charakter služeb není primárně determinován poptávkou jednotlivce, musí být definovány standardy dostupnosti a kvality.

Ekonomická teorie a zkušenosti z vývoje centrálně plánovaných ekonomik však ukazují omezenost těchto přístupů na obecné úrovni. Z těchto důvodů jsou v rámci

současné veřejné ekonomie stále více rozvíjeny principy spolupráce, plurality, konkurence a kvazikonkurence ve veřejném sektoru, které mohou v určitých případech lépe než direktivní alokace a centrální plánování zajistit efektivnost. Je analyzována také distribuce zdrojů neziskovým subjektům (viz dále). Optimalizační úloha se tak posouvá zejména k efektivnímu využití definovaného objemu veřejných zdrojů. V podtextu těchto alokačních schémat je zachování veřejného financování určitých statků a služeb a současné zvýšení alokační efektivnosti v rámci veřejného sektoru s pomocí současných poznatků veřejné ekonomie. Výsledkem jsou i posuny alokace veřejných zdrojů v prvním řádku tabulky dalším poskytovatelům, kteří je budou schopni využít efektivněji než stát a jeho organizace.

Za druhé se jedná o tržní směnu, tedy interakci soukromých zdrojů mezi nabízejícími a poptávajícími. V případě tržního mechanismu je tím, co kontroluje, zda se určitý subjekt chová ekonomicky racionálně, konkurence. Jinými slovy, jeden subjekt svou vlastní činností kontroluje, zda jiný subjekt svoji činnost nečiní neefektivně. Mikroekonomická teorie skýtá v této souvislosti detailní aparát analýzy užítku, určování cen a racionálního využití výrobních faktorů a v té souvislosti popisuje i různé deformace konkurenčního prostředí, které vedou k selhání tohoto mechanismu nepřímé kontroly racionality alokace (např. monopol, varianty oligopolu apod.). Cenový systém funguje jako informační systém pro zúčastněné subjekty (Hayek, 1945).

V této souvislosti v souladu s klasikem ekonomické teorie Adamem Smithem připomeňme motivaci pekaře k činnosti, kdy jej neviditelná ruka trhu vede k pečení dobrého chleba pro zákazníky (Smith, 1958). Ti určují svou poptávkou, zda, jaký, a v jakém množství chleba upeče. Konkurenční pekaři pak svojí vlastní prací kontrolují, zda nelze upéct v daném čase a s danými technologiemi chleba levněji a lépe. Pokud by to šlo, zákazníci by se přesunuli k nim a našeho pekaře by opustili. Individuální zájem vede k motivaci jedince k vykonávání určité činnosti, a to přesto, že dílčí etapy té činnosti už přímou motivaci neobsahují. Tento typ motivace je navíc schopen překonat i např. rasové (Becker, 1957) nebo sociální předsudky (Arrow, 1998), což je v oblasti sociálních služeb užitečná vlastnost. Je zřejmé, že pokud se pekař rozhodne na základě zájmu svých klientů péci chleba, tak již musí učinit nutné úkony směřující k jeho upečení, i když k nim zvláště už není nijak motivován. Navenek se může zdát, že pekař peče svůj chleba „sám od sebe“. Inherentně přítomná motivace toho typu, že díky onomu pečení chleba může spokojeně žít, již nemusí nutně vystoupit na povrch.

Lze však tuto inherentní motivaci nějakým způsobem rozklíčovat šířeji? Je třeba si položit otázku, z čeho taková motivace pro činnost ve skutečnosti vyplývá. Aniž bychom příliš silně využívali poznatků psychologie a historie, můžeme nalézt inspiraci v přírodě. Podobně jako v přírodě zvířata jsou svým pudem motivována k přežití a k činnosti je nutí snaha přežít a opatřit si potravu, tak i ve společnosti jsou nastavena určitá kritéria distribuce statků a služeb v závislosti na zásluhách a aktivitě. Úspěšnost jedince ve společnosti je v tržním modelu svázána s jeho aktivitou, za níž získává zdroje potřebné ke své existenci a ke směně s ostatními.

Tak lze, vedle etické motivace vycházející z humanismu a altruismu, zdůvodnit i motivaci k pravidelnému poskytování sociálních služeb na bázi smluvní volnosti a individuálního rozhodování.

Jak již bylo odvozeno při analýze statků v oblasti sociálních služeb, každý z uvedených typů interakcí má své nevýhody. Proto v praxi nacházíme širokou škálu kombinací financování a poskytovatelů sociálních služeb, zvláště pokud je legislativně nastaveno rovné prostředí pro jejich poskytovatele. Typově je lze přiřadit do příslušných políček již uvedené tabulky.

Již jsme ukázali, z ekonomických a sociálních specifik sociálních služeb vyplývá to, že jejich poskytování tržním způsobem jako výsledek střetu tržní nabídky a poptávky je jen jednou z alternativ. Typologie financování a poskytovatelů tedy ukazuje v praxi pluralitní charakter poskytovatelů.

Je však zřejmé, že jak soukromí ziskoví, tak veřejní „hierarchičtí“ poskytovatelé sociálních služeb mohou trpět „typickými nevýhodami“, nepokrývají všechny potřeby v oblasti sociálních služeb, a to právě z důvodu ekonomických charakteristik svého fungování. To je jeden z důvodů pro vznik a existenci tzv. třetího (občanského, neziskového) sektoru (Zimmer & Priller, 2004), který svým charakterem naplňuje cíle tzv. sociální ekonomiky. Jejím cílem je řešení sociálních problémů a naplňování sociálních cílů prostřednictvím aktivní role širšího spektra aktérů včetně neziskových organizací. Definice sociální ekonomiky se u různých autorů⁶ liší, zejména podle toho, které organizace jsou do ní zahrnovány a které nikoli. Poskytování sociálních služeb jako předmětu činnosti ale do cílů sociální ekonomiky nesporně patří.

