

Model minimální kapacity sítě sociálních služeb na daném modelovém území



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST

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

Obsah

Úvod	5
1. Vyhodnocení poznatků získaných v předchozích etapách řešení projektu ..	6
1.1 Poznátky získané v rámci analýzy datových zdrojů o příspěvku na péči	6
1.2 Poznátky získané v rámci realizovaných terénních šetření	9
1.3 Poznátky získané v rámci analýzy ekonomické efektivity zajištění péče o příjemce příspěvku na péči	11
1.4 Souhrnné vyhodnocení získaných poznatků	13
2. Modelování kapacity sítě služeb sociální péče na území regionu	15
2.1 Základní teoretická východiska a problémy z hlediska stanovení sítě sociálních služeb.....	15
2.2 Hodnocení potřeby služeb sociální péče na regionální úrovni.....	17
2.2.1 Aspekt přítomnosti služeb a jejich kapacity	19
2.2.2 Aspekt dostupnosti služeb.....	20
2.2.3 Aspekt návaznosti služeb	20
2.2.4 Aspekt informovanosti občanů	21
2.2.5 Aspekt kvality služeb.....	21
2.2.6 Aspekt ekonomické únosnosti.....	21
2.3 Využitelnost kvantitativních standardů pro modelování potřeby služeb sociální péče	21
2.4 Možnosti využití příspěvku na péči pro modelování kapacity sítě sociálních služeb na území regionu	22
2.5 Porovnání získaných údajů s daty informačního systému o příspěvku na péči ve vybraném regionu.....	24
Závěr	26
Použitá literatura	27
Přílohy	29

Úvod

Cílem této části projektu "Analýza a výzkum způsobů zajištění dlouhodobé sociálně-zdravotní péče o příjemce příspěvku na péči" je na základě poznatků získaných v předchozích fázích jeho řešení koncipovat modelové uspořádání sociálních služeb, které by mělo být k dispozici na území regionu obce s rozšířenou působností. V souladu s předloženou nabídkou na řešení tohoto projektu bude koncipován velmi jednoduchý software, který na základě dosazení věkové skupiny obyvatelstva v daném regionu v členění podle pohlaví a věku (v pětiletých věkových skupinách) bude schopen kvantifikovat pravděpodobný počet příjemců příspěvku na péči v jednotlivých stupních závislosti v tomto regionu a z toho vyplývající potřebný rozsah pobytových, ambulantních a terénních sociálních služeb. Tyto kapacity budou zasazeny do kontextu ostatních způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči, zejména péče zajišťované osobami blízkými a neregistrovanými a neformálními poskytovateli sociálních služeb. Obdobný model je využíván i v oblasti důchodového pojištění, kdy po dosazení údajů o výši vyměřovacího základu, rozsahu vyloučených dob a celkové době pojištění si může každý zájemce spočítat výši svého starobního důchodu.¹

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

- vyhodnocení poznatků získaných v předchozích etapách řešení projektu,
- modelování kapacity sítě sociálních služeb na území regionu,
- ověření modelového řešení na území vybraného regionu.

¹ viz: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3200/Duchodova_kalkulacka_04102010.xls

1. Vyhodnocení poznatků získaných v předchozích etapách řešení projektu

1.1 Poznátky získané v rámci analýzy datových zdrojů o příspěvku na péči²

V rámci první etapy řešení projektu byly analyzovány datové zdroje, které umožňují získat poznátky o vývojových trendech z hlediska čerpání příspěvku na péči. V rámci provedených analýz byly identifikovány tyto stěžejní makroekonomické charakteristiky:

- výdaje na sociální služby se od počátku 90. let dlouhodobě zvyšují, v r. 2010 dosáhly úrovně 42,2 mld. Kč, přičemž jejich podíl na hrubém domácím produktu po zavedení příspěvku na péči výrazně vzrostl, v r. 2010 dosáhl úrovně 1,2 %; 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 zvýšení příjmů důchodců v rámci valorizace důchodů,
 - zvyšováním úhrad za poskytování jednotlivých úkonů pečovatelské služby,
 - přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který zásadně změnil systém financování sociálních služeb,
- ze struktury financování sociálních služeb je zřejmé, že příspěvek na péči je v současné době nejvýznamnějším zdrojem jejich úhrady, jeho podíl na celkových výdajích na sociální služby dosáhl v r. 2010 úrovně 44,3 %.

Současně bylo konstatováno, že na makroúrovni je z hlediska vývoje nákladů na sociální služby nezbytné věnovat pozornost především:

- analýze demografického vývoje do r. 2020 podle údajů Projekce obyvatelstva ČSÚ do r. 2065,
- analýze a prognóze vývoje zdravotního stavu osob starších 65 let z hlediska jeho dopadu na potřebu dlouhodobé sociálně-zdravotní péče,
- mezinárodním aspektům, zejména přístupům k těmto službám jako ke službám obecného zájmu a zkušenostem s řešením těchto otázek ve vybraných evropských zemích,
- dalším otázkám, které souvisejí zejména s kvalitou bydlení seniorů (možnost žít v malometrážních bezbariérových bytech s přiměřenou výší nájmu), s dostupností nezbytných veřejných služeb především z hlediska jejich bezbariérovosti, s dopravní obsluhovaností jednotlivých regionů prostředky veřejné dopravy, s vybaveností regionů sociálními službami a změnami v jejich struktuře a se střetem zájmu při výkonu státní správy a samosprávy především na úrovni obcí s rozšířenou působností a krajů.

Podrobnější analýzy vývojových trendů ve struktuře příjemců příspěvku na péči v závislosti na pohlaví, věku příjemce a formě využívání příspěvku ukázaly, že v prosinci 2010 v porovnání s prosincem 2007:

² podrobněji viz: *Příspěvek na péči - analýza dostupných datových zdrojů*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2012

- 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. (z 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. (ze 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 %),
- prakticky ve všech věkových skupinách a u obou pohlaví dochází ve III. a IV. stupni závislosti k růstu podílu osob pobírajících příspěvek na péči na celkovém počtu osob v této věkové skupině,
- u osob ve vyšších věkových skupinách (nad 76 let) je míra závislosti žen vyšší než u mužů, nejvyšší rozdíl je ve IV. stupni závislosti ve věkové skupině nad 90 let, kdy v r. 2010 byla míra závislosti žen o 11,3 p.b. vyšší než u mužů,
- tyto rozdíly mezi oběma pohlavími se od r. 2007 pravidelně zvyšují,
- míra závislosti u osob v mladších věkových skupinách je především u nižších stupňů závislosti prakticky neměnná, z hlediska pohlaví je přitom nepatrně vyšší u mužů,
- v r. 2010 došlo k výraznému nárůstu příjemců příspěvku na péči všech stupňů závislosti ve věkové skupině osob starších 90 let, tento nárůst je pravděpodobně způsoben důsledky ekonomické krize, kdy růst životních nákladů nebyl v r. 2010 kompenzován zvýšením důchodů, naopak byla v sociální oblasti realizována řada úsporných opatření, a proto rodiny hledaly náhradu chybějících příjmů v relativně snadno dostupném systému.

