

Analýza segmentu sociálních služeb

s akcentem na pobytové a ambulantní sociální služby pro seniory



Building a better
working world



Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

Největší profesní organizace v oblasti sociálních služeb ČR

www.apsscr.cz

...již od roku
1991



APSS ČR je největší profesní organizací sdružující poskytovatele sociálních služeb v České republice.

Asociace v rámci své činnosti:

- zastupuje a hájí zájmy svých členů u státních a ostatních zainteresovaných institucí, zejména předkládáním odborných stanovisek, kvalifikovanou oponenturou a iniciací a podporou žádoucí právní regulace sociálních služeb;
- zprostředkovává rozšiřování vědeckých a výzkumných poznatků do činnosti poskytovatelů sociálních služeb a předávání tuzemských i zahraničních odborných zkušeností svým členům;
- vyvíjí studijní, dokumentační, vzdělávací a expertní činnost;
- organizuje kongresy, odborné konference a vzdělávací programy;
- je pořadatelem již tradičního Týdne sociálních služeb ČR a výtvarné soutěže Šťastné stáří očima dětí, spolupředatelem ocenění Národní cena – Pečovatel/ka roku, držitelem licence E-Qalin pro ČR (model měření a zvyšování kvality), tvůrcem modelu Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách a správcem Značky kvality (systém externí certifikace zařízení);
- vydává odborný čtvrtletník Listy sociální práce a odborný měsíčník Sociální služby.

Sekce a svazy Asociace:

Činnost sekcí a svazů probíhá na základě specifických potřeb členů Asociace.

Sekce:

- sekce terénních služeb
- sekce ambulantních služeb APSS ČR
- sekce adiktologických služeb
- sekce sociálních služeb pro osoby bez domova

- sekce korporátních poskytovatelů sociálních služeb
- sekce služeb péče o ohrožené dítě
- sekce služeb pro rodinu
- sekce pro náhradní rodinnou péči a sociálně-právní ochranu dětí

Svazy:

- Profesní svaz sociálních pracovníků v sociálních službách
- Profesní svaz zdravotnických pracovníků v sociálních službách

APSS ČR je členem:



Obsah

1.	Manažerské shrnutí	6
2.	Východiska a přístup ke zpracování analýzy	11
2.1	Základní souvislosti analýzy	13
2.2	Naše chápání situace	16
3.	Subanalýzy	19
3.1	Subanalýza 1: Vývoj demografické struktury	19
3.1.1	Demografická struktura a vývoj obyvatelstva v posledních 10 letech	19
3.1.2	Predikce vývoje demografické struktury a obyvatelstva do roku 2050	22
3.2	Subanalýza 2: Vývoj lůžkových kapacit a zařízení	23
3.2.1	Vývoj lůžkových kapacit v posledních 10 letech	23
3.2.2	Predikce vývoje lůžkových kapacit do roku 2050	29
3.3	Subanalýza 3: Analýza zařízení sociálních služeb	34
3.3.1	Dle právní formy a vlastníka (soukromý versus veřejný sektor)	34
3.3.2	Dle velikosti (podle počtu lůžek)	35
3.3.3	Dle financování	36
3.3.4	Pohled do zahraničí	39
3.4	Subanalýza 4: Analýza stavu zaměstnanců v sociálních službách	47
3.4.1	Analýza zaměstnanosti v posledních 10 letech	47
3.4.2	Predikce zaměstnanosti v sociálních službách do roku 2050	49
3.5	Subanalýza 5: Analýza nákladů a financování sociálních služeb	50
3.5.1	Analýza podmínek financování z veřejných zdrojů po krajích a celé ČR	51
3.5.2	Analýza celkových nákladů na lůžko po krajích a celé ČR	58
3.5.3	Investiční náklady služeb	66
3.5.4	Pohled do zahraničí	67
3.6	Subanalýza 6: Analýza podmínek pro vstup do krajských sítí	72
3.7	Subanalýza 7: Porovnání terénních a pobytových služeb	75
3.7.1	Porovnání terénních a pobytových sociálních služeb	75
3.8	Subanalýza 8: Zhodnocení kvalitativního standardu v sociálních službách	76
3.8.1	Současný stav, definice kvality v Zákoně	76
3.8.2	Nadstavbové modely kvality	77
3.8.3	Úprava standardu a nadstandardu v Zákoně	77
3.8.4	Pohled do zahraničí	81
4.	Závěry analýzy a shrnutí doporučení	86
	Literatura a zdroje	91
	Seznam tabulek a grafů	92

Seznam zkratek

Zkratka	Pojem
APSS	Asociace poskytovatelů sociálních služeb
ČSÚ	Český statistický úřad
ESF	Evropský sociální fond
ESIF	Evropské strukturální a investiční fondy
EY	Ernst & Young, s.r.o.
FO	Fyzická osoba
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OR	Obchodní rejstřík
SPRSS	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb

Zadavatel:

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
Vančurova 2904
390 01 Tábor

Zpracovatel:

Ernst & Young, s. r. o.
Na Florenci 2116/15
110 00 Praha 1 – Nové Město

Analýza segmentu sociálních služeb s akcentem na pobytové a ambulantní sociální služby pro seniory

Vydala Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
Vančurova 2904, 390 01 Tábor
Počet stran: 96
1. vydání, únor 2021

ISBN 978-80-88361-11-4

1

Manažerské shrnutí



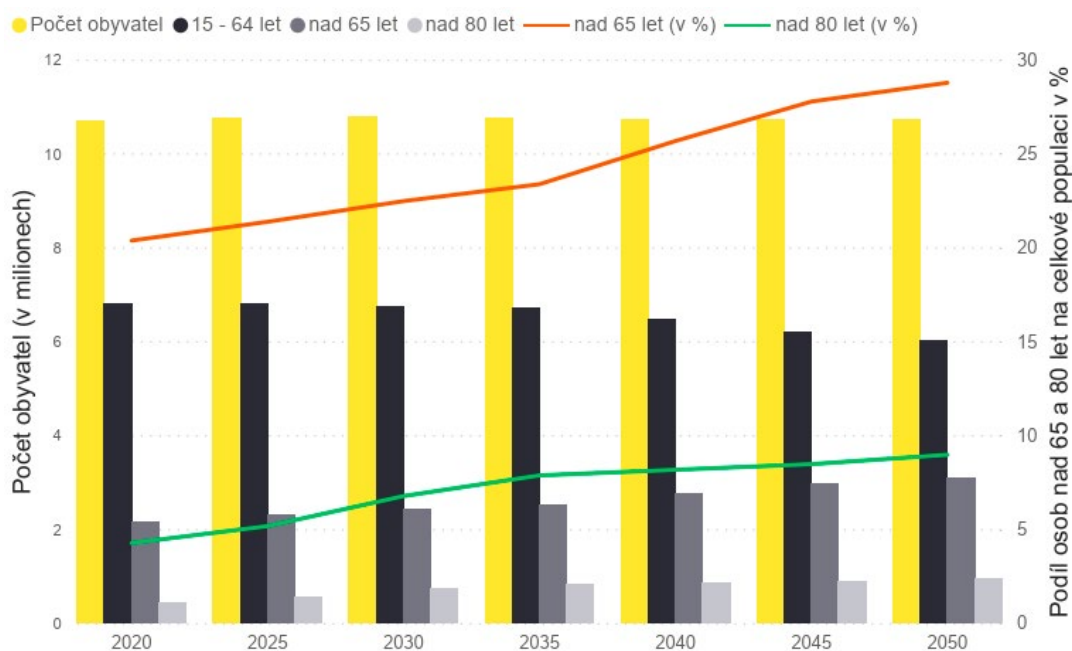
1

Obyvatelstvo České republiky stárne

Při stávajícím tempu růstu počtu obyvatel se počet seniorů v roce 2050 zvýší ze současných 2,1 milionu (20 % z celkové populace) na 3,1 milionu (29 %).

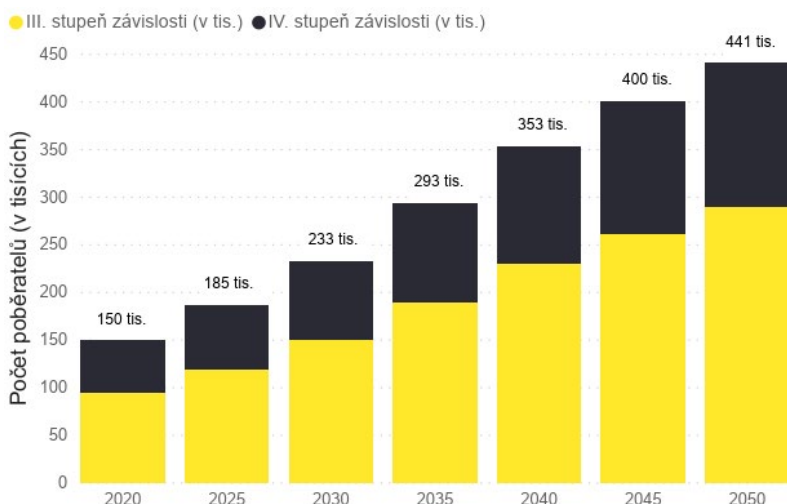
Ve věkové skupině nad 80 let dojde k nárůstu ze současných 441 tisíc (4 % z celkové populace) na 963 tisíc (9 %) v roce 2050.

Do roku 2050
vzroste populace
nad 65 let
o 1 mil. osob,
populace nad
80 let o 522 tis.



Graf 1: Vývoj obyvatelstva se zaměřením na cílové skupiny v letech 2020–2050

V souvislosti s růstem počtu seniorů lze očekávat, že se v příštích 30 letech zvýší počet osob závislých na péči (příjemců příspěvku na péči) až o 306 tisíc oproti 135 tisícům v roce 2018 (zdroj: Horecký & Průša, 2019).



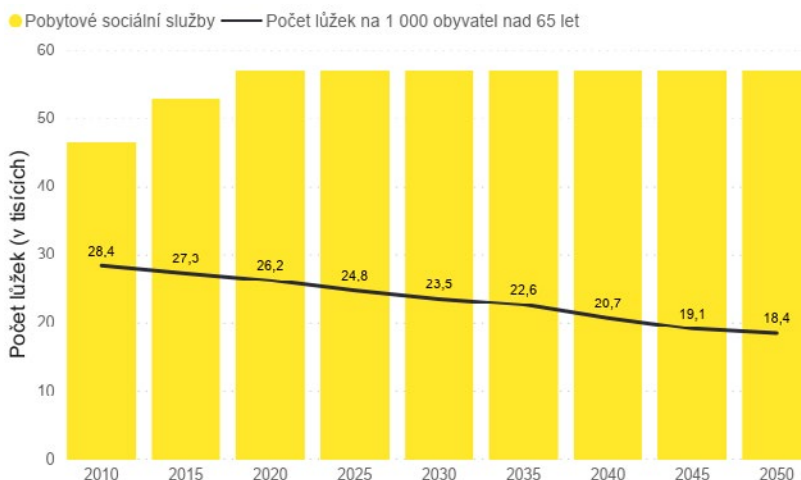
Graf 2: Očekávaný vývoj počtu příjemců na péči ve III. a IV. stupni závislosti do roku 2050 (zdroj dat: Horecký & Průša, 2019)

Počet příjemců
příspěvku na péči
se do roku 2050
zvýší až 3,2krát
oproti
současnosti.

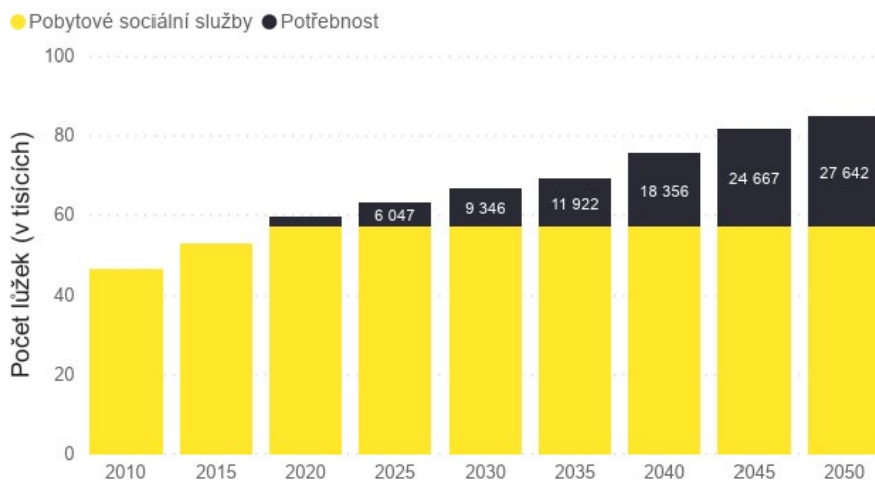
2

Pokrytí sociálními službami klesá a jejich potřeba roste

V roce 2018 připadalo na 1 místo v domově 37 seniorů. Do budoucna toto číslo poroste.



Graf 1: Pokud se kapacity pobytových sociálních služeb (domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem) nebudou rozšiřovat v souvislosti s rostoucí seniorskou populací a počet lůžek zůstane konstantní, pokrytí sociálními službami bude nadále klesat. Do roku 2050 by kleslo ze současných 27 na 18,4 lůžka na 1 000 obyvatel nad 65 let.



Pro udržení stávajícího pokrytí se musí do roku 2050 vybudovat 27,6 tis. lůžek v pobytových sociálních službách.

Graf 2: V souvislosti s nárůstem seniorské populace bude pro udržení stávajícího pokrytí do roku 2050 potřeba postavit dalších 27,6 tisíce míst k současným 57,1 tisíce.

V posledních pěti letech se o růst počtu lůžek zasloužili především soukromí poskytovatelé (neziskové organizace a obchodní společnosti). Kraje a obce (státní poskytovatelé) nové kapacity nevytvářejí.

Počet lůžek	2013	2018	Rozdíl
Veřejné	41 649	41 520	- 129
Soukromé - církevní	3 073	3 053	- 20
Soukromé - ostatní	5 417	12 550	+ 7 133

3

Nové kapacity budou vyžadovat investice ve výši minimálně 70 mld. Kč

Udržení alespoň stejného pokrytí sociálních služeb, aby byla zachována stávající kapacita, bude do roku 2050 vyžadovat zvýšené investice do pobytových kapacit (*pro odhady níže uvedené nebyla zohledněna míra inflace*):



Odhadovaný investiční náklad na vybudování těchto kapacit:

41,4 mld. Kč

(27,6 tis. míst x 1,5 mil. Kč)



Odhadovaný investiční náklad na obnovu stávajících kapacit:

28,6 mld. Kč

(57,1 tis. míst x 0,5 mil. Kč)

→ **celkové investiční náklady 70 mld. Kč**



Odhadovaný náklad na provozování těchto kapacit:

domovy pro seniory: 7,1 mld. Kč ročně

(17,9 tis. lůžek x 398 tis. Kč náklad na lůžko)

domovy se zvláštním režimem: 4,6 mld. Kč ročně

(9,7 tis. lůžek x 470 tis. Kč náklad na lůžko)

→ **celkové provozní náklady 11,7 mld. Kč ročně**



Odhadovaný počet zaměstnanců potřebných pro dané kapacity:

→ **navýšení o cca 25 tisíc** (ze současných 48 tis. na 73 tis. v roce 2050)

4

System sociálních služeb potřebuje zásadní změny

Obecné předpoklady rozvoje sociálního systému



Transparentní financování

Rovné podmínky pro všechny poskytovatele sociálních služeb.



Právní jistota

Předvídatelnost systému, dostupnost pravidel a podmínek, možnost odvolání.

Konkurenční prostředí

Podpora svobodné volby klienta sociální služby, příspěvek státu následuje klienta, nikoliv zařízení (jako např. ve školství).



Podpora rozvoje všech sociálních služeb, včetně služeb komunitního typu tak, aby senioři mohli zůstat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí.

Zapojení soukromého sektoru do budování sítě sociálních služeb

Soukromý sektor buduje v posledních letech kapacity sociálních služeb nejvíce.

Přináší do sektoru zdravou konkurenci.

Přítomnost soukromého sektoru je standardem západních trhů (Eurofound, 2017).

Nedostatky současného systému a návrhy opatření

Současný stav	Krátkodobá změna	Dlouhodobá perspektiva
Netransparentní tvorba krajských sítí soc. služeb. Několik různých systémů bez možnosti odvolání ve správním řízení.	Jedna centralizovaná síť soc. služeb s transparentním zařízením poskytovatelů dle předem daných podmínek s možností odvolání.	Redefinice systému. Platba následuje klienta, nikoliv zařízení (podpora klienta a jeho svobodné volby).
Rozdílná výše příspěvku na péči v pobytových sociálních službách vs. v domácím prostředí.	Sjednocení příspěvku na péči mezi pobytovými zařízeními a domácím prostředím.	Příspěvek na péči jako náhrada netransparentního systému dotací.
Skrytá veřejná podpora veřejných poskytovatelů v rámci provozních a investičních nákladů, která narušuje konkurenční prostředí (např. veřejní poskytovatelé často poskytují soc. služby v budově zřizovatele, bez nákladů na nájemné).	Propočet dotace by měl reflektovat všechny skutečné náklady dané sociální služby, ať už provozní či investiční.	
Nejistota a nepředvídatelnost systému financování - zařazení do sítě a výše dotace se může z roku na rok měnit. Velmi vysoké investiční náklady na budování pobytových zařízení přitom vyžadují dlouhodobou předvídatelnost.	Centralizace sítě a dlouhodobá předvídatelnost finančního modelu.	Redefinice systému. Platba následuje klienta a ne zařízení (podpora svobodné volby klienta).
Tlak na deinstitucionalizaci bez ohledu na potřeby klienta a ekonomickou realitu.	Podporovat svobodnou volbu klienta, kdy ne každý klient může nebo chce zůstat v domácím prostředí. Podporovat rozvoj všech soc. služeb, včetně služeb komunitního typu tak, aby senioři mohli zůstat co nejdéle v přirozeném prostředí.	
Neefektivní vynakládání veřejných zdrojů na budování a provozování sítě soc. služeb (např. investiční náklady veřejných subjektů převyšující 3 mil. Kč na lůžko, údaj za rok 2019).	Systém kontroly zajišťující, že jednotliví poskytovatelé soc. služeb nakládají s veřejnými prostředky jako dobří hospodáři.	
Chybějící definice materiálně technického a personálního standardu.	Jasná definice materiálně technického a personálního standardu s cílem dlouhodobé udržitelnosti a zvyšování kvality poskytovaných služeb.	
Nedostupnost pojištění pokrývajícího budoucí potřebu klienta využívání soc. služeb.	Zavedení produktu připojištění (německý model) na budoucí soc. nepříznivou situaci.	Důchodová reforma.