3.2 Motivace poskytovatelů sociálních služeb

Racionální chování jednotlivce na principu *homo oeconomicus* vede k dosahování efektivnosti při splnění podmínek, které se nazývají dokonalou konkurencí. Z existujících psychologických teorií vyplývá, že takové chování, které je činěno na základě určité interní motivace člověka,⁷ bývá velmi efektivní a jedinec konající činnost na základě takové motivace dosahuje při výkonu své činnosti velmi dobrých výsledků. Motivace stojí obecně nad každodenní praxí a z toho vyplývá jejich význam.

Motivace spočívající ve snaze získání ekvivalentů pro směnu však nesporně není jediná. Zvláště u určitých osobnostních typů lze sledovat i jiné typy motivací, jako je altruismus, solidarita, úvahy vyplývající ze vzdělání apod. Podmínkou praktické realizace jiných filozofií než efektivnostní směny na základě ekonomické racionality je však buď askeze nebo dřívější uspokojení potřeb jiným způsobem. Je však zřejmé, že i přes existenci diferencovaných motivací u různých jedinců lze vysledovat společné cíle takových motivací ve smyslu uspokojení jednotlivých stupňů pyramidy potřeb, jak ji definoval například Maslow.⁸

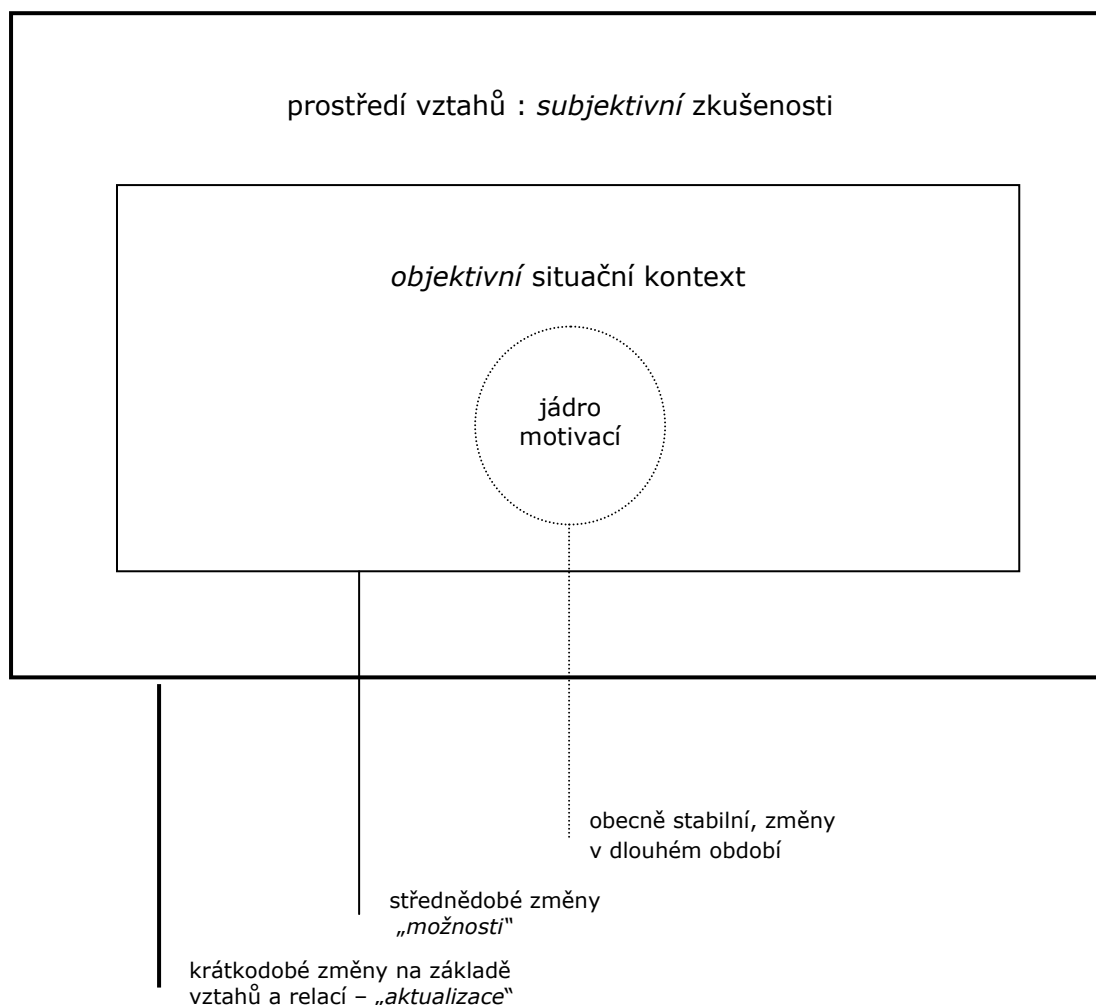
V rámci sociálních služeb mohou být motivace klasifikovány pomocí tzv. motivačního profilu (Kendall, 2003).

⁶ Např. Hunčová (2004), Frič a Goulli (2001), Centrum pro výzkum neziskového sektoru (2003)

⁷ ať už pozitivní nebo negativní

⁸ <<http://www.managingchange.com/dynamic/maslow.htm>>, přeloženo, upraveno, [cit. 21. 4. 2005].

Obrázek č. 4 **Konceptuální základ motivačního profilu v oblasti sociálních služeb**



Zdroj: (Kendall, 2003)

Pro analýzu efektivity sociální péče z významu diferencovaných motivací vyplývá podstatná implikace - jednotlivé subjekty (např. klienti, sociální pracovníci, zdravotní sestry, pečovatelé, administrativní pracovníci) nemohou mít své motivace systémem nastaveny tak, aby jejich skutečné potřeby dlouhodobě potlačovala nebo nenaplněovala. Je nutno si uvědomit, že na všech článcích systému jsou ve výkonných funkcích lidé a že motivace těchto lidí a stupeň dosahování na jejich jednotlivé potřeby či priority jsou pro dlouhodobou stabilitu systému zcela zásadní. Současná, na finančních tocích a tržní efektivity postavená ekonomika předpokládá, že adekvátní distribuce finančních prostředků dává jedinci dostatečnou možnost si svoje životní potřeby uspokojit. Adekvátní distribuce finančních prostředků je proto základní faktor motivace jednotlivých subjektů systému k činnosti, a tedy i jejich adekvátního jednání v rámci systému. V tomto smyslu lze svázat snahu o adekvátní distribuci finančních prostředků v systému a adekvátní motivaci jednotlivých subjektů k činnosti. Nelze

však podceňovat ani další motivační strategie známé z personalistiky a managementu.⁹