Získaná data přitom byla porovnána s daty, která jednotliví poskytovatelé sociálních služeb uvedli ve svých žádostech o poskytnutí dotací ze státního rozpočtu na svoji činnosti v r. 2011. Značné rozdíly, které byly identifikovány mezi těmito údaji a oficiálními údaji MPSV, jsou pravděpodobně způsobeny tím, že údaje o formě čerpané sociální služby nejsou u jednotlivých klientů po vyřízení žádosti o přiznání příspěvku na péči aktualizovány podle skutečného stavu (podle typu poskytované péče), resp. v informačním systému nejsou zachycovány změny, k nimž v průběhu doby pobírání příspěvku na péči dochází (např. nejprve péči např. senioru poskytuje jeho rodinný příslušník, v případě zhoršení zdravotního stavu začne využívat např. pečovatelskou službu a následně je umístěn v domově pro seniory). Řešitel je proto toho názoru, že data získaná od poskytovatelů sociálních služeb lze chápat jako přesnější odraz skutečně poskytované péče a využívání příspěvku na péči pro financování potřebné péče.

Analýza změn ve struktuře příjemců příspěvku na péči v závislosti na pohlaví, věku příjemce a typu poskytované služby v letech 2007-2010 ukázala, že:

- 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.

Řešitel je toho názoru, že se jedná o naprosto přirozené tendence, které doprovázejí zavedení každého nového systému a které nelze vysvětlovat změnami ve zdravotním stavu populace. Jde o to, že:

- 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 v tomto stupni nikdo nezáskal,
- 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 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.

V rámci analýzy změn ve struktuře příjemců příspěvku na péči v závislosti na pohlaví, věku příjemce a míry závislosti v jednotlivých krajích v letech 2007-2010 bylo konstatováno, že:

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

Řešitel je toho názoru, že tyto rozdíly lze vysvětlit řadou faktorů, z nichž k nejvýznamnějším patří především tyto skutečnosti:

- doposud nebyl zpracován žádný metodický pokyn, který by sociálním pracovníkům obcí s rozšířenou působností poskytl podrobný návod k tomu, jakým způsobem provádět sociální šetření u jednotlivých žadatelů o přiznání příspěvku na péči,
- 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,

- dochází ke střetu zájmu při poskytování příspěvku na péči především ze strany obcí s rozšířenou působností, které jsou současně zřizovateli řady služeb sociální péče.

1.2 Poznatky získané v rámci realizovaných terénních šetření ³

V rámci realizovaných terénních šetření byla věnována pozornost výzkumu způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči ve vybraných lokalitách v rámci celé ČR.

V rámci kvantitativního terénního šetření bylo provedeno více než 774 interview. Zkonstruovaný dotazník, vedle řady otázek zaměřených na zjištění relevantních informací nezbytných k naplnění cílů tohoto výzkumu, obsahoval i řadu otevřených otázek, pomocí nichž byly sledovány kvalitativní aspekty sledovaných skutečností. Aby byly odstraněny možné nepřesnosti ve formulaci otázek, byla ještě před započítáním vlastního výzkumného šetření provedena pilotáž dotazníku.

Cílem kvantitativního šetření bylo kromě samotného shromáždění údajů o využívání příspěvku na péči také ověřit možnosti a limity získávání informací pro účely hodnocení systému poskytování příspěvků na péči. Z tohoto hlediska byla určující skutečnost, že údaje o příjemcích příspěvku na péči podléhají ochraně osobních údajů ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Řešitel projektu tak neměl k údajům o těchto osobách přístup, a bylo proto nutno zvolit náhradní řešení této situace, kdy žádost o spolupráci na tomto výzkumu příjemcům příspěvku na péči zasílali pracovníci obecních úřadů obcí s rozšířenou působností (dále jen "obce"), které řešitel požádal o spolupráci a kteří byli ochotni touto formou s řešiteli spolupracovat. Respondenti pak mohli v případě ochoty ke spolupráci kontaktovat pracovníky řešitele na bezplatné telefonické lince, aniž by řešitel získal a mohl shromažďovat kontakty na příjemce příspěvku na péči.

Příjemci příspěvku na péči byli následně vybíráni takovým způsobem, aby v rámci jednotlivých lokalit (Brno, Liberec, Litoměřice, Mladá Boleslav, Litomyšl a Valašské Meziříčí) byl zastoupen přibližně podobný počet respondentů. Výběr respondentů byl dále koncipován tak, aby byli do zkoumaného souboru zahrnuti příjemci příspěvku se všemi čtyřmi stupni závislosti, a dále jak příjemci příspěvku na péči v seniorském věku, tak i ostatní příjemci příspěvku se zdravotním postižením. Struktura respondentů z hlediska věku a stupně závislosti vychází ze skutečné struktury příjemců příspěvku na péči ve sledovaných lokalitách vyplývající z informačního systému OKslužby.

V rámci kvalitativní části výzkumu bylo provedeno 72 hloubkových rozhovorů s příjemci příspěvku na péči, kteří se zároveň zúčastnili kvantitativní části výzkumu a vědomě souhlasili se svou účastí na hloubkovém rozhovoru. Tito respondenti byli vybráni ze zájemců o hloubkový rozhovor na základě věku (osoby v seniorském věku a osoby ve věku 18-65 let), stupně závislosti a typu péče. Tazatelé proškolení na vedení hloubkových rozhovorů diskutovali s respondenty jednotlivé okolnosti jejich aktuální životní situace, způsobů řešení a další relevantní souvislosti týkající se zabezpečení péče a využívání příspěvku na péči. Každý rozhovor trval průměrně jednu hodinu. Respondenti se během rozhovoru vyjadřovali ke skutečnostem a svým zkušenostem s poskytováním péče, které byly z hlediska cílů výzkumu klíčové. Hloubkové rozhovory byly realizovány v šesti předem stanovených lokalitách, kterými byly Brno, Liberec, Litoměřice, Mladá Boleslav, Litomyšl a Valašské Meziříčí.

³ podrobněji viz: *Pilotní výzkum způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči ve vybraných lokalitách*. Praha: Markent, 2012 a *Případové studie způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: Markent 2012

V rámci provedených terénních šetření byly získány tyto klíčové poznatky:

