

Analýza ekonomické efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST

**PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST**
www.esfcr.cz

Obsah

Úvod	5
1. Základní teoretická východiska hodnocení efektivnosti zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči	7
2. Naplnění potřeb příjemců příspěvku na péči z kvantitativních a kvalitativních hledisek.....	11
3. Komplexní rozbor struktury financování jednotlivých typů služeb sociální péče	14
3.1 Podíl občana a jeho rodiny na krytí poskytovaných sociálních služeb z hlediska využití příspěvku na péči a jeho dalších zdrojů	14
3.2 Podíl přiznané dotace ze státního rozpočtu, popř. z rozpočtu krajů, měst a obcí na financování poskytovaných sociálních služeb	15
3.3 Podíl úhrad ze systému veřejného zdravotního pojištění.....	18
4. Vliv dalších faktorů determinujících efektivnost poskytování jednotlivých typů sociálních služeb.....	21
4.1 Důsledky přiznání příspěvku na péči na vytvoření nových pracovních příležitostí pro pečující osoby	21
4.2 Vliv kompenzace uššího příjmu z ekonomické aktivity příspěvkem na péči v důsledku potřeby zajišťování péče pro svého rodinného příslušníka nebo blízkou osobu	22
4.3 Porovnání výše přiznané státní dotace s objemem odvodů, které je poskytovatel sociálních služeb a každý jeho zaměstnanec povinen odvést na daních a na pojistném na sociální a zdravotní pojištění.....	24
5. Porovnání ekonomické efektivnosti financování a poskytování různých typů sociálních služeb ve vybraných lokalitách a jejich zobecnění.....	26
Závěr	29
Použitá literatura	32
Tabulková příloha	35



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Úvod

V rámci projektu "Analýza a výzkum způsobů zajištění dlouhodobé sociálně zdravotní péče o příjemce příspěvku na péči" byly v uplynulém období realizovány tři dílčí studie, v jejichž rámci byla provedena analýza dostupných datových zdrojů o příspěvku na péči, byly zpracovány případové studie různých typů způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči a byl proveden pilotní výzkum způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči ve vybraných lokalitách v rámci ČR.

V rámci této části projektu byla provedena analýza ekonomické efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči. Na základě charakteristiky základních teoretických východisek budou následně identifikovány možné přístupy a kritéria jejich hodnocení. Následně bude provedeno hodnocení ekonomické efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči v roce 2009 na základě rozboru údajů o struktuře financování sociálních služeb od jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb v jejich žádostech o poskytnutí dotace na r. 2011.

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

V rámci těchto monografií byla vyslovena teze, že "efektivní je jak z pohledu státu, tak i z pohledu zřizovatele taková služba sociální péče, kdy výše úhrady klienta za poskytovaný typ služby spolu s výší příspěvku na péči a úhradou zdravotní péče od zdravotní pojišťovny uhradí průměrné celostátní náklady daného typu služby s tím, že v případě odůvodněně vyšších nákladů v konkrétním zařízení by tento rozdíl mohl být uhrazen zřizovatelem služby".⁶ Tato teze byla opakovaně prezentována v odborném recenzovaném tisku⁷ a na řadě kongresů jak v naší zemi, tak i v zahraničí⁸ a nikdy

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

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

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

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

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

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

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

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

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

nebyla odbornou veřejností jakýmkoli způsobem zpochybněna. Z tohoto důvodu je východiskem i pro hodnocení efektivity péče, která je poskytována příjemcům příspěvků na péči.

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

- v důsledku závislosti poskytovatelů sociálních služeb na výši přiznaných dotací ze státního rozpočtu,
- v důsledku tzv. "cenové regulace" výše úhrady za pobyt a stravu v pobytových a ambulantních zařízeních a za jednotlivé úkony v rámci terénních sociálních služeb ze strany státu,
- v důsledku dlouhodobého nedostatečného financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb, kdy zdravotní pojišťovny se podílejí na krytí nákladů této lékařem indikované a ošetřujícím personálem realizované péče pouze z cca 20 %.⁹

V návaznosti na definované cíle této části projektu budou uplatněny především tyto strategie a metody řešení:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- koordinačně - integrační proces, který zapojuje do poskytování sociálních služeb řadu dalších aktérů mimo poskytovatele a klienta,
- politické determinanty, kdy např. za podmínek omezených zdrojů je nastolena veřejná diskuse na všech úrovních veřejné správy, která obsahuje také nutnost kontroverzních rozhodnutí,

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

¹¹ viz: Mertl, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. ISBN 978-80-87007-72-3

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

- učící se proces, který vyplývá jak z nutnosti zvládnout poměrně velký objem znalostí, ale i schopnost poučit se z vlastních chyb nebo z realizace existujících projektů.¹³

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

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

Z tohoto pohledu je při hodnocení efektivnosti zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči nutno uplatnit jiné pohledy na hodnocení efektivnosti služeb sociální péče, jiné pohledy na služby sociální prevence i na poradenské služby. Současně je nutno mít na zřeteli, že jiná hlediska je nutno uplatňovat při hodnocení efektivnosti zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči z pohledu státu, jiná z pohledu krajů, měst a obcí jako zřizovatelů převážné většiny jednotlivých zařízení, jiná z pohledu nestátních neziskových organizací, jiná hlediska uplatňují i klienti jako uživatelé jednotlivých sociálních služeb.¹⁷

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

- kritéria pro stanovení míry závislosti,
- struktura uživatelů jednotlivých typů sociálních služeb z hlediska míry jejich závislosti,
- kritéria pro přiznávání dotací ze strany státu (MPSV) a zřizovatele,
- přístup zdravotních pojišťoven k financování poskytované zdravotní péče v pobytových zařízeních.¹⁸

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

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

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

¹⁶ tamtéž str. 968

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

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

Vedle těchto charakteristik, jejichž vliv na hodnocení efektivnosti zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči začal působit v souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je nutno mít na zřeteli řadu dalších charakteristik, z nichž nejvýznamnější je výše průměrných nákladů souvisejících s poskytováním služby připadajících na jednoho klienta a struktura financování těchto nákladů.