Zdánlivě triviální teoretická poučka, že by systém měl být nastaven tak, aby byl co nejvíce v souladu s přirozenou motivací jednotlivých subjektů, se tak v praxi rozpadá do relativně komplikovaného uspokojování potřeb jednotlivých zúčastněných subjektů. V této souvislosti může vzniknout oprávněná obava, zda ve finální fázi nebude systém spíše než na dosahování cílů zaměřen právě na toto uspokojování potřeb a zda to nebude mít následně dopad na efektivitu systému jako celku, kde sice budou jeho jednotliví účastníci uspokojeni, ale celkový produkt, tedy úroveň sociálních služeb obyvatelstvu, se nebude pozitivně vyvíjet anebo bude dosahován za nepřiměřených nákladů. Tato obava je do značné míry oprávněná, nicméně nijak nelikviduje předloženou úvahu o tom, že by jednotlivé subjekty systému měly být adekvátně motivovány ke své činnosti. Pokud tvůrce systému problematiku motivací jednotlivých subjektů nevezme v úvahu a adekvátně ji do systému neimplementuje, pak pravděpodobně sebelépe teoreticky nastavený a vymezený systém v praxi fungovat dobře nebude - neboť jeho jednotlivé subjekty se s ním neztotožní a nebudou se chovat tak, jak tvůrce systému předpokládal. Pro motivaci různých typů lidí jsou voleny různé strategie.¹⁰ Nelze říci, že jedna motivační strategie bude fungovat na všechny subjekty systému.

Je tedy nutné monitorovat, zjišťovat, předpokládat a analyzovat motivace a chování jednotlivých lidských článků systému a odtud čerpat podněty pro jeho případné systémové změny a úpravy. V případě selhání systému či zjištění neefektivnosti je pak nutno zkoumat, k čemu skutečně došlo - tedy zda došlo k projevu určité vady systému nebo zda selhal člověk na určité pozici.¹¹ Při selhání člověka pak je ještě nutno analyzovat, zda k tomuto selhání došlo na základě charakteru jeho osobnosti nebo zda je takovéto selhání obecnějšího charakteru, motivováno systémově a lze uvažovat o jeho opakovaném výskytu. Pokud ano, pak výsledkem může být návrh systémové změny, která oslabí motivaci lidí k takovému jednání.

Při úpravách systému je však potřeba brát v úvahu, že neustálé změny jednotlivých motivačních strategií mohou vést ke zmatení a rozrušení postupů, které lidé používají k dosažení cílů ve své pyramidě potřeb. Jednotlivá systémová opatření, která mohou být v dobré víře v jejich správnost přijata, jsou podmíněna akceptací jednotlivých aktérů systému. Pokud se tak nestane, jejich výsledky musí nutně být suboptimální, protože neztotožnění se s těmito pravidly¹² znamená především ztrátu těch aktérů, kteří by v rámci koncepce měli v praxi příslušná opatření realizovat. Taková systémová opatření jsou tedy, právě vzhledem k úloze jedinců v systému, odsouzena k suboptimální funkčnosti.

V současné době je snaha otevřít co nejširší prostor pro samostatné rozhodování subjektů systému sociálních služeb, a to jak poskytovatelů, tak uživatelů. Potom je třeba počítat s tím, že jejich rozhodování se bude řídit různými pohnutkami a motivacemi, jejichž význam a hierarchie byla v této kapitole nastíněna. Zároveň je

⁹ Viz např. ARMSTRONG, M. *Personální management*. Praha: Grada, 1999; BRUE, L., MCCONNELL, R. *Contemporary Labor Economics*, New York: McGraw-Hill, 1992

¹⁰ Připomeňme v této souvislosti McGregorovu teorii X a Y známou z managementu (tzv. krátké a dlouhé vodítko).

¹¹ Například v případě výkonového systému aplikovaného v ČR v polovině 90. let nejprve vykazovala nerealistické objemy výkonů pouze některá zdravotnická zařízení, což mohlo být posuzováno jako selhání jednotlivce. Vzhledem k tomu, že systém této praxi příliš nebránil, tato praxe se šířila dál, což následně vynutilo změny úhradových mechanismů.

¹² Jsou-li přijímána ve veřejném, tedy celostátním měřítku, pak jim nelze uniknout.

nutné sledovat, zda chování lidí není v konečném důsledku destruktivní z pohledu dosahování cílů, které byly vymezeny při koncipování pravidel systému, a také, zda je systém kompatibilní s jejich skutečnými preferencemi a potřebami.

To však není projev nedostatečné demokracie v systému, naopak se jedná o nástroje, které sledují, zda jednotlivé subjekty existujícího prostoru nezneužívají - a tedy jsou daleko spíše nástroji sebezáchovy systému a optimalizace jeho efektivity nežli nástroji, které by vymezený prostor omezovaly. Pravdou však je i to, že monitorování chování jednotlivých subjektů v systému by mělo být omezeno na skutečně objektivně zdůvodněnou a zdůvodnitelnou míru. Jeho provádění, na rozdíl od autonomního fungování ekonomicky racionálních motivací, způsobuje dodatečné nároky na zdroje a může také způsobit frustraci těch, kteří se chovají v souladu s pravidly systému, neboť mohou mít pocit, že jsou neustále podezíráni z nežádoucího chování. Objektivně zdůvodněná míra intervence je tak základem pro adekvátní nastavení nástrojů, které umožní minimalizovat neefektivnost vyplývající z chování člověka jakožto nejslabšího článku celého systému, a to zejména v případech, kdy využití „neviditelné ruky trhu“ či jiných nepřímých motivačních strategií je chápáno jako problematické.