- více než polovina dotazovaných využívá pouze rodinné/laické péče (toto platí jak pro seniory, tak pro osoby se zdravotním postižením),
- pokud dotazovaní využívají sociální služby, tak je v naprosté většině případů využívají v kombinaci s rodinnou péčí,
- k typickým důvodům pro nevyužívání profesionálních sociálních služeb podle názoru respondentů patří tyto skutečnosti:
 - poskytované služby jsou drahé,
 - opečovávaný nemá rád cizí lidi a cizí prostředí,
 - pečující považují za morální odpovědnost postarat se o příbuzné sami,
 - pečující zvládají péči sami,
- u pečujících osob došlo ve většině případů k výrazným zásahům do jejich životů, tyto osoby musely přizpůsobit svůj život péči o příbuzného,
- dotazovaní často využívají příspěvek na péči i na úhradu běžných výdajů v domácnosti,
- dotazovaní obecně nemají široké povědomí o sociálních službách, pokud nějaké informace mají, tak většinou jen o službách, které sami využívají,
- o opečovávané osoby se v jednotlivých oblastech nejčastěji starají jejich syn, dcera nebo zeť, snacha; v rámci sledovaných lokalit poskytují tyto osoby péči v 60 a více procentech případů, s výjimkou Brna (43 %),
- z hlediska typu péče převažuje model, kdy péči zastávají pouze osoby pečující, jejich podíl se v rámci sledovaných lokalit pohybuje mezi 66 % a 70 %,
- v rámci rodinné péče vykonávají rodinní příslušníci nejčastěji činnosti spojené s péčí o domácnost, s péčí o zdraví a s pomocí s oblékáním a obouváním, vykonávání těchto aktivit se mezi jednotlivými sledovanými lokalitami statisticky významně nediferencuje,
- v rámci profesionální péče jsou jednoznačně nejčastěji vykonávány činnosti spojené s péčí o zdraví, nejčastěji jsou vykonávány v Litomyšli (ve 36 % případů), nejméně často pak v Litoměřicích (v 18 % případů) a v Mladé Boleslavi (v 19 % případů),
- obecně lze konstatovat, že u všech sledovaných sociálních služeb výrazná většina respondentů (bez rozdílu lokality) sociální službu nevyužívá a ani její využití nepreferuje, podíl těchto respondentů převyšuje téměř ve všech případech 85 % (typicky více než 90 %),
- pokud potřebují respondenti zjistit informace o sociálních službách nebo se potřebují poradit, ve většině případů vědí, na koho se obrátit (v rámci jednotlivých lokalit to ví více než 80 % respondentů),
- pozitivní, popř. převážně pozitivní zkušenosti s využívanými sociálními službami má ve všech šesti zkoumaných lokalitách většina dotázaných,
- ve všech šesti sledovaných lokalitách se příspěvek na péči využívá nejčastěji na úhradu léků (44 % až 68 % respondentů),
- odhad míry pokrytí celkových nákladů na péči z příspěvku na péči se pohybuje od 46 % v Mladé Boleslavi až po 67 % v Liberci,
- ve většině sledovaných lokalit je nejčastějším důvodem pro nevyužívání profesionálních služeb jejich cenová nedostupnost, tento názor ale není ve všech šesti

lokality stejné, existují zde relativně velké diference (profesionální služby hodnotí jako drahé nejčastěji respondenti z Brna - 54 %, nejméně často respondenti z Liberce - pouhých 20 %),

- z analýzy dat z informačního systému OKslužby vyplývá, že struktura vyplácení příspěvku na péči z hlediska jednotlivých stupňů závislosti se mezi zkoumanými lokalitami výrazněji neliší a že nejvyšší část příspěvku na péči využívají klienti ve všech sledovaných lokalitách na úhrady mimo systém profesionální sociální péče, z profesionálních služeb je největší část příspěvku využívána na pobytové služby, dále pak na terénní služby a nejmenší podíl příspěvku na péči je vynakládán na ambulantní služby.

1.3 Poznatky získané v rámci analýzy ekonomické efektivity zajištění péče o příjemce příspěvku na péči⁴

V rámci této etapy projektu byla na základě charakteristiky základních teoretických východisek hodnocení efektivnosti financování sociálních služeb provedena hodnocení efektivnosti financování sociálních služeb 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. Dříve získané poznatky opakovaně ukázaly, že stávající systém financování sociálních služeb je neefektivní především:

- v důsledku závislosti poskytovatelů sociálních služeb na výši přiznaných dotací ze státního rozpočtu,
- v důsledku tzv. "cenové regulace" výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových a ambulantních zařízeních a za jednotlivé úkony v rámci terénních sociálních služeb ze strany státu,
- 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 %.⁵

Je zřejmé, že na charakteristiku stávajícího systému financování a poskytování služeb 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 ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Z výsledků provedených terénních šetření vyplynulo, že:

⁴ podrobněji viz: *Analýza ekonomické efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2012

⁵ 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

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

Na základě provedeného komplexního rozboru financování jednotlivých typů služeb sociální péče lze konstatovat, že financování všech typů těchto služeb, které poskytují služby pro příjemce příspěvku na péči, je nutno z pohledu definovaného přístupu k hodnocení ekonomické efektivnosti⁶ 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.

Pozornost byla rovněž věnována analýze dalších faktorů determinujících efektivnost poskytování jednotlivých typů sociálních služeb. Z provedeného rozboru důsledků přiznání příspěvku na péči na vytvoření nových pracovních příležitostí pro pečující osoby vyplynulo, že stávající systém financování sociálních služeb brání rozvoji sociálních služeb, dynamizující prostředí pro rozvoj sociálních služeb nebylo vytvořeno. Přestože se celkový průměrný evidenční počet pracovníků v zařízeních sociálních služeb v letech 2006-2010 zvýšil o cca 4 tis. osob, kapacity terénních a ambulantních služeb se prakticky nezvýšily, o čemž svědčí mj. rostoucí počet nespokojených 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.

Analýza vlivu kompenzace užšího příjmu z ekonomické aktivity příspěvkem na péči v důsledku potřeby zajišťování péče pro svého rodinného příslušníka nebo blízkou osobu vyplynulo, že náklady na péči poskytovanou v přirozeném domácím prostředí jsou vyšší než náklady na péči poskytovanou v pobytových zařízeních. Dlouhodobá péče o rodinného příslušníka nebo blízkou osobu je v řadě případů totiž spojena s komplexním sociálním, ekonomickým a zdravotním dopadem na pečovatele a jeho nejbližší okolí. Osoba, která poskytuje péči, v důsledku toho ztrácí kontakty s okolním světem, ocitá se v sociální izolaci, často strádá nedostatečnou sociální oporou, trpí fyzickým a psychickým vypětím, které se mnohdy odrazí na jeho zdraví.

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. Ukázalo se, že objemem dotací poskytovaných MPSV ze státního rozpočtu v porovnání s objemem daní a pojistného zaplaceného poskytovateli služeb sociální péče se výrazně snižuje. Tento trend je ovlivněn jednak dlouhodobě se snižujícím objemem dotací, poskytovaných na MPSV na sociální služby, jednak růstem daňového zatížení, na který vývoj objemu státních dotací nereaguje. V zájmu posílení ekonomické jistoty poskytovatelů

⁶ 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 vyšší příspěvkem na péči a úhradou zdravotní péče od zdravotní pojišťovny uhradí průměrné celostátní náklady daného typu služby.

sociálních služeb i v zájmu dynamického rozvoje sociálních služeb je proto 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.

Tyto poznatky vedli řešitele 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, tzn. aby poskytovatelé služeb sociální péče nebyli závislí na přiznání dotací ze státního rozpočtu.

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.

1.4 Souhrnné vyhodnocení získaných poznatků

Předchozí etapy řešení projektu potvrdily již dříve prezentované poznatky, které byly prezentovány v předchozím období.⁷ V tomto smyslu zůstávají v platnosti i všechna opatření, která byla navrhována v zájmu zvýšení efektivity financování a poskytování sociálních služeb. Souhrnně lze tato opatření rozdělit do třech hlavních oblastí, přičemž nejvýznamnější z nich se týkají oblasti financování sociálních služeb. V tomto smyslu se jedná především o tato řešení:

- zrušení "cenové regulace" výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových zařízeních a za jednotlivé úkony v terénních a ambulantních formách,
- narovnání zákonem definovaných povinností zdravotních pojišťoven - především VZP - při hrazení lékařem indikované a skutečně poskytnuté ošetrovatelské a rehabilitační péče klientům pobytových zařízení sociálních služeb a snaha o financování této péče paušální platbou obdobně, jako je tomu v lůžkových zdravotnických zařízeních,
- změna systému hodnocení míry závislosti a kritérií pro výplatu příspěvku na péči (v tomto smyslu se jedná především o přechod na výplatu příspěvku na péči především v nepeněžním vyjádření),⁸

⁷ 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

⁸ ČR je v současné době jedinou evropskou zemí, kde je příspěvek na péči vyplácen pouze v peněžní formě (viz EU Report: Long-term care in the European Union, April 2008. [online], cit. [2011-10-16], dostupné z: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en>)

- zvážení možnosti důsledného uplatňování vyživovacích povinností dětí vůči svým rodičům.