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

Při hodnocení efektivnosti zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči je rovněž nutno respektovat hlavní vývojové trendy, které jsou uplatňovány při rozvoji sociálních služeb v evropských zemích,²² k nimž m. j. patří skutečnost, že:

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

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

Z pohledu kraje je významným aspektem, který limituje jeho možnosti ovlivnit efektivnost zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči, skutečnost, že stát (ministerstvo) svým právním předpisem (v tomto případě vyhláškou) stanoví maximální výši úhrady za pobyt a stravování v pobytových a ambulantních zařízeních a výši úhrad za jednotlivé úkony pečovatelské služby. Tato skutečnost je v situaci, kdy:

- sociální služby poskytují organizace zřízené především samosprávnými orgány krajů, měst a obcí a nestátními neziskovými organizacemi,
- sociální služby jsou poskytovány na základě smlouvy mezi poskytovateli a uživateli,

v podstatě dalším nástrojem ochrany klienta ze strany státu, přičemž je třeba si uvědomit, že k tomuto účelu má stát v zákoně definovány jiné nástroje (registrace

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

²⁰ např. podle Studie mapující vývoj investic v oblasti zabezpečení kapacit domovů pro seniory do roku 2015 v Jihočeském kraji, KP projekt, České Budějovice 2008 připadá v Jihočeském kraji na jednoho pracovníka v přímé péči od 10,2 lůžek (domov pro seniory Chvalkov) do 1,77 lůžek (Prácheňské sanatorium, o.p.s.)

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

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

poskytovatelů sociálních služeb, standardy kvality sociálních služeb, inspekce sociálních služeb, povinnost celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků). Výše těchto úhrad je přitom stanovena na takové úrovni, že ex ante předpokládá participaci dalších subjektů na financování sociálních služeb formou dotací. Na dotaci podle rozpočtových pravidel však neexistuje právní nárok, což zpětně limituje rozvojové programy jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb a ve svém důsledku vede ke stagnaci celého systému. Přitom si je potřeba uvědomit, že v rámci registrace musí každý poskytovatel předložit "finanční rozvahu k zajištění provozu"²³, což ve svém důsledku znamená, že stát i tak má dohled nad výší úhrad uživatelů za poskytované služby. Z tohoto pohledu proto byla dříve stanovena teze, že efektivní je jak z pohledu státu, tak i z pohledu zřizovatele taková forma zajištění péče o příjemce příspěvku na péči, kdy výše úhrady klienta za poskytovaný typ služby spolu s výší příspěvku na péči a úhradou zdravotní péče od zdravotní pojišťovny uhradí průměrné celostátní náklady daného typu služby s tím, že v případě odůvodněně vyšších nákladů v konkrétním zařízení by tento rozdíl mohl být uhrazen zřizovatelem služby.²⁴

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

²⁴ viz: Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008. ISBN 978-80-7416-018-9

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

V rámci předchozích etap řešení projektu byly z hlediska naplnění potřeb příjemců příspěvku na péči získány tyto stěžejní poznatky:²⁵

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

²⁵ viz: *Pilotní výzkum způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči ve vybraných lokalitách*. Praha: Markent, s.r.o. & VÚPSV, v.v.i., 2011

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

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

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

V rámci přípravy zákona o sociálních službách se předpokládalo, že příspěvek na péči by mělo pobírat cca 180 tis. osob, celkové náklady na jeho výplatu byly očekávány na úrovni cca 8 mld. Kč. V prosinci 2010 však příspěvek na péči pobíralo více než 300 osob, náklady na jeho výplatu činily cca 19 mld. Kč.²⁶

Jednotlivá kritéria pro stanovení míry závislosti neumožňují objektivně hodnotit míru závislosti všech skupin handicapovaných občanů. Stávající způsob hodnocení míry závislosti umožňuje objektivně zhodnotit sociální situaci především tělesně postižených a starých osob, naproti tomu neumožňuje objektivně zhodnotit potřebu mentálně a psychicky postižených a nevidomých²⁷. Tuto skutečnost nezměnila ani kumulace jednotlivých původně 36 hodnotících kritérií do 10 kritérií podle tzv. Katzova indexu aktivit nezávislého života (mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost).