3.3 Cesta k neziskovým organizacím v oblasti sociálních služeb

Jak analyzují Goulli a Mertl (2006), v šedesátých a sedmdesátých letech 20. století začal v evropských zemích proces legislativní objektivizace postavení (i obsahu činnosti) různých institucí a organizací řízených vládními institucemi. Tyto subjekty byly registrovány buď formou právnické osoby nebo i fyzické osoby provozující určitou činnost. Získáním právní subjektivity se rozšířily možnosti těchto subjektů. Činnosti, pro které byly registrovány, byly často veřejného charakteru (např. vzdělávání, zdravotní péče, sociální péče, které byly dříve v přímé působnosti státu nebo obce).

Rozpočtové a příspěvkové organizace jsou jednou z organizačních forem, která vznikla za centrálně-plánované ekonomiky. Ve většině ostatních zemí EU v této formě neexistují. Byly koncipovány jako z větší části závislé na státním rozpočtu a mohly vykonávat podle rozpočtových pravidel vlastní hospodářskou činnost. Se svým majetkem nemohly disponovat, protože nebyl v jejich vlastnictví, ale ve vlastnictví zřizovatelů. Tyto základní charakteristiky přetrvaly dodnes. V průběhu transformace a zejména v souvislosti s reformou územně samosprávních celků dochází ke změně chápání těchto organizací a není daleko k tomu, aby byly přeměněny v obchodní společnosti.

Vstup dalších subjektů - poskytovatelů do oblasti sociálních služeb je také vynucen změnou charakteru zabezpečení sociálních služeb. Jak uvádí Rada Evropy (Revidovaná strategie sociální soudržnosti, 2004):

„Schopnost společnosti zajistit blahobyt všem musí být brána jako odpovědnost všech sektorů společnosti. V průběhu 20. století se často myslelo, že nehlédě na úlohu rodiny a dalších tradičních sociálních vztahů je sociální zabezpečení odpovědností státu (sociálního státu nebo „státu blahobytu“), zatímco podnikatelská sféra má odpovědnost za ekonomický rozvoj. Ekonomické problémy posledních desetiletí a globalizace ekonomiky ukázaly, že tento model již není adekvátní a že zabezpečení všech se musí stát cílem, na němž musí participovat všichni aktéři společnosti - tedy stát, podnikatelé i jedinci („společnost blahobytu“). Tato nová situace není opuštěním odpovědnosti státu, ale vede k hledání různorodějších prostředků se zahrnutím nových partnerů.“

Pokud jde o neziskové organizace, neziskovost nevylučuje možnost tvorby zisku, který však musí zůstat či jinak řečeno být reinvestován v organizaci. Uvnitř těchto organizací tedy funguje fiktivní trh. Neziskové organizace o co nejlepší ekonomickou bilanci pochopitelně usilují, ale zůstává organizaci v souvislosti s předmětem její činnosti (Goulli & Mertl, Příspěvková organizace? Čili co je nezisková organizace státního a nestátního sektoru, 2006). Neziskovost je tedy ve své primární podobě vlastně jakýmsi „signálem“ ostatním účastníkům směny, že alokované prostředky budou včetně případných výnosů z nich alokovány a využity pro rozvoj téže oblasti, která byla deklarována a marketingově využívána při jejich získání. Lapidárně řečeno, že si někdo nepostaví za peníze získané z poskytování sociálních služeb továrnu na cigarety.

Mechanismus neziskovosti může navíc fungovat jako faktor omezující možnosti zneužití finančních zdrojů organizace k jiným účelům, než je realizace univerzální služby či předmětu veřejné zakázky v oblasti poskytování sociálních služeb.

Na druhé straně tím, že neziskové organizace (jako všechny ostatní výrobní jednotky) hospodaří v rámci omezených zdrojů, musí respektovat ekonomickou realitu a pravidla skutečného nebo fiktivního trhu. Nelze tedy chápat neziskové organizace jako subjekty, které by vzhledem ke svému statutu mohly ignorovat manažerské postupy či omezenost zdrojů.

V případě soukromých (nestátních) neziskových organizací je nejobecnější a mezinárodně uznávaná definice, kterou přinesli Salamon a Anheier (1997) a v českém prostředí ji operacionalizovali Frič a Goulli (2001). Podle této definice musí soukromé neziskové organizace splňovat pět základních kritérií, tj. institucionalizovanost, neziskovost (nerozdělování zisku mezi vlastníky a nepřítomnost jeho přelévání), soukromost (oddělení od státního/vládního vlivu), samosprávnost a dobrovolnost participace.

Významným faktorem podpory existence nestátních neziskových organizací v oblasti sociálních služeb je také existence efektivní (koupěschopné) poptávky klientů. Prvním významnějším krokem v této oblasti v ČR bylo zavedení příspěvku na péči (výše odstupňována podle stupně závislosti) od roku 2007 - což je nástroj, který dává do „rukou“ klientů sociálních služeb reálnou kupní sílu ve smyslu samostatného výběru poskytovatele sociální služby. Je to významný rozdíl oproti dřívějšímu stavu, kdy byli tito klienti pasivními příjemci definované služby od státu. Na druhé straně přiznání příspěvku je často velmi zdlouhavé (až půl roku čekací doba na vyřízení žádosti). Otázkou je také rostoucí nákladovost na tuto dávku a existence řady případů, kdy klient nevyužije prostředky na nákup sociální služby, kterou potřebuje v dané kvalitě a objemu.

Důvody pro vznik neziskových organizací v oblasti sociálních služeb lze shrnout takto (viz též Goulli, Mertl (2005)):

- některé problémy poskytování a alokace sociálních služeb čistý tržní mechanismus neřeší (teoretické poznatky, zkušenosti z transformace ekonomiky),
- sociální podnik (nezisková organizace) má „za svoji činnost určité úlevy“ + subvence + pozici ve společnosti,
- podpora zaměstnanosti a boj proti sociálnímu vyloučení,
- fundraising a prokazování účelnosti existence může být efektivnější (ale také náročnější) než příspěvková (dotační) forma,
- větší dynamika a „business culture“ než státní hierarchicky řízené organizace,

- zřizování kapacit je v určitých případech kapitálově náročné (lůžková sociální péče, nákladnější sociální služby) - nevyplatí se rušit a znovu zakládat, potřeba stability a garantované kvality.