2

Východiska a přístup ke zpracování analýzy



2. Východiska a přístup ke zpracování analýzy

Tato zpráva je zpracována jako součást realizace zakázky „Analýza segmentu sociálních služeb s akcentem na pobytové a ambulantní sociální služby pro seniory“ (dále také „Projekt“). Zpracovatelem Projektu je Ernst & Young, s. r. o., (dále také „EY“) na základě smlouvy ze dne 3. března 2020 a dodatku ke smlouvě ze dne 22. května 2020 uzavřených mezi EY a Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR (dále také „APSS ČR“ nebo „Zadavatel“).

Cílem Projektu bylo poskytnout Zadavateli informace pro diskuzi s relevantními stakeholdery (poskytovatelé sociálních služeb, státní správa, poslanci apod.) pro rozhodování o budoucím nastavení podpory sociálních služeb, ať už ze státního rozpočtu či dalších zdrojů.

Konkrétně šlo o získání či potvrzení informací o tom, jak jsou jednotlivé druhy sociálních služeb financovány, jaká je jejich nákladovost, jak postupují při řízení o vstupu do sítě v rámci příslušného kraje, jak vnímají kvalitu služby či materiálně-technický a personální standard apod. Zároveň bylo porovnáno několik vybraných evropských států, jejichž zkušenost byla promítnuta do našich doporučení.

V rámci Projektu bylo zadáno osm dílčích subanalýz a finální zhodnocení s návrhem řešení:

- ▶ Subanalýza 1: Vývoj demografické struktury
- ▶ Subanalýza 2: Vývoj lůžkových kapacit a zařízení
- ▶ Subanalýza 3: Analýza zařízení sociálních služeb
- ▶ Subanalýza 4: Analýza stavu zaměstnanců v sociálních službách
- ▶ Subanalýza 5: Analýza nákladů a financování sociálních služeb
- ▶ Subanalýza 6: Analýza podmínek vstupu do krajských sítí
- ▶ Subanalýza 7: Porovnání terénních a pobytových služeb
- ▶ Subanalýza 8: Zhodnocení kvalitativního standardu v sociálních službách
- ▶ Finální zhodnocení a návrh řešení

V rámci **Finálního zhodnocení** jsme zpracovali informace zjištěné pro jednotlivé tematicky zaměřené úkoly. Zpráva je vypracována na základě zadávacích podmínek a nabídky a reflektuje ujednání ze schůzek se Zadavatelem.

V následující tabulce uvádíme **rozdělení věcných kapitol zprávy**, a to **dle jejich obsahu a budoucího uživatele**.

Číslo kapitoly	Název kapitoly	Pro koho je primárně určena?	Co v ní najdu?
1	Manažerské shrnutí	Vedení APSS ČR, pracovníci státní správy, poslanci, laická veřejnost	Shrnutí hlavních závěrů
2	Východiska a přístup ke zpracování analýzy	Zadavatel, odborná veřejnost se zájmem o metodiku výzkumu	Popis přístupu k analýze, použitých výzkumných a analytických metod, zdroje dat a metody jejich sběru, popis realizovaného výzkumu včetně jeho omezení
3	Závěry dílčích analýz	Odborní garanti sociálních služeb, pracovníci státní správy, odborná veřejnost	Detailní popis výsledků výzkumu a dotazníkového šetření, včetně zjištění za danou oblast
4	Závěry analýzy a naše doporučení	Vedoucí pracovníci APSS ČR a organizací zabývajících se sociálním začleňováním, odborná veřejnost	Přehledné shrnutí všech doporučení, platných obecně

Představení hodnotícího týmu

Analýza byla realizována následujícím hodnotícím týmem EY.

Příjmení, jméno, titul člena týmu	Role člena týmu
Ing. Romana Smetánková, Ph.D.	Vedoucí týmu
Ing. Michal Horáček	Projektový manažer
Ing. Dagmar Rančáková	Výzkumný pracovník – soukromý sektor, zahraniční zkušenosti
Ing. Linda Maršíková	Výzkumný pracovník – sociální oblast
Veronika Mihaldová, MSc.	Výzkumný pracovník – datová analýza

Orientace v textu kapitol

U jednotlivých oblastí jsou uvedeny konkrétní příklady odlišené grafickými prvky. Příklady jsou označeny následujícími piktogramy pro identifikaci zdroje:



Zjištění či doporučení



Ikona ilustrující komentovanou oblast

2.1 Základní souvislosti analýzy

V této kapitole popisujeme, z čeho jsme v rámci analýzy vycházeli, jak byl vymezen a definován základní okruh zkoumaných služeb a na základě čeho jsme volili příslušné evropské státy k porovnání. V závěru kapitoly pak uvádíme námi zvolený metodologický postup a přístup k dotazníkovému šetření.



Právní rámec

Oblast sociálních služeb je v České republice upravena **zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon“), včetně vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách a další relevantní legislativní předpisy (dále jen „Vyhláška“).

Aktuálně se připravuje novela zákona, ze které jsme mimo jiné vycházeli při formulaci návrhů a závěru této studie. V rámci dané novely zákona by mezi nejvýraznější změny dle dostupných informací mělo patřit:

- ▶ Systémové změny v oblasti financování a dostupnosti sociálních služeb;
- ▶ Systémové změny v oblasti kvality sociálních služeb s větším zaměřením na potřeby klientů sociálních služeb, ochranu jejich života a zdraví či základních práv;
- ▶ Systémové změny v oblasti optimalizace postupů k získání oprávnění k poskytování sociálních služeb a v oblasti optimalizace typologie a základních činností sociálních služeb;
- ▶ Systémové změny v oblasti prioritizace poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí a podpory pro segment neformální péče;
- ▶ Systémové změny v oblasti rozvoje sociální práce ve státní správě;
- ▶ Systémové změny v oblasti nastavení vlastního výkonu rozsahu činnosti sociálních služeb.
- ▶ V oblasti příspěvku na péči je cílem návrhu zjednodušit a zefektivnit řízení o tuto dávku, umožnit měnit částky příspěvku flexibilním způsobem, tj. zavést valorizační mechanismus, a přispět ke zlepšení financování sociálních služeb sjednocením částek příspěvku na péči u osob ve stupni závislosti III a IV. Zároveň je navrženo zvýšení příspěvku ve stupni I.



Vymezení okruhu zkoumaných služeb

V rámci analýzy se zabýváme vybranými aspekty soukromých a veřejných poskytovatelů, které jsme vymezili následujícím způsobem:

Definice poskytovatelů do sektorů dle právní formy:

- ▶ veřejný – dobrovolný svazek obcí, obec, a příspěvková organizace zřízená územním samosprávním celkem (v analýze se budou nejčastěji označovat pojmem „veřejný sektor“);
- ▶ soukromý – církevní – církve a náboženské společnosti (v analýze se budou nejčastěji označovat pojmem „neziskový sektor – církevní“);
- ▶ soukromý – ostatní (ziskový i neziskový) – akciová společnost, fyzická osoba (dále jen „FO“) podnikající dle živnostenského zákona zapsaná v obchodním rejstříku (dále jen „OR“), FO podnikající dle živnostenského zákona nezapsaná v obchodním rejstříku, občanské sdružení, obecně prospěšná společnost, organizační jednotka občanského sdružení, pobočný spolek, společnost s ručením omezeným, spolek, a ústav.

Vymezení okruhu zkoumaných sociálních služeb je definováno zejména (nikoli výhradně, pokud to pro komplexní pochopení problému bude nezbytné) službami:

- ▶ Domovy pro seniory ve smyslu § 48 Zákona;
- ▶ Domovy se zvláštním režimem ve smyslu § 49 Zákona; v souvislostech pak současně i:
- ▶ Odlehčovací služby ve smyslu § 44 Zákona;
- ▶ Denní stacionáře ve smyslu § 46 Zákona.



Náš přístup k volbě zahraničních zemí

Navzdory různým modelům poskytování sociálních služeb v evropských zemích lze identifikovat určité trendy, které v nich v posledních letech probíhají:

- ▶ důraz na kvalitu: zavádění standardu kvality služeb, benchmarku a hodnocení kvality služeb;
- ▶ decentralizace poskytování sociálních služeb na lokální úroveň versus posilování centrální role;
- ▶ posun k roli státu jako regulátora a ručitele minimálního standardu a posilování role soukromého sektoru v samotném poskytování sociálních služeb;
- ▶ rozvoj dalších způsobů financování služeb jako alternativy k financování z veřejných zdrojů.

Níže uvedené země byly vybrány pro ilustraci rozdílných systémů a přístupů k zajištění sociální péče v Evropě ve vztahu k analyzovaným tématům:

SLOVENSKO

Země s geografickou i sociokulturní proximitou k Česku. Příklad země, která realizovala v minulosti řadu reformních kroků v sociálních službách, které ne zcela přispěly k efektivitě a lepšímu fungování systému. Především se to týká omezení konkurenční soutěže mezi poskytovateli a znevýhodňování nestátních poskytovatelů služeb. V rámci analýzy se budeme zabývat aspekty, které hodnotíme jako méně efektivní.

RAKOUSKO

Země s konzervativním modelem sociálních služeb, který vykazuje společné prvky s českým. Země v minulosti realizovala řadu reformních opatření, které se týkaly převážně přerozdělování odpovědností a prostředků mezi veřejnými orgány. Rakouský systém dlouhodobé péče se vyznačuje vysokým podílem neformálního zajištění. Vzhledem k probíhajícím socio-ekonomickým změnám se hledají možnosti zvýšení financí v systému.

FINSKO

Skandinávská země s velmi vysokou ekonomickou úrovní a silným sociálním systémem s rozsáhlým zajištěním dlouhodobé péče. Do výběru se tato země dostala z důvodu ukázání dobré praxe a získání možné inspirace pro zefektivnění českého systému, např. v oblasti nastavení participace úhrad od klientů či nastavení podmínek pro fungování soukromého a veřejného sektoru, včetně přístupu k zajištění a hodnocení kvality.



Metodologický přístup

K výše vymezeným službám se odkazujeme v rámci provedených šetření. Pro sběr, analýzu a interpretaci dat jsme využili následujících metod:

- ▶ desk research: sběr, analýza a interpretace informací z českých a zahraničních zdrojů;
- ▶ regresní analýza a modelování trendu na základě veřejně dostupných nebo vyžádaných dat a podkladů (klíčové zdroje: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, Český statistický úřad, Ministerstvo práce a sociálních věcí);
- ▶ dotazníkové šetření ve spolupráci se Zadavatelem a za využití Qualtrics CoreXM (EY aplikace na tvorbu dotazníkových šetření);
- ▶ telefonický rozhovor se stakeholdery;
- ▶ syntéza zjištěných informací.

Při práci na analýze jsme vycházeli z veřejně dostupných informací publikovaných věrohodnými institucemi a ve studii na ně odkazujeme. Dále jsme zpracovávali informace z interních zdrojů EY a dalších vstupů získaných přímo od nebo v součinnosti se Zadavatelem.

Navržená metoda regresní analýzy a modelování trendu použitá pro predikci vývoje sledovaných ukazatelů do budoucna je založena na popisu trendů a možného budoucího vývoje na základě různých předpokladů, aniž by jakkoliv přímo indikovala pravděpodobnost jednotlivých budoucností (použité předpoklady uvádíme dále v této studii). Metoda vychází z předpokladů, které v některých případech plně nereflektují veškeré možné vlivy. Bez tohoto zjednodušení by však nebylo možné predikce namodelovat. I přesto navržené modely považujeme za objektivní a věrohodné.



Dotazníkové šetření

Součástí analýzy byla realizace plošného dotazníkového šetření. Osloveni byli poskytovatelé výše uvedených 4 druhů sociálních služeb, jejichž kontaktní informace byly získány na vyžádání z Registru poskytovatelů sociálních služeb. Šetření bylo realizováno elektronicky prostřednictvím EY aplikace Qualtrics CoreXM od 3. do 15. června 2020, a to včetně pilotáže. Celkem bylo osloveno 1 468 poskytovatelů, ze kterých 548 (37 %) na žádost o vyplnění dotazníku reagovalo. Návratnost byla podobná u všech dotazovaných druhů sociálních služeb a daný vzorek považujeme za dostatečný pro prezentaci a zobecnění závěrů.

37 % návratnost
dotazníkového šetření

Z 262 oslovených poskytovatelů denních stacionářů dotazník vyplnilo 106 (40 %). Jeden poskytovatel neposkytl souhlas se zpracováním osobních údajů, tudíž uvedené odpovědi a závěry vycházejí ze vzorku 105 poskytovatelů služby denní stacionář. Zastoupeny jsou všechny kraje, největší část tvoří respondenti ze Středočeského kraje (22 %) a Moravskoslezského kraje (21 %). Nejmenší část respondentů je z kraje Plzeňského (1 %). Zastoupení ostatních krajů se pohybuje v intervalu 2 až 8 % ze všech respondentů.

Dále bylo osloveno **531 poskytovatelů služby domovy pro seniory**, ze kterých na dotazník reagovalo 190 poskytovatelů (návratnost 36 %). Z tohoto počtu jich 9 nesouhlasilo s poskytnutím údajů pro účely dotazníkového šetření, tj. konečný počet analyzovaných odpovědí, ze kterých uvedené závěry vycházejí je 181. Zastoupeny jsou všechny kraje, největší část tvoří respondenti ze Středočeského kraje (18 %) a Moravskoslezského kraje (12 %). Nejmenší část respondentů je z krajů Plzeňský, Zlínský a Karlovarský (ve všech 3 %). Zastoupení ostatních krajů se pohybuje v intervalu 4 až 9 % ze všech respondentů.

Návratnost u poskytovatelů sociální služby **domovy se zvláštním režimem** byla 36 %, s počtem **129 odpovědí ze 360 oslovených**. U tohoto druhu služby 7 respondentů neposkytlo souhlas se zpracováním údajů, tudíž uvedené odpovědi a závěry vycházejí ze vzorku 122 poskytovatelů služby domovy se zvláštním režimem. Zastoupeny jsou všechny kraje, největší část tvoří respondenti ze Středočeského kraje (14 %) a následně Jihomoravského a Moravskoslezského kraje (oba 11 %). Nejmenší část respondentů je ze Zlínského kraje (ve výši 2 %). Zastoupení ostatních krajů se pohybuje v intervalu 3 až 10 % ze všech respondentů.

Z 360 oslovených poskytovatelů sociální služby odlehčovací služby na žádost o spolupráci reagovalo 123 poskytovatelů (39 %). Uvedené závěry vycházejí z finálního počtu 117 respondentů (6 ze 123 neposkytlo souhlas se zpracováním osobních údajů). Zastoupeny jsou všechny kraje, největší část tvoří respondenti ze Středočeského kraje (20 %), pak z Moravskoslezského kraje (16 %) a Hlavního města Prahy (14 %). Nejmenší část respondentů je z Karlovarského kraje (1 %). Zastoupení ostatních krajů se pohybuje v intervalu 2 až 10 % ze všech respondentů.

Z provedené analýzy zemí nelze jednoznačně doporučit jeden univerzálně funkční systém dlouhodobé péče, nicméně v závěrečné kapitole jsme se pokusili zhodnotit některé klíčové aspekty a provést požadovaná doporučení.

2.2 Naše chápání situace

V České republice jsou sociální služby jasně vymezeny pomocí příslušné legislativy a jsou odděleny od systému zdravotnictví. Na úrovni Evropské unie je termín sociálních služeb chápán širěji a často splývá s pojmem sociální péče. Obě tyto oblasti zastřešuje pojem sociální ochrany (social protection), který zahrnuje sociální služby i sociální pomoc v podobě finanční pomoci na základě specifické potřeby konkrétní osoby. Legislativní úprava sociálních služeb je v pravomoci jednotlivých zemí a součástí národních právních řádů. Národní úpravy se výrazně liší v závislosti na historickém a sociokulturním vývoji země a různém pojetí sociálního státu. Ani mezi nejvyspělejšími zeměmi neexistuje dominantní model systému dlouhodobé péče, který by mohl být považován za ideální vzor. Významné rozdíly mezi zeměmi a někdy i v rámci jedné země jsou způsobeny především způsobem, jakým je péče:

- ▶ organizována (veřejnými zadavateli);
- ▶ poskytována (domácí péče versus ústavní péče);
- ▶ financována (v peněžitých dávkách, materiálních dávkách nebo finanční spoluúčasti příjemců péče).

Liší se i způsob, jakým jsou generovány zdroje (obecným zdaněním, povinným sociálním zabezpečením a dobrovolným soukromým pojištěním).

Porovnatelnost zemí navzájem pak komplikuje komplexnost systémů, která je způsobena především:

- ▶ prolnutím sociální a zdravotní péče;
- ▶ prolnutím institucionálních a neformálních poskytovatelů;
- ▶ nedokonalým monitoringem, který je způsoben částečnou neformálností péče a absencí sledovaných indikátorů definovaných EU.

Sektor sociálních služeb je dlouhodobě pod tlakem změny. Stárnutí populace a změny v demografické struktuře jsou globálním jevem. Lidé žijí déle a zdravěji a s nižší porodností. Očekává se, že do roku 2050 se podíl osob ve věku 80+ let zvýší ze 4,9 % v roce 2016 na 13 % v roce 2070 napříč zeměmi OECD. Rostoucí náklady jsou výraznou výzvou fiskální udržitelnosti dlouhodobé péče.