Při posuzování stupně závislosti osoby vychází okresní správa sociálního zabezpečení ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře. Zatímco ale sociální šetření provádějí sociální pracovníci přímo v přirozeném domácím prostředí jednotlivých žadatelů o příspěvek na péči a mohou tak objektivně posoudit celkovou sociální situaci žadatele, posuzující lékaři zpravidla vlastní vyšetření realizují pouze v případech, kdy o ně žadatel o příspěvek na péči osobně požádá. Z poznatků získaných v rámci komparací hodnocení míry závislosti vyplývá, že hodnocení míry závislosti žadatelů o příspěvek na péči by měli provádět současně sociální pracovníci a tzv. "úřední" lékaři tak, aby mohla být objektivně posouzena celková sociálně zdravotní situace klienta v jeho přirozeném prostředí.²⁸

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

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

- v zájmu zvýšení efektivity péče o příjemce příspěvku na péči je potřeba změnit formu výplaty této sociální dávky a zvýšit kontrolní činnost krajských poboček

²⁶ viz: *Příspěvek na péči - analýza dostupných datových zdrojů*. Praha, VÚPSV, v.v.i., 2011

²⁷ viz: Průša, L. *Efektivnost sociálních služeb - vybrané prvky a aspekty*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2007. ISBN 978-80-87007-73-0

²⁸ viz: Hauschild, R.: *Die Erfahrungen mit dem deutschen Pflegeversicherungssystem*, in *Soziale Sicherheit in Europe*, Bad Boll: 1998

Úřadu práce ČR podle § 29 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

Česká republika je v současné době jedinou zemí v Evropě, která vyplácí tuto sociální dávku pouze v peněžité formě.²⁹

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

²⁹ viz: Tomeš, I. *Mezinárodní aspekty problematiky dlouhodobé péče o seniory a zkušenosti s jejím řešením ve vybraných evropských zemích*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2010

3. Komplexní rozbor struktury financování jednotlivých typů služeb sociální péče

Při realizaci komplexního rozboru struktury financování jednotlivých typů služeb sociální péče byly vodítkem údaje poskytovatelů sociálních služeb o struktuře financování zařízení z žádostí o poskytnutí dotace na r. 2011. Podrobné údaje o struktuře financování v absolutním a relativním vyjádření jsou uvedeny v příloze č. 1 a č. 2.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- celkového ročního objemu finančních prostředků rozpočtovaných v závazném ukazateli pro příslušný rozpočtový rok,
- zpracovaného střednědobého plánu rozvoje služeb kraje,
- počtu vyplácených příspěvků a jejich finančního objemu,
- počtu poskytovatelů sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru, a jejich kapacit,

- kapacit sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

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

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

Podrobnější údaje jsou uvedeny v tabulce č. 2.

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

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

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

Vedle dotací poskytovaných poskytovatelům sociálních služeb ze státního rozpočtu jsou jim další prostředky poskytovány z rozpočtu jednotlivých obcí, měst a krajů. Z rozboru těchto údajů vyplývá, že v absolutním vyjádření je největší úroveň podpory poskytována týdenním (5 605 Kč na klienta měsíčně) a denním stacionářům (4 226 Kč), nejnižší naopak zařízením poskytujícím služby tísňové péče (173 Kč na klienta měsíčně). V relativním vyjádření k úrovni celkových provozních nákladů byla nejvyšší úroveň podpory poskytnuta zařízením poskytujícím pečovatelskou službu (47,2) a denním stacionářům (33,1 %), relativně nejnižší úroveň podpory byla poskytnuta zdravotnickým zařízením poskytujícím sociální služby (6,7 %) a domovům pro seniory (11,0 %). Lze konstatovat, že ani v tomto případě nejsou příspěvky poskytovatelům

sociálních služeb poskytovány v převážné míře jako důsledek podpory realizace místních, popř. regionálních plánů rozvoje sociálních služeb, ale představují "doplňk" k dotacím poskytnutým MPSV ze státního rozpočtu tak, aby byl zajištěn základní provoz jednotlivých poskytovatelů. Hodnotit tyto relace ve vztahu k promítnutí priorit rozvoje sociálních služeb v jednotlivých regionech podle střednědobých rozvojových plánů je velmi obtížné, neboť řada z nich neobsahuje žádné finanční kvantifikace jednotlivých rozvojových záměrů.³⁰

Podrobnější údaje jsou uvedeny v tabulce č. 3.

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

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

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

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

Podrobnější údaje jsou uvedeny v tabulce č. 4.

³⁰ viz: Bareš, P. *Cílové skupiny v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb zpracovaných v období 2006-2007*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2008. ISBN 978-80-7416-009-7

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

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

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

3.3 Podíl úhrad ze systému veřejného zdravotního pojištění

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

V r. 2008 realizoval VÚPSV, v.v.i. šetření o rozsahu poskytované ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb na vzorku cca 1 450 klientů těchto zařízení.³¹ Z provedeného šetření např. vyplynulo, že:

- náklady ošetrovatelské péče na jednoho klienta v domovech pro seniory činí 5 086 -5 719 Kč, v domovech pro osoby se zdravotním postižením 11 170-12 028 Kč a v domovech se zvláštním režimem 8 672-9 417 Kč,
- náklady této péče jsou výrazně diferencovány podle míry závislosti jednotlivých klientů (viz tabulka č. 5),
- celkové náklady ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb činí cca 5,2 mld. Kč.

³¹ viz: Průša, L. a kol. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, ISBN 978-80-7416-030-1

Výše nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče je diferencována v závislosti na typu zařízení, v němž jsou služby poskytovány a podle stupně přiznaného příspěvku na péči (viz tabulka č. 5).

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

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

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

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

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

Podrobnější údaje jsou uvedeny v tabulce č. 6.