Další opatření by bylo vhodné realizovat především v oblasti organizace sociálních služeb. V tomto smyslu se jedná především o potřebu zřízení funkce "koordinátora péče" na referátech sociálních věcí pověřených obecních úřadů, popř. na obcích s rozšířenou působností tak, aby každý občan měl k dispozici dostatek informací o sociálních službách, které se nacházejí v daném regionu a které může využívat vzhledem ke své celkové sociální situaci.

Dosavadní zkušenosti ukazují, že je potřebné:

- propojit systém plánování, registrace a financování sociálních služeb,
- stanovit povinnost pověřených obecních úřadů zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území, ve kterém v přenesené působnosti zajišťují výkon státní správy,
- posílit závaznost finanční rozvahy poskytovatelů služeb v procesu jejich registrace.

S ohledem na potřebu rozvoje služeb poskytovaných v přirozeném domácím prostředí jednotlivých klientů se ukazuje, že další opatření je potřeba realizovat mimo oblast sociálních služeb. V tomto smyslu se jedná především o tato řešení:

- zajištění výstavby dostatečného množství malometrážních a bezbariérových bytů a citlivé stanovení výše nájmu v obecních bytech tak, byly vytvořeny základní předpoklady pro poskytování služeb v domácím prostředí a byl oddálen tlak na zajištění služeb v bytových zařízeních,
- důsledné dodržování bezbariérových přístupů do obchodů a objektů poskytujících veřejné služby,
- soustavné vyhodnocování dopravní obslužnosti, zavádění nových forem dopravních služeb.

Některé z těchto řešení jsou v současné době již v legislativním procesu v rámci projednání věcného záměru zákona o dlouhodobé péči, lze předpokládat, že další opatření budou diskutována v rámci dalších fází sociální transformace.

2. Modelování kapacity sítě služeb sociální péče na území regionu

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

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

- celá baterie sociálních služeb tak, jak jsou definovány v zákoně o sociálních službách, by měla být k dispozici v zásadě na území každého kraje,⁹
- při rozhodování o vybavenosti jednotlivých obcí (měst) a jejich spádových území je nutno mít na zřeteli, že jedním ze stěžejních aspektů, ovlivňujících rozhodovací procesy, je velikost obce (města) a jejího spádového území. V tomto smyslu je proto třeba zabývat se např. tím,
 - jaká má být optimální velikost obce (města), v níž je již možné zabezpečovat kvalifikovaně a racionálně jednotlivé sociální aktivity,
 - jaká jsou kritéria pro vymezení různě velikých území, v nichž lze jednotlivé služby účelně rozvíjet.¹⁰

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

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

⁹ Spojení "v zásadě" je použito zcela vědomě, neboť i mezi jednotlivými kraji existují značné ekonomické, sociální a demografické rozdíly.

¹⁰ podrobněji viz: kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-90260-1-9

přístupy při rozvíjení sociálních služeb akcentují význam rodiny a rozvíjejí se proto takové aktivity, které rodině napomáhají při poskytování sociálních služeb (např. respitní péče).

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

Při analýze vývoje osídlení se ukázalo, že je třeba věnovat zvláštní pozornost obcím a městům ve velikosti od 2, resp. 5 tis. do 10 tis. obyvatel. Jde o obce (zpravidla města), kde působí pověřené obecní úřady vykonávající (v přenesené působnosti) výkon státní správy v oblasti sociální péče - tedy vykonávají činnost i pro určité spádové území. V těchto městech (je jich cca 400) jsou také nově vytvořena kontaktní místa státní sociální podpory, což zvyšuje jejich sociální roli. Tyto obce jsou svými demografickými a sociálně-ekonomickými charakteristikami a jejich vývojem velmi atraktivní také pro koncipování sociálních služeb mj. také proto, že spolu se svými spádovými územími (celkem průměrně cca 26 tis. obyvatel) vytvářejí na území státu síť s dopravní dostupností a přirozenou gravitací.¹¹ Na tomto území jsou již všechny sociální a populační skupiny zpravidla tak veliké, že sociální potřeby je možné zabezpečovat na profesionální a kapacitně ekonomicky přijatelné úrovni.

Reforma veřejné správy vytvořila tzv. malé okresy okolo nových center - obcí s rozšířenou působností. Zatímco se po desítky let veškerý rozvoj infrastruktury i sociálních vazeb rozvíjel do okresních měst, nové vztahy mají jinou orientaci. Byly vytvořeny obce s rozšířenou působností, které se od sebe svoji velikostí liší 2 x až 4 x, a to ve prospěch bývalých okresních měst. Protože tato města - sídla okresů - plnila v minulosti svými kapacitami úkoly státu, musí tam být proto i logicky větší vybavenost než u nových "malých okresních měst". Tak diametrální velikostní asymetrie vede k vážné úvaze, zda by se právě bývalá okresní města neměla stát základem krajské sítě. Jde o zcela zásadní nedořešený problém, který je bariérou dalšího rozvoje služeb v menších obcích.¹²

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

- z míry urbanizace,
- z věkové, kvalifikační, profesní a sociální struktury obyvatelstva na daném území a z náboženských specifik jednotlivých regionů,
- ze struktury osídlení jednotlivých územních celků, z velikosti obcí a z hustoty obyvatelstva,
- z míry realizace tradičních funkcí rodiny v péči o staré občany,

¹¹ podrobněji viz: kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-90260-1-9

¹² viz: *Analýza optimalizace sociálních služeb a vytvoření komunikační platformy reformy sociálních služeb*. Praha: NCSS & VÚPSV, 2011

- z nejrůznějších sociologických změn probíhajících ve společnosti, zejména rozpad vícegeneračního soužití rodin.¹³

Opomenout rovněž nelze dlouhodobou absenci jakékoliv koncepce rozvoje sociálních služeb, prvním koncepčním materiálem můžeme označit Bílou knihu v sociálních službách,¹⁴ vliv střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb na změnu struktury poskytovaných sociálních služeb ve smyslu Národního plánu rozvoje sociálních služeb je doposud pouze minimální.¹⁵

V důsledku toho není stávající struktura forem sociální péče v jednotlivých krajích ani okresech výsledkem promítnutí deklarovaných koncepcí do praktického života, ale je výsledkem dlouholetého živelného vývoje v minulosti, kdy praxe v rámci svých možností a podle svého zájmu reagovala na nutnost zabezpečení potřeb starých a zdravotně postižených občanů.¹⁶

System financování sociálních služeb navíc konzervuje zpravidla existující rozdíly ve vybavenosti jednotlivých územních celků sociálními službami, a tím se nevytváří dynamizující konkurenční prostředí. Změněné politické, ekonomické a společenské podmínky významným způsobem ovlivňují přístup zainteresovaných subjektů k této oblasti sociální ochrany obyvatelstva. Odlišný způsob financování jednotlivých typů zařízení se v minulém období promítl do zájmu jednotlivých zřizovatelů o budování nových kapacit i o formy zabezpečení potřeb občanů.¹⁷

