

Ladislav Průša

FINANCOVÁNÍ SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE V ČR – TEORETICKÁ VÝCHODISKA A SKUTEČNOST

***Abstract:** In 2007 there came into force a long-awaited new Act on social services. One of the most significant changes introduced by this Act was a new system of funding of social care services. The aim of the paper, which is based on current data on the structure of the funding of social care services, is to document the basic theoretical background of this system. The aim has not been fulfilled, with the result that the financing system is inefficient and the system of social care services has stagnated. This fact is particularly alarming in view of anticipated demographic trends. In the conclusion basic measures are outlined that could contribute to overcoming existing problems.*

***Keywords:** social care services, funding of social care services, care benefit, subsidies*

JEL: H 4, E 6

Úvod

Přijetím zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách¹ došlo k významným změnám v systému financování sociálních služeb. V oblasti služeb sociální péče byla koncipována nová sociální dávka – příspěvek na péči, jejímž cílem bylo m.j. posílit koupěschopnou poptávku a přispět tak k vytvoření tržních atributů v rámci tohoto systému veřejných služeb. Předpokládalo se, že dojde k mohutnému rozvoji nových sociálních služeb zejména terénního a ambulantního charakteru a k výraznému zvýšení kvality poskytovaných sociálních služeb.

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

¹ Podle tohoto zákona se sociální služby člení na služby sociální péče, služby sociální prevence a na sociální poradenství.

1 Vývoj výdajů na poskytování služeb sociální péče

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

- kritéria pro stanovení míry závislosti,
- struktura uživatelů jednotlivých typů sociálních služeb z hlediska míry jejich závislosti,
- kritéria pro přiznávání dotací ze strany státu a zřizovatele,
- přístup zdravotních pojišťoven k financování poskytované ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v pobytových zařízeních,
- kritéria pro stanovení výše úhrad uživatele služby za pobyt a stravu v pobytových zařízeních sociálních služeb, za jednotlivé úkony ambulantních a terénních služeb za poskytování sociálních služeb v lůžkových zdravotnických zařízeních [14].

Při hodnocení efektivnosti nelze opomenout ani vliv rozdílné úrovně vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální péče, který významným způsobem determinuje možnosti optimálního uspokojení potřeb klienta v závislosti na jeho celkové sociální situaci, opomenout nelze ani skutečnost, že významným způsobem je výše provozních nákladů jednotlivých zařízení determinována stářím jednotlivých budov a personálním vybavením jednotlivých zařízení, pozornost je nutno věnovat i velikosti jednotlivých sídel a hlavním vývojovým trendům, které jsou uplatňovány při jejich rozvoji v evropských zemích [26].

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

Tab. č. 1

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

	výdaje na sociální služby (mil. Kč)	podíl na HDP (v %)	z toho:			
			dotace	úhrada klienta	příspěvek na péči	úhrada za ošetř. péči
1995	10 276	0,70	8 978	1 298	.	.
2000	14 944	0,68	11 680	3 264	.	.
2005	20 369	0,68	15 635	4 734	.	.
2006	22 332	0,69	17 284	5 048	.	.
2007	33 476	0,95	10 972	7 126	14 608	770
2008	39 925	1,08	12 584	8 092	18 253	996
2009	42 177	1,16	13 336	8 864	18 700	1 277
2010	45 095	1,23	14 984	9 253	19 600	1 258

Pramen: [22] a vlastní propočty.

Tento vývoj byl ovlivněn zejména:

- prakticky stabilní úrovní státní dotace na lůžko v ústavních zařízeních po celou 2. polovinu 90. let a na počátku tohoto tisíciletí,
- výrazným zvyšováním výše úhrad za pobyt a stravování v ústavech sociální péče ve 2. polovině 90. let, kdy jejich zvýšení bylo vyšší než kolik činilo zvýšení příjmů důchodců v rámci valorizace důchodů,
- zvyšováním úhrad za poskytování jednotlivých úkonů pečovatelské služby,
- přijetím zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který zásadně změnil systém financování služeb sociální péče (koncipování příspěvku na péči, zavedení úhrad za ošetrovatelskou a rehabilitační péči ze systému veřejného zdravotního pojištění); v r. 2010 činil podíl výdajů na tyto služby na celkovém objemu výdajů na sociální služby více než 90 %.

2 Příspěvek na péči

2.1 Základní teoretická východiska koncipování příspěvku na péči

Nejvýznamnější změnou v oblasti financování služeb sociální péče, kterou nový zákon přinesl, bylo koncipování nové sociální dávky – příspěvku na péči. Tato dávka představuje zcela nový nástroj financování sociálních služeb, který je uplatňován i v řadě evropských zemí, např. v Německu [2] nebo v Rakousku [18], [6]. Jeho cílem mělo být přispět k potřebným, žádoucím a očekávaným změnám v této oblasti. Příspěvek na péči je podle platné právní úpravy poskytován osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o sebe a při zajištění vlastní soběstačnosti.

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

- zabezpečit svobodnou volbu způsobu zabezpečení služeb a reverzibilní přechodod „pasivního závislého pacientství“ k „aktivnímu klientství“,
- sjednotit podmínky pro získání veřejných prostředků všemi subjekty poskytujícími péči za podmínek jejich registrace,
- zvýšit prvek spoluúčasti občana při řešení jeho sociální situace,
- zrušit paušalizaci pohledu na zdravotně postižené občany a starobní důchodce,
- nastartovat proces deinstitucionalizace a individualizace péče [23].