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

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

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

Tyto údaje jednoznačně dokumentují diskriminační postoj zdravotních pojišťoven vůči pobytovým zařízením sociálních služeb v porovnání se zdravotnickými zařízeními, zdravotnická zařízení poskytující sociální služby obdržela v přepočtu na jednoho klienta za poskytnutou ošetrovatelskou a rehabilitační péči úhradu cca 3,5 x vyšší než domovy pro seniory, přestože věková struktura, základní diagnózy a stupeň

soběstačnosti u pacientů LDN a u klientů domovů pro seniory umístěných na ošetrovatelských lůžkách jsou v zásadě obdobné.³²

* * *

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

³² viz: Červenková, A. - Bruthansová, D. - Pechanová, M. *Sociálně-zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-35-2

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

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

Při přípravě nového modelu financování sociálních služeb se předpokládalo, že koncipováním nové sociální dávky - příspěvku na péči - dojde k využití dynamizujících vlastností trhu, neboť "občan, jehož příjmy jsou podpořeny sociální dávkou, vytváří koupěschopnou poptávku po službách, občan si službu vybírá, což je impulz pro konkurenci a zvyšování kvality. Konfrontace zákonitostí trhu s potřebami rozvoje sociálních služeb a využití dynamizujících schopností trhu je významnou tendencí, kterou je nezbytné ovládnout".³³ Vycházelo se přitom mj. i z poznatků v Německu, kde krátce po zavedení systému pojištění na péči došlo k významným změnám v oblasti infrastruktury péče o staré a zdravotně postižené občany.³⁴

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

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

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

³³ viz: *Návrh modelu financování sociálních služeb*. Praha: MPSV, 1997. č.j. 21-20144/97

³⁴ viz: Hauschild, R. *Die Erfahrungen mit dem deutschen Pflegeversicherungssystem*. in Soziale Sicherheit in Europe, Bad Boll 1998

³⁵ viz: *Předpokládaný vliv změny způsobu financování sociálních služeb na úroveň nezaměstnanosti*. SOCIOKLUB, Zdravotně-sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Profesní komora sociálních pracovníků. 2000

³⁶ viz: *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí*. Praha: MPSV 2006 a MPSV 2010

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

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

Péče o nesoběstačné osoby v rodině může mít nejrůznější podoby. Její rozdílnost v porovnání s péčí, která je poskytována v rezidenčním zařízení, spočívá v tom, že péče je v zásadě poskytována tolik, kolik je potřeba. Jedná se o péči, která je poskytována z lásky, a proto ji tato charakteristika činí nenahraditelnou.³⁷ Mnohé rodiny se s problémem péče vyrovnávají velmi dobře, i když je situace vyčerpávající, jiné se zase i přes ochotu poskytovat osobní péči mohou z obavy z nezvládnutí rozhodnout pro poskytování potřebné péče prostřednictvím pobytových zařízení.³⁸

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

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

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

Pramen: Michalík, J. *Malý právní průvodce pečujících*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2010. ISBN 978-80-254-7333-7

Z uvedených údajů vyplývá, že dlouhodobá péče o rodinného příslušníka nebo blízkou osobu je mnohdy spojena s komplexním sociálním, ekonomickým a zdravotním dopadem na pečovatele a jeho nejbližší okolí. Osoba, která poskytuje péči v důsledku neustálé "pohotovosti" ztrácí kontakty s okolním světem, ocitá se v sociální izolaci, často strádá nedostatečnou sociální oporou, trpí fyzickým a psychickým vypětím, které se mnohdy odrazí na jejím zdraví.³⁹ Je třeba si uvědomit, že na péči o rodinného příslušníka pečovatele nikdo nepřipravoval, a přesto mnohdy musí vykonávat úkony, k jejichž provedení je potřeba dostatek fyzické síly, často chybí i potřebný grif. Ke složité situaci těchto pečovatelů přispívá i nedostatek potřebných informací, pomůcek, často

³⁷ viz: Jeřábek, H. *Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty*. Sociologický časopis č. 2/2009

³⁸ viz: Bartoňová, J. *Modely rodinné péče o starého člověka*. In: Jeřábek, H. a kol.: *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005

³⁹ viz: Barvíková, J. *Rodinná péče a profesionální péče*. In: Jeřábek, H. a kol.: *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005

velice obtížná finanční situace, zvláště v těch případech, kdy příspěvek na péči je hlavním příjmem. Určitou roli hraje i způsob bydlení, nezanedbatelná není ani dosažitelnost širšího spektra zdravotních a sociálních služeb, charitativních a svépomocných skupin a sdružení.⁴⁰

Služba, která je poskytovaná celých čtyřicet hodin denně, sedm dnů v týdnu, je pro jednoho pečujícího "likvidační", a proto je potřebná a nezbytná profesionální pomoc, která by účinně snižovala zátěž pečovatele.⁴¹ V praxi se postupně rozvíjí model sdílené péče, jehož cílem je umožnit nesoběstačné osobě žít nezávislým životem ve vlastní domácnosti za pomoci rodiny a komunitních služeb tak dlouho, dokud se tento způsob jeví jako smysluplný a praktický. Prohloubení spolupráce rodiny a služeb poskytovaných speciálními organizacemi a institucemi má nejen vliv na zkvalitnění péče o nesoběstačné osoby, ale také snižuje zátěž rodinných pečovatelů.⁴²

Při hodnocení toho, do jaké míry je kompenzován nižší příjem z ekonomické aktivity příspěvkem na péči v důsledku potřeby zajišťování péče pro svého rodinného příslušníka nebo blízkou osobu, je vedle porovnání samotného rozdílu mezi výší předchozího příjmu z ekonomické aktivity a výší příspěvku na péči rovněž nutno zohlednit podmínky, za nichž je v současné době poskytována podpora v nezaměstnanosti. Vzhledem k tomu, že současná právní úprava nevyklučuje souběžné pobírání podpory v nezaměstnanosti (u osoby poskytující péči) a příspěvku na péči (u osoby, které je péče poskytována), lze předpokládat, že v důsledku ukončení ekonomické aktivity osoba poskytující péči je - alespoň krátkodobě - rovněž příjemcem této dávky. Z předchozích výzkumů⁴³ vyplývá, že tuto péči v domácnostech ve velké většině poskytují ženy ve věku 50 a více let.