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

Při hodnocení vybavenosti regionů službami sociální péče je nezbytné mít na zřeteli skutečnost, že stávající statistické podklady nejsou úplné, např. neumožňují charakterizovat např. intenzitu poskytování pečovatelské služby.¹⁸

2.2 Hodnocení potřeby služeb sociální péče na regionální úrovni

Významnou pomůckou při hodnocení vývoje sociálních služeb jsou návrhy úrovně normativů vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální péče. Tyto

¹³ blíže viz: Průša, L. *Optimalizace struktury forem sociální péče s přihlédnutím ke specifickým jednotlivých oblastí*, in *Metody regionální demoeconomické analýzy a prognózy*. České Budějovice: Dům techniky ČSVTS, 1987

¹⁴ viz www.mpsv.cz

¹⁵ viz: *Národní plán rozvoje sociálních služeb 2009-2012*, www.mpsv.cz

¹⁶ viz: kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-902260-1-9

¹⁷ viz: Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing 2007. ISBN 978-80-7357-255-6

¹⁸ Statistika neumožňuje identifikovat, zda z celkového počtu cca 115 000 osob, jimž byla v r. 2010 poskytována pečovatelská služba, byla tato pomoc poskytována každý den (1 x či vícekrát), několikrát v průběhu týdne či měsíce či dokonce pouze 1 x ročně.

normativy byly zpracovány bývalým FMPSV v polovině 80. let,¹⁹ do praxe však nebyly nikdy zavedeny, neboť existovaly obavy jejich zneužití v plánovací praxi jako nástroje neúměrného zatížení státního rozpočtu dlouhodobě dopředu. Z hlediska jejich využití jako orientačních nástrojů pro hodnocení dlouhodobých trendů v sociální oblasti je však potřebné tyto normativy ocenit, neboť představují až do dnešních dnů jediný srovnatelný pohled na kvantitativní úroveň sociálních služeb v jednotlivých územních celcích.

Poprvé byla analýza vývoje vybavenosti územních celků službami sociální péče pro staré a zdravotně postižené občany zpracována v polovině 90. let²⁰ (analyzovány byly údaje za r. 1995), důraz byl přitom položen na analýzu vybavenosti jednotlivých okresů místy v domovech důchodců, v domovech - penzionech pro důchodce, v domech s pečovatelskou službou a dále pečovatelskou službou. V následujícím období byla provedena analýza vybavenosti regionů službami sociální péče realizována v r. 2002²¹ (analyzovány byly údaje za r. 2000) a v r. 2006 (analyzovány byly údaje za r. 2005).²² Tyto skutečnosti umožňují ukázat, k jakým vývojovým a strukturálním změnám v jednotlivých regionech dochází a zda jsou tyto trendy např. v souladu s moderními trendy rozvoje sociálních služeb v evropských zemích, popř. zda jsou projevem promítnutí koncepčních záměrů do praktické činnosti jednotlivých regionálních orgánů a poskytovatelů sociálních služeb. Z dříve provedené analýzy²³ vyplynulo, že současné evropské trendy, projevující se v odklonu od péče poskytované v rezidenčních zařízeních k péči poskytované v přirozeném domácím prostředí jednotlivých klientů, se v naší zemi zatím patrně uplatňují pouze ve velmi omezeném měřítku.

Jeví se proto jako nezbytné zasadit tvorbu střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb do integrovaných plánů rozvoje měst tak, jak ji vyjadřuje tzv. Lipská charta přijatá v dubnu 2007 ministry odpovědnými za rozvoj měst v době německého předsednictví EU.²⁴ Charta se orientuje na širší využívání integrovaných přístupů v politice rozvoje měst, na vytváření a zajištění vysoce kvalitního veřejného prostoru, modernizaci infrastrukturních sítí, přičemž zvláštní pozornost věnuje deprivovaným čtvrtím v rámci města jako celku. Jde o zavádění strategií pro dosažení vyššího standardu fyzického bydlení, posílení lokální ekonomiky a místní politiky trhu práce a o podporu cenově dostupné a efektivní městské dopravy.

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

- přítomnost služeb a jejich kapacitu,
- dostupnost služeb (územní, finanční, architektonická),
- návaznost služeb,
- informovanost občanů,
- kvalitu výkonu služeb,

¹⁹ viz: *Návrh normativů vybavenosti územních celků službami sociální péče*. Praha: FMPSV, 1987

²⁰ viz: kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-902260-1-9

²¹ viz: Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing, 2003. ISBN 80-86395-69-3

²² viz: Průša, L. *Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni*. Praha: VÚPSV 2006. ISBN 80-87007-36-0

²³ viz: *Příspěvek na péči - analýza dostupných datových zdrojů*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2012

²⁴ viz: *Analýza optimalizace sociálních služeb a vytvoření komunikační platformy reformy sociálních služeb*. Praha: NCSS & VÚPSV, v.v.i. 2011

- ekonomickou efektivnost.²⁵

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

2.2.1 Aspekt přítomnosti služeb a jejich kapacity

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

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

Potřeba sociálních služeb v konkrétním místě se může lišit:

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

U služeb sociální péče např. pro seniory je možné specifikovat počet osob závislých na péči v různých oblastech (strava, bydlení, chůze) a z toho lze dovodit i výskyt a potřebnou kapacitu služeb. Přestože je tak možné charakterizovat nejvyšší rozsah potřeby péče (z hlediska míry závislosti) v rozsahu, jaká je dnes chápána jako péče rezidenční - tedy formou vykázaní potřebných lůžek - do budoucna to však nemusí být jediný způsob zabezpečení takového rozsahu, potřebu může nahradit i péče v domácnosti (např. zabezpečením návaznosti poskytované zdravotní a sociální péče, poskytováním intenzivní pečovatelské služby ve všech oblastech úkonů nebo využitím nových materiálů, zařízení, technologií, jako je např. selfmonitoring, tísňové volání a další).

Poskytování všech skupin úkonů v rámci pečovatelské služby (zejména péče o klienta, zajištění stravy, pomoc s chodem domácnosti) by mohlo být cestou řešení problému potřeby rezidenční péče. Právě tento typ služby realizuje zásadním způsobem

²⁵ viz: *Analýza optimalizace sociálních služeb a vytvoření komunikační platformy reformy sociálních služeb.* Praha: NCSS & VÚPSV, v.v.i. 2011

celkové směřování sociálních služeb, tj. zabezpečení péče v přirozeném prostředí, a odklad nebo i náhradu potřeby péče rezidenční.

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

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

2.2.2 Aspekt dostupnosti služeb

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

Podobnou dimenzi má i dostupnost finanční, která by měla zajistit, že příjmový handicap nezabrání využití služby v případě, že ji klient potřebuje. V tomto smyslu je potřeba upozornit na to, že jedním z cílů koncipování příspěvku na péči bylo posílit příjem občana, který službu potřebuje, aby si ji mohl "koupit".²⁶ Pro některé služby, např. sociální poradenství, stanoví Evropská sociální charta přímo závazek států zabezpečit bezplatné sociální poradenství. A nejen to, sleduje se, zda je takové poradenství i dostupné dopravně (též s ohledem na náklady na dopravu).

Další dimenzí je bezbariérovost prostředí, tedy dostupnost architektonická.