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

- zvýšit odpovědnost a působnost samosprávných krajů, měst a obcí při zabezpečování sociálních služeb,
- zvýšit roli příjemce služby při rozhodování o formě zajištění potřebné péče,
- roli státu vymezit tak, aby:
 - byl garantem za zabezpečení klasifikace zdravotního postižení a multidisciplinárního posouzení celkové sociální situace žadatele,
 - došlo k posílení příjmu občana tak, aby si službu mohl „koupit“,

- byla zabezpečena ochrana občana prostřednictvím inspekce sociálních služeb a registrace jednotlivých subjektů, které je poskytují,

- byly stanoveny jednotné podmínky registrace subjektů poskytujících sociální služby, na jejichž základě by došlo k vytvoření komplexní sítě sociálních služeb na území jednotlivých regionů,

- poskytoval příspěvek těm organizacím, jejichž byl zřizovatelem [7].

Příspěvek na péči je určen na krytí zvýšených životních nákladů vyvolaných zajištěním potřeby péče o závislou osobu. K základním teoretickým principům tohoto řešení patří [20]:

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

- poskytnutí příspěvku významně zvyšuje možnost samostatného rozhodnutí klienta o způsobu zabezpečení vlastních potřeb,

- poskytnutí příspěvku osobě, která péči potřebuje, umožňuje přesnější alokaci veřejných prostředků tam, kde je potřeba péče a nikoliv tam, kde byly v minulosti vytvořeny kapacity služeb.

Již první analytické poznatky však ukázaly, že značná část příjemců využívá příspěvek na péči v rozporu s představami zákonodárce, tedy nikoli na „nákup“ potřebných sociálních služeb, ale ke zvýšení svých příjmů, popř. k úhradě svých závazků nebo závazků jiných členů rodiny (např. splátky půjček, hypotéky, leasingu) [11].

2.2 Změny ve struktuře příjemců příspěvku na péči v letech 2007 – 2010

V souvislosti s přípravou zákona o sociálních službách se předpokládalo, že příspěvek na péči by mělo pobírat cca 175 tis. osob a náklady na jeho výplatu by měly činit cca 8 mld Kč [24]. Skutečný počet příjemců této dávky i náklady na její výplatu je však po celou dobu platnosti zákona výrazně vyšší než se původně očekávalo. Z údajů informačního systému o příspěvku na péči vyplývá, že v prosinci 2007 pobíralo příspěvek na péči celkem cca 256 tis. osob, o tři roky později, v prosinci 2010, to bylo již 305 tis. klientů.

Struktura příjemců příspěvku na péči v prosinci 2007 a 2010

příspěvek na péči – stupeň	forma péče			žádný registrovaný poskytovatel	celkem
	pobytová zařízení	ambulantní zařízení	terénní zařízení		
prosinec 2007					
I.	11 847	3 844	7 018	87 116	109 825
II.	13 144	2 213	3 448	67 703	86 508
III.	6 030	744	1 109	31 831	39 714
IV.	5 245	372	596	13 511	19 724
Celkem	36 266	7 173	12 171	200 161	255 771
prosinec 2010					
I.	11 734	6 056	12 372	85 764	115 926
II.	15 397	4 067	7 437	64 404	91 305
III.	13 820	2 252	3 709	40 020	59 801
IV.	14 519	1 242	2 158	19 891	37 810
celkem	55 470	13 617	25 676	210 079	304 842

Pramen: vlastní propočty z dat informačního systému o příspěvku na péči.

Z porovnání vývoje struktury příjemců příspěvku na péči v letech 2007 – 2010 je zřejmé, že v prosinci 2010 v porovnání s prosincem 2007 [11]:

- klesl podíl příjemců příspěvku na péči v I. stupni závislosti o 4,9 p.b. (ze 42,9 % na 38,0 %) a ve II. stupni závislosti o 3,8 p.b. (ze 33,8 % na 30,0 %),
- vzrostl podíl příjemců příspěvku na péči ve III. stupni závislosti o 4,1 p.b. (z 15,5 % na 19,6 %) a ve IV. stupni závislosti rovněž o 4,7 p.b. (z 7,7 % na 12,4 %),
- klesl podíl příjemců příspěvku na péči, kteří nevyužívají žádnou ze služeb od registrovaných poskytovatelů o 9,4 p.b. (ze 78,3 % na 68,9 %),
- vzrostl podíl příjemců příspěvku využívajících služby registrovaných poskytovatelů jak v pobytových (ze 14,2 % na 18,2 %), tak i v ambulantních (z 2,8 % na 4,5 %) a v terénních zařízeních (ze 4,8 % na 8,4 %).

Významné informace lze zjistit při zmapování změn ve struktuře příjemců příspěvku na péči podle míry závislosti a typu poskytované služby sociální péče.

Struktura příjemců příspěvku na péči podle míry závislosti
a typu poskytované služby sociální péče v prosinci 2007 a 2010

příspěvek na péči – stupeň	CDS	DSt	DOZP	DS	DZR	ChB	OS	PS	SSZZ	TSt
	prosinec 2007									
I.	63	201	2 918	7 846	663	247	92	6 835	51	54
II.	104	462	4 002	7 590	1 156	132	103	3 181	65	128
III.	55	240	1 967	3 445	430	21	93	904	52	61
IV.	32	157	2 066	2 639	364	6	62	416	57	70
celkem	254	1 060	10 953	21 520	2 613	406	350	11 336	225	313
	prosinec 2010									
I.	121	384	1 866	7 897	956	581	213	11 970	213	70
II.	137	588	3 792	8 896	1 717	393	276	6 990	270	165
III.	139	636	3 591	7 610	1 819	143	321	3 262	345	171
IV.	86	544	4 331	7 513	1 956	51	351	1 585	412	162
celkem	483	2 152	13 580	31 916	6 448	1 168	1 161	23 807	1 240	568

Pramen: vlastní propočty z dat informačního systému o příspěvku na péči.