Z dříve provedených propočtů MPSV vyplývá, že celkové náklady péče poskytované v přirozeném domácím prostředí pouze rodinným příslušníkem nebo blízkou osobou činí 31 500 Kč měsíčně na jednoho klienta, zatímco v případě, kdy péče je zajišťována rodinným příslušníkem nebo blízkou osobou a registrovaným poskytovatelem sociální služby, činí náklady této péče cca 18 000 Kč měsíčně na jednoho klienta (náklady na péči poskytovanou v domovech pro seniory činily podle těchto propočtů 22 000 Kč měsíčně na jednoho klienta). V tomto smyslu se potvrdily dříve prezentované názory, že náklady na péči poskytovanou v přirozeném domácím prostředí jsou vyšší než náklady na péči poskytovanou v pobytových zařízeních.⁴⁴

Tyto poznatky vedou k úvaze o vhodnosti diferencovat výši příspěvku na péči v závislosti na tom, zda péče o příjemce příspěvku na péči je poskytována v pobytovém nebo ambulantním zařízení nebo v jeho přirozeném prostředí, a to buď registrovaným poskytovatelem sociálních služeb, nebo rodinným příslušníkem, popř. blízkou osobou. Tyto úpravy by současně měly být koncipovány tak, aby se zajistila efektivnost péče o příjemce příspěvku na péči ve smyslu dříve definované teze (efektivní je jak z pohledu státu, tak i z pohledu zřizovatele taková forma zajištění péče o příjemce příspěvku na péči, kdy výše úhrady klienta za poskytovaný typ služby spolu s výší příspěvku na péči a úhradou zdravotní péče od zdravotní pojišťovny uhradí průměrné celostátní náklady daného typu služby s tím, že v případě odůvodněně vyšších nákladů v konkrétním

⁴⁰ viz: Zavázalová, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum UK, 2001

⁴¹ viz: Tošnerová, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press, 2009

⁴² viz: Jarošová, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006

⁴³ viz např.: Vlach, J. *Šetření výdělků starších zaměstnanců*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-39-5 nebo Vlach, J. a kol. *Gender v managementu*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008. ISBN 978-807416-003-5

⁴⁴ viz: Janýška, A. *Transformace pobytových sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením: dosavadní vývoj, existující mýty a pastí a ekonomické podmínky jejich poskytování*. FÓRUM sociální politiky č. 5/2011, ISSN 1802-5854

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

zařízení by tento rozdíl mohl být uhrazen zřizovatelem služby),⁴⁵ tzn. aby poskytovatelé služeb sociální péče nebyli závislí na přiznání dotací ze státního rozpočtu.

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

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

Této problematice doposud nebyla v literatuře věnována prakticky žádná pozornost, k dispozici je pouze stať z r. 2005, podle níž "se peníze státu vložené do domovů důchodců vrací i s úroky, ... jedná se o jakousi okamžitou návratnou půjčku domovům na zaměstnanost lidí, kteří v domově nebo pro domov pracují" (příspěvek státu na jedno lůžko v domově důchodců v r. 2005 činil 5 595,50 Kč, zatímco odvody na sociální a zdravotní pojištění za organizaci a její zaměstnance, daně ze závislé činnosti za zaměstnance a DPH činí 5 764,70 Kč).⁴⁶

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.

Podrobnější údaje za všechny typy služeb sociální péče jsou uvedeny v příloze č. 3. Tyto údaje potvrzují výše uvedené teze, že:

⁴⁵ viz: Průša, L. *efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008. ISBN 978-80-7416-018-9

⁴⁶ viz: Dospiva, S. *Jak je to s doplácením státu na domovy důchodců*. Zpravodaj ústavů sociální péče č. 2/2005

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

V zájmu posílení ekonomické jistoty poskytovatelů sociálních služeb i v zájmu dynamického rozvoje sociálních služeb je nezbytné přijmout taková opatření v oblasti financování sociálních služeb, aby poskytovatelé sociálních služeb nebyli závislí na přiznání dotace ze státního rozpočtu, a to bez ohledu na to, že jejich poskytování není v souladu s právem EU.⁴⁷

⁴⁷ viz: *Rozbor právního systému České republiky v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k právu Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu*, advokátní kancelář HOLEC, ZUSKA & Partneři, Praha, 2011

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

Na základě výše uvedených charakteristik a poznatků získaných v rámci realizovaných terénních šetření byla posouzena struktura financování všech poskytovatelů služeb sociální péče ve sledovaných regionech v r. 2009 na základě údajů z žádostí poskytovatelů sociálních služeb o poskytnutí dotace na sociální služby v r. 2011. Ze sledovaných údajů vyplynulo, že ve všech sledovaných regionech obdrželi všichni poskytovatelé služeb sociální péče, kteří byli registrováni k 1. lednu 2007, dotaci od MPSV na svoji činnost s výjimkou jednoho zařízení.⁴⁸ Podíl státních dotací na financování jednotlivých typů zařízení v zásadě kopíroval údaje o podílu výše dotací přiznaných MPSV na výši celkových nákladů jednotlivých typů služeb tak, jak jsou uvedeny v příloze č. 2.