2.2.3 Aspekt návaznosti služeb

Významným aspektem existence širokého spektra sociálních služeb a jejich kvality je jejich vzájemná provázanost, resp. návaznost. V jednotlivých oblastech sociálních služeb je pro úspěšné a efektivní fungování celého komplexu nezbytná návaznost, tj. zastoupení jednotlivých typů služeb, pokud představují určité fáze či stupně péče podle rozsahu rozvíjejících se potřeb. Tak lze uvést např. komplex sociálně-zdravotní péče o staré občany (kde podle rozsahu narůstajících potřeb jde o pomoc v domácnosti, pečovatelskou službu, home care, denní pobyt, týdenní stacionář, domov seniorů, LDN, event. hospic). Takové navazující komplexy je třeba komponovat podle místních potřeb a podle možností vč. smluvních vztahů s jinými obcemi či krajem. Rizikovou situací je stav, kdy některý ze stupňů chybí nebo je kapacitně omezen, resp. naplněn. Pak se proces zabezpečování postupně narůstajících potřeb zastaví a nižší úroveň služeb musí zabezpečovat jim nepřislušející vyšší rozsah péče.²⁷

²⁶ viz: Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-255-6

²⁷ viz: *Analýza optimalizace sociálních služeb a vytvoření komunikační platformy reformy sociálních služeb*. Praha: NCSS & VÚPSV, v.v.i. 2011

2.2.4 Aspekt informovanosti občanů

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

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

2.2.5 Aspekt kvality služeb

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

2.2.6 Aspekt ekonomické únosnosti

Za významný aspekt vybavenosti regionu službami je nutné považovat přiměřené vyvážení dostupnosti (spádovosti) a ekonomické únosnosti. Každé zařízení, popř. služba, má své vlastní ekonomické parametry či limity. Jde především o provázanost nákladů na klienta, příjmů od klienta, příjmů z různých dalších zdrojů apod. Provozovat miniaturní rezidenční zařízení nebo provozovat služby náročné na počet pracovníků pro malý počet klientů je ekonomicky neúnosné, a je třeba proto vymezit vyšší rozsah spádovosti a posunout výskyt takové služby do vyšších územně-správních celků. Mezi kritérii humanistické optimality a ekonomickou únosností je nezbytné hledat vyváženost.²⁸

2.3 Využitelnost kvantitativních standardů pro modelování potřeby služeb sociální péče

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

Některé služby jsou na území státu provozovány jen ve velmi malém rozsahu a počtu, a proto chybí zdroje pro zobecnění rozsahu potřeby a pro stanovení normativů

²⁸ např. v 80. letech bylo konstatováno, že určité optimality lze dosáhnout např. u "domovů důchodců" o velikosti 80 lůžek

vybavenosti. Neexistují žádné objektivní podklady, které by mohly být použity pro poměr ambulanti a terénní péče o cílové skupiny, v zásadě je to zcela závislé na místních podmínkách. Statistika nerozlišuje cílovou skupinu u zařízení, která poskytují služby jak seniorům, tak osobám se zdravotním postižením, např. pečovatelská služba není rozdělena na péči o seniory a osoby se zdravotním handicapem (zvláště pro osoby s Alzheimerovou nemocí, zvláště pro osoby duševně nemocné apod.).

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

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

Pro vymezení výskytu cílových skupin je k dispozici řada zdrojů, které se částečně doplňují, ale i korigují, existují i různé názory na některé sociální jevy a jejich výskyt. Vzájemná konfrontace různých údajů, např. o hypotetické potřebě služeb, o skutečně poskytovaných službách, počtu a výši vyplácených příspěvků na péči a další představují zdroj informací pro další analýzy i depistáž v případě malých počtů výskytu jevů, malých počtů klientů apod.²⁹

Orientační standard vybavení spádové obce a jejího území s celkovým počtem obyvatel cca 20 tis. službami sociální péče, které poskytují péči příjemcům příspěvku na péči tak, jak byl koncipován v 90. letech minulého století, je pro informaci uveden v příloze č. 1, orientační standard vybavení spádové obce a jejího území s celkovým počtem obyvatel cca 50 tis. z téhož období je uveden v příloze č. 2.

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

Rozsah potřeby sociálních služeb ovlivňují čtyři základní faktory - demografický vývoj, sociálně-ekonomické faktory, společensko-politické determinanty a mezinárodní aspekty. Z tohoto pohledu je nezbytné při koncipování modelu potřeby sociálních služeb mít na zřeteli řadu faktorů, které tuto potřebu ovlivňují.³⁰

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

²⁹ viz: *Analýza optimalizace sociálních služeb a vytvoření komunikační platformy reformy sociálních služeb*. Praha: NCSS & VÚPSV, v.v.i. 2011

³⁰ podrobně viz: Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2010. ISBN 978-80-7416-048-6

V předchozích fázích řešení tohoto projektu³¹ byl analyzován vývoj změn ve struktuře příjemců příspěvku na péči v závislosti na pohlaví a věku příjemce příspěvku na péči v letech 2007-2010 (viz příloha č. 3 a č. 4), který umožňuje identifikovat skutečnou potřebu různých typů péče na území každého města nebo regionu. Orientačně lze uvést, že:

- počet příjemců příspěvku na péči v I. stupni závislosti signalizuje, kolik osob bude pravděpodobně vyžadovat pomoc při zvládnání některého z úkonů pečovatelské služby ve vlastní domácnosti,
- počet příjemců příspěvku na péči ve II. stupni závislosti signalizuje, kolik osob bude pravděpodobně vyžadovat intenzivnější pomoc při zvládnání více úkonů pečovatelské služby ve vlastní domácnosti, ve chráněném bydlení, popř. v centru denních služeb nebo v denním stacionáři,
- počet příjemců příspěvku na péči ve III. stupni závislosti signalizuje, kolik osob bude vyžadovat intenzivní zpravidla celodenní komplexní péči v domovech pro seniory, v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v týdenních stacionářích, v krajních případech i v chráněném bydlení nebo ve vlastních domácnostech, přičemž řada těchto osob bude vyžadovat služby osobní asistence a k dispozici by měl být dostatečný rozsah odlehčovacích služeb,
- počet příjemců příspěvku na péči ve IV. stupni závislosti signalizuje, kolik osob bude vyžadovat intenzivní komplexní celodenní péči v pobytových zařízeních (domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem), pouze v minimálním rozsahu lze očekávat, že těmto osobám by byla poskytována péče v jiných typech zařízeních, popř. v jejich domácnostech, v těchto případech však bude většina těchto osob vyžadovat služby osobní asistence, k dispozici bude potřeba rovněž dostatečný rozsah odlehčovacích služeb.³²

Konkrétní rozsah poskytování jednotlivých sociálních služeb je velmi obtížné blíže specifikovat, protože je odrazem působení celé řady faktorů determinujících jejich vývoj v jednotlivých regionech. V tomto smyslu je proto nezbytné v rámci přípravy střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb v jednotlivých městech a krajích velmi podrobně analyzovat všechny determinanty ovlivňující chování klientů a potenciálních klientů jednotlivých typů a forem sociálních služeb. V návaznosti na připravované změny v systému financování sociálních služeb lze očekávat, že síť služeb sociální péče, která bude zabezpečovat péči o příjemce příspěvku na péči, vznikne na základě nabídky a poptávky po těchto službách v jednotlivých regionech a bude vzhledem k výše uvedeným faktorům výrazně regionálně diferencována.³³