V kontextu neziskových organizací a výše uvedených bodů se v evropských zemích prosazuje koncept tzv. sociálního podnikání (Hunčová, 2004) a sociálního podniku. Jsou to organizace, které mají sociální cíl, např. družstva a družstevní podniky, vzájemné společnosti, asociace a nadace. Svým vznikem pomáhají řešit naléhavé problémy současnosti a deficit státní správy v poskytování sociálních a zdravotních služeb tak, aby vyhovovaly potřebám klientů („need driven“ - pohánění potřebou, „consumer driven“ - řízení zákazníkem). Existuje mnoho různých definic, jednu z nich uvádí např. Krtková (2005):

„Podniky sociální ekonomie jsou především družstva, vzájemné společnosti, asociace a nadace. Jsou to organizace, které mají primárně sociální cíl; tyto neziskové organizace však působí kromě oblasti sociálních služeb i v různých oblastech komerčního sektoru.“

Ve Velké Británii je používána definice „podniku s primárně sociálními cíli, jehož výnosy jsou reinvestovány do předmětu činnosti či prospěchu komunity, a nejsou tedy řízeny potřebou maximalizovat zisk pro akcionáře a vlastníky“ (DTI, 2002).

Je však nutno zdůraznit, že sociální podnik v evropském pojetí především zůstává podnikem - tedy uplatňuje manažerské postupy a v interakci s ostatními ekonomickými subjekty maximalizuje svůj vlastní užitek. Ten však reinvestuje do předmětu své činnosti, aby tak naplnil svůj sociální cíl.

3.4 Sociální služba jako služba obecného zájmu EU

Na úrovni Evropské unie je systémům sociální ochrany obyvatelstva (citizen social protection), do nichž jsou obvykle začleněny i sociální služby, trvale věnována vysoká pozornost. Obecně je přijímáno začlenění sociálních a zdravotnických služeb do konceptu sociálních práv, tedy je akceptován princip potřebnosti těchto služeb. Neznamená to samozřejmě automatickou nárokovost takových služeb dle principu jejich faktické vymahatelnosti, ale podobně jako např. v případě práva na zdraví možnost a právo usilovat o poskytnutí sociálních služeb na dané civilizační, hospodářské, sociální a odborné úrovni pro každého občana. Již Evropská sociální charta (1961, novelizovaná Štrasburk 1988, Turín 1991, Štrasburk 1996) obsahuje články 13-Právo na sociální a lékařskou pomoc a 14-Právo využívat služby sociální péče. Článek 14 v této souvislosti stanoví, že:

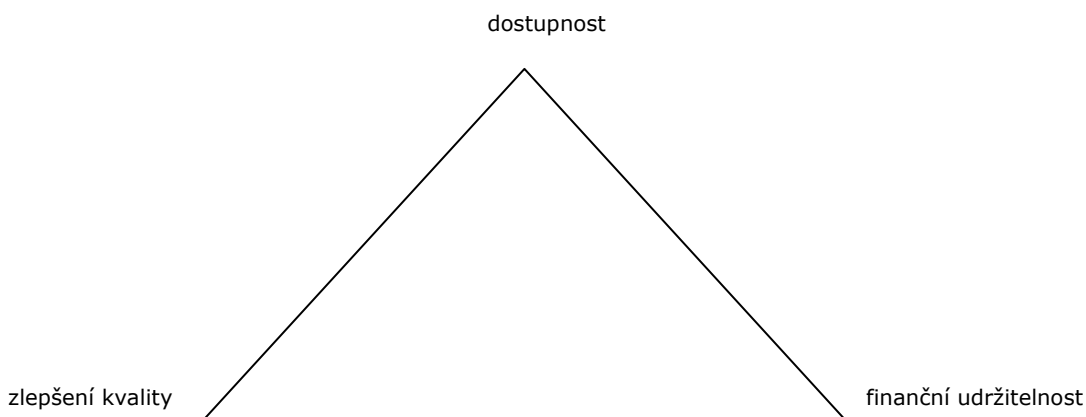
„S cílem zajistit účinné uplatnění práva na využívání služeb sociální péče se smluvní strany zavazují:

- *podporovat nebo poskytovat služby využívající metod sociální práce, které přispívají k blahu a rozvoji jak jednotlivců, tak skupin v komunitě a k jejich přizpůsobení společenskému prostředí,*
- *povzbuzovat účast jednotlivců a dobrovolných a jiných organizací při zakládání nebo udržování takových služeb.“*

Maastrichtská dohoda (1992) obsahuje podněty členským zemím k podpoře ekonomické a sociální soudržnosti. Amsterodamská dohoda (1999) obsahuje cíle zajistit řádnou sociální ochranu a bojovat se sociální exkluzí. Obecně dokumenty EU tak pamatují na otázku sociálních služeb zejména ve formě deklaratorních sociálních práv a podpory aktivit k naplnění takovýchto práv směřujících.

Úvahy na úrovni EU se pohybují v rovině následujícího trojúhelníka.

Obrázek č. 5 **Trojúhelník udržitelného rozvoje sociálních služeb v pojetí EU**



Zdroj: Evropská komise, The future of health care and care for the elderly: guaranteeing accessibility, quality and financial viability, 2001

Konkretizaci pojetí sociálních služeb však přináší zejména Zelená kniha (Evropská komise, 2003) a na základě připomínek členských států zpracovaná Bílá kniha (Evropská komise, 2004) o službách obecného zájmu EU, které se zabývají na obecné úrovni službami s požadavkem obecné dostupnosti obyvatelstvu (tedy i např. energetika, telekomunikace, doprava apod.). Mezi tyto služby obecného zájmu jsou na úrovni EU řazeny také sociální služby. Jak uvádí Bílá kniha (Evropská komise, 2004), „Sociální služby v obecném zájmu hrají zvláštní úlohu jako nedílná součást evropského modelu společnosti“. To má celou řadu významných konsekvencí, protože služby obecného zájmu EU a jejich organizačně-právní rámec souvisí i se Smlouvou o evropských společenstvích. Široká shoda panuje v tom, že v této etapě není nutné vytvářet evropské regulační orgány. Upřednostňovány jsou sítě národních regulátorů, koordinované na evropské úrovni.