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

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

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

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

⁴⁸ jednalo se o zařízení, které bylo registrováno jako chráněné bydlení

a k tomu, že podle záměrů MPSV v příštích letech v rámci jednotlivých reformních kroků přestane stát zasahovat do systému služeb sociální péče a síť těchto služeb na regionální úrovni vznikne na základě vztahů poptávky a nabídky, je však toto pořadí pouze ilustrativní.

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

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

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

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

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

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

Pramen: vlastní propočty

Provedené propočty ukazují, že při zachování struktury příjemců příspěvku na péči z prosince 2010 by došlo k navýšení objemu finančních prostředků o cca 122 mil. Kč měsíčně, resp. o 1 460 mil. Kč ročně. Lze předpokládat, že ve skutečnosti by toto navýšení bylo vyšší, neboť v důsledku výrazného navýšení úrovně příspěvku na péči pro ty příjemce příspěvku na péči, kterým by byla péče poskytována v jejich přirozeném domácím prostředí prostřednictvím registrovaného poskytovatele sociálních služeb, se výrazně zvýší nabídka těchto služeb, čehož využije řada příjemců příspěvku na péči, kterým je dnes péče poskytována rodinnými příslušníky nebo blízkými osobami např. v důsledku nedostupnosti těchto služeb především v okrajových částech jednotlivých regionů. Nicméně lze předpokládat, že v porovnání s objemem dotací,

který je poskytován registrovaným poskytovateli služeb sociální péče (v r. 2009 činil tento objem 5 652 mil. Kč), dojde k významné úspoře veřejných prostředků.

Současně bude vytvořeno tržní prostředí při poskytování sociálních služeb, na základě poptávky po sociálních službách se bude rozšiřovat jejich nabídka (a to zejména ve venkovských regionech, kde je v současné době nabídka těchto služeb zpravidla velmi omezená) a lze předpokládat, že do systému poskytování sociálních služeb se zapojí i nové subjekty, vč. zahraničních. Tím vznikne potřebná síť služeb sociální péče v jednotlivých regionech, budou vytvořeny základní předpoklady pro včasnou reakci na očekávané demografické trendy, na řešení jejichž důsledků v oblasti sociálních služeb není ČR v současné době připravena.⁴⁹ Klíčovým limitem pro realizaci tohoto řešení je dosažení politické shody na všech úrovních veřejné správy, tak i na tripartitní bázi.

⁴⁹ viz: Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2010. ISBN 978-80-7416-048-6

Závěr

Provedená analýza ekonomické efektivity péče o příjemce příspěvku na péči navázala na dříve realizovaná hodnocení efektivity sociálních služeb, kdy byla pozornost věnována hodnocení efektivity poskytování sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb⁵⁰ a v rámci pečovatelské služby,⁵¹ komplexně byly zmapovány náklady na poskytování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.⁵² Získané poznatky opakovaně ukázaly, že stávající systém financování služeb sociální péče (a tedy i systém péče o příjemce příspěvku na péči) je neefektivní především:

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

Tyto poznatky byly potvrzeny v rámci předchozích etap řešení tohoto projektu především těmito poznatky:

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

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

Z provedeného rozboru podílu občana a jeho rodiny na krytí nákladů poskytovaných sociálních služeb vyplynulo, že nejvyšší podíl úhrady klienta na krytí nákladů

⁵⁰ viz: Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008. ISBN 978-80-7416-018-9

⁵¹ viz: Průša, L. *Vývoj výdajů na pečovatelskou službu v letech 1990-2008 a jejich efektivnost*. In: kolektiv. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010. ISBN 978-80-904668-0-7

⁵² viz: Průša, L. a kol. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2009. ISBN 978-80-7416-030-1

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

Analýza přiznané dotace ze státního rozpočtu na financování poskytovaných sociálních služeb ukázala, že v r. 2009 nejvyšší dotace v absolutním vyjádření v přepočtu na jednoho klienta měsíčně byly poskytnuty zařízením poskytujícím služby v týdenních stacionářích a v domovech pro osoby se zdravotním postižením, nejnižší naopak pro služby tísňové péče a pro zařízení pečovatelské služby. V relativním vyjádření byla poskytnuta relativně nejvyšší úroveň podpory na služby podporovaného bydlení a na průvodcovské a předčitatelské služby, nejnižší naopak zařízením poskytujícím pečovatelskou službu a odlehčovací služby. Tyto údaje potvrdily, že systém poskytování dotací ze strany MPSV nebyl využit k podpoře deklarovaného přechodu od služeb poskytovaných v pobytových zařízeních ke službám poskytovaným v přirozeném prostředí jednotlivých klientů sociálních služeb.

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

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

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

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

že v sektoru sociálních služeb by bylo možno vytvořit až 11,8 tis. nových pracovních míst.