Pro orientační kvantifikaci potřeby jednotlivých typů sociálních služeb ve vazbě na stupeň priznání příspěvku na péči byla v rámci této fáze řešení projektu koncipována "kalkulačka", která umožňuje všem zájemcům na území libovolného regionu při znalosti věkového složení obyvatelstva v členění podle pohlaví a jednotlivých věkových skupin určit orientační rozsah osob závislých na potřebě péče. Východiskem pro koncipování této "kalkulačky" byla tzv. důchodová kalkulačka,³⁴ která umožňuje všem zájemcům při znalosti vyměřovacích základů a výpočtových dob od r. 1986 spočítat výši důchodu. Názorně je tato kalkulačka uvedena v příloze č. 5, v interaktivní podobě,

³¹ viz: Příspěvek na péči - analýza dostupných datových zdrojů. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2012

³² viz: Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV 2010. ISBN 978-80-7416-048-6

³³ viz: Suda, R. *Uvažované modely financování sociálních služeb v r. 2013-2014*. Přednáška na konferenci Financování v sociálních službách, Praha, 19. června 2012

³⁴ viz: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3200/Duchodova_Kalkulacka_110919_TO.xls

kteřá umožňuje realizovat vlastní individuální propočty, je kalkulačka v elektronické podobě přiložena na CD, který je nedílnou součástí této studie.

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

Koncipování výše uvedeného software spolu s již dříve uvedenými a prezentovanými metodami dává všem zájemcům k dispozici dostatek nástrojů k zajištění potřebného spektra sociálních služeb v konkrétním regionu. Nezbytným předpokladem zajištění toho spektra sociálních služeb je však skutečnost, že ve všech fázích koncipování střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb dochází k porovnávání získaných regionálních charakteristik s obdobnými charakteristikami sousedních regionů, popř. s celostátními charakteristikami, přičemž důraz by měl být položen na zdůvodnění odchylek v porovnávaných charakteristikách.³⁵

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

Pro porovnání dat získaných z koncipovaného software s daty informačního systému o příspěvku na péči bylo vzhledem k omezené dostupnosti dat o věkové struktuře dat v obcích s rozšířenou působností vybráno město Brno. Z orientačního výpočtu počtu příjemců příspěvku na péči v závislosti na věku a pohlaví vyplývá, že k 31. 12. 2010 byl na tomto území vyplácen příspěvek na péči celkem 12 257 klientům, z toho:

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

Z dat informačního systému o příspěvku na péči přitom vyplývá, že v Brně služby od registrovaných poskytovatelů služeb sociální péče čerpalo k 30. 6. 2011 služby celkem 3 409 klientů, což je v relaci k celostátním údajům, cca 72 % procent příjemců příspěvku na péči využívalo k zabezpečení svých potřeb pouze služby od neregistrovaných poskytovatelů sociálních služeb, služby jim tedy poskytovali členové rodiny nebo osoby blízké. Přestože je tento podíl poněkud vyšší, než jsou celostátní údaje, je z hlediska výsledků terénních šetření tento rozdíl možno vysvětlit tím, že v Brně považují příjemci příspěvku na péči sociální služby za drahé. Konkrétní struktura využívání služeb sociální péče příjemci příspěvku na péči závisí na rozsahu služeb, které jsou v současné době na území Brna registrovány. Lze proto konstatovat, že data, získaná na základě orientačního výpočtu příjemců příspěvku na péči v závislosti na věku a pohlaví představují další významný informační zdroj, který při přípravě střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb bude jistě využíván, a to zejména v situaci, kdy se stát přestane podílet na financování služeb sociální péče a kdy regionální síť těchto služeb bude tvořena na základě nabídky a poptávky.

³⁵ viz: Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-255-6

Struktura příjemců příspěvku na péči podle míry závislosti a typu čerpané registrované služby sociální péče je uvedena v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 Struktura příjemců příspěvku na péči podle míry závislosti a typu čerpané registrované služby sociální péče v Brně k 30. 6. 2012

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

Pramen: vlastní propočty

Závěr

Nový zákon o sociálních službách, který vstoupil v platnost před pěti lety, obsahuje všechny instituty, které jsou zakotveny v právních úpravách evropských zemí. Zvolený systém financování sociálních služeb, zejména závislost poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotací ze státního rozpočtu, však neumožňuje jejich žádoucí rozvoj. Změna systému financování sociálních služeb je proto základní podmínkou jejich efektivního rozvoje v následujícím období.

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

Použitá literatura

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

Musil, J. *Regionální a místní formy sociálního vyloučení a jak jim čelit - problém vnitřních periférií v České republice*. in Sirovátka, T. *Sociální vyloučení a sociální politika*. Brno: Masarykova univerzita / Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2006. ISBN 80-210-4225-7

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

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

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

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

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

Analýza ekonomické efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2012

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

EU Report: Long-term care in the European Union, April 2008. [online], cit. [2011-10-16], dostupné z: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en>

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

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

Pilotní výzkum způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči ve vybraných lokalitách. Praha: Markent, 2012

Případové studie způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči. Praha: Markent 2012

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

www.mpsv.cz/files/clanky/3200/Duchodova_kalkulacka_04102010.xls

Přílohy

Příloha č. 1

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

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

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

Příloha č. 2

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

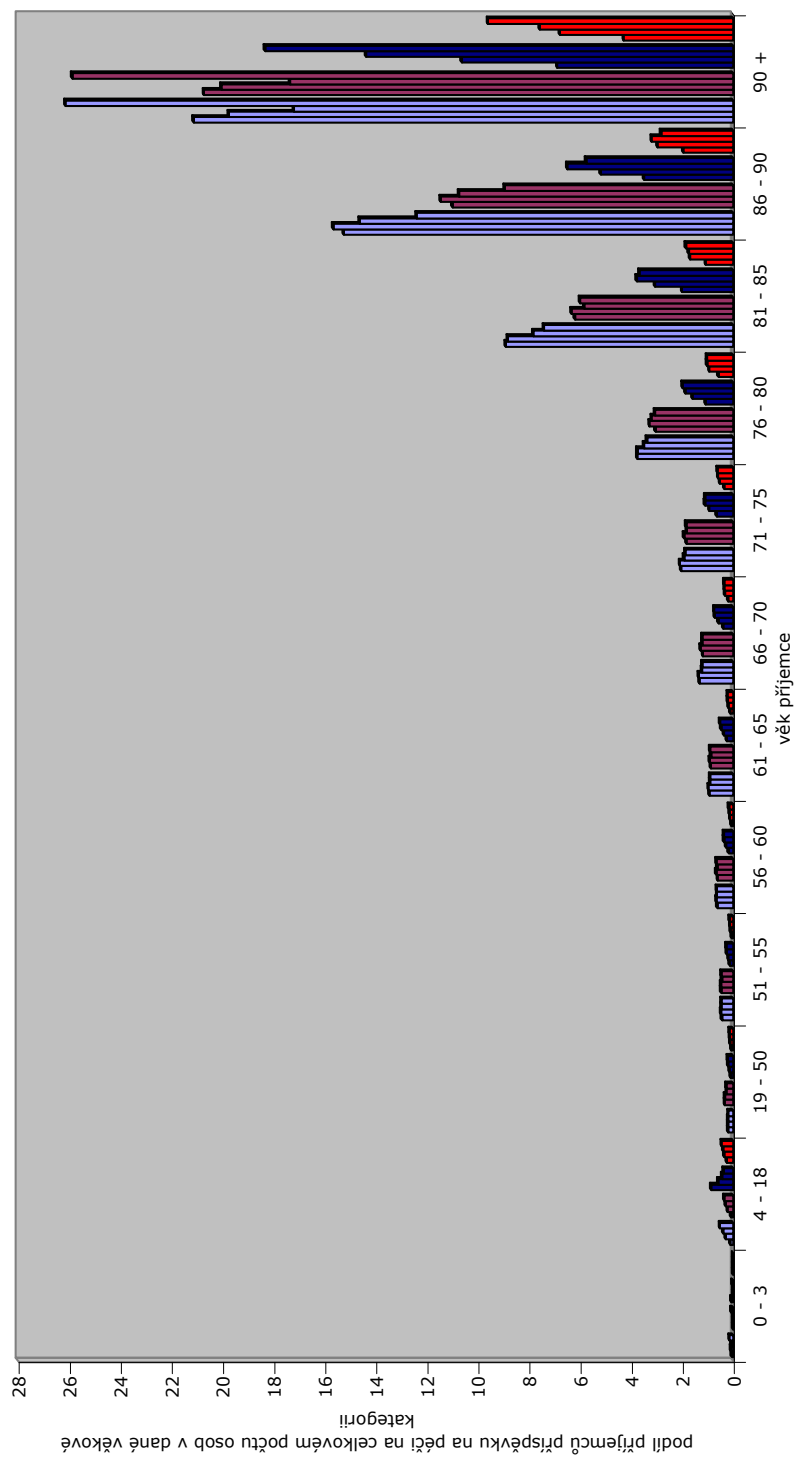
typ sociální služby	orgán, instituce, zařízení	počet prac.	počet míst	poznámka
pečovatelská služba	městský úřad		455	poskytuje úkony pečovatelské služby v domácnostech občanů
	střediska osobní hygieny		2 střediska	poskytují možnost udržování osobní hygieny mimo domácnost občana
	prádelny pečovatelské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