Vysvětlivky: CDS = centra denních služeb, DSt = denní stacionáře, DOZP = domovy pro osoby se zdravotním postižením, DS = domovy pro seniory, DZR = domovy se zvláštním režimem, ChB = chráněné bydlení, OS = odlehčovací služby, PS = pečovatelská služba, SSZZ = sociální služby ve zdravotnických zařízeních, TSt = týdenní stacionáře.

Z rozboru těchto údajů lze identifikovat tyto závěry [16]:

- ve sledovaném období rostl počet příjemců příspěvků na péči ve všech typech služeb sociální péče, přičemž nejvýznamnější nárůst lze zaznamenat u nově definovaných typů služeb (odlehčovací služby, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních, domovy se zvláštním režimem) a u služeb, které mají tradiční charakter (domovy pro seniory, pečovatelská služba),

- u příjemců příspěvku v I. stupni závislosti dochází v pobytových zařízeních (v domovech se zvláštním režimem a v domovech pro osoby se zdravotním postižením) k absolutnímu poklesu jejich počtu, popř. k jeho stagnaci (v domovech pro seniory), naopak, ve všech typech ambulantních a terénních služeb počet příjemců příspěvku v tomto stupni závislosti soustavně roste,

- u příjemců příspěvku ve IV. stupni závislosti dochází po celé sledované období k nárůstu počtu ve všech typech služeb sociální péče.

Uvedené změny se promítly ve výrazné změně struktury příjemců příspěvku na péči podle typu registrovaného poskytovatele sociální služby mezi r. 2007 – 2010. Ve sledovaném období došlo k poklesu podílu příjemců této sociální dávky v „typických“ pobytových zařízeních (v domovech pro seniory o 5,2 p.b. z 43,9 % v r. 2007 na 38,7 % v r. 2010, v domovech pro občany se zdravotním postižením o 5,8 p.b. z 22,3 % v r. 2007 na 16,5 % v r. 2010), naopak, u všech nově definovaných typů sociálních služeb vč. pečovatelské služby došlo k nárůstu podílu příjemců příspěvku na péči. Tyto změny nelze vysvětlovat změnami ve zdravotním stavu populace [13]. Jedná se o přirozené tendence, které doprovázejí zavedení každého nového systému:

- klienti, jimž byl v rámci přijetí přechodných ustanovení zákona o sociálních službách automaticky přiznán příspěvek v nižším stupni, žádají o posouzení své sociální situace podle nově stanovených podmínek, a tedy i o přiznání příspěvku na péči ve vyšším stupni,

- počet příjemců příspěvků ve IV. stupni roste díky tomu, že o přiznání příspěvku v této výši je nutno rozhodnout v rámci běžného řízení, neboť automaticky ze zákona v rámci přechodných ustanovení dávku nikdo nezískal,

- u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb se projevuje ekonomický tlak, který na ně vyvíjejí jak jejich zřizovatelé, tak i samotná konstrukce systému financování sociálních služeb (závislost poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotací ze státního rozpočtu, tzv. „cenové regulace“ výše úhrad za poskytované služby a naprosto nedostatečné financování indikované a poskytnuté ošetrovatelské a rehabilitační péče ze systému veřejného zdravotního pojištění [13] je vede k tomu, že při poskytování sociálních služeb „favorizují“ klienty s vyšším stupněm příspěvku na péči a těm, jimž služby již poskytují, doporučují, aby si požádali o přiznání příspěvku na péči ve vyšším stupni, resp. sami jim tuto žádost pomohou podat),

- začínají se projevovat i rostoucí znalosti marketingových strategií v této oblasti [5].

Z hlediska rozdělení kompetencí při poskytování a financování sociálních služeb mezi státními orgány a kraji a městy (obcemi) v jejich samosprávné působnosti poskytuje významné informace porovnání struktury příjemců příspěvku na péči v závislosti na pohlaví, věku příjemce a míře jeho závislosti v jednotlivých krajích [16]. Z rozboru těchto vyplývá, že mezi jednotlivými kraji existují výrazné rozdíly, které jsou ovlivněny především těmito skutečnostmi:

- dlouhodobě nejnižší podíl příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu osob v příslušné věkové skupině je v Hlavním městě Praze, Středočeském kraji a Karlovarském kraji, a to jak u mužů, tak i u žen,

- dlouhodobě nejvyšší podíl příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu osob v příslušné věkové skupině je ve Zlínském kraji, a to jak u mužů, tak i u žen, následuje Kraj Vysočina a zejména v nižších věkových skupinách rovněž Ústecký kraj,

- s rostoucím věkem příjemců příspěvku na péči a s jeho zvyšujícím se stupněm klesají rozdíly mezi jednotlivými kraji z hlediska podílu příjemců této dávky na celkovém počtu osob v daném věkové skupině, a to jak u mužů, tak i u žen.