13 % populace bude
v kategorii 80+ do roku 2070 dle
OECD

Stárnutí populace je doprovázeno trendem rozvolnění rodinných vazeb a rapidním nárůstem zájmu o komunitní zapojení osob s potřebou péče při preferenci stárnutí v přirozeném prostředí. V zemích OECD se počet potenciálních rodinných pečovatелů pravděpodobně zmenší, protože více žen bude pracovat a sociální politiky vyspělých zemí již nepodporují předčasný odchod do důchodu. Systém dlouhodobé péče je ovšem náročný na pracovní sílu a na neformální péči silně spoléhá. V současné době je z celkové pracovní síly zaměstnáno přibližně 2 % v systému poskytování dlouhodobé péče.¹ V mnoha zemích se tento podíl více než zdvojnásobí do roku 2050. Vládní a privátní výdaje na dlouhodobou péči, které jsou nyní v průměru 1,5 % HDP napříč zeměmi OECD, budou dvoj až trojnásobné. Současně se stále více rozšiřuje soubor dovedností, které musí pečovatelé mít: od „tradičních“ kompetencí souvisejících s péčí a měkkých dovedností až po odborné znalosti týkající se pokroku ve zdravotnických technologiích. Přitom přitažlivost odvětví formální péče pro potenciální pracovníky je oslabena negativním vnímáním souvisejícím s nedostatečnými pracovními podmínkami, nízkou úrovní odměňování, stresujícím pracovním prostředím, nedostatkem jasně definované profesní dráhy a příležitostí k rozvoji.

Výše uvedené trendy vyvolávají tlak na finanční a institucionální udržitelnost systému a lze očekávat růst poptávky především po formální péči. Řada zemí reagovala tím, že umožnila vyšší zapojení a motivaci soukromého sektoru vstoupit do daného odvětví, například existencí přímých soukromých plateb pacientů či možností privátního pojištění dlouhodobé péče (Belgie, Izrael, Německo, Japonsko).

¹ OECD: Long term care workers (2015).

Charakteristika trhu sociálních služeb v Čechách

Český trh sociálních služeb je poznamenán globálními demografickými změnami, tedy především stárnutím populace a změnami v demografické struktuře. Dle OECD bude kategorie 65+ zastávat v Čechách v letech 2040–2050 kolem 30 % populace a vzroste také průměrná délka života. To vytváří tlak na finanční udržitelnost systému, kdy se předpokládá, že výše finančních prostředků vyplacených na příspěvku na péči se do roku 2040 zdvojnásobí. Zároveň se v daném sektoru projevují nedostatky spojené s lidskými zdroji dané mimo jiné absencí zákona o sociálních pracovních. Rostoucí nároky na personální zabezpečení systému sociálních služeb a nepříznivý systém odměňování vytváří ve společnosti negativní vnímání profesí působících v sociálních službách.

30 % populace

ČR bude v kategorii 65+
v 2040–2050 dle OECD

Předkládaná studie reaguje na řadu již pojmenovaných nedostatků systému sociálních služeb, který je v Čechách fragmentovaný a těžko přehledný, včetně jeho financování. Financování systému je vícezdrojové a řada subjektů je zcela či částečně závislá na dotacích ze státního rozpočtu a fondů EU, které jsou z principu omezené a především nenárokové. Organizace krajských sítí, která dává vzniknout 14 dílčím systémům a pravidlům fungování, rozdílné hodnocení kvality a finanční podpory, administrativně náročný systém poskytování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních, který snižuje efektivitu využití personálu a množství institucí a druhů poskytovatelů, vytváří značné disparity mezi regiony i samotnými poskytovateli.

Pohled soukromého sektoru

Tato studie byla zadána s cílem zanalyzovat možnosti vstupu soukromého kapitálu do systému sociálních služeb v reakci na nedostatky, se kterými se sektor potýká, a rostoucí poptávku po řadě služeb sociální péče, převyšující dostupnou kapacitu a nabídku. Příležitosti vyššího zapojení soukromého kapitálu vyvolává ochota vynaložení soukromých zdrojů od občanů na zajištění sociální péče a silící střední a vyšší třída obyvatel požadující vyšší standard poskytovaných služeb.

Na straně druhé leží řada překážek, jako jsou:

- ▶ cenová regulace a nemožnost realizovat shodný standard za rovných finančních podmínek pro všechny poskytovatele sociálních služeb;
- ▶ netransparentnost systému financování provozních nákladů (nerovný přístup k dotacím);
- ▶ jednoleté dotační cykly (problémy s cashflow);
- ▶ nízká atraktivita sektoru sociálních služeb v očích zaměstnanců;
- ▶ nízká ochota společnosti podílet se na nákladech sektoru sociálních služeb.

3

Závěry dílčích analýz



3. Subanalýzy

V následujících kapitolách se věnujeme posouzení jednotlivých aspektů, které mají na systém sociálních služeb vliv, ať už přímý či nepřímý. Jednotlivé kapitoly odpovídají subanalýzám tak, jak byly definovány v nabídce.

3.1 Subanalýza 1: Vývoj demografické struktury

Klíčové závěry

- ▶ V posledních 10 letech dochází ke změně věkové struktury obyvatelstva, která se projevuje zejména nárůstem počtu osob v seniorském věku a jejich podílu na celkové populaci. Tento trend bude pokračovat i do budoucna.
- ▶ Při stávajícím tempu růstu počtu obyvatel se počet seniorů v roce 2050 zvýší ze současných 2,1 milionu (20 % z celkové populace) na 3,1 milionu (29 %).
- ▶ Ve věkové skupině nad 80 let dojde k nárůstu ze současných 441 tisíc (4 % z celkové populace) na 963 tisíc (9 %) v roce 2050.
- ▶ Počet příjemců příspěvku na péči ve III. a IV. stupni závislosti rychle roste a je úzce propojen s nárůstem počtu osob v seniorském věku. V příštích 30 letech lze očekávat, že se zvýší počet osob závislých na péči až o 306 tisíc z aktuálních 135 tisíc v roce 2018 (tj. až 3,2krát).

3.1.1 Demografická struktura a vývoj obyvatelstva v posledních 10 letech

Tato podkapitola se zabývá vývojem obyvatelstva v ČR v posledních 10 letech s důrazem na vývoj počtu osob v seniorském věku a s tím související měnící se věkovou strukturou obyvatelstva. S nárůstem počtu osob v seniorském věku se výrazně mění i počet příjemců příspěvku na péči. Data pro tuto kapitolu byla získána z veřejně dostupné databáze a ze statistik o obyvatelstvu (Český statistický úřad, 2020).

Vývoj obyvatelstva ČR

Celkový počet obyvatel se za posledních 10 let výrazně nezměnil. **Mění se ale věková struktura obyvatelstva, dochází k úbytku obyvatel v produktivním věku** a k navyšování počtu seniorů. V důsledku těchto strukturálních změn se **zvýšuje průměrný věk** obyvatel (stárnutí obyvatelstva). Od roku 2010, kdy byl průměrný věk obyvatel ČR 40,8 roku, se průměrný věk každým rokem zvýší o 0,1 až 0,3 roku. V roce 2019 se rovnal 42,5 roku věku. Trend stárnutí obyvatelstva je očekáván i do budoucna.

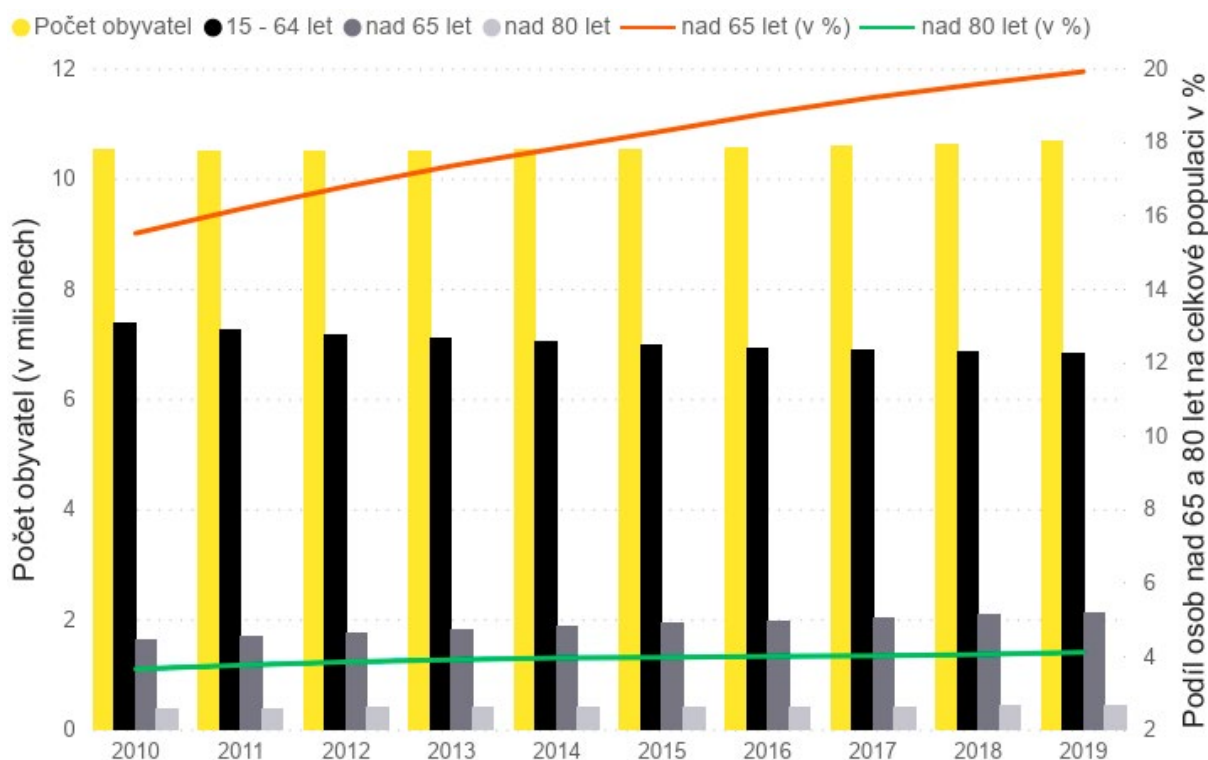
Vývoj cílové skupiny (primárně osoby v seniorském věku)

S výše uvedeným stárnutím obyvatelstva je spojený i **nárůst počtu osob v seniorském věku**,² stejně jako jejich podíl na celkové populaci. Počet obyvatel nad 65 let vzrostl v časovém období 2010–2019 z 1,6 milionu na 2,1 milionu (nárůst o 30 %), a podíl obyvatel v této věkové kategorii na celkové populaci se od roku 2010 zvýšil z 15,5 % na 19,9 % v roce 2019. Každoroční nárůst se pohybuje v intervalu 0,3 až 0,5 %.

U osob starších 80 let nedochází k tak prudkému nárůstu jako v kategorii osob nad 65 let.³ Od roku 2010 se jejich počet zvýšil z 387 tisíc na 441 tisíc v roce 2019 (nárůst o 14 %), což z pohledu podílu na celkové populaci znamená nárůst z 3,7 % na 4,1 %, tedy o 0,4 %. Tyto informace ilustruje Graf 1:.

² Osobou v seniorském věku rozumíme osobu starší 65 let.

³ Kategorie osob nad 65 let zahrnuje i osoby nad 80 let.



Graf 1: Vývoj obyvatelstva se zaměřením na cílové skupiny v letech 2010–2019

Dotazníkové šetření potvrzuje, že osoby v seniorském věku jsou velmi častou cílovou skupinou analyzovaných služeb. Jako jedna z primárních cílových skupin byly označeny u 37 % poskytovatelů **denních stacionářů**. Co se týče věkové struktury jejich klientů k 31. lednu 2020, v 17 % zařízení převažovali klienti z kategorie mladších seniorů (65–80 let), v 17 % starší senioři (nad 80 let). V téměř polovině dotazovaných zařízení jsou to ale dospělí ve věku 27–64 let. V nejmenším počtu zařízení převažují mladí dospělí (19–26 let) – 11 % a děti a mladiství (0–18 let věku) – 10 %.

Osoby v seniorském věku jsou primární cílovou skupinou u 99 % poskytovatelů služby **domovy pro seniory**. V 74 % zařízení převažují starší senioři, ve zbylých 26 % pak mladší senioři.

Senioři jsou převažující věkovou skupinou i v **domovech se zvláštním režimem**, i když byli označeni jako jedna z primárních cílových skupin ve 45 % zařízení. Starší senioři převažují v 43 % domovů se zvláštním režimem, u mladších seniorů je to v 40 %. Méně často se vyskytují domovy se zvláštním režimem, kde převažují dospělí (16 %) či mladí dospělí (1 %).

78 % respondentů z řad **odlehčovacích služeb** označilo seniory jako jednu z primárních cílovou skupin, což je reflektováno i ve věkové struktuře jejich klientů. V 40 % zařízeních jsou převažující věkovou skupinou mladší senioři, ve 37 % starší senioři. Méně často v odlehčovacích službách převažují dospělí (10 %), mladí dospělí (8 %) a v 5 % jsou to děti a mladiství.

Vývoj osob s potřebou péče (definovaná potřeba péče dle osob s přiznaným příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti)

Osoby s potřebou péče jsou logicky i dle **dotazníkového šetření** další velmi častou primární cílovou skupinou analyzovaných sociálních služeb (kromě seniorů uvedených v textu výše).⁴ U **denních stacionářů** jsou to v 50 % zařízení osoby s mentálním postižením a v 42 % osoby s kombinovaným postižením. Některé **domovy pro seniory** ještě kromě seniorů cílí i na osoby se zdravotním postižením (11 %) a s chronickým onemocněním (7 %). U **domovů se zvláštním režimem** jsou převažující cílovou skupinou osoby s chronickým duševním onemocněním (69 %). U **odlehčovacích služeb** převažuje

⁴ Respondenti mohli vybrat od 1 do 3 možností primární cílové skupiny jejich služby, výsledný součet v procentech proto může být větší než 100 %.

cílová skupina seniorů, jak již bylo uvedeno výše, následovaná cílovou skupinou osob se zdravotním postižením (50 %).

Na příspěvek na péči mají nárok ty osoby, které se o sebe nejsou schopny postarat v rozsahu stanoveným Zákonem z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Jeho výše se odvíjí od stupně závislosti na pomoci jiné osoby nebo instituce. V ČR jsou definovány čtyři stupně závislosti, odvíjející se od schopnosti zvládat tyto základní životní potřeby (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách):

- a) Mobilita;
- b) Orientace;
- c) Komunikace;
- d) Stravování;
- e) Oblékání a obouvání;
- f) Tělesná hygiena;
- g) Výkon fyziologické potřeby;
- h) Péče o zdraví;
- i) Osobní aktivity;
- j) Péče o domácnost.

Pro účely analýzy se budeme soustředit na příjemce příspěvku na péči ve III. a IV. stupni závislosti, a to z důvodu vyšší pravděpodobnosti využití institucionální pomoci (sociální služby) při zvládání základních životních potřeb. Příjemce příspěvku na péči ve III. stupni (těžká závislost) zvládá dva nebo tři z výše uvedených úkonů, ve IV. stupni je to žádný až jeden z výše uvedených úkonů. Z důvodů velmi snížené soběstačnosti jsou tyto osoby odkázány na pravidelnou pomoc a péči jiné osoby, prostřednictvím sociální služby, rodiny či kombinací.

Počet osob v těchto skupinách v časovém období 2014–2018 shrnuje Tabulka 1. Údaje byly získány z analýz Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za jednotlivé roky (Český statistický úřad, 2020).

	2014	2015	2016	2017	2018
III. stupeň	72,4	75,0	80,0	83,2	84,7
IV. stupeň	42,7	43,2	46,9	49,1	49,9

Tabulka 1: Počet osob (v tis.) s potřebou péče (III. a IV. stupeň závislosti)

Počet osob s potřebou péče ve zmíněných stupních závislosti je velmi silně korelován s počtem osob nad 65 let (korelační koeficient 0,99).⁵ To znamená, že se stoupajícím počtem obyvatel v seniorském věku bude dále stoupat i počet osob s potřebou péče.

Osoby ve III. a IV. stupni závislosti tvoří i velkou část klientů analyzovaných sociálních služeb, jak potvrdilo i **dotazníkové šetření**. Osoby ve III. stupni závislosti jsou převažující skupinou klientů u 36 % denních stacionářů, 65 % domovů pro seniory, 38 % domovů se zvláštním režimem a 45 % odlehčovacích služeb. Osoby ve IV. stupni závislosti převažují v 20 % denních stacionářů, 19 % domovů pro seniory, 47 % domovů se zvláštním režimem a 20 % odlehčovacích služeb.

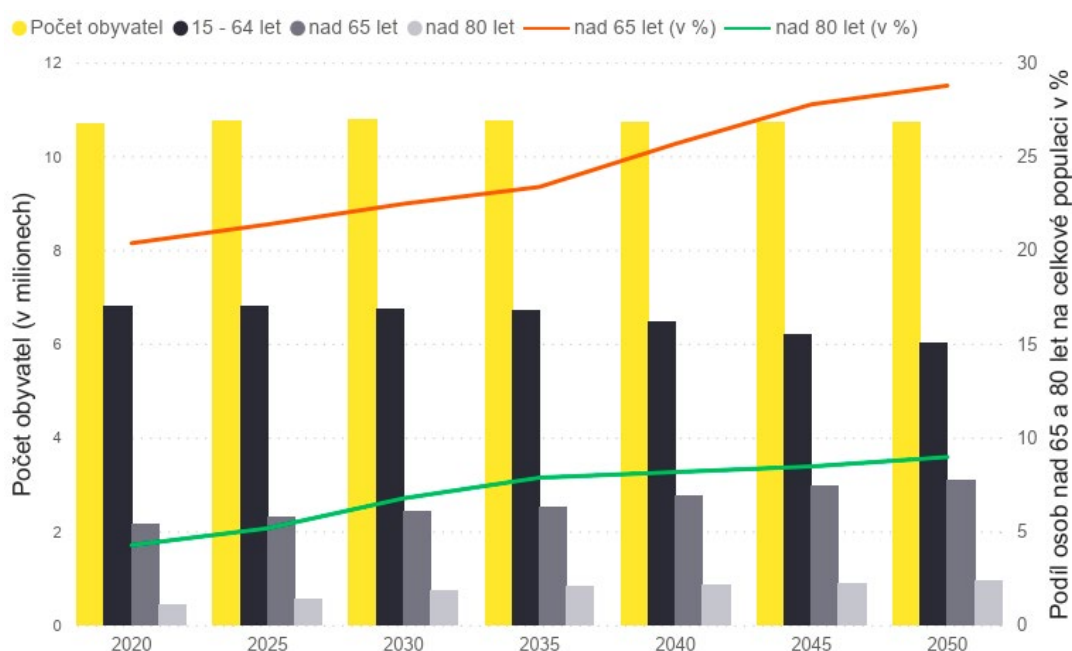
⁵ Korelační koeficient vyjadřuje závislost dvou proměnných a jeho hodnoty jsou v intervalu –1 až 1, kdy 1 značí zcela přímou závislost.