Dalším faktorem, jemuž v tomto smyslu byla věnována pozornost, byl vliv poklesu příjmu z ekonomické aktivity v důsledku péče o příjemce příspěvku na péči a kompenzace tohoto příjmu právě příspěvkem na péči. Dlouhodobá péče o rodinného příslušníka nebo blízkou osobu je totiž spojena s komplexním sociálním, ekonomickým a zdravotním dopadem na pečovatele a jeho nejbližší okolí. V praxi se postupně rozvíjí model sdílené péče, jehož cílem je umožnit nesoběstačné osobě žít nezávislým životem ve vlastní domácnosti za pomoci rodiny a komunitních služeb tak dlouho, dokud se tento způsob jeví jako smysluplný a praktický. Z dříve provedených propočtů MPSV vyplývá, že celkové náklady této péče jsou v porovnání s jinými formacemi nejnižší, což vede k úvaze o vhodnosti diferenciaci výše příspěvku na péči v závislosti na tom, zda péče o příjemce příspěvku na péči je poskytována v pobytovém nebo ambulantním zařízení nebo v jeho přirozeném prostředí, a to buď registrovaným poskytovatelem sociálních služeb nebo rodinným příslušníkem, popř. blízkou osobou.

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

Na základě výše uvedených charakteristik a poznatků získaných v rámci realizovaných terénních šetření byly vysloveny dva základní předpoklady, které by vedly ke zvýšení efektivnosti financování této péče. Jde o odstranění závislosti poskytovatelů služeb sociální péče na přiznání dotací ze státního rozpočtu a o podmínění výplaty příspěvku na péči zajištěním péče prioritně od registrovaného poskytovatele sociální služby.

Klíčovým prvkem, který je v tomto smyslu možno spatřovat, je diferenciaci výše příspěvku na péči v závislosti na tom, zda péče o příjemce příspěvku na péči je poskytována v pobytovém nebo v ambulantním zařízení nebo zda je poskytována v přirozeném domácím prostředí prostřednictvím registrovaného poskytovatele sociálních služeb nebo prostřednictvím rodinných příslušníků nebo blízkých osob. Pro tuto diferenciaci se přitom navrhuje využít finanční prostředky, které jsou doposud poskytovány poskytovatelům služeb sociální péče ve formě dotací ze státního rozpočtu. Tímto krokem by bylo současně vytvořeno tržní prostředí při poskytování sociálních služeb, lze předpokládat, že do systému poskytování sociálních služeb se zapojí i nové subjekty, vč. zahraničních. Tento krok přispěje ke vzniku sítě služeb sociální péče v jednotlivých regionech, budou vytvořeny základní předpoklady pro včasnou reakci na očekávané demografické trendy, na řešení jejichž důsledků v oblasti sociálních služeb není ČR v současné době připravena.

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

Použitá literatura

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

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

Barvíková, J. *Rodinná péče a profesionální péče*. In: Jeřábek, H. a kol.: *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tošnerová, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press, 2009

Vlach, J. *Šetření výdělků starších zaměstnanců*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2006. ISBN 80-87007-39-5

Vlach, J. a kol. *Gender v managementu*. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-807416-003-5

Zavázalová, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum UK, 2001

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabulková příloha

Příloha č. 1

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

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

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

Příloha č. 2

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

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

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

Příloha č. 3

Porovnání výše dotací s objemem daní a pojistného zaplaceného poskytovateli služeb sociální péče a jejich zaměstnanci v r. 2009

	sociální služby celkem	z toho:													TP	TSt.
		sociální péče														
		CDS	Dst	DOZP	DS	DZR	ChB	OS	OA	PS	PSB	PPS	SSZZ			
zdroje financování																
dotace od MPSV	6 735	5 653	71	253	1 387	2 249	593	136	128	182	454	5	5	89	10	93
příspěvky od Úp	107	74	2	7	8	24	4	1	4	11	10	0	0	2	0	1
dotace od obcí	553	383	9	37	5	54	12	8	24	36	175	0	1	11	4	4
přísp. od zřizovatele - obce	1 870	1 810	17	96	104	548	169	10	80	5	754	0	0	8	1	19
přísp. od zřizovatele - kraje	1 218	1 159	3	51	500	403	129	30	5	0	10	0	0	1	0	26
přísp. od uživatelů	10 037	9 969	28	99	2 093	5 290	1 280	145	157	109	551	1	1	141	6	69
FZP	1 108	1 106	0	10	238	526	173	1	90	4	9	0	0	49	0	5
resorty st. správy	134	16	0	0	1	3	1	0	3	0	0	0	0	6	0	0
dotace od krajů	344	185	5	17	13	36	10	10	22	22	40	1	1	1	2	5
strukturální fondy	86	12	0	0	1	2	0	0	0	5	3	0	0	0	0	0
jiné zdroje	1 138	732	10	41	114	332	58	15	39	27	68	2	1	13	2	9
celkem	23 330	21 097	143	611	4 465	9 468	2 429	357	554	401	2 073	9	9	321	25	232
zdroje daní a pojistného (zaměstnavatel i zaměstnanci)																
pracovní smlouvy	6 773	5 942	47	184	1 210	2 428	735	127	174	194	642	5	3	112	8	71
DPČ	166	111	2	3	10	21	5	3	13	29	19	0	0	3	1	1
DPP	22	12	0	1	1	3	1	0	1	2	2	0	0	0	0	0
jiné osobní náklady	175	165	1	7	39	59	14	5	7	1	28	0	0	1	0	2
DNM do 60 tis. Kč	7	5	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DHM do 40 tis. Kč	86	75	1	2	11	39	10	2	2	1	5	0	0	1	0	1
potraviny	189	184	1	2	37	102	26	2	3	0	7	0	0	3	0	1
kanc. potř.	24	18	0	1	3	7	2	0	1	1	2	0	0	0	0	0
PHM	75	65	1	4	9	11	4	1	2	2	27	0	0	0	0	1
jiné spotř. nákupy	147	129	1	3	26	62	17	2	4	1	8	0	0	2	0	1
energie	406	375	2	9	77	196	43	11	7	1	19	0	0	6	0	4
spoje	46	32	1	1	5	11	3	1	1	2	6	0	0	1	0	1