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

- přestože je v současné době zákon o sociálních službách uplatňován v praxi již šestým rokem, doposud nebyl zpracován žádný metodický pokyn, který by sociálním pracovníkům poskytl podrobný návod k tomu, jakým způsobem provádět sociální šetření u jednotlivých žadatelů o přiznání příspěvku na péči [3],
- lékaři posudkové služby sociálního zabezpečení posuzují míru závislosti jednotlivých klientů nikoli v jejich přirozeném domácím prostředí tak, jako sociální pracovníci, ale pouze na základě písemných informací od sociálních pracovníků a ošetřujících lékařů,
- střet zájmu při poskytování příspěvku na péči především ze strany obcí s rozšířenou působností, které jsou současně zřizovateli řady služeb sociální péče [16] (vzhledem k tomu, že od přiznání příspěvku na péči od 1. ledna 2012 rozhoduje Úřad práce ČR, tento problém letos pominul).

3 Dotace ze státního rozpočtu

3.1 Základní teoretická východiska dotační politiky MPSV

Poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru poskytovatelů, jsou mj. poskytovány ministerstvem práce a sociálních věcí prostřednictvím rozpočtů jednotlivých krajů v jejich přenesené působnosti dotace ze státního rozpočtu. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění, předpokládá, že prováděcí právní předpis stanoví bližší podmínky pro stanovení výše a účelu dotace, jejího členění a způsobu poskytování.² Vzhledem k této skutečnosti je vhodné a potřebné, aby stát při tvorbě tohoto nového systému dotační politiky deklaroval obecně závazné principy, které by tvořily základní stavební kámen, od kterého by se samotná dotační politika odvíjela.

Za hlavní principy dotační politiky lze i nadále považovat ty principy, které byly deklarovány koncem 90. let minulého století v souvislosti s precizací dotačního řízení ministerstva práce a sociálních věcí směrem k nestátním neziskovým organizacím při poskytování sociálních služeb. V tomto smyslu se jedná o tyto principy [8]:

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

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

² Tento prováděcí právní předpis nebyl doposud zpracován, dotace jsou ze strany MPSV poskytovány na základě příkazu ministra.

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

Dříve provedené analýzy výsledků dotačního řízení prokázaly, že:

- míra přiznané dotace je výrazně diferencována podle typu organizace a jejího zřizovatele [9],
- mezi výší přiznané dotace na jedno lůžko v domovech pro seniory existující výrazné regionální rozdíly [12].

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

Rozdílný vývoj rovněž zaznamenává vývoj dotace na jedno lůžko v jednotlivých krajích. Zatímco např. kraji Královéhradeckém výše této dotace na jedno lůžko v domovech pro seniory každoročně klesá, v jiných krajích došlo zpravidla v r. 2010 k navýšení dotace, v některých případech i nad úroveň r. 2007 (v krajích Karlovarském, Pardubickém a Jihomoravském). Tato skutečnost je pravděpodobně dána změnou priorit nově zvolených krajských zastupitelstev, zřejmě není odrazem promítnutí priorit střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb do systému financování sociálních služeb, tyto prvky systému zůstávají i nadále s největší pravděpodobností nepropojené.

Negativní hodnocení, jimiž byly charakterizovány výsledky dotačního řízení v letech 2007 – 2010, lze doložit i na základě výsledků dotačního řízení v r. 2011. Pozornost byla položena na analýzu výsledků dotačního řízení z hlediska typu zřizovatele pro domovy pro seniory, pro domovy pro osoby se zdravotním postižením, pro domovy se zvláštním režimem, pro poskytovatele chráněného bydlení, pro týdenní stacionáře a poskytovatele pečovatelské služby.

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

Tab. č. 3

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

zřizovatel domova pro seniory	výše nákladů připadajících na 1 lůžko měsíčně	výše přiznané dotace na 1 lůžko měsíčně	podíl výše přiznané dotace na výši nákladů
celkem	22 753	4 439	19,49
z toho:			

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

Pramen: vlastní zpracování na základě interních údajů MPSV.

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

Tab. č. 4

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

	organizace zřízené městem			organizace zřízené krajem			rozdíl v Kč	rozdíl v %
	výše nákladů připadající na 1 místo měsíčně	výše přiznané dotace na 1 místo měsíčně	podíl výše přiznané dotace na výši nákladů	výše nákladů připadající na 1 místo měsíčně	výše přiznané dotace na 1 místo měsíčně	podíl výše přiznané dotace na výši nákladů		
domovy pro seniory – příspěvkové organizace								
celkem	22 761	3 572	15,69	22 443	5 226	23,29	1 654	7,59
hl. m. Praha	26 759	1 473	5,51	22 854	1 814	7,94	341	2,43

Středočeský	24 073	2 435	10,12	21 205	5 104	24,07	2 669	13,95
Jihočeský	23 337	5 153	22,08	24 482	5 944	24,28	791	2,20
Plzeňský	20 484	4 011	19,58	20 251	5 669	27,99	1 658	8,41
Karlovarský	22 131	1 621	7,32	22 171	7 352	33,16	5 731	25,84
Ústecký	18 645	3 050	16,36	23 228	5 692	24,51	2 643	8,15
Liberecký	24 044	3 842	15,98	25 512	5 573	21,84	1 731	5,87
Královéhradecký	23 930	4 179	17,46	23 546	4 098	17,40	-81	-0,06
Pardubický	22 589	4 037	17,87	23 986	4 543	18,94	507	1,07
Vysočina	22 642	5 045	22,28	22 155	5 204	23,49	159	1,21
Jihomoravský	23 985	2 987	12,46	23 768	7 218	30,37	4 231	17,91
Olomoucký	23 346	3 779	16,19	24 288	5 731	23,60	1 953	7,41
							-1	
Zlínský	22 354	5 101	22,82	17 610	4 007	22,76	093	-0,06
Moravskoslezský	23 710	3 608	15,22	24 645	6 774	27,48	3 165	12,27

Pramen: vlastní zpracování na základě interních údajů MPSV.