3.1.2 Predikce vývoje demografické struktury a obyvatelstva do roku 2050

Data a závěry v této podkapitole se opírají zejména o publikaci Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100 (Český statistický úřad, 2018).

Vývoj obyvatelstva ČR

V následujících letech se při střední variantě demografického vývoje neočekává významná změna v celkovém počtu obyvatel. Na druhou stranu bude pokračovat změna věkové struktury obyvatelstva a obyvatelstvo bude dále stárnout. Počet lidí v produktivním věku se sníží o 12 % (klesne z necelých 6,9 mil. na přibližně 6 mil., Graf 2), což bude mít v budoucnu při kontinuálním stárnutí obyvatelstva a zachování současného nastavení systémů značný vliv na zvýšení ekonomické zátěže důchodového zabezpečení a financování zdravotní a sociální péče.



Graf 2: Vývoj obyvatelstva se zaměřením na cílové skupiny v letech 2020–2050

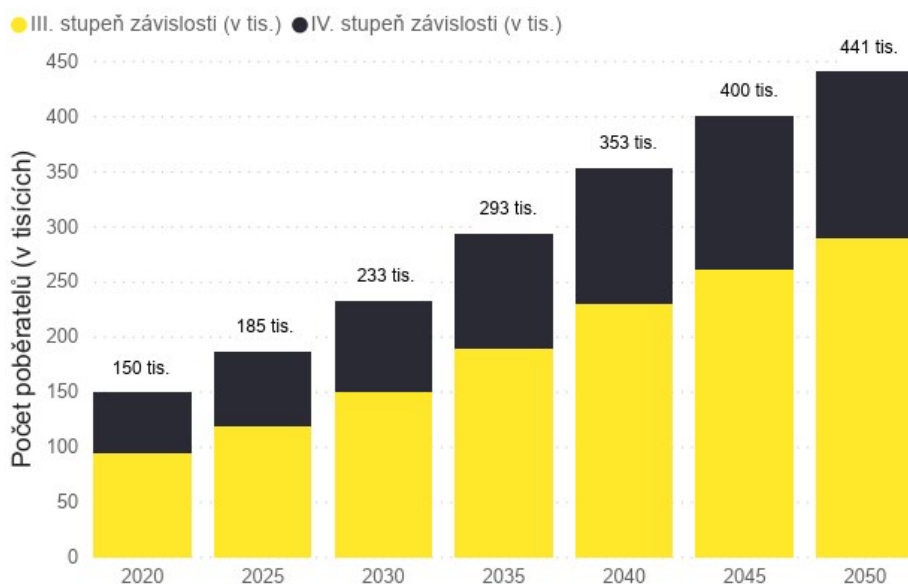
Vývoj cílové skupiny (primárně osoby v seniorském věku)

Stárnutí obyvatelstva a změna věkové struktury souvisí jak s absolutním nárůstem počtu osob v seniorském věku, tak s jejich zvyšujícím se podílem na celkové populaci (Graf 2). Podíl osob nad 65 let se zvýší ze současných 19,9 % na 28,8 % v roce 2050. Ve věkové skupině nad 80 let dojde k nárůstu ze současných 4,1 % z celkové populace na 9,0 % v roce 2050, s tím, že k nejprudšímu nárůstu v této kategorii dojde do roku 2035 a pak se trend zpomalí.

Vývoj osob s potřebou péče (definovaná potřeba péče dle predikce osob s přiznaným příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti)

Jak již bylo zmíněno, počet osob v seniorském věku a počet osob pobírajících příspěvek na péči ve III. a IV. stupni závislosti spolu úzce souvisí, a tudíž očekávaný nárůst seniorské populace indikuje i s tím související očekávaný nárůst počtu příjemců tohoto příspěvku. Počet příjemců příspěvků na péči ve III. a IV. stupni závislosti se může do roku 2050 zvýšit 1,8krát až 3,2krát oproti roku 2018, což by znamenalo, že aktuální kapacity sociálních služeb budou v následujících letech nedostatečné.⁶ Předpokládané počty příjemců ve III. a IV. stupni závislosti dle dynamického a statického scénáře znázorňuje Graf 3.

⁶ (Horecký & Průša, 2019)



Graf 3: Očekávaný vývoj počtu příjemců na péči ve III. a IV. stupni závislosti do roku 2050 (zdroj dat: Horecký & Průša, 2019)

3.2 Subanalýza 2: Vývoj lůžkových kapacit a zařízení

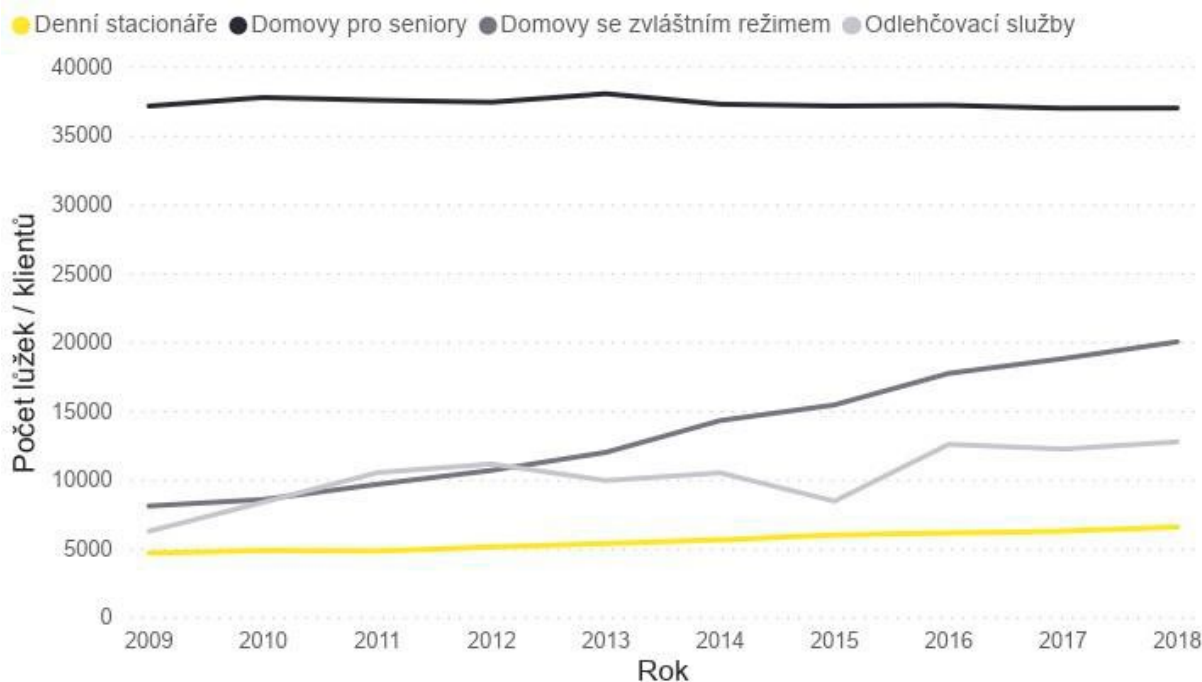
Klíčové závěry

- ▶ Počet lůžek v domovech pro seniory zůstává spíše konstantní, i přes nárůst seniorské populace. Toto je však způsobeno především procesem humanizace a změnou kapacit na domovy se zvláštním režimem.
- ▶ V ostatních analyzovaných službách dochází ke zvyšování kapacit, nejvýrazněji v domovech se zvláštním režimem.
- ▶ Rostoucí trend je očekáván i do budoucna, s výjimkou domovů pro seniory, jejichž kapacity se se zvyšujícím se věkem klientů a náročností jejich diagnóz budou postupně měnit na kapacity domovů se zvláštním režimem. I přesto může v budoucnu dojít k výraznému nedostatku míst v domovech pro seniory, a to především kvůli růstu počtu obyvatel nad 65 let.
- ▶ Pro udržení stávajícího pokrytí se musí do roku 2050 vybudovat 27,6 tisíce lůžek v pobytových sociálních službách (domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem). V posledních pěti letech se o růst počtu lůžek zasloužili soukromí poskytovatelé (neziskové organizace a obchodní společnosti), které vytvořili více než 7 tisíc nových míst. Kraje a obce nové kapacity vytvářejí ve významně nižší míře, stávající kapacity spíše humanizují.

3.2.1 Vývoj lůžkových kapacit v posledních 10 letech

Dle typu služeb

Pro tuto část byla data čerpána ze Statistických ročenek Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“), veřejně dostupných na webových stránkách (MPSV, 2020). Jelikož data za rok 2019 ještě nejsou zveřejněna, časová řada je tvořena roky 2009–2018. Vývoj kapacit znázorňuje Graf 4.



Graf 4: Vývoj kapacit v analyzovaných sociálních službách v posledních 10 letech

Počet lůžek v **domovech pro seniory** zůstává spíše konstantní. Za posledních 10 let se počet míst snížil pouze nevýrazně o 144 (0,3 %) na 37 048 i přesto, že počet seniorů neustále roste. Mezi počtem seniorů nad 65 let a počtem lůžek v domovech pro seniory je silná negativní korelace s koeficientem $-0,60$. Tento trend je však způsoben především dvěma faktory, které lze vnímat pozitivně:

- ▶ Část kapacit domovů pro seniory byla změněna na kapacity domovů se zvláštním režimem. Poskytovatelé sociálních služeb tak reagují na stárnutí svých klientů a na změnu jejich potřeb v průběhu využívání sociální služby.
- ▶ Počet lůžek v domovech pro seniory se snížil také v důsledku navyšování materiálně-technického standardu v sociálních službách, kdy se zastaralé kapacity s vícelůžkovými pokoji měnily na moderní typy zařízení, ve kterých převládají jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje. Domov tak sice snižuje kapacitu, ale zvyšuje komfort klientů, jejich soukromí a přibližuje se tak přirozenému prostředí.

Počet lůžek v **domovech se zvláštním režimem** se naopak vyvíjel téměř přímo úměrně s nárůstem počtu osob v seniorském věku (korelační koeficient 0,99).⁷ Od roku 2009 se počet lůžek zvýšil o 11 922 (146 %) na 20 075.

V **odlehčovacích službách** se počet klientů od roku 2009 zdvojnásobil na 12 807 (nárůst o 102 %) a kapacita této služby je také silně pozitivně korelovaná s počtem seniorů (koeficient 0,85). U **denních stacionářů** došlo k 40% nárůstu kapacit o 1 883 klientů na 6 629.

Jelikož tyto ukazatele měří spíše absolutní počet míst než jejich využití a potřebnost, informace o naplnění kapacit a poptávce po jejich dalším naplňování byly zjišťovány **dotazníkovým šetřením**. Rozdíly mezi jednotlivými službami, co se týče poptávky po volných kapacitách, jsou poměrně značné.

Naplňenost denní kapacity (využívá se také termín obložnost) denních stacionářů v průměru dosahuje 83 %, pohybuje se v rozmezí od 12 do 100 %. Počet nově přijatých klientů se liší od 0 do 31, v průměru je to 5 nových klientů ročně. 70 % zařízení přes rok neodmítá klienty z kapacitních důvodů, u zbylých 30 % se počet odmítnutých žádostí pohybuje v intervalu 1 až 10. Celkem 30 % respondentů uvedlo, že existuje poptávka po navýšení kapacity, 47 % že ne a zbylých 23 % to neumí posoudit. U těch, kteří pocítují poptávku po navýšení kapacity, by mohlo v průměru dojít k okamžitému zaplnění 13 míst.

⁷ Korelační koeficient rovný +1 značí zcela přímou závislost.

Domovy pro seniory jsou na tom hůře. Jejich kapacity zůstávají konstantní, i když jejich naplněnost je již téměř stoprocentní – ve vzorku z dotazníkového šetření se průměrná naplněnost pohybuje na úrovni 98 %, nejnižší naplněnost je na úrovni 75 %. Zařízení v průměru přijímají 22 nových klientů ročně. Počet ročně odmítnutých žádostí o umístění klienta se mezi domovy velmi liší. Pouze 12 % domovů nemusí klienty z kapacitních důvodů odmítat, u zbylých zařízení se tento počet pohybuje v rozmezí od 2 až do 802 odmítnutých žádostí o umístění. V 62 % zařízení existuje poptávka po navýšení kapacity, ve 20 % ne, zbylých 18 % respondentů neumí posoudit. U těch, kteří pocítují poptávku po navýšení kapacity, by mohlo v průměru dojít k okamžitému zaplnění 27 míst.



Zvláště u domovů pro seniory je obecným postupem, který využívá mnoho klientů služeb, podávání přihlášky (poptávky klienta) do více zařízení naráz tak, aby byla vyšší pravděpodobnost, že klient bude umístěn. Zároveň neexistuje systém, který by revidoval žádosti nerelevantní, tedy ty, kdy je klient umístěn do jiného zařízení, případně zemřel a jeho žádost je tak již neplatná. Proto mohou být informace o počtu poptávaných míst (i odpovědi na otázku ohledně naplněnosti kapacit z našeho dotazování) nadnesené, a to až několikanásobně.

Průměrná naplněnost v domovech se zvláštním režimem je 93 %, mezi jednotlivými zařízeními jsou značné rozdíly a naplněnost kapacit se pohybuje v intervalu 6 až 100 %. Mediánová hodnota je 100 %, to znamená, že v minimálně polovině zařízení je již kapacita naplněna, pár extrémně nízkých hodnot v odpovědích respondentů průměr snižuje. Počet ročně nově přijatých klientů se také velmi liší v jednotlivých zařízeních, pohybuje se v rozpětí 0 až 196 s průměrnou hodnotou 24 nově přijatých klientů ročně do jednoho zařízení. Pouze 16 % zařízení neodmítá klienty z kapacitních důvodů. Zbylých 84 % zařízení ročně v průměru odmítne 2 až 560 žádostí o umístění, s průměrnou hodnotou 72 odmítnutých žádostí o umístění ročně. Z analyzovaných druhů služeb je právě v domovech se zvláštním režimem poptávka po navýšování kapacit nejvýraznější, existence poptávky po navýšení kapacit pocítují až dvě třetiny respondentů (67 %). Jen 11 % zařízení poptávku po navýšení kapacity nepocítuje a 21 % neumí posoudit. U těch, kteří pocítují poptávku po navýšení kapacity, by mohlo v průměru dojít k okamžitému zaplnění až 30 lůžek.

Průměrná naplněnost odlehčovacích služeb je nejnižší z analyzovaných druhů sociálních služeb, dosahuje 80 %. Naplněnost se liší i s ohledem na formu poskytování odlehčovací služby. Nejnižší naplněnost ve vzorku vykazují pobytové odlehčovací služby (76 %) a naopak nejvyšší je u poskytovatelů ambulantních odlehčovacích služeb (93 %). U odlehčovacích služeb poskytovaných kombinovanou formou je to 90 % a u terénní 87 %. Počet ročně nově přijatých klientů se pohybuje v intervalu 0 až 400, ale vysoký počet nově přijatých klientů je spíše výjimečný, průměrná hodnota je 37 ročně nově přijatých klientů. Tento počet je nejvyšší mezi analyzovanými druhy sociálních služeb. Průměrný počet ročně nově přijatých klientů se také velmi liší s ohledem na formu odlehčovací služby. Pobytové odlehčovací služby v průměru přijmou 48 nových klientů za rok, kombinované 24, terénní 20 a ambulantní 7. Přibližně 36 % dotazovaných zařízení nemusí klienty odmítat kvůli nedostatečné kapacitě. U zařízení, které klienty odmítají z kapacitních důvodů, se počet odmítnutých žádostí pohybuje v intervalu 1 až 131, s průměrnou hodnotou 20 odmítnutých žádostí o umístění klienta ročně. Více než polovina zařízení (53 %) vnímá existence poptávky po navýšení kapacity, 18 % ne a zbylých 27 % respondentů to neumí posoudit. U těch, kteří pocítují poptávku po navýšení kapacity, by mohlo v průměru dojít k okamžitému zaplnění 11 míst (v průměru dle formy poskytování služby je to 19 u ambulantních, 16 u kombinací, 11 u pobytových a 8 u terénních služeb).