V rámci služeb obecného zájmu je v těchto dokumentech operacionalizován také koncept univerzální služby. Koncept univerzální služby vyjadřuje právo každého na přístup k určitým službám, které jsou považovány za základní, a povinnosti poskytovatelů služeb nabízet vymezené služby podle stanovených podmínek, včetně úplného územního pokrytí a cenové dostupnosti. Univerzální služba zajišťuje účinnou záchrannou síť pro ty, kteří by si jinak nemohli základní služby koupit. Je však třeba zdůraznit, že koncept služeb obecného zájmu je širší, protože vedle této záchranné role také garantuje kvalitu a dostupnost i pro ekonomicky silnější obyvatelstvo, ve smyslu povinnosti nabízení určité služby např. na celém území daného státu. Bílá kniha o službách obecného zájmu tak nastavuje na základě konsenzu členských zemí a připomínek k Zelené knize následující kritéria pro služby obecného zájmu:

- univerzální služba,
- kontinuita,
- kvalita služby,

3. Veřejní a soukromí poskytovatelé sociálních služeb a princip neziskovosti

- cenová dostupnost,
- ochrana uživatele a spotřebitele.

Specifickým a nejaktuálnějším dokumentem zaměřeným na sociální služby a vycházejícím z Bílé knihy je Implementace lisabonského programu v oblasti sociálních služeb (Evropská komise, Implementing the Community Lisbon programme: Social services of general interest in the European Union, 2006). Zde jsou identifikovány tyto specifické charakteristiky sociálních služeb typické pro praxi členských zemí:

- fungují na principu solidarity, tedy obecně nepoužívají selekci rizik a na individuální bázi netrvají na ekvivalenci příspěvků a benefitů;
- jsou úplné ve smyslu integrace reakcí na různé potřeby s cílem garantovat základní lidská práva a chránit nejohroženější;
- jsou neziskového charakteru;
- zahrnují participaci dobrovolníků, komunity a občanské společnosti;
- jsou zakořeněny v místní kulturní tradici, což nachází svůj výraz v blízkosti poskytovatele a příjemce sociálních služeb a umožňuje zohlednění specifických potřeb těchto příjemců;
- asymetrický vztah mezi poskytovatelem a příjemcem sociálních služeb, který nemůže být obsažen ve standardním vztahu „nabídka/poptávka“ a často potřebuje spoluúčast dalšího financujícího subjektu.

Vidíme zde jistou paralelu s již dříve zmíněnou definicí Salamona a Anheiera (1997). Sociální služby však nemusí striktně splňovat všechny uvedené body, jedná se o obvyklé charakteristiky vedoucí k začlenění dané činnosti mezi sociální služby. Zajímavé je také, jak se v těchto bodech (odvozených empiricky, tedy z praxe a konsenzu členských zemí do koncepčních dokumentů EU) odráží již uvedené teoretické úvahy o neziskovosti v oblasti sociálních služeb a mikroekonomických charakteristikách sociálních služeb. Stejně tak je zjevná pluralitní struktura poskytovatelů a nefunkčnost „jednoduchých a univerzálních“ schémat poskytování sociálních služeb ať už na netržní nebo tržní bázi. Tyto body tak poskytují jistý důkaz o relevanci dříve učiněných teoretických úvah.

Významným závěrem výše uvedeného dokumentu je také identifikace současných trendů v oblasti sociálních služeb. Ta je opět o to cennější, že se opírá o konsensus členských zemí a praxi v nich a spočívá v následujících bodech:

- zavádění „benchmark“ metod, hodnocení kvality a participace uživatelů na administraci sociálních služeb;
- decentralizace sociálních služeb na místní nebo regionální úroveň;
- přesun poskytování sociálních služeb na soukromé subjekty a změna role státu na regulátora, rozhodčího v regulované konkurenci a efektivní organizaci sociálních služeb;
- využití forem PPP (Public Private Partnership) a dalších forem financování doplňující financování z veřejných zdrojů.

Tyto modernizační trendy však nesmějí narušovat základní podstatu sociálních služeb jako služeb obecného zájmu EU, v tomto ohledu je nadále vyžadována striktní konformita s jejich charakterem. Jinak řečeno, to, že stát přesouvá pomocí různých forem (delegace, decentralizace, nákup služeb u soukromého sektoru, Public Private Partnership) zabezpečení sociálních služeb na další subjekty v ekonomice, nesmí vést

k narušení charakteru sociálních služeb jako takových. A to jednak z důvodu jejich podstaty a funkce samotné, ale také z důvodu alokace veřejných prostředků do této oblasti. Při veřejných podporách v této oblasti je tedy aplikován princip povinnosti poskytovat sociální službu v intencích charakteristiky služeb obecného zájmu. Např. může být vyžadováno splnění určitých kritérií a důkazů o nediskriminaci klientů při poskytování sociálních služeb před udělením veřejné podpory nebo uzavření smlouvy o PPP.

Závěr

Analýza a syntéza konceptů a přístupů dotýkajících se sociálních služeb potvrdila komplexnost tohoto fenoménu. To, co je v sociální praxi vnímáno často poměrně jednoduše jako nutná péče a *postarání* se o někoho, je v současné společnosti jevem velmi častým a v souvislosti s demografickým vývojem a situací v rodině se bude četnost spotřeby sociálních služeb nadále zvyšovat. V tomto kontextu je významný koncept expanze verus komprese nemocnosti, který se snaží uchopit otázku nevyhnutelnosti nárůstu spotřeby zdravotní a sociální péče v souvislosti s prodlužováním lidského života. Rizikem je také vytěsňování klientů sociální péče ze společnosti a jejich původního prostředí bez ohledu na jejich skutečné možnosti a schopnosti, zejména kvůli otázce bydlení nebo jiným životním prioritám dalších členů rodiny.