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

- průměrná výše dotace přiznaná organizacím, jejichž zřizovateli jsou kraje, je v relaci na 1 místo o 7,6 % vyšší (v absolutním vyjádření o 1 654 Kč na 1 místo měsíčně), než činí průměrná výše dotace, která byla přiznaná organizacím, které jsou zřizovány městy,

- mezi výší přiznané dotace jsou organizacím obou typů v jednotlivých krajích výrazné diference, které se vzhledem k systému financování sociálních služeb musí promítnout v kvalitě poskytovaných služeb (mezi výší průměrných nákladů na 1 místo měsíčně v zařízeních, jejichž zřizovatelem je hl. m. Praha a v zařízeních, jejichž zřizovatelem je Zlínský kraj je více než 50 procentní rozdíl),

- největší rozdíl mezi výší přiznané dotace v relaci na 1 místo měsíčně v zařízeních zřizovaných krajem a městem je v Karlovarském kraji (25,8 %, resp. 5 731 Kč) a v kraji Jihomoravském (17,9 %, resp. 4 231 Kč), výrazné rozdíly lze identifikovat i ve Středočeském kraji (14,0 %, resp. 2 669 Kč) a v Moravskoslezském kraji (12,3 %, resp. 3 165 Kč),

- nejmenší rozdíl mezi výší přiznané dotace v relaci na 1 místo měsíčně v zařízeních zřizovaných krajem a městem je ve Zlínském kraji (dotace přiznaná zařízením, jejichž zřizovatelem je město, je v průměru o 81 Kč vyšší, než dotace přiznané zařízením, jejichž zřizovatelem je kraj) a v kraji Vysočina (dotace přiznaná zařízením, jejichž zřizovatelem je kraj, je v průměru o 159 Kč vyšší, než dotace přiznané zařízením, jejichž zřizovatelem je město).

Při hodnocení těchto charakteristik je potřeba mít na zřeteli, že celková výše objemu dotací určených pro poskytovatele sociálních služeb, není stanovena podle žádných pravidel, v rámci celého legislativního procesu je objem těchto finančních

prostředků zpravidla pravidelně navyšován. Pro objektivizaci těchto rozhodovacích procesů by bylo vhodné stanovit jednoznačná pravidla, v tomto smyslu by jedním z klíčových porovnávaní mohlo být např. porovnávaní výše poskytnutých dotací s objemem daní a pojistného zaplaceného poskytovatelem sociální služby, popř. i jeho zaměstnanci.

Této problematice doposud nebyla v literatuře věnována prakticky žádná pozornost, k dispozici je pouze stať z r. 2005, podle níž „se peníze státu vložené do domovů důchodců vrací i s úroky, ... jedná se o jakousi okamžitou návratnou půjčku domovům na zaměstnanost lidí, kteří v domově nebo pro domov pracují“ (příspěvek státu na jedno lůžko v domově důchodců v r. 2005 činil 5 595,50 Kč, zatímco odvody na sociální a zdravotní pojištění za organizaci a její zaměstnance, daně ze závislé činnosti za zaměstnance a DPH činily 5 764,70 Kč) [1].

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

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

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

V zájmu posílení ekonomické jistoty poskytovatelů sociálních služeb i v zájmu dynamického rozvoje sociálních služeb je nezbytné přijmout taková opatření v oblasti financování sociálních služeb, aby poskytovatelé sociálních služeb nebyli závislí na přiznání dotace ze státního rozpočtu a to bez ohledu na to, že jejich poskytování není v souladu s právem EU [25].

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

4.1 Legislativní úprava financování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb

Jedním z dlouhodobě nejvýznamnějších problémů, které musí poskytovatelé služeb sociální péče v každodenní práci řešit, je otázka poskytování a financování

zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že obě otázky – poskytování sociálních služeb a poskytování zdravotní péče – byly až do přijetí zákona o sociálních službách upraveny samostatnými navzájem neprovázanými právními předpisy, byly od r. 1993 hrazeny náklady zdravotní péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb nikoliv rozpočtu jednotlivých zdravotních pojišťoven, ale z rozpočtu těchto zařízení.

Od platnosti zákona č. 48/1997 Sb. byly zdravotní pojišťovny povinny zajistit pojištěnci zdravotní péči ve veškerém potřebném rozsahu ve věcných dávkách. VZP však v rozporu s výše uvedenými právními předpisy odmítala dostát svým závazkům vůči svým pojištěncům, které vyplývají z čl. 31 Listiny základních práv a svoboda z uvedeného zákona a byla toho názoru, že náklady ústavů sociální péče na jimi poskytnutou zdravotní péči nemají být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, neboť tato zařízení mají povinnost poskytovat zdravotní péči vlastními zaměstnanci a hradit ji ze svého rozpočtu. VZP tvrdila, že ústavy sociální péče nejsou zdravotnickými zařízeními ve smyslu § 11 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, v platném znění, a že s nimi tedy ani nemůže uzavírat smlouvy na úhradu poskytované zdravotní péče. Tuto argumentaci VZP vyvrátil soud v řízení mezi VZPa domovem důchodců Sněženková 8, Praha 10, v r. 1997 [13].