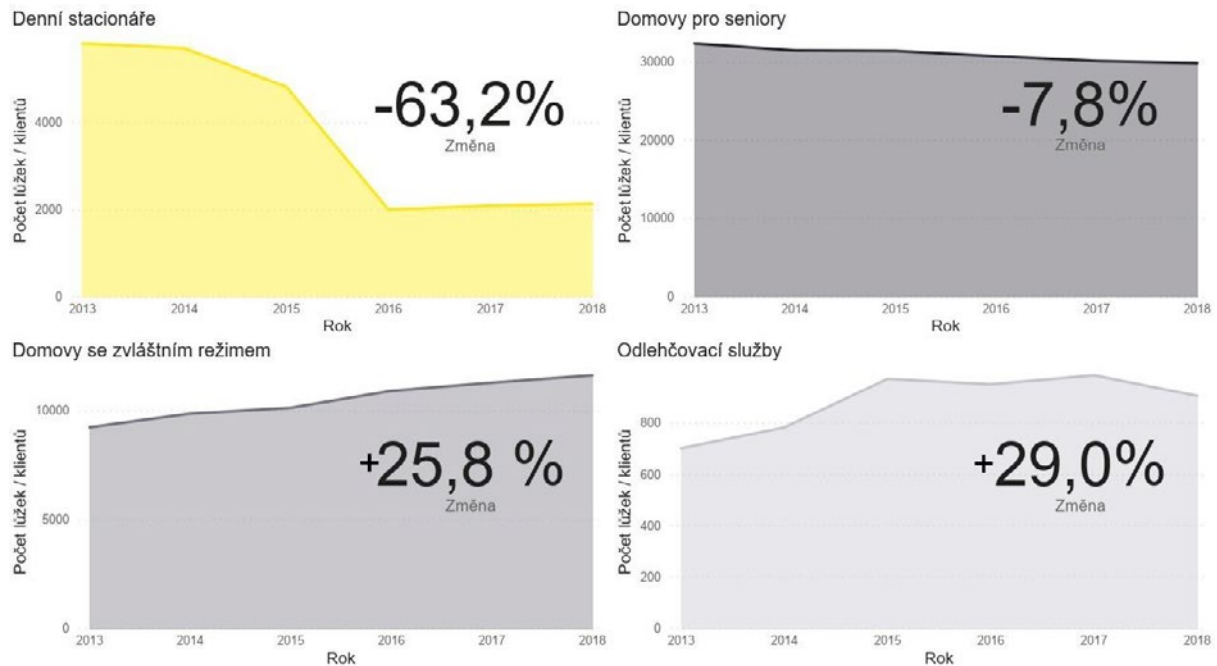
To, že kapacity služeb nejsou zcela naplněny, je způsobeno přirozenou fluktuací klientů (odchod do domácího prostředí, jiné služby, úmrtí apod.), nikoli neefektivním fungováním a využíváním kapacit sociálních služeb.

Dle typu služby v soukromém, veřejném a neziskovém sektoru

Poskytovatelé sociálních služeb byli rozděleni do jednotlivých skupin dle právní formy jejich organizace (viz podkapitola 2.1). Data pro domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem byla převzata ze Statistických ročenek MPSV, pro denní stacionáře a odlehčovací služby je Statistická ročenka v takovém detailu neviduje. Z toho důvodu jsme pro rozdělení u denních stacionářů a odlehčovacích služeb použili data z vykazování dat o sociálních službách poskytnutá MPSV. Data jsou dostupná za roky 2013–2018. Vzhledem k tomu, že vykazování dat je primárně spojeno s poskytnutím dotace ze státního rozpočtu, jedná se o podmnožinu všech poskytovatelů sociálních služeb (ne všichni poskytovatelé čerpají dotace), a tak jsou celkové součty kapacit u denních stacionářů a odlehčovacích služeb nižší, než uvádíme v předchozí podkapitole.

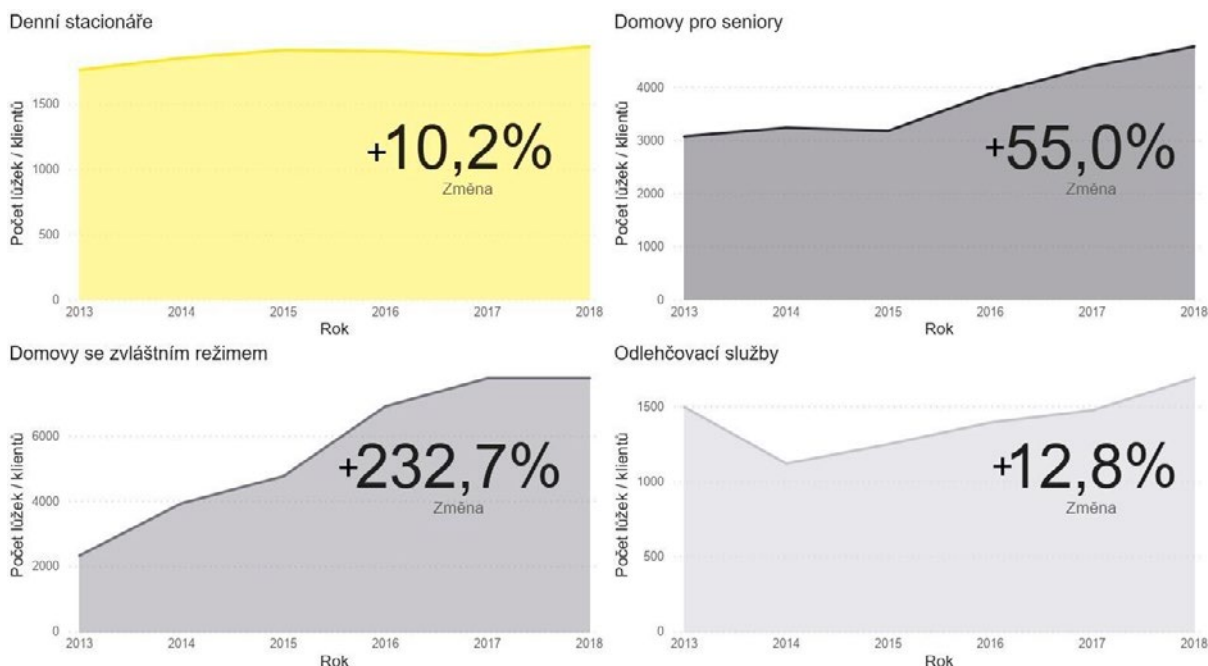
Z dostupných dat plyne, že i přes zřejmý pokles počtu lůžek ve veřejném sektoru ve službě domovy pro seniory a pokles kapacit denních stacionářů je veřejný sektor stále klíčovým a největším poskytovatelem sociálních služeb. Kapacity v soukromém sektoru se v posledních letech neustále rozšiřují a zejména tito poskytovatelé se v posledních letech starají o nárůst kapacit, ale v absolutním počtu ještě nedosahují kapacity veřejného sektoru (s výjimkou odlehčovacích služeb, kde jsou klíčovým poskytovatelem).

Vývoj kapacit dle služby v jednotlivých sektorech v letech 2013–2018 popisují následující grafy, číslo v grafu ukazuje procentní změnu v kapacitách za uvedené roky. Na vertikálních osách grafu se počty kapacit liší dle druhů služeb, z důvodů velkého rozpětí hodnot by hodnoty u druhů služeb s menší kapacitou nebyly dobře rozpoznatelné, kdyby měly grafy stejnou osu.



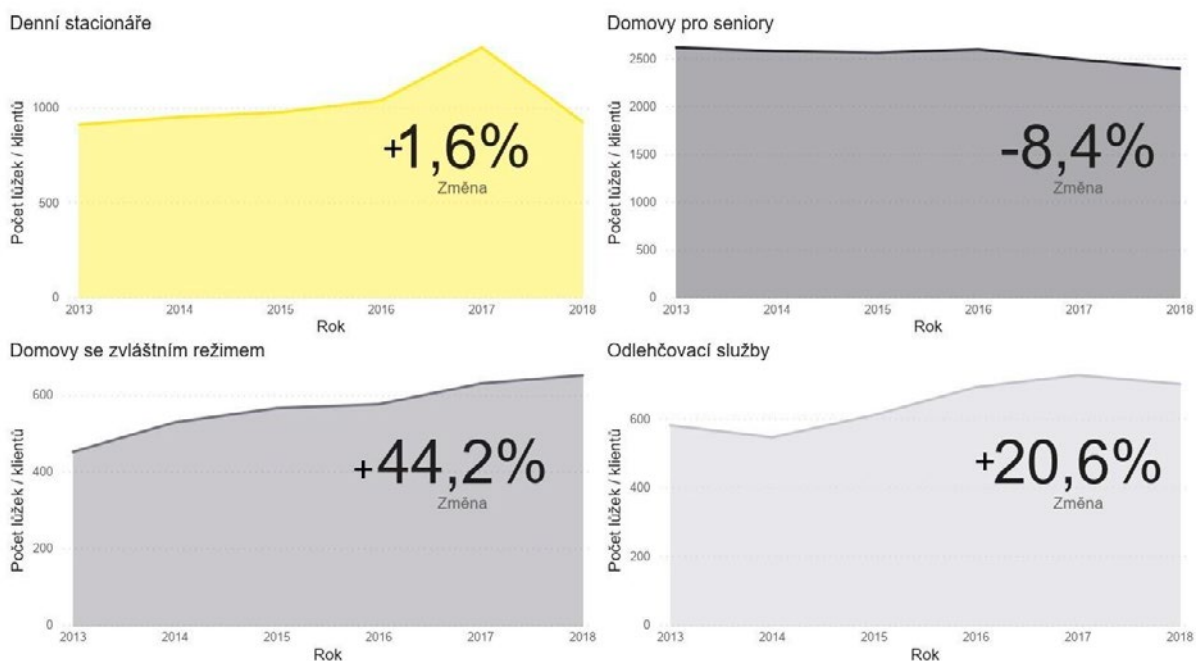
Graf 5: Vývoj kapacit ve veřejném sektoru dle jednotlivých služeb

Ve **veřejném sektoru** (státní poskytovatelé, tj. kraje a obce) došlo k výraznému snížení ambulantní kapacity u denních stacionářů, kdy kapacita klesla o více než 63 % z původních 5 818 na 2 140. Co se týče lůžek v domovech pro seniory, došlo k 7,8% poklesu kapacit z 32 392 na 29 877. U domovů se zvláštním režimem se počet lůžek každoročně zvyšuje, za šest let se zvýšil o necelých 26 % na 11 643 z původních 9 257. Odlehčovací služby jsou poskytovány pobytovou, ambulantní i terénní formou, na grafu výše je agregovaná kapacita. Dle formy poskytování služby došlo v pobytové formě k nárůstu počtu lůžek o 37 % (z 640 na 876), v ambulantní formě k poklesu kapacit o 42 % (z 36 na 21) a u terénní formy došlo k poklesu o 63 % (z 27 na 10). Celkem se kapacita odlehčovacích služeb zvýšila o 29 %.



Graf 6: Vývoj kapacit v soukromém sektoru dle jednotlivých služeb

V **soukromém sektoru** se za časové období počet míst v denních stacionářích zvýšil o 10 % z 1 759 na 1 939. V ostatních analyzovaných službách byl rovněž zaznamenán nárůst v počtu lůžek/kapacitách za období 2013–2018, i když v porovnání s veřejným sektorem dle absolutních čísel tyto kapacity nedosahují stejné úrovně. V domovech pro seniory se počet lůžek zvýšil o více než polovinu na 4 771 míst z původních 3 079, výrazněji začal stoupat v roce 2016. Nejvýrazněji se zvyšuje počet lůžek v domovech se zvláštním režimem, kde došlo k nárůstu na 7 779 míst (z 2 338), tj. o 233 %. Odlehčovací služby byly soukromým sektorem poskytovány buď pobytovou nebo ambulantní nebo terénní formou – u pobytové došlo k 22% nárůstu (z 890 na 1 089 míst), u ambulantní došlo k poklesu o 20 % (z 204 na 163) a u terénní se počet míst zvýšil o 8 % (ze 403 na 437). Celkem se tedy kapacita odlehčovacích služeb v soukromém sektoru navýšila o necelých 13 %.



Graf 7: Vývoj kapacit v neziskovém sektoru dle jednotlivých služeb

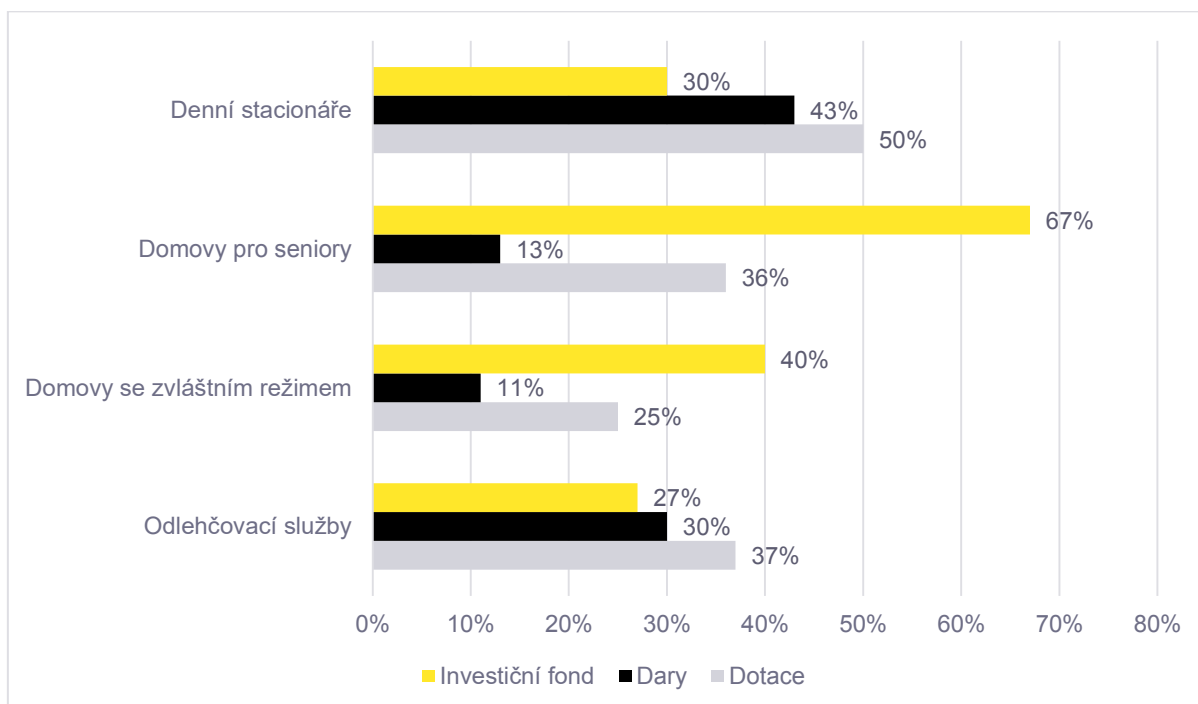
V **neziskovém sektoru** (nestátní – církevní poskytovatelé) došlo k úbytku počtu lůžek pouze v domovech pro seniory (z 2 620 na 2 400), ostatní sledované služby své kapacity navýšily. Denní stacionáře nyní mají kapacitu 928 míst oproti původním 913. Podobně jako v ostatních sektorech došlo i u neziskového sektoru k nejvýraznějšímu navýšení u domovů se zvláštním režimem, kdy počet míst stoupl o víc než 44 % ze 453 na 653. Odlehčovací služby v neziskovém sektoru jsou poskytovány pobytovou, ambulantní i terénní formou. U všech forem došlo k navýšení kapacit – počet lůžek v pobytové formě vzrostl o 12 % z 368 na 411, ambulantní kapacity se navýšily o 100 % (z 23 na 46) a u terénní formy služby došlo k nárůstu o 28 % ze 191 na 245 klientů. Celkem se tedy kapacita odlehčovacích služeb navýšila z 582 na 702, tj. o 21 %.

Následující tabulka znázorňuje % podíl z celkového počtu lůžek nebo kapacit v jednotlivých sektorech dle druhu poskytované služby za jednotlivé roky. Jak je vidět, veřejný sektor je pořád klíčovým poskytovatelem služeb domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem, zatímco u odlehčovacích služeb a denních stacionářů převažují poskytovatelé neziskového sektoru. Je nutno však zdůraznit, že podíl soukromého sektoru na celkovém počtu lůžek se neustále zvyšuje. Zejména díky poskytovatelům se soukromého sektoru dochází k absolutnímu nárůstu kapacit a jeho významnost se každoročně zvyšuje.

Druh služby	Podíl z celkového počtu lůžek	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Denní stacionáře	Veřejný sektor	69 %	67 %	63 %	41 %	40 %	43 %
	Soukromý sektor	11 %	11 %	13 %	21 %	25 %	19 %
	Neziskový sektor	21 %	22 %	25 %	38 %	35 %	39 %
Domovy pro seniory	Veřejný sektor	85 %	84 %	85 %	83 %	81 %	81 %
	Soukromý sektor	8 %	9 %	9 %	10 %	12 %	13 %
	Neziskový sektor	7 %	7 %	7 %	7 %	7 %	6 %
Domovy se zvláštním režimem	Veřejný sektor	77 %	69 %	66 %	61 %	60 %	58 %
	Soukromý sektor	19 %	27 %	31 %	35 %	36 %	39 %
	Neziskový sektor	4 %	4 %	4 %	3 %	3 %	3 %
Odhlehčovací služby	Veřejný sektor	21 %	22 %	22 %	23 %	23 %	21 %
	Soukromý sektor	54 %	46 %	44 %	46 %	46 %	51 %
	Neziskový sektor	25 %	32 %	34 %	31 %	31 %	28 %

Tabulka 2: Sektorové rozdělení jednotlivých služeb

Dotazníkové šetření ukázalo, že klíčovými zdroji investičních nákladů (např. na navýšení kapacity či rekonstrukce) jsou dotace, dary a investiční fondy (u každé služby tyto zdroje uvedl nejvyšší počet respondentů). Dotace jsou velmi důležité zejména pro denní stacionáře a odlehčovací služby, kdy nejvyšší podíl zařízení využívá právě dotace k financování investičních nákladů, následně dary a investiční fondy. U pobytových sociálních služeb nejvyšší podíl zařízení financuje investiční náklady z investičního fondu (tedy z vlastního zdroje), následně z dotací a z darů. Podíl zařízení dle využívání výše zmíněných zdrojů pro investice u jednotlivých druhů služeb je zobrazen na Graf 8. Pro velkou variabilitu v odpovědích respondentů méně časté odpovědi (např. sbírky, úvěry) nejsou zobrazeny.



Graf 8: Podíl zařízení využívajících uvedené zdroje k financování investičních nákladů u jednotlivých služeb

Další informace související s analýzou nákladovosti na lůžko v analyzovaných sociálních službách lze najít v podkapitole 4.5.

3.2.2 Predikce vývoje lůžkových kapacit do roku 2050

Dle typů služeb a v závislosti na demografickém vývoji

Tato kapitola se zabývá vyhodnocením potřebnosti lůžek do roku 2050 na základě aktuálního pokrytí, tj. kolik lůžek bude potřeba vystavět do roku 2050 pro zachování aktuální vybavenosti.