V rámci této studie byl kladen důraz na sociální péči jako podskupinu sociálních služeb dotýkajících se zejména starých a zdravotně postižených občanů. Statistická data ilustrují rozsah poskytovaných služeb sociální péče a demografických změn. Analýza vazeb zdravotní péče a sociální péče ukázala, že změna zdravotního stavu spojená se spotřebou zdravotní péče může paralelně indukovat spotřebu péče sociální. Tato jednosměrná vazba se stává cirkulární vazbou v případě, že onemocnění přejde do chronického stadia nebo zanechá trvalé následky. Pak nastupuje péče zdravotně-sociální, přičemž kvalita obou jejích složek je důležitá samostatně a zdravotní a sociální péče jsou si navzájem komplementy, nikoli substituty.

Z hlediska efektivnosti systému sociálních služeb je paradoxně podstatná institucionální pozice a přístup zdravotních pojišťoven - tedy stručně řečeno, co budou zdravotní pojišťovny ochotny hradit v rámci plnění ze zdravotního pojištění a do jaké míry se podaří organizačně a finančně propojit zdravotní a sociální péči ve funkční kombinaci péče zdravotně-sociální. Významné je přitom respektování objektivních závislostí ztráty zdraví a spotřeby sociální péče v kontextu zjištění kapitoly 0.

Klasifikace sociálních služeb podle ekonomického a institucionálního kritéria umožňuje lépe třídit jednotlivé typy heterogenního portfolia sociálních služeb pro účely ekonomické analýzy. Z mikroekonomického hlediska vykazují sociální služby celou řadu specifik, v některých případech shodných s péčí zdravotní. Koncept poptávky po sociálních službách je potřebné v našem případě doplnit o koncept potřeby sociálních služeb. Navíc orientace na kvantitativní výstupy v rovině přístupu a především úhradových mechanismů vede průběžně k poklesu kvality. I proto výstupy produkčního procesu sociálních služeb ve formě kvantifikovatelného objemu služeb v dané minimální kvalitě jsou pouze průběžnými výstupy, výstupem finálním je zlepšení sociální situace klientů a další komplexnější skutečnosti. Produkce blahobytu v oblasti sociálních služeb je tak výrazně složitějším fenoménem než pouhá kalkulace počtu a objemu sociálních služeb za dané období.

Z ekonomického hlediska mohou být poskytovatelé sociálních služeb členěni do čtyř různých kategorií a mohou zároveň čerpat z různých zdrojů financování. Mezi těmito aktéry a finančními toky existují různé typy vazeb, které lze chápat jako projevy motivačních strategií. Motivace je v oblasti sociálních služeb klíčovým fenoménem, a to jak na straně poskytovatelů, tak klientů. Změna organizačně-právního rámce tak musí být doprovázena podrobnou analýzou nastavení motivací, právě vzhledem k riziku narušení jiných než produkčních funkcí v systému sociálních služeb. Těmi mohou být např. zapojení dobrovolníků, důvěra nadací apod.

V poslední době akceleruje v oblasti sociálních služeb proces deetatizace, posílení možnosti volby pro klienty a pluralizace poskytovatelů. S tím souvisí trend posílení svobody rozhodování klientů, možnosti institucionalizace zapojení rodinných příslušníků do péče a zvýšení kupní síly zdravotně a "sociálně" postižených občanů. Z toho vyplývá rozvoj konceptu neziskových organizací, sociálního podniku a další subjektů tzv. sociální ekonomiky a občanského sektoru. Tyto změny zasáhly ČR, vzhledem k jejímu historickému vývoji, relativně později než ostatní země Evropské unie. Tak přetrval v oblasti sociálních služeb koncept příspěvkových organizací a jejich konečná transformace v souladu s formálními cíli sociální ekonomiky a principem neziskovosti je otázkou budoucnosti, byť jejich praxe není a nebyla od těchto cílů dramaticky odlišná ani v minulosti.

Na úrovni Evropské unie jsou empirické zkušenosti členských zemí využity k tvorbě politik. Sociální služby jsou součástí služeb obecného zájmu EU a jako takové předmětem zájmu Zelené a Bílé knihy o těchto službách a navazujících dokumentů (Evropská komise, 2006). Praktické zkušenosti v těchto dokumentech shrnuté rámcově odpovídají, což je poměrně zajímavé, závěrům z teoretické analýzy sociálních služeb. Jakkoli je konkrétní zabezpečení ponecháno na členských zemích, komunitární právo jasně specifikuje podmínky, za nichž by měly být služby obecného zájmu poskytovány.

Literatura

1. Akerlof, G. (1970). The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *Quarterly Journal of Economics* , 3, stránky 488-500.
2. Arrow, K. (1972). Gifts and Exchanges. *Philosophy and Public Affairs* , stránky 343-362.
3. Arrow, K. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* , 53:5.
4. Arrow, K. (1998). What Has Economics to Say about Racial Discrimination? *The Journal of Economic Perspectives* (2), stránky 91-100.
5. Becker, G. (1957). *The Economics of Discrimination*. Chicago: University of Chicago Press.
6. Bénard, J. (1990). *Veřejná ekonomika I*. Praha: EÚ ČSAV.
7. Beveridge, W. (1942). *Social Insurance and Allied Services*. London : HMSO.
8. Cullis, J., & Jones, P. (1992). *Public Finance and Public Choice*. London: McGraw Hill.
9. CVNS. (2003). *Sociální ekonomika a NNO v ČR*. Brno: Centrum pro výzkum neziskového sektoru.
10. Červenková, A., Bruthansová, D., & Pechanová, M. (2006). *Sociálně-zdravotní služby, poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. Praha: VÚPSV.
11. ČSÚ. (2003). *Projekce obyvatelstva ČR do roku 2050*. Získáno 1. října 2007, z <http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/p/4020-03>
12. Daňková, A. (2007). *Ekonomické ztráty způsobené nehodovostí v silničním provozu v ČR v roce 2006*. Získáno 25. 10 2007, z <http://www.cdv.cz/text/oblasti/bsp/analyzy-nehodovosti/ekonomicke-ztraty-2006.pdf>
13. DTI. (2002). *Social Enterprise: a strategy for success*. Získáno 15. listopad 2005, z Department of Trade and Industry: http://www.sbs.gov.uk/SBS_Gov_files/socialenterprise/SEASstrategyforSuccess.pdf
14. Evropská komise. (2004). *Bílá kniha o službách obecného zájmu EU*, COM(2004) 374. Získáno 25. října 2007, z http://www.mvcr.cz/odbor/moderniz/koncepce/bila_kni.html
15. Evropská komise. (2001). *Budgetary challenges posed by ageing population*. Získáno 25. 10 2007, z http://ec.europa.eu/economy_finance/epc/documents/ageing_en.pdf
16. Evropská komise. (2003). *Green Paper EU on services of general interest*, COM(2003) 270. Získáno 25. října 2007, z http://europa.eu.int/comm/off/green/index_en.htm; česká verze http://www.mvcr.cz/odbor/moderniz/koncepce/zel_knih.html