Významným krokem k řešení otázky financování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb přispěl zákon o sociálních službách, který stanovil, že poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby v týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Tato péče je poskytována formou zvláštní ambulanti péče podle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění:

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

Negativně je však nutno hodnotit skutečnost, že nebylo vytvořeno žádoucí „zrcadlo“ mezi financováním sociální péče poskytované v lůžkových zdravotnických zařízeních a zdravotní péči poskytovanou v pobytových zařízeních sociálních služeb. Negativně je nutno hodnotit především skutečnost, že zdravotnická zařízení, která poskytují služby ústavního charakteru, nejsou povinna se registrovat a plnit tak všechny povinnosti, které poskytovatelům sociálních služeb ukládá zákon. Důsledkem tohoto faktu je mj. skutečnost, že zdravotnická zařízení nepřiznávají, že pominuly důvody pro hospitalizaci pacienta ze zdravotních důvodů a podvádějí zdravotní pojišťovny. Podle odhadů VZP je v celé ČR nejméně 15 000 takových lůžek, celkové náklady, které jsou tak neefektivně vynakládány ze systému veřejného zdravotního pojištění jsou odhadovány na více než 5 mld Kč ročně [21]. V tomto smyslu je zcela jednoznačně zřejmé, že VZP ani ostatní zdravotní pojišťovny neplní svoje povinnosti a svoji nečinností tak dlouhodobě blokují vytvoření základních

ekonomických předpokladů pro koncipování systému dlouhodobě sociálně zdravotní integrované péče.

4.2 Výdaje na ošetrovatelskou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb

Výdaje na ošetrovatelskou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb byly poprvé kvantifikovány v roce 2008 [13] úrovni cca 5,2 mld Kč.³ Uvědomíme-li si, že VZP podle své výroční zprávy zaplatila za tento typ péče v r. 2010 celkem pouze 749 mil. Kč, je zřejmé, kdo lze spatřovat nejvýznamnější zdroj ekonomických problémů poskytovatelů sociálních služeb.

Průměrná výše nákladů poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče podle provedeného šetření činí: v domovech pro seniory se pohybují v rozmezí 5 086 – 5 719 Kč na jednoho klienta měsíčně, tj. cca 28,5 % průměrných neinvestičních výdajů,

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

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

Tab. č. 5

Výše nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb v závislosti na stupni přiznaného příspěvku na péči (v Kč na klienta měsíčně)

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

Pramen: [13].

³ V důsledku změny struktury klientů pobytových zařízení sociálních služeb z hlediska míry závislosti lze odhadovat, že v r. 2011 činily skutečné náklady na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v těchto zařízeních cca 5,45 mld Kč.

Z uvedené tabulky je zřejmé, že:

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

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

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

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

Je zřejmé, že jiná hlediska je nutno uplatňovat při hodnocení efektivity systému financování a poskytování sociálních služeb z pohledu státu, jiná z pohledu krajů, měst a obcí jako zřizovatelů převážné většiny jednotlivých zařízení, jiná z pohledu nestátních neziskových organizací, jiná hlediska při hodnocení efektivity uplatňují i klienti jako uživatelé jednotlivých sociálních služeb [4]. Na zřeteli je třeba rovněž mít pojetí efektivity v ekonomické teorii. Je potřeba se uvědomit, že „efektivnost znamená absenci plýtvání neboli co nejefektivnější užívání zdrojů ekonomiky k uspokojování potřeb a přání lidí“ [19], že je to „takové použití ekonomických zdrojů, které přináší maximální úroveň uspokojení dosažitelnou při daných vstupech a technologiích“ [19]. V tomto smyslu nelze ani opomenout, že „efektivní trh je takový trh, na kterém jeho účastníci rychle vstřebávají všechny nové informace a ihned je bezprostředně zahrnují do tržních cen“ [19].

Dříve provedené analýzy efektivity jednotlivých prvků systému financování a poskytování služeb sociální péče doporučily v tomto smyslu realizovat zejména tato opatření [10]:

- změnit systém výplaty příspěvku na péči tak, aby byl příjemcům v I. a II. stupni závislosti poskytován (tedy především u terénních a stacionárních zařízení) ve formě poukázek (občanovi by byl přiznán příspěvek na péči ve formě věcné dávky – poukázky na službu a registrovanému poskytovateli, u něhož si občan službu vybral,

by byla proplacena obcí s rozšířenou působností), popř. zavést kombinovaný způsob výplaty příspěvku, kdy jeho větší část (cca 2/3 – 3/4) by byla vyplácena ve formě poukázek a pouze zbytek ve finanční hotovosti,

- změnit systém výplaty příspěvku na péči v pobytových zařízeních tak, aby poskytovatel služby byl ze zákona příjemcem příspěvku na péči,
- zavést evidenci osob – rodinných příslušníků, kteří zabezpečují péči o své blízké ve vlastní domácnosti (m. j. i proto, že doba této péče je náhradní dobou pro účely důchodového pojištění) a zvýšit kontrolu takto poskytované péče.

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

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

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

jako osoba poskytující péči.

Přijetí všech výše uvedených opatření by zcela jednoznačně vytvořilo motivační prostředí pro rozvoj všech typů služeb sociální péče a pro širší zapojení nových subjektů (vč. zahraničních) do systému poskytování těchto sociálních služeb. Došlo by k liberalizaci celého systému služeb sociální péče, přiznáním příspěvku na péči a podmíněním jeho výplaty poskytnutím sociální služby (alespoň ve větší části) od registrovaného poskytovatele by byla vytvořena poptávka po službách, která by podle tržních principů vytvořila nabídku nových sociálních služeb, došlo by k jejich diferenciaci (např. v oblasti pobytových služeb od chudobinců po moderní jednolůžkové „hotely“ s kompletními službami při samozřejmém dodržování zákonem nově definovaných minimálních standardů).⁴

Tato diferenciaci si bude vyžadovat poskytování většího spektra informací uživatelům o službách poskytovaných na území jednotlivých regionů, v souladu s moderními evropskými trendy [26] by proto na referátech sociálních věcí pověřených obecních úřadů, popř. obcí s rozšířenou působností, měla vzniknout nová pracovní funkce – care manager – která by příjemcům příspěvku na péči poskytovala komplexní informace o nabídce sociálních služeb na daném regionu s přihlédnutím k sociálním důsledkům vyplývajícím z nepříznivého zdravotního stavu nebo stáří uživatelů a k jejich finančním možnostem.