Pro účely zpracování této podkapitoly byla data převzata ze Statistických ročenek (MPSV, 2020) a časová řada byla rozšířena na roky 2006–2018 pro přesnější analýzu a zachycení charakteristik dat. Dále se v podkapitole pro porovnání věnujeme predikci lůžkových kapacit na základě dosavadního vývoje u jednotlivých služeb.⁸

Prezentované výsledky byly získány analýzou časové řady využitím ARIMA(p,d,q)⁹ modelů (Hyndman & Athanasopoulos, 2018) ve statistickém softwaru R. Tyto modely pracují na principu popisování autokorelace ve stacionární časové řadě, kde p je počet autoregresivních členů, d označuje počet diferencí (rozdílů) potřebných pro stacionárnost, a q značí počet minulých časových intervalů potřebných pro vysvětlení chyby v modelu, jehož část se dá popsat právě jako lineární kombinace minulých chyb. Různé kombinace koeficientů p,d,q jsou modelovány, prezentované výsledky a projekce pak vychází z nevhodnějšího modelu.¹⁰

⁸ Predikce dávají pouze informaci o tom, jak se budou kapacity vyvíjet, pokud dojde k jejich rozšiřování stejným tempem jako v posledních letech. Je však nutno brát v potaz, že kapacity se nestaví samy, a tudíž je nutno motivovat poskytovatele k tomu, aby tyto kapacity i nadále stavěly.

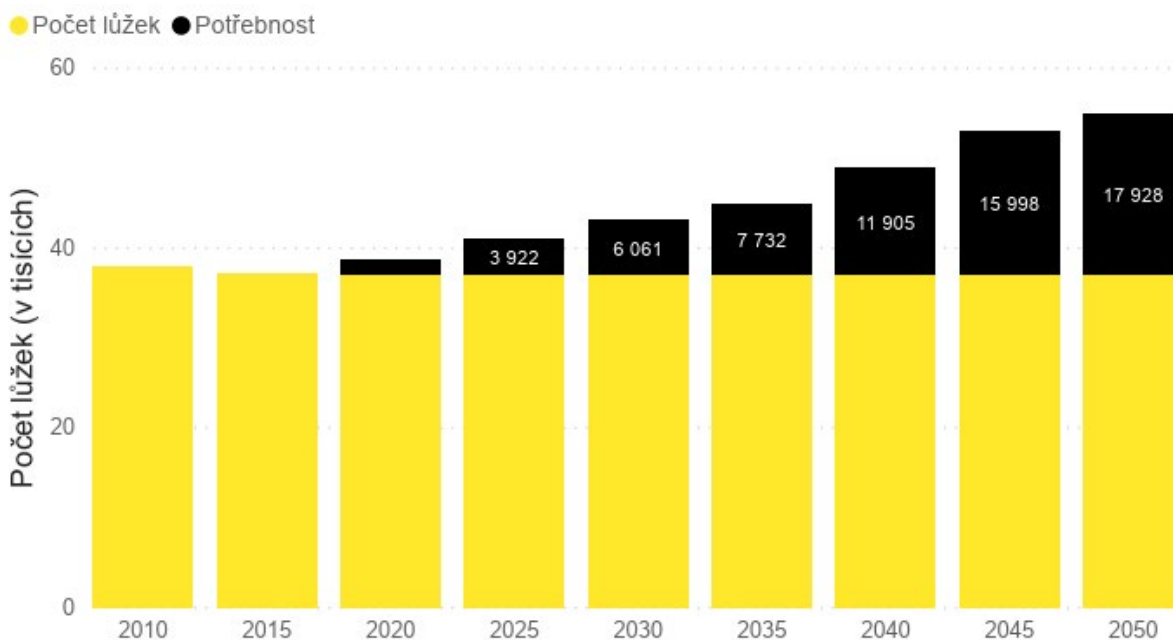
⁹ ARIMA = z anglického AutoRegressive Integrated Moving Average („autoregresní integrovaný klouzavý průměr“).

¹⁰ Pro určení přesnosti (a tedy vhodnosti) modelů bylo použito Akaikého informačního kritéria, modifikováno pro malé vzorky dat (AICc). Nejvhodnější model je ten, který má nejnižší hodnotu AICc (Hurvich & Tsai, 1989).

Následující text postupně detailněji popisuje očekávaný budoucí vývoj potřebných kapacit u každého z analyzovaných druhů služeb.

Domovy pro seniory

Pro zachování stávající vybavenosti, kdy je nyní 17,75 lůžek v domovech pro seniory na 1 000 obyvatel nad 65 let, **bude potřeba zvýšit počet lůžek** v následujících 30 letech o 17 928 (z 37 048 v roce 2018 na 54 976 v roce 2050, za předpokladu střední varianty demografického vývoje), viz Graf 9. Žlutá barva reprezentuje aktuální počet lůžek (existující lůžka) a černou barvou je znázorněný potřebný počet lůžek, o který se budou muset aktuální kapacity rozšířit, aby byla zachována aktuální vybavenost.

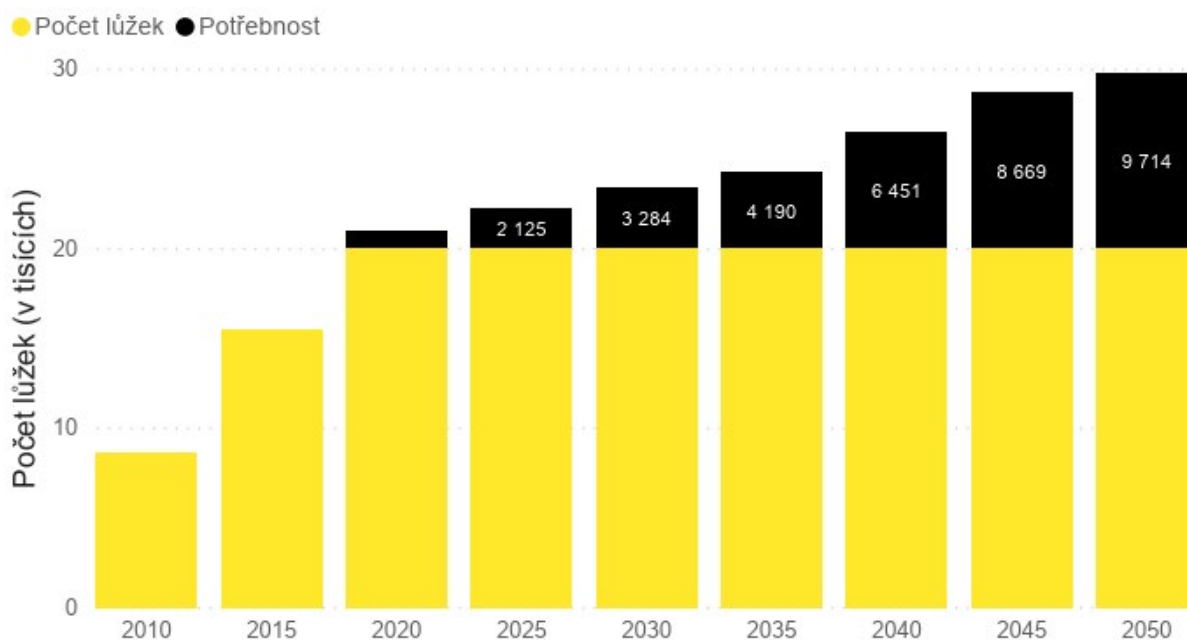


Graf 9: Potřebné dobudování kapacit v domovech pro seniory do roku 2050 pro zachování stávající vybavenosti

Na základě výsledků ARIMA(0,1,1) modelu očekáváme při aktuálním vývoji **v domovech pro seniory** v roce 2050 přibližně 37 167 lůžek, což je mírný nárůst oproti aktuálním 37 048. Intervaly spolehlivosti jsou ale velmi široké – jak je již vidět z dosavadních dat, v časové řadě není patrný nějaký trend nebo pravidelný vývoj, což samotnou predikci sťažuje. Čím vyšší počet let dopředu chceme odhadnout, tím jsou predikce nepřesnější, a proto se intervaly spolehlivosti v čase rozšiřují. Z výsledků plyne, že s 80% pravděpodobností bude v roce 2050 při aktuálním vývoji počet lůžek v domovech pro seniory v intervalu 33 601 až 41 110 a s 95% pravděpodobností to bude mezi 31 854 a 43 364.

Domovy se zvláštním režimem

Stávající vybavenost je na úrovni 9,62 lůžka na 1 000 obyvatel nad 65 let, od roku 2007 se také pravidelně navyšuje (v roce 2007 to bylo pouze 4,41 lůžka na 1 000 obyvatel nad 65 let). V případě zachování vybavenosti na stávající úrovni by v roce 2050 při střední variantě demografického vývoje bylo potřeba 29 789 lůžek, což znamená dobudovat dalších 9 714 lůžek v příštích 30 letech (Graf 10).

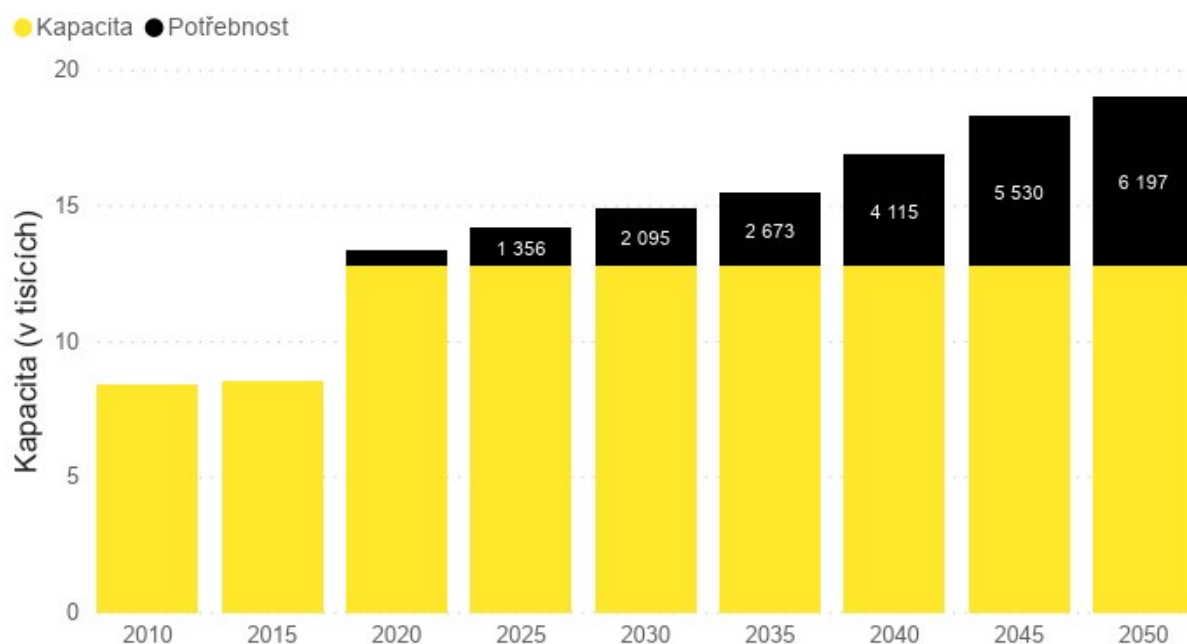


Graf 10: Potřebné dobudování kapacit v domovech se zvláštním režimem do roku 2050 pro zachování stávající vybavenosti

Počít lůžek v **domovech se zvláštním režimem** se každým rokem výrazně zvyšuje a do roku 2050 by dle ARIMA(0,1,0) modelu s konstantou mohl při stejném tempu růstu výstavby dosáhnout 68 324 lůžek (ze současných 20 078). Dle 80% intervalu spolehlivosti bude při aktuálním vývoji počít lůžek v rozmezí 62 558 až 74 189, při zvýšení míry spolehlivosti na 95 % se interval rozšíří na 59 547 až 77 331 lůžek. Očekáváme tedy, že **musí dojít k dalšímu navýšení vybavenosti počtu lůžek v domovech se zvláštním režimem** v propočtu na 1 000 obyvatel nad 65 let, i v souvislosti s již zmíněným zhoršujícím se zdravotním stavem populace a rychle rostoucím počtem příjemců příspěvků na péči. Aktuální kapacity ani stávající vybavenost v roce 2050 nebudou dostatečné a v každém případě bude potřeba počít lůžek v tomto druhu zařízení rozšířit.

Odlehčovací služby

V současnosti je na 1 000 osob nad 65 let 6,14 míst v odlehčovacích službách, tudíž minimálně pro zachování současného stavu bude potřeba zvýšít počít míst na 19 004, tj. v příštích 30 letech je nezbytné dobudovat 6 197 míst v odlehčovacích službách (Graf 11).

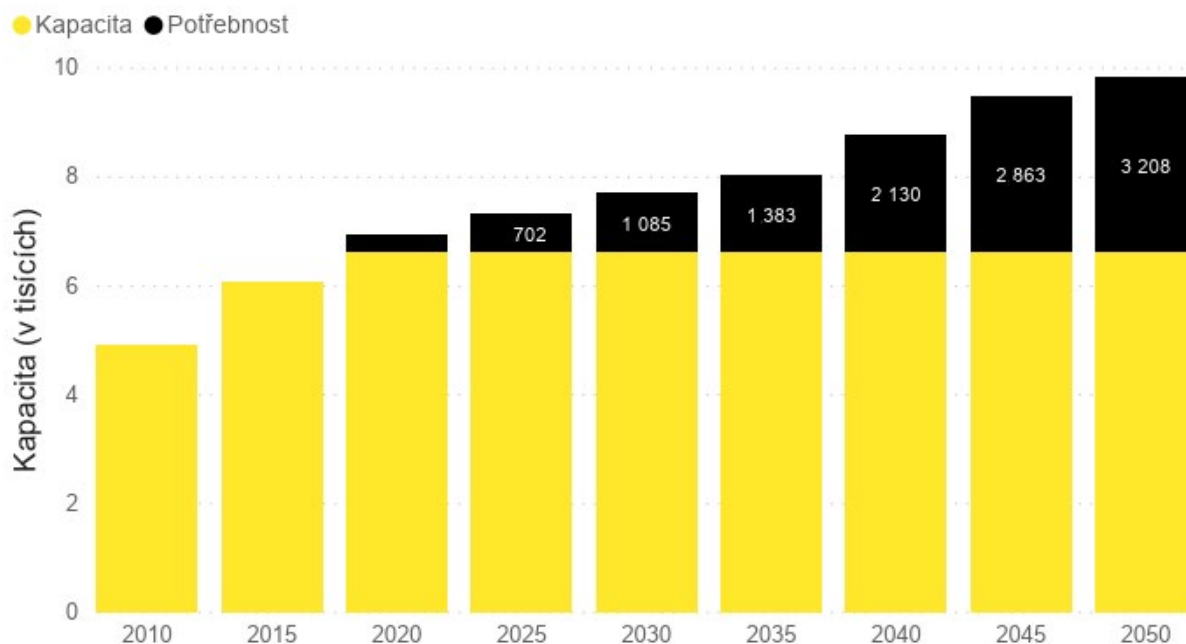


Graf 11: Potřebné dobudování kapacit v odlehčovacích službách do roku 2050 pro zachování stávající vybavenosti

V **odlehčovacích službách** by byl dle dosavadního vývoje (ARIMA model) vhodný **velmi prudký nárůst kapacit**, kdy by v roce 2050 mohly dosáhnout 411 642 tisíc oproti aktuálním 12 807. Interval spolehlivosti jsou ale hodně široké, což snižuje přesnost predikce – s 80% pravděpodobností se budou kapacity v roce 2050 nacházet v intervalu 105 435 až 1 607 153. Tento vývoj by znamenal výrazné navýšení stávající vybavenosti. Takový nárůst by však reflektoval budoucí potřebu za předpokladu, že se nezmění jiné proměnné, tj. v případě například větších kapacit terénních služeb může být křivka jiná (terénní služba kompenzuje potřebu odlehčovací služby).

Denní stacionáře

Pokrytí populace denními stacionáři je v současnosti na úrovni 3,14 místa na 1 000 obyvatel nad 65 let. V roce 2050 by se pro zachování této vybavenosti musel počet míst rozšířit na 9 837. V každém případě bude muset **dojít k rozšíření počtu míst** v následujících 30 letech, a to minimálně o 3 208, jak je vidět v Graf 12.



Graf 12: Potřebné dobudování kapacit v denních stacionářích do roku 2050 pro zachování stávající vybavenosti

V **denních stacionářích** se do roku 2050 podle aktuálního vývoje (ARIMA(0,1,0) model s konstantou) očekává navýšení kapacity na 12 529, což je téměř dvojnásobek aktuálních kapacit (6 629 míst).



Z výše uvedeného je zřejmé, že nárůst kapacit sociálních služeb v souvislosti s očekávaným demografickým vývojem, který charakterizuje především postupné stárnutí obyvatelstva České republiky, je vysoce žádoucí a pro zachování minimálně současného stavu počtu kapacitních míst na obyvatele je do budoucna nutné tyto kapacity budovat, a to u všech sledovaných služeb, s výjimkou domovů pro seniory. U této služby však dochází již nyní k tomu, že se její kapacity nerozšiřují na úkor rozšiřování kapacitních míst domovů se zvláštním režimem, což také odpovídá postupně náročnějším diagnózám klientů, o které je v sociálních službách pečováno.

Dle typů služeb ve veřejném, soukromém a neziskovém sektoru

Tato podkapitola analyzuje potřebný vývoj počtu lůžek dle typu služby a sektoru s ohledem na měnící se sektorovou strukturu, charakterizovanou v podkapitole 3.2.1, vycházejících z dat dostupných za období 2013–2018. Následující odstavce v číslech popisují očekávaný vývoj, krátké shrnutí lze najít na konci podkapitoly. Reflektuje, jaký typ poskytovatele dle našeho dělení se nejnámenněji podílí na nárůstu potřebných kapacit služeb.