	sociální služby celkem	z toho:														TSt.
		sociální péče	z toho:													
			CDS	Dst	DOZP	DS	DZR	ChB	OS	OA	PS	PSB	PPS	SSZZ	TP	
nájemné	59	38	2	4	11	6	4	1	2	6	0	0	1	0	0	
PES	38	24	1	3	7	3	1	1	2	3	0	0	1	0	0	
školení	33	24	0	4	8	2	1	1	2	3	0	0	0	0	0	
opravy a údržba	132	123	1	3	60	18	3	2	1	9	0	0	2	0	1	
cestovné	6	4	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	
prac. v přímé péči mimo prac. poměr	5	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
ost. prac. mimo prac. poměr	9	6	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
jiné	206	185	2	5	86	23	3	6	3	21	0	0	4	1	2	
odpisy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ostatní náklady	64	56	1	2	23	7	1	2	1	7	0	0	1	0	1	
celkem	8 671	7 574	63	233	1 505	922	169	228	247	816	6	5	142	11	88	
podíl daní a pojistného na zdrojích financování																
celkem	37,2	35,9	43,7	38,1	33,2	38,0	47,4	41,3	61,6	39,4	63,4	51,4	44,2	42,8	38,1	
veřejné zdroje celkem	71,3	72,8	59,1	49,3	81,6	84,5	86,0	64,0	93,2	56,1	87,5	67,6	84,8	63,3	57,4	
státní rozpočet	124,3	131,9	86,2	89,5	107,8	154,3	122,9	168,8	128,4	176,0	108,0	92,0	146,1	109,6	93,2	
od MPSV	128,7	134,0	88,2	92,0	108,5	155,6	124,4	178,6	136,3	179,8	112,1	99,7	159,7	110,7	95,0	
zdroje daní a pojistného (jen zaměstnavatel)																
pracovní smlouvy	4 321	3 809	30	118	771	470	80	110	124	415	3	2	72	5	46	
DpČ	87	58	1	2	5	2	2	7	15	10	0	0	1	0	1	
DPP	22	12	0	1	3	1	0	1	2	2	0	0	0	0	0	
jiné osobní náklady	175	165	1	7	39	14	5	7	1	28	0	0	1	0	2	
DNM do 60 tis. Kč	7	5	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
DHM do 40 tis. Kč	86	75	1	2	11	10	2	2	1	5	0	0	1	0	1	
potraviny	189	184	1	2	37	26	2	3	0	7	0	0	3	0	1	
kanc. potr.	24	18	0	1	3	2	0	1	1	2	0	0	0	0	0	
PHM	75	65	1	4	9	4	1	2	2	27	0	0	0	0	1	
jiné spotř. nákupy	147	129	1	3	26	17	2	4	1	8	0	0	2	0	1	
energie	406	375	2	9	77	43	11	7	1	19	0	0	6	0	4	
spoje	46	32	1	1	5	3	1	1	2	6	0	0	1	0	1	

	sociální služby celkem	z toho:														Tst.	
		sociální péče	z toho:														
			CDS	Dst	DOZP	DS	DZR	ChB	OS	OA	PS	PSB	PPS	SSZZ	TP		
nájemné	59	38	1	2	4	11	6	4	1	2	6	0	0	0	1	0	0
PES	38	24	1	1	3	7	3	1	1	2	3	0	0	0	1	0	0
školení	33	24	0	1	4	8	2	1	1	2	3	0	0	0	0	0	0
opravy a údržba	132	123	1	3	23	60	18	3	2	1	9	0	0	0	2	0	1
cestovné	6	4	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
prac. v přímé péči mimo prac. poměr	5	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
ost. prac. mimo prac. poměr	9	6	0	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
jiné	206	185	2	5	30	86	23	3	6	3	21	0	0	0	4	1	2
odpisy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ostatní náklady	64	56	1	2	10	23	7	1	2	1	7	0	0	0	1	0	1
celkem	6 139	5 388	44	165	1 061	2 264	654	120	159	163	580	4	3	99	8	62	
podíl daní a pojistného na zdrojích financování																	
celkem	26,3	25,5	31,0	27,0	23,8	23,9	26,9	33,8	28,7	40,6	28,0	42,9	36,2	31,0	31,1	26,9	
veřejné zdroje celkem	50,5	51,8	41,9	34,9	47,0	58,9	60,0	61,3	44,5	61,4	39,9	59,2	47,7	59,5	46,0	40,4	
státní rozpočet	88,0	93,8	61,1	63,4	76,0	99,5	109,5	87,6	117,5	84,5	125,1	73,1	64,8	102,6	79,5	65,7	
od MPSV	91,2	95,3	62,5	65,2	76,5	100,7	110,4	88,6	124,3	89,7	127,7	75,9	70,2	112,1	80,4	67,0	

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