Z hlediska efektivnosti financování sociálních služeb je rovněž nutno výrazně změnit celý systém hodnocení míry závislosti. Stávající kritéria umožňují objektivně hodnotit situaci tělesně postižených osob a seniorů, naproti tomu neumožňují objektivně zhodnotit potřeby mentálně a psychicky postižených a nevidomých. Se systémem hodnocení míry závislosti velmi úzce souvisí forma spolupráce sociálních pracovníků s lékaři lékařské posudkové služby. Stávající dikce ustanovení § 25 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění, způsobuje, že jedním ze stanovisek pro přiznání příspěvku na péči v příslušném stupni je stanovisko lékaře lékařské posudkové služby, a to přesto, že toto jeho stanovisko vychází pouze z písemného vyjádření ošetřujícího lékaře žadatele o příspěvek, zatímco sociální pracovník svůj návrh opírá o konkrétní posouzení sociální situace žadatele získané v rámci provedeného sociálního šetření. V důsledku toho existují dodnes značné rozpory při hodnocení situace konkrétního žadatele, sociální pracovníci cítí ze strany lékařské posudkové služby pohrdání svojí kvalifikací, dochází k medicalizaci sociálních služeb. V tomto smyslu by proto bylo vhodné změnit tuto dikci tak, aby bylo jednoznačně zřejmé, že sociální šetření provedou sociální pracovníci spolu přímo s ošetřujícím lékařem žadatele.

K rozvoji služeb sociální péče i k posílení role obcí při jejich poskytování by rovněž přispělo systémové propojení oblastí plánování, registrace a financování sociálních služeb (a to nejen v oblasti služeb sociální péče pro seniory a zdravotně postižené

⁴ Lze předpokládat, že výrazně k této diferenciaci přispěje rovněž projekt Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR „Značka kvality“, v jehož rámci budou udělovány hvězdičky (od 1 do 5) jednotlivým poskytovatelům sociálních služeb v závislosti na tom, jak naplní jednotlivá kritéria pro jejich přiznávání – podrobněji viz: www.znackakvality.info.cz

osoby, ale především v oblasti poskytování a financování služeb sociální prevence a poradenství). Východisko je nutno spatřovat v systému plánování sociálních služeb, do něhož by ze zákona povinně měly být zařazeny i obce s pověřenou působností. V rámci provedení sociálně demografické analýzy daného územního celku by mělo dojít k podrobnému zmapování potřeby poskytování jednotlivých sociálních služeb včetně provedení podrobného rozboru očekávaného vývoje demografické struktury těch věkových skupin obyvatelstva, které se jednotlivé sociální služby nejvíce týkají. Tyto potřeby by v rámci přípravy střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb měly být konfrontovány s názory poskytovatelů a uživatelů (event. i potencionálních uživatelů) jednotlivých sociálních služeb, následně by měly být stanoveny priority rozvoje sociálních služeb nejen ve střednědobém, ale i v dlouhodobém horizontu (tj. na cca 15 let), které by měly být dále rozpracovány do jednotlivých realizačních kroků a dílčích etap.

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

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

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

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

- jednotlivé obce a města věnovaly v rámci své koncepce bytové politiky pozornost výstavbě malometrážních a bezbariérových bytů, v nichž by seniorům a zdravotně postiženým občanům mohly být efektivně poskytovány terénní sociální služby tak, aby došlo k oddálení potřeby poskytování péče v pobytovém zařízení,
- při stanovení výše nájmu v obecních bytech jednotlivé obce a města individuálně podle celkových příjmových i majetkových možností zejména seniorů a osob se zdravotním postižením přistupovaly k jeho stanovení tak, aby byly vytvořeny podmínky k tomu, aby těmto skupinám osob mohly být vytvořeny základní předpo-

klady pro poskytování potřebných terénních služeb v jejich přirozeném domácím prostředí a nebyl vyvoláván předčasný tlak na poskytování služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb,

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

Shrnutí

Realizace všech výše uvedených opatření ve svém komplexu přispěje k potřebnému rozvoji služeb sociální péče. Lze předpokládat, že při jejich promítnutí do praxe dojde do r. 2020 k výraznému rozvoji terénních a ambulantních sociálních služeb, nicméně v žádném případě nelze očekávat, že by stávající kapacity pobytových zařízení umožnily uspokojit všechny oprávněné požadavky na umístění od těch seniorů a osob se zdravotním postižením, kteří budou vyžadovat vzhledem ke svému věku nebo nepříznivému zdravotnímu stavu celodenní komplexní péči. Přestože lze očekávat, že stávající struktura uživatelů pobytových zařízení se během následujících let výrazně změní (nelze předpokládat, že by v pobytových zařízeních byly osoby bez přiznaného příspěvku na péči popř. s příspěvkem přiznaným v I. stupni závislosti, přičemž podíl osob s příspěvkem na péči ve II. stupni závislosti nebude přesahovat max. 5 %), je nutno počítat s tím, že do r. 2020 bude nutno stávající kapacitu těchto zařízení cca zdvojnásobit [14]. Nelze očekávat, že bez zapojení dalších finančních prostředků, např. formou PPP projektů, ze strukturálních fondů popř. ze soukromých zdrojů (vč. zahraničních) bude možné očekávané potřeby příjemců příspěvku na péči naplnit. K tomu, aby se ale očekávané projekce naplnily, je však nezbytné realizovat celý soubor výše navržených opatření.