U **domovů pro seniory** došlo mezi roky 2013–2018 k poklesu podílu lůžek ve **veřejném sektoru** vzhledem k celkovému počtu lůžek o 4 % s průměrným meziročním poklesem 0,8 %. Do roku 2050 by

tudíž mohl za předpokladu podobného vývoje podíl lůžek ve veřejném sektoru klesnout o dalších 26 % na přibližně 55 %. Pokud kapacity rozšíříme dle zachování vybavenosti a demografického vývoje na 54 976 lůžek, ve veřejném sektoru jich tedy bude 30 237 (navýšení o 360 oproti roku 2018). V **soukromém sektoru** podíl lůžek na celkovém počtu lůžek mezi roky 2013–2018 vzrostl o 5 % s průměrným 1% meziročním nárůstem, do roku 2050 by tedy mohl vzrůst o dalších 32 % na přibližně 45 %. V soukromém sektoru by pak byla potřeba dostavět 19 968 lůžek (k aktuálním 4 771). V **neziskovém sektoru** podíl lůžek klesl minimálně (od roku 2013 o 1 % do roku 2018), tudíž v roce 2050 při takovém vývoji klesl o dalších 6 %. Jelikož již teď tvoří nejmenší část lůžek, při takovém tempu změny by se podíl lůžek v neziskovém sektoru na celkovém počtu lůžek dostal na nulu.

U **domovů se zvláštním režimem** došlo mezi roky 2013–2018 k poklesu podílu lůžek ve **veřejném sektoru** vzhledem k celkovému počtu lůžek až o 19 %, do roku 2050 by tudíž mohl za předpokladu podobného vývoje s meziročním poklesem 4 % podíl lůžek ve veřejném sektoru velmi významně poklesnout. V **soukromém sektoru** podíl lůžek na celkovém počtu lůžek mezi roky 2013–2018 vzrostl o výrazně o 20 %, do roku 2050 by při takovém růstu zabezpečil všechny potřebné kapacity. V **neziskovém sektoru** se podíl lůžek snížil od roku 2013 o 1 % do roku 2018, tudíž by v roce 2050 při takovém vývoji a současném malému podílu tohoto sektoru na celkové kapacitě došlo také k významnému snížení podílu.

U **odlehčovacích služeb** nedošlo ve **veřejném sektoru** mezi roky 2013–2018 k žádnému výraznému nárůstu či poklesu podílu lůžek, do roku 2050 by tedy mohl zůstat na úrovni 21 %. To by znamenalo, že pokud rozšíříme kapacity v menším rozsahu pro zachování vybavenosti a v souvislosti s demografickým vývojem na 19 004 lůžek, ve veřejném sektoru jich bude do roku 2050 potřeba k aktuálním 907 dobudovat dalších 3 084. V **soukromém sektoru** podíl lůžek na celkovém počtu lůžek mezi roky 2013–2018 klesl o 3 %, do roku 2050 by tedy mohl při průměrném meziročním poklesu 0,6 % klesnout o dalších 19 % na přibližně 32 %. V soukromém sektoru by pak byla potřeba v následujících 30 letech vybudovat 4 392 míst (k aktuálním 1 689). V **neziskovém sektoru** se podíl lůžek zvýšil od roku 2013 do roku 2018 o 3 %, tudíž v roce 2050 by se mohl při průměrném meziročním nárůstu 0,6 % zvýšit o 19 % a tvořit přibližně 47 % kapacit, což znamená navýšení na 8932 z původních 702 lůžek.

U **denních stacionářů** došlo mezi roky 2013–2018 k poklesu podílu míst ve **veřejném sektoru** vzhledem k celkovému počtu míst o 26 %. Takový pokles je do roku 2050 neudržitelný, pokud se bude sektorová struktura měnit takovým tempem, tak dojde k vymizení služeb denních stacionářů z veřejného sektoru. **Soukromý a neziskový sektor** by tedy v takové situaci zabezpečil všechny potřebné kapacity. Rychleji roste počet míst v sektoru neziskovém, a tudíž lze při stejném trendu očekávat, že do roku 2050 zabezpečí většinu kapacit.



Z výše uvedeného tedy plyne, že při shodném trendu by měl tedy nejvíce růst podíl soukromého sektoru na zajištění kapacit sociálních služeb (přestože poroste pouze relativní podíl soukromých poskytovatelů, nejčtenějšími poskytovateli budou dle dat i nadále veřejní, respektive neziskoví poskytovatelé). Toto v konečném důsledku znamená, že je třeba soukromý sektor ke vstupu do segmentu sociálních služeb dlouhodobě motivovat, což ale při současných podmínkách neplatí. Soukromí poskytovatelé zakládají své společnosti za účelem zisku (byť přiměřeného). Nastavení systému sociálních služeb tomuto neodpovídá.

Predikce nákladů na lůžko na zajištění materiálně technického standardu pro stávající lůžka, vč. investic na vybudování/přebudování a následně provozování budoucích potřebných lůžek

Průměrný roční nárůst dle druhu služby a sektoru a očekávané náklady na lůžko (pro stávající lůžka) v roce 2050 jsou shrnuty v následující tabulce:

Druh služby	Sektor	Náklady na Kapacitní jednotku v roce 2018 v Kč ¹¹	Průměrní roční nárůst nákladů na kapacitní jednotku v %	Očekávané náklady na kapacitní jednotku v roce 2050 v Kč ¹²
Denní stacionáře	Veřejný	202 580	57,0	3 897 639
	Soukromý	174 195	7,6	597 837
	Neziskový	208 780	7,4	703 171

¹¹ Zdroj dat: MPSV.

¹² Uvedené hodnoty jsou vyjádřeny v běžných cenách roku 2018, bez zohlednění inflace.

Druh služby	Sektor	Náklady na Kapacitní jednotku v roce 2018 v Kč ¹¹	Průměrní roční nárůst nákladů na kapacitní jednotku v %	Očekávané náklady na kapacitní jednotku v roce 2050 v Kč ¹²
Domovy pro seniory	Veřejný	398 741	9,0	1 547 115
	Soukromý	376 277	5,8	1 074 647
	Neziskový	407 385	7,4	1 372 073
Domovy se zvláštním režimem	Veřejný	471 882	9,2	1 861 103
	Soukromý	459 349	7,0	1 488 291
	Neziskový	468 632	8,2	1 698 322
Odlehčovací služby	Veřejný	398 256	11,5	1 863 838
	Soukromý	171 943	2,6	315 000
	Neziskový	329 745	0,2	350 849

Tabulka 3: Aktuální a očekávané náklady na lůžko dle služeb a sektorů

Náklady na lůžko nejrychleji rostou u poskytovatelů z veřejného sektoru. Soukromý i neziskový sektor mají nárůst nákladů mírnější, ale soukromý sektor má náklady na lůžko nižší. Z dlouhodobého hlediska, za předpokladu, že náklady budou nadále růst stejným tempem, se jeví soukromý sektor jako nejlevnější. Veřejný sektor pravděpodobně zůstane tím nejnákladnějším z pohledu očekávaných nákladů na lůžko.

Pokud počítáme s tím, že do roku 2050 bude nutno dobudovat 27,6 tisíce lůžek v pobytových sociálních službách a náklady na vybudování jednoho lůžka se nyní pohybují ve výši 1,5 mil. Kč, tak se odhadovaný investiční náklad na vybudování těchto kapacit bude pohybovat okolo 41,4 mld. Kč. Pokud zároveň vyčleníme na již existující lůžka 0,5 mil. Kč na obnovu každého z nich, tak k tomu bude potřeba dalších 28,6 mld. Kč. Odhadované provozní náklady na provozování nově vybudovaných kapacit byly vyčísleny na 11,7 mld. Kč ročně (bez inflace).¹³

3.3 Subanalýza 3: Analýza zařízení sociálních služeb

Klíčové závěry

- ▶ Zdaleka nejčtenější právní formou analyzovaných sociálních služeb je příspěvková organizace zřízená územním samosprávním celkem, v pobytových sociálních službách tvoří 70 % zařízení.
- ▶ Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem mají většinou 50 až 150 lůžek, denní stacionáře a odlehčovací služby jsou menší.
- ▶ Více než právní forma má na financování a jeho zdroje vliv samotný druh sociální služby, který především určuje podíl veřejných a soukromých zdrojů. U pobytových sociálních služeb je obvykle podíl soukromých zdrojů vyšší než u denních stacionářů a odlehčovacích služeb.

3.3.1 Dle právní formy a vlastníka (soukromý versus veřejný sektor)

Pro tuto podkapitolu byla využita již zmíněná data poskytnutá MPSV pro roky 2013–2018. Do veřejného sektoru řadíme následující právní formy: dobrovolný svazek obcí, obec a příspěvková organizace zřízená územním samosprávním celkem (obcí či krajem). Do soukromého sektoru řadíme akciovou společnost, fyzickou osobu (dále jen „FO“) podnikající dle živnostenského zákona zapsanou v obchodním rejstříku (dále jen „OR“), FO podnikající dle živnostenského zákona nezapsanou v OR, občanské sdružení, obecně prospěšnou společnost, organizační jednotku občanského sdružení,

¹³ Průměrný náklad na lůžko v domovech pro seniory je aktuálně 398 tis. Kč, bude potřeba 17,9 tisíce lůžek, tj. provozní náklady jsou odhadnuty na 7,1 mld. Kč ročně. Obdobně je potřeba vybudovat 9,7 tisíce lůžek v domovech se zvláštním režimem, které mají průměrný náklad 470 tis. Kč, tj. odhadovaný provozní náklad na provozování těchto kapacit je 4,6 mld. Kč ročně.

pobočný spolek, společnost s ručením omezeným, spolek a ústav. Do neziskového – církevního – sektoru pak řadíme církve a náboženské společnosti. Rozdělení analyzovaných služeb dle jednotlivých právních forem znázorňuje Tabulka 4.

Právní forma	Denní stacionáře	Domovy pro seniory	Domovy se zvláštním režimem	Odlehčovací služby
Akciová společnost	-	6	3	3
Církve a náboženské společnosti	59	67	23	56
Dobrovolný svazek obcí	-	1	1	1
Fyzická osoba podnikající dle živnostenského zákona nezapsaná v obchodním rejstříku	1	-	-	2
Fyzická osoba podnikající dle živnostenského zákona zapsaná v obchodním rejstříku	-	-	-	1
Občanské sdružení	2	2	1	2
Obec	4	4		10
Obecně prospěšná společnost	42	18	19	50
Organizační jednotka občanského sdružení	-	-	-	1
Pobočný spolek	3	-	2	2
Příspěvková organizace zřízená územním samosprávným celkem	102	335	194	95
Společnost s ručením omezeným	1	20	18	5
Spolek	19	10	12	9
Ústav	17	5	7	19
Celkem	250	468	280	256

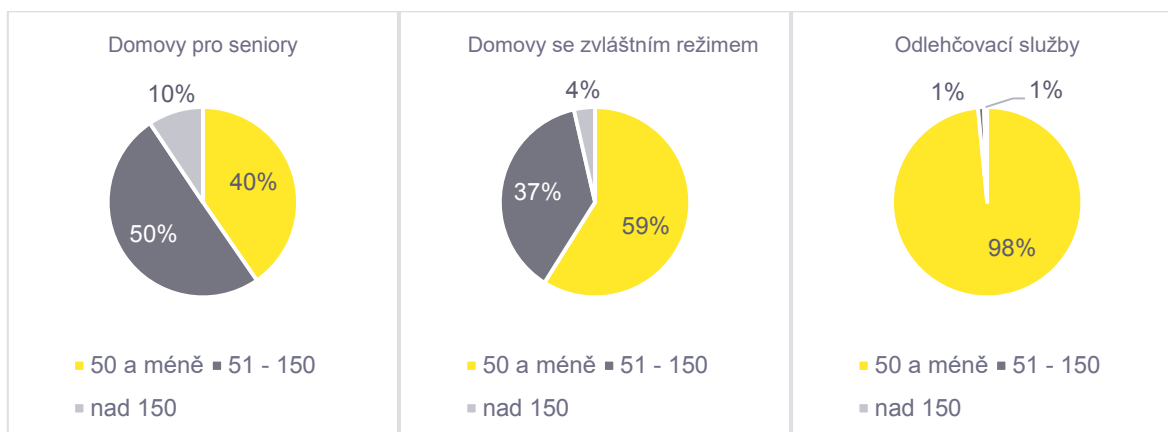
Tabulka 4: Počty sociálních služeb dle jednotlivých právních forem v roce 2018

Výrazně převažující právní forma u všech druhů sociálních služeb je příspěvková organizace zřízená územním samosprávním celkem, což zabezpečuje převahu veřejného sektoru coby nejčetnějšího poskytovatele u domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Dalšími četnými právními formami poskytovatelů sociálních služeb jsou církve a náboženské společnosti, obecně prospěšné společnosti, spolky a ústavy (převaha neziskového sektoru u denních stacionářů a odlehčovacích služeb). Zbylé právní formy jsou zastoupeny po jednotkách.

3.3.2 Dle velikosti (podle počtu lůžek)

Pobyťová lůžka

Pobyťová lůžka jsou hlavní formou poskytování služeb u domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Tato podkapitola tedy nezahrnuje denní stacionáře a ambulantní a terénní odlehčovací služby. Počet lůžek v jednotlivých zařízeních se velmi liší, od 1 lůžka až po maximum 480 lůžek v zařízení, což jsou ale extrémní hodnoty, jejichž četnost ve vzorku je nízká. Následující rozdělení je z roku 2018 dle dat z MPSV.



Graf 13: Rozdělení jednotlivých služeb dle počtu lůžek (zdroj dat: MPSV)

Menší zařízení převažují i u domovů se zvláštním režimem, kde 59 % tvoří zařízení do 50 osob a dalších 37 % zařízení s kapacitou 50 až 150 osob. Je však třeba konstatovat, že domov se zvláštním režimem je často stavebně propojen s domovem pro seniory, celková kapacita takového domova je pak vyšší. Domovy pro seniory jsou obvykle větší s převahou zařízení s počtem lůžek 50 až 150. Zařízení s kapacitou nad 150 osob je mnohem méně, což považujeme za pozitivní i z důvodu zachování přirozeného prostředí a tzv. rodinné atmosféry pro klienty v menších zařízeních. Obecným trendem je totiž zachování co nejvíce přirozeného prostředí, tento trend je podporován i Zákonem a můžeme jej pozorovat i v ostatních členských zemích EU.

Ambulantní denní kapacita (maximální denní kapacita uživatelů)

Ambulantní denní kapacita je ukazatelem kapacit v denních stacionářích a v ambulantně poskytovaných odlehčovacích službách. Denní kapacita v denních stacionářích se pohybuje v rozmezí 1 až 110 klientů, ze kterých ale 80 % má kapacitu do 25 klientů a větší zařízení jsou spíše výjimkou.

Ambulantní odlehčovací služby jsou ještě menší, dle dostupných dat se jejich kapacita pohybuje v intervalu 1 až 15 klientů v zařízení denně.

3.3.3 Dle financování

Na základě dat poskytnutých MPSV za roky 2013–2018 byly analyzované zdroje financování sociálních služeb dle druhu služby a jejich právní formy. Financování sociálních služeb je v principu vícezdrojové, dle uvedených dat byly zdroje financování sociálních služeb rozděleny do následujících kategorií:

- a) Dotace MPSV;
- b) Dotace a příspěvky kraje;
- c) Dotace a příspěvky obce;
- d) Úhrada za péči;
- e) Úhrady – ostatní;
- f) Evropský sociální fond (dále jen „ESF“);
- g) Fondy zdravotních pojišťoven.¹⁴

Do veřejných zdrojů zařazujeme dotace MPSV, krajů a obcí, ESF a platby pojišťoven. Do soukromých následně zařazujeme úhrady za péči a ostatní úhrady. Sociální služby jsou obvykle financovány z více než jednoho zdroje.

¹⁴ Údaje za rok 2018.

Nejvyšší objem finančních prostředků v rámci analyzovaných druhů sociálních služeb poskytuje MPSV, v roce 2018 to bylo 6,8 mld. Kč. Druhou nejpočetnější skupinou byly příjmy z úhrad – úhrady za péči tvořily 4,9 mld. Kč a ostatní úhrady byly ve výši 5,7 mld. Kč, tudíž v součtu příjmy z úhrad převyšují výši poskytnutých dotací z MPSV. Z rozpočtů krajů šlo do analyzovaných sociálních služeb za rok 2018 1,7 mld. Kč, z obcí o něco méně – 1,5 mld. Kč. Stejná částka (1,5 mld. Kč) byla ze zdrojů zdravotních pojišťoven. Nejmenší částku tvořili zdroje z ESF – 7,5 mil. Kč, což je však způsobeno i zaměřením ESF, které jde primárně za osobami v produktivním věku a služby typu domov na financování z tohoto zdroje nedosáhnou. Následující text popisuje zdroje financování dle jednotlivých druhů služeb a závěr podkapitoly se věnuje porovnávacímu porovnání veřejných a soukromých zdrojů dle právních forem.

Denní stacionáře jsou převážně financovány z veřejných zdrojů, zejména z dotací MPSV a příspěvků obcí, výše příspěvku z krajských rozpočtů je spíše nižší. Ze soukromých zdrojů jsou to úhrady za péči. Nejmenší částku tvoří příspěvky ESF a platby pojišťoven.

U **domovů pro seniory i domovů se zvláštním režimem** převažují soukromé zdroje: převažují příjmy z úhrad (za péči + ostatní) nad dotacemi z MPSV. Následují finanční prostředky z krajů, pojišťoven a obcí, ESF tvoří minimum prostředků.

Pro **odlehčovací služby**, podobně jako **denní stacionáře**, jsou klíčovým zdrojem finančních prostředků dotace MPSV, soukromé zdroje až následně. Také převažují příspěvky obcí nad příspěvky krajů, zdroje pojišťoven a ESF tvoří minimální část.

Toto financování odpovídá i úrovni úhrad uživatelů, které jsou u pobytových služeb typu domovy logicky nejvyšší, protože klienti hradí stravu a ubytování.

Proporční porovnání veřejných a soukromých zdrojů dle právní formy

Následující část popisuje financování 4 analyzovaných druhů služeb rozdělených dle jednotlivých právních forem, uvedených v Tabulka 4.

► **Akciová společnost:**

Převažují soukromé zdroje (68 %) nad veřejnými (32 %), s nejméně výrazným rozdílem u domovů se zvláštním režimem (77 soukromých a 23 % veřejných zdrojů) a domovů pro seniory (65 % soukromé a 35 % veřejné zdroje). U odlehčovacích služeb je ale poměr opačný (65 % veřejné vs 35 % soukromé). Denní stacionáře s právní formou akciové společnosti se ve vzorku nenacházejí.