typ sociální služby	orgán, instituce, zařízení	počet prac.	počet míst	poznámka
přechodné pobyty	lůžka v ústavech sociální péče pro dospělé (domovy důchodců, ústavy sociální péče pro těžce zdravotně postižené dospělé občany)		15	možnost přechodného umístění starého občana nebo občana těžce zdravotně postiženého na určitou dobu
	lůžka v léčebně pro dlouhodobě nemocné		5	vyhrazená lůžka v LDN pro naléhavé případy, kdy osoby potřebují náročnou ošetrovatelskou péči
chráněné bydlení	byty pro mentálně postižené		podle sociální analýzy obce	typ péče o mentálně postižené v samostatných bytech pod odborným dohledem
	byty pro občany psychicky nemocné		podle sociální analýzy obce	samostatné bydlení pro občany psychicky nemocné pod odborným dohledem
	bezbariérové byty pro těžce zdravotně postižené občany		podle sociální analýzy obce	bytový fond speciálně upravených bytů
	byty (zařízení) pro občany léčící se z drogové závislosti		podle sociální analýzy obce	chráněné bydlení pro komunity občanů léčících se z drogové závislosti
	zvláštní zařízení pro výkon pěstounské péče	2	12	velká pěstounská rodina

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

Příloha č. 3

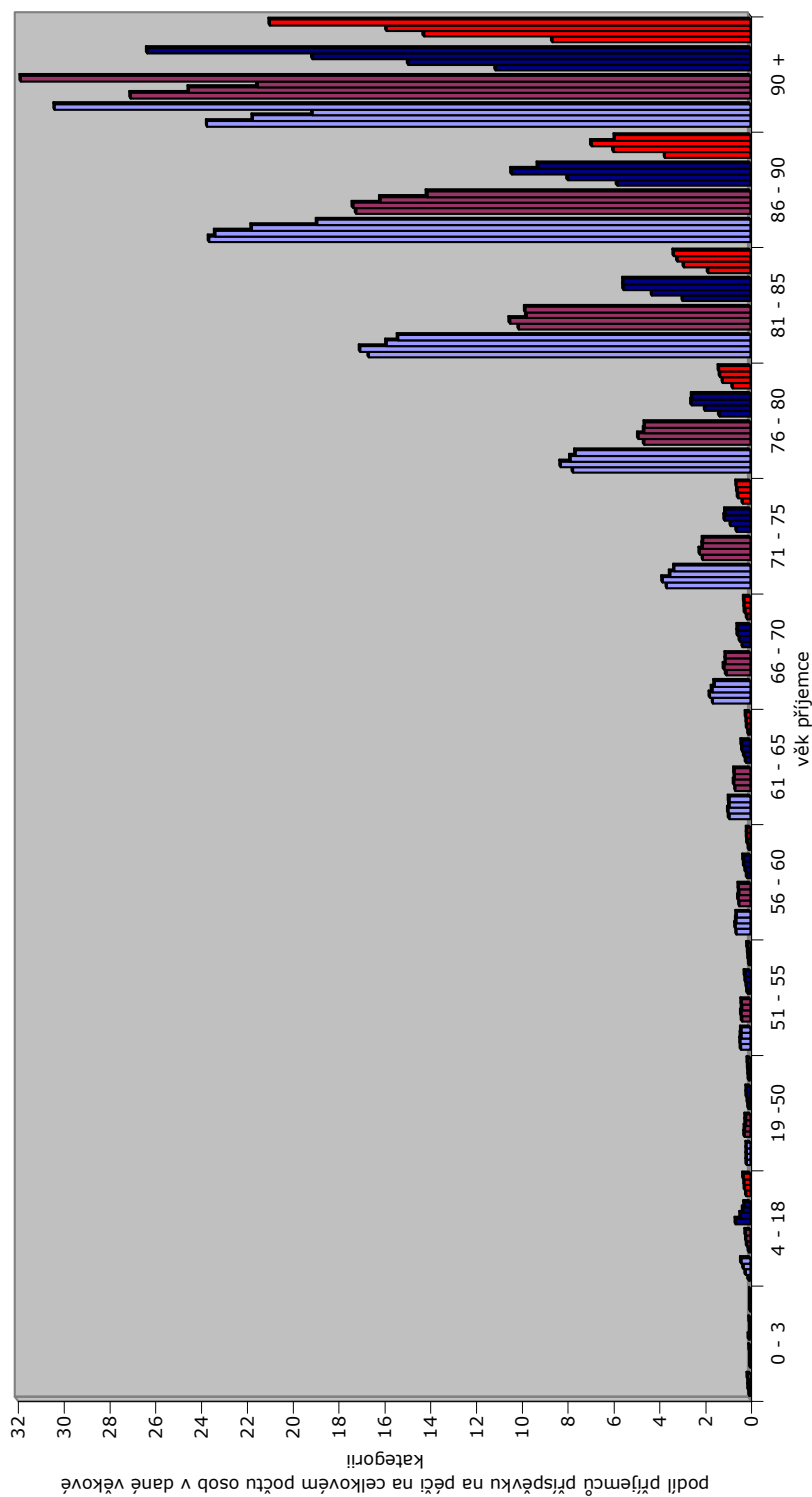
Vývoj podílu příjemců příspěvku na péči v závislosti na pohlaví, věku a míře závislosti v letech 2007 - 2010 (muži)



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

Příloha č. 4

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



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

Příloha č. 5

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

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

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

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

Pramen: vlastní zpracování

Příloha č. 6

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

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

pokračování

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

Pramen: vlastní propočty