Závěr

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

Opatření, která jsou v rámci této stati navrhována, mají systémový charakter a jejich zavedení do praxe by významným způsobem přispělo jak ke zvýšení efektivity poskytování a financování sociálních služeb, tak i k jejich rozvoji. Odstranění závislosti poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotací ze zdrojů státního rozpočtu přispěje ke vzniku nových poskytovatelů sociálních služeb – především ze sféry nesátních neziskových organizací, očekávat lze rovněž příchod zahraničních subjektů.

Literatura

- [1] DOSPIVA, S. 2005. Jak je to s doplácením státu na domovy důchodců. In: *Zpravodaj ústavů sociální péče*. 2005, Vol. 1, No. 2, pp. 14 – 15 (bez ISSN).
- [2] HAUSCHILD, R. 1998. *Die Erfahrungen mit dem deutschen Pflegeversicherungssystem*. Přednáška na konferenci Soziale Sicherheit in Europe, Bad Boll, 1998.
- [3] LUKEŠOVÁ, M. 2001. Sociální šetření u příspěvku na péči. In: *FÓRUM sociální politiky*. Vol. 5, No. 2, p. 27. ISSN 1801-8718.
- [4] MERTL, J. 2007. *Přístupy k hodnocení efektivity sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. ISBN 978-80-87007-72-3.
- [5] MOLEK, J. 2011. *Řízení organizací sociálních služeb – vybrané problémy*. Praha: VÚPSV, 2011. ISBN 978-80-7416-083-7.
- [6] ÖSTERLE, A. – MEICHENITSCH K. 2007. Pflegesicherungssysteme in Europa. In: *Soziale Sicherheit* 2007. Vol. 60, No. 11, pp. 536 – 544. ISSN 0080-1841.
- [7] PRŮŠA, L. 1998. Nový model financování sociálních služeb. In: *Sociální politika*. 1998, Vol. 24, No. 1, pp. 5 – 7. ISSN 0049-0962.
- [8] PRŮŠA, L. – MÁTL, O. 1999. Nad pojetím dotační politiky MPSV. In: *Sociální politika*. 1999, Vol. 25, No. 9, pp. I. – VIII. ISSN 0049-0962.
- [9] PRŮŠA, L. 2007. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2007. ISBN 978-80-87007-73-0.
- [10] PRŮŠA, L. 2008. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-80-7416-018-9.
- [11] PRŮŠA, L. 2009 a. Příspěvek na péči – černá díra reformy sociálního systému. In: *FÓRUM sociální politiky*. 2009, Vol. 3, No. 3, pp. 26 – 29. ISSN 1801-8718.
- [12] PRŮŠA, L. 2009 b. Je nový systém financování sociálních služeb pro staré občany efektivní? In: *Národohospodářský obzor*. 2009, Vol. 9, No. 3, pp. 141 – 156. ISSN 1213-2446.
- [13] PRŮŠA, L. a kol. 2009 c. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2009. ISBN 978-80-7416-030-1.
- [14] PRŮŠA, L. a kol. 2010 a. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, 2010. ISBN 978-80-7416-048-6.
- [15] PRŮŠA, L. a kol. 2010 b. *Vývoj a výhled závislosti a potřeby dlouhodobé sociálně-zdravotní péče a sociálních služeb v období 2012 – 2020 u populace nad 65 let věku z hlediska zdravotního stavu*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2010. ISBN 978-80-7416-075-2.
- [16] PRŮŠA, L. a kol. 2011 a. *Model efektivního financování sociálních služeb*. Praha: VŠFS 2011 (bez ISBN).
- [17] PRŮŠA, L. 2011 b. Public Governance, Social Services and Social Assistance Benefits. ACTA VŠFS. 2011, Vol 5, No. 2, pp. 166 – 176, ISSN 1802-7946.
- [18] RUDDA, J. – MARSCHITZ, W. 2006. Reform der Pflegevorsorge in Österreich. In: *Soziale Sicherheit*. 2006, Vol. 59, No. 11, pp. 445 – 464. ISSN 0080-1841.
- [19] SAMUELSON, P. A. – NORDHAUS, W. D. 1991. *Ekonomie*. Praha: Svoboda, 1991. ISBN 80-205-0192-4.
- [20] TOMEŠ, I. 2001. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-680-3.
- [21] VODIČKA, G. 2010. Problém se sociálními službami ve zdravotnických zařízeních. In: *Infoservis VZP*. 2010, Vol. 1, No. 3, p. 2. (bez ISSN) [online]. cit.[2010-09-01], dostupné z: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/Infoservis/infoservis3-2010.pdf>.
- [22] Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení ve vývojových řadách a grafech. Praha: MPSV, 1995 – 2010.
- [23] *Návrh modelu financování sociálních služeb*. Praha: MPSV, 1997.

- [24] *Návrh zákona o sociálních službách*. Praha: MPSV, 2005.
- [25] *Rozbor právního systému České republiky v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k právu Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu*. Praha: Advokátní kancelář HOLEC, ZUSKA & Partneři, 2011 (bez ISBN).
- [26] *Second Biennial Report on social services of general interest*. Brussels: European Commission, 2010 (Commission Staff Working Dokument).

Príspevok neprešiel jazykovou úpravou.