17. Evropská komise. (2006). *Implementing the Community Lisbon programme: Social services of general interest in the European Union*, COM (2006) 177. Získáno 25.10.2007, z http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/docs/com_2006_177_en.pdf
18. Evropská komise. (2001). *The future of health care and care for the elderly: guaranteeing accessibility, quality and financial viability*. Získáno 13. září 2007
19. Frič, P., & Goulli, R. (2001). *Neziskový sektor v ČR*. Praha: Eurolex Bohemia.
20. Goulli, R., & Mertl, J. (2006). Příspěvková organizace? Čili co je nezisková organizace státního a nestátního sektoru. In: *Sborník příspěvků z mezinárodní konference Brno-Šlapanice, 26.1. - 27.1. 2006*. Brno: ESF MU.
21. Goulli, R., & Mertl, J. (2005). Sociální služba a organizační formy jejího poskytování v rámci služeb obecného zájmu Evropské unie v kontextu České republiky. In: *Sborník z konference sociální ekonomika a sociální podnik, jejich kořeny a perspektivy*. Ústí nad Labem: FSE UJEP.
22. Haškovcová, E. (2002). *Lékařská etika* (3. vydání. vyd.). Praha: Galén.
23. Hayek, A. (1945). The use of knowledge in society. *American Economic Review* .
24. Hunčová, M. (2004). *Ekonomický rozměr občanské společnosti*. Ústí nad Labem: FSE UJEP.
25. Industry, D. T. (2002). *Social Enterprise: a strategy for success*. Získáno 15. červen 2006, z London: http://www.sbs.gov.uk/SBS_Gov_files/socialenterprise/SEAStrategyforSuccess.pdf
26. Keller, J. (2006). *Soumrak sociálního státu*. Praha: Sociologické nakladatelství.
27. Kendall, J. M. (2003). The motivation of domiciliary care providers in England: new concepts, new findings. *Journal of Social Policy*, stránky 489-512.
28. Kingdon, J. (2003). *Agendas, alternatives and public policies*. New York: Addison-Wesley.
29. Knapp, M. (1984). *Economics of Social Care*. London: Macmillan.
30. Knapp, M. H. (2001). Commissioning for quality: ten years of social care markets in England. *Journal of Social Policy*, stránky 283-306.
31. Knapp, M., & Kendall, J. (2000). *The third sector and welfare state modernisation*. Získáno 20. 10. 2007, z http://www.lse.ac.uk/collections/CCS/pdf/CSWP_14.pdf
32. Krebs, V. (2005). *Sociální politika* (3. vyd.). Praha: ASPI.
33. Mertl, J. (2005). Potřeba zdravotní péče a poptávka po zdravotní péči. In: *sborník z konference Veřejná ekonomika a správa 2005*. Ostrava: VŠB TU.
34. Mertl, J., & Vychová, H. (2007). *Úloha vzdělání a zdraví v ekonomickém rozvoji*. Praha: Hlávková nadace.
35. Mooney, G. (1992). *Economics, Medicine and Health Care* (Second edition. vyd.). Essex: Prentice Hall.
36. MPSV. (2004). *Národní zpráva o rodině*. Praha: MPSV.
37. MPSV. (2007). *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2006*. Praha: MPSV.
38. Mühlpachr, P. (2004). *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita.

39. Musgrave, R., & Musgrave, P. (1989). *Public Finance in Theory and Practice*. New York: McGrawHill.
40. OECD. (2006). *OECD in Figures 2006-2007*. Paris: OECD.
41. Potůček, M. a. (2006). *Veřejná politika*. Praha: Sociologické nakladatelství.
42. Průša, L. (2003). *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI.
43. Průša, L. (2006). *Obce (města) a kraje a výdaje na sociální a zdravotní služby v r. 2004*. Praha: VÚPSV.
44. Rabušic, L. (2002). *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva? (zamyšlení nad některými souvislostmi populačního stárnutí)*. Praha: Socioklub.
45. Rada Evropy. (2004). *Revidovaná strategie sociální soudržnosti*. Získáno 10. října 2007, z http://www.mpsv.cz/files/clanky/1012/rev_strat.pdf
46. Salamon, L., & Anheier, H. (1997). *Defining the Nonprofit Sector: A Cross National Analysis*. New York, Manchester: Manchester University Press.
47. Samuelson, P. (1954). Pure Theory of Public Expenditure. *Review of Economics and Statistics*, stránky 387-389.
48. Smith, A. (1958). *Pojednání o podstatě a původu bohatství národů*. Praha: SNPL.
49. ÚZIS. (2006). *Zdravotnictví České republiky 2005 ve statistických údajích*. Praha: ÚZIS.
50. ÚZIS. (2007). *Zdravotnictví České republiky 2006 ve statistických údajích*. Praha: ÚZIS.
51. Vargová, J. (leden 2007). *Zdravotní stav bezdomovců*. Získáno 21. října 2007, z Sestra: <http://sestra.cz/scripts/detail.php?id=285320>
52. Wanless. G. (2005). *Social Care Needs and Outcomes – A background paper for The Wanless Social Care Review*. Získáno 20. 10 2007, z Wanless Social Review Team: http://www.cpa.org.uk/cpa/social_care_needs_outcomes1.pdf
53. Wistow, G. (2005). *Developing social care: the past, the present and the future*. Získáno 15.10.2007, z <http://www.scie.org.uk/publications/positionpapers/pp04.asp>
54. Zimmer, A., & Priller, E. (2004). *The Future of the Civil Society*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.