► **Církev a náboženské společnosti:**

Celkově mírně převažují veřejné zdroje (56 %). U denních stacionářů je převaha veřejných zdrojů výrazná (84 %), stejně i u odlehčovacích služeb (72 %). Minimální rozdíly jsou u domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem (51 % soukromé a 49 % veřejné zdroje u domovů pro seniory a opačný poměr u domovů se zvláštním režimem).

► **Dobrovolný svazek obcí:**

Převaha soukromých zdrojů (58 %), která je zapříčiněná převahou soukromých zdrojů u domovů pro seniory (59 %) a domovů se zvláštním režimem (56 %). Naopak, u odlehčovacích služeb převažují veřejné zdroje (54 %). Denní stacionáře s právní formou dobrovolného svazku obcí se ve vzorku nenacházejí.

► **FO nezapsaná v OR:**

Veřejné zdroje převažují (64 %) zejména díky převaze u denních stacionářů, kde tvoří 85 %. U odlehčovacích služeb této právní formy ale převažují zdroje soukromé (61 %).

► **FO zapsaná v OR:**

Tuto právní formu má dle dat pouze 1 odlehčovací služba, která čerpá 56 % z veřejných zdrojů.

► **Občanské sdružení:**

Mírně převažují veřejné zdroje (54 %), výrazněji u denních stacionářů a odlehčovacích služeb (obě 73 %). Zdroje jsou vyvážené u domovů pro seniory (49 % veřejných) i domovů se zvláštním režimem (50 %).

► **Obce:**

Převaha veřejných zdrojů (59 %) zajištěná zejména výrazním podílem veřejných zdrojů na financování denních stacionářů (80 %) a odlehčovacích služeb (75 %). U domovů pro seniory naopak převažují soukromé zdroje (57 %).

► **Obecně prospěšná společnost:**

Mírná převažují veřejné zdroje (55 %), což je zabezpečeno denními stacionáři a odlehčovacími službami, kde je podíl veřejných zdrojů vysoký (81 a 69 %). U domovů ale převažují zdroje soukromé (59 % u domovů pro seniory a 51 % u domovů se zvláštním režimem).

► **Organizační jednotka občanského sdružení:**

Zabezpečuje jenom odlehčovací službu, tato je ale financována až z 98 % ze soukromých zdrojů – bohužel v datech je prázdný údaj o dotacích, tudíž nevíme, jestli údaj chybí, nebo to znamená, že jsou nulové, nebo dotace dostává občanské sdružení.

► **Pobočný spolek:**

Veřejné zdroje převažují u všech druhů sociálních služeb. Denní stacionáře jsou financovány z veřejných zdrojů z 86 %, u odlehčovacích služeb je to 59 % a u domovů se zvláštním režimem 56 %. Celkem jsou tedy sociální služby s právní formou pobočného spolku financovány z veřejných zdrojů ze 2/3 (67 %).

► **Příspěvková organizace zřízená územním samosprávným celkem:**

Mírně převažují veřejné zdroje (52 %), výrazně u denních stacionářů (86 %) a odlehčovacích služeb (69 %). U domovů se zvláštním režimem převažují mírněji (54 %). U domovů pro seniory jsou zdroje proporcčně vyrovnané, se zanedbatelnou převahou soukromých zdrojů (51 %).

► **Společnost s ručením omezeným:**

U domovů převažují soukromé zdroje (59 % u domovů pro seniory a 56 % u domovů se zvláštním režimem), a naopak u denních stacionářů i odlehčovacích služeb jsou to zdroje veřejné (75 a 54 %). Celkem tedy z 56 % převažují soukromé zdroje.

► **Spolek:**

Celkem 54 % finančních prostředků pochází z veřejných zdrojů. Výrazně se na tom podílejí denní stacionáře s 83 % veřejných zdrojů. U odlehčovacích služeb tvoří veřejné zdroje 74 % a velmi mírně převažují i u domovů se zvláštním režimem (52 %). Naopak, u domovů pro seniory je výraznější převaha soukromých zdrojů (61 %).

► **Ústav:**

Veřejné zdroje tvoří 57 %. Nejvíce je to znovu u denních stacionářů (83 %) a odlehčovacích služeb (65 %), zanedbatelně převažují u domovů pro seniory (51 %). U domovů se zvláštním režimem převažují soukromé zdroje (55 %).



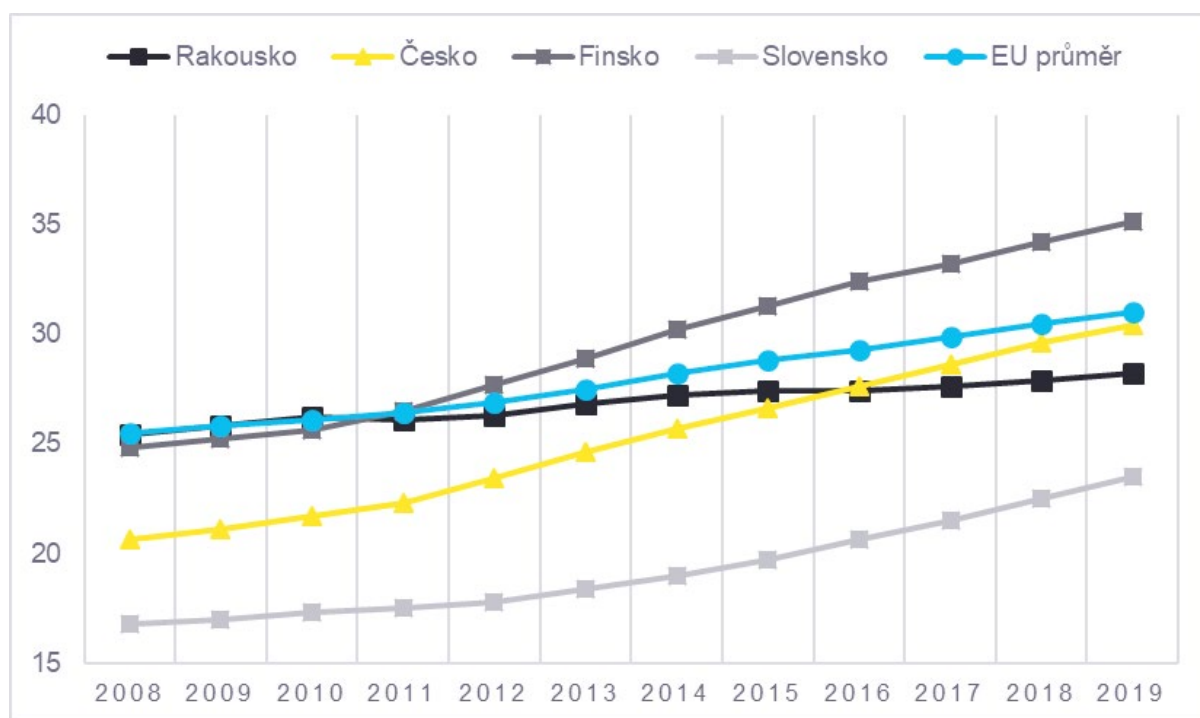
Z výše uvedeného plyne, že více než právní forma má vliv na zdroj financování druh sociální služby. Denní stacionáře a odlehčovací služby jsou financovány převážně z veřejných zdrojů bez ohledu na jejich právní formu. V těch právních formách, kde převažují domovy, převažují obvykle soukromé zdroje financování. Domovy čerpají z úhrad za služby, které poskytují, zdroje buď proporcčně vyrovnané nebo spíše převažují soukromé.

3.3.4 Pohled do zahraničí

Ve všech sledovaných zemích **demografická prognóza** potvrzuje trend zvyšování podílu starších osob v populaci, který vytváří tlak na systémy sociálních služeb:

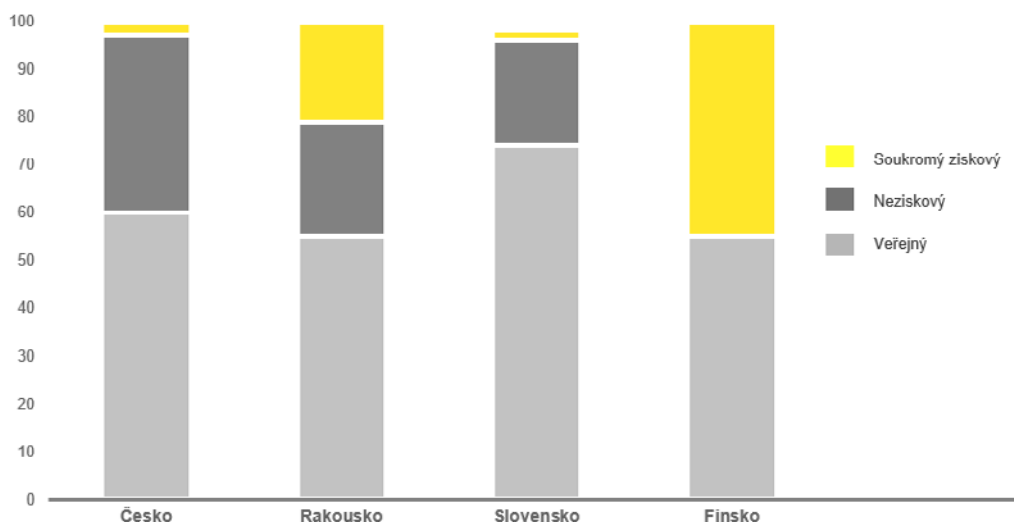
- ▶ V Rakousku je nejvýrazněji rostoucí skupina obyvatel nad 80 let, která vyžaduje zvýšenou péči. Počet osob 60až 79letých se v období 2006–2030 zvýší o 50 %, počet osob nad 60 let o 55 % a počet osob nad 80 let se ve stejném období zvýší o 73 %. Počet obyvatel mladších 60 let naproti tomu klesne o 5 %.
- ▶ Zatímco dnes je na Slovensku cca 20 % populace ve věku 65+, v roce 2050 se očekává více než 50 % těch, kteří opustí pracovní trh, a tedy přestanou přispívat na sociální systém a začnou jej naopak využívat. Už dnes je poptávka po dlouhodobé péči vyšší než nabídka a kapacita existujících zařízení.
- ▶ Do roku 2050 bude ve Finsku 27 % populace starší 65 let a 11 % populace bude starší než 80 let, což signalizuje rychlejší stárnutí, než je průměr OECD zemí. Tím se nevyhnutelně zvýší sociální výdaje související s věkem. Vzhledem k tomu, že veřejný rozpočet je v deficitu, existují jen omezené možnosti zvyšování veřejných výdajů na dlouhodobou péči.

Finanční udržitelnost systému dlouhodobé péče je v posledních letech předmětem diskuze ve většině evropských zemí. Demografický vývoj a tlak na finanční udržitelnost systémů dokládá také míra závislosti ve stáří, která je znázorněná pro sledované země na grafu níže. Z grafu je patrné, že nejrychleji roste koeficient ve Finsku, kde je nad průměrem zemí EU. Rychlý růst také zažívá Česko a Slovensko, v Rakousku má růst koeficientu mírný vývoj.



Graf 14: Poměr závislosti na stáří (EUROSTAT)

Potřeba změny systémů sociálních služeb mění strukturu jejich poskytovatelů. Veřejný sektor dominuje většině služeb zajišťujících dlouhodobou péči u všech analyzovaných zemí (pro pečovatelské domy viz Graf 15). Mění se ovšem jeho podíl vůči soukromému sektoru, který u pobytových služeb roste napříč zeměmi rychleji než sektor veřejný. Nejvýrazněji je soukromý sektor zastoupený ve Finsku, které šlo v posledních letech cestou výrazné marketizace sociálních služeb. V Čechách a na Slovensku je podíl soukromých poskytovatelů marginální. Tato skutečnost je mimo jiné ovlivněná nastavením systému financování, který není vůči soukromým poskytovatelům v těchto zemích příznivý.

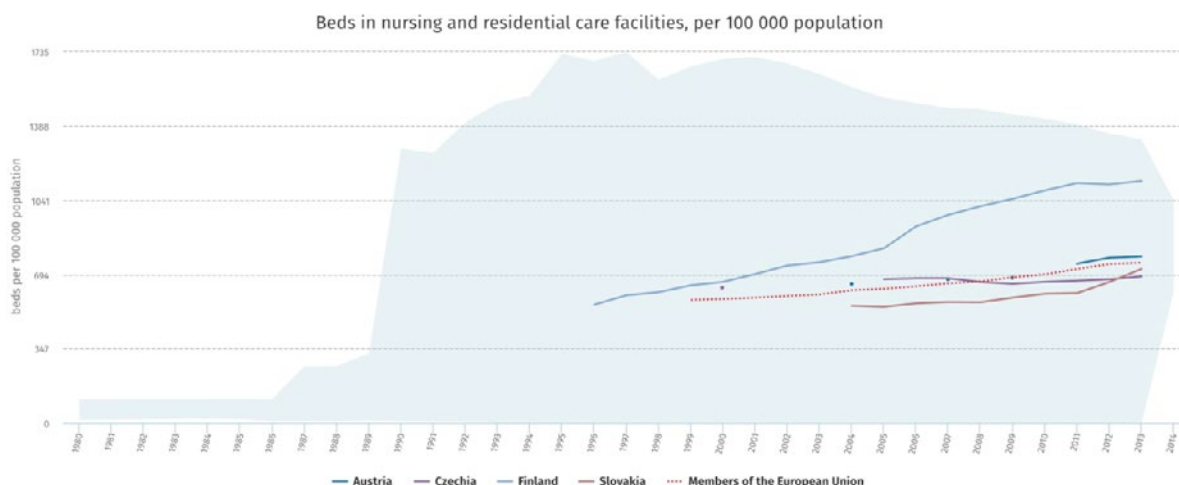


Graf 15: Rozdělení pečovatelských domů dle vlastnictví poskytovatele (v %) ¹⁵

Níže uvádíme zjištěné faktory ovlivňující tempo růstu soukromého sektoru s ilustrativními příklady z daných zemí:

- ▶ výchozí kapacity: na Slovensku dochází k výraznému růstu vzhledem k velmi nízké počáteční hodnotě a celkové nerozvinutosti trhu;
- ▶ podmínky financování: zavedení tzv. Pflegegeld v Rakousku či zajištění otevřené soutěže ve Finsku znamenaly výrazné pobídky soukromému sektoru; naopak vysoké náklady na soukromou péči a nedostatek bonitních klientů na Slovensku zpomaluje tempo růstu;
- ▶ demografické změny: stárnutí obyvatel znamená růst poptávky po službách péče o seniory, a to vytváří příležitosti pro vstup soukromého kapitálu na trh;
- ▶ podmínky pro zájemce o péči: vydávání voucherů a individuální rozpočty umožnili finským zájemcům o péči svobodnou volbu poskytovatele.

Graf 16: ilustruje **celkový počet lůžek ve všech analyzovaných zemích v zařízení dlouhodobé péče v propočtu na 100 000 obyvatel**. Finsko je dlouhodobě výrazně nad průměrem EU, zatímco Česko a Slovensko jsou ve vybavenosti podprůměrné.



Graf 16: Srovnání počtu lůžek v zařízeních dlouhodobé péče v Rakousku, Česku, Finsku a na Slovensko a průměr EU (WHO) ¹⁶

¹⁵ Care homes for older Europeans: Public, for-profit and non-profit providers; Eurofound, 2017.

¹⁶ Beds in nursing and residential care facilities, per 100 000 population; WHO, 2020.

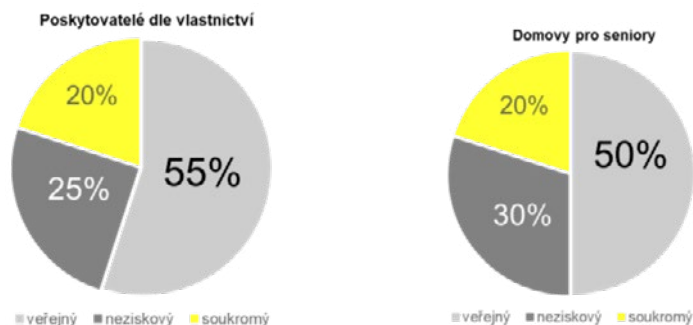
RAKOUSKO

Klíčové charakteristiky systému:

- ▶ Univerzální systém, který platí pro veškeré obyvatelstvo a který je financovaný z veřejných rozpočtů
- ▶ Sociální politika náleží do kompetence devíti spolkových zemí.
- ▶ Státním finančním zdrojem sociální služby je „fond na péči“ (Pflegefonds), který je financován z daní.
- ▶ Z „fondu na péči“ je vyplácena od roku 2012 i „dávka na péči“ (Pflegegeld), na kterou je právní nárok dle sedmi stupňů vyplácení.
- ▶ Některé municipality kofinancují náklady na dlouhodobou péči.
- ▶ Možnost využití participace na úhradách od blízkých osob.
- ▶ Spolkové země nesou odpovědnost za definování a dodržování standardů kvality.

Rakousko je federací s výraznými pravomocemi jednotlivých spolkových zemí, která dlouhodobě zaujímá jedno z předních míst v mezinárodním žebříčku kvality života a zdravotních systémů. Odpovědnost za zřízení sociální služby nesou z velké části spolkové země, obce a města. Pokud samy sociální službu nenabízí, musí zajistit požadovanou kvalitu u jiných poskytujících organizací (neziskových a soukromých). Mezi kvalitou a nabídkou sociálních služeb existují velké teritoriální rozdíly, včetně stanovené výše úhrad za jejich poskytování.

Poskytovatelé sociálních služeb jsou veřejně prospěšné společnosti, krajské a obecní organizace a soukromé společnosti. V oblasti terénních sociálních služeb převládá neziskový sektor, u služeb sociální péče pobytového typu mají silnou roli církevní poskytovatelé a soukromé společnosti. Veřejný sektor je aktivní především v oblastech péče o děti, domovech pro seniory a domovech s pečovatelskou službou. Celkově veřejní a neziskoví poskytovatelé dohromady zajišťují cca 80 % služeb (20 % zajišťuje sektor soukromý).¹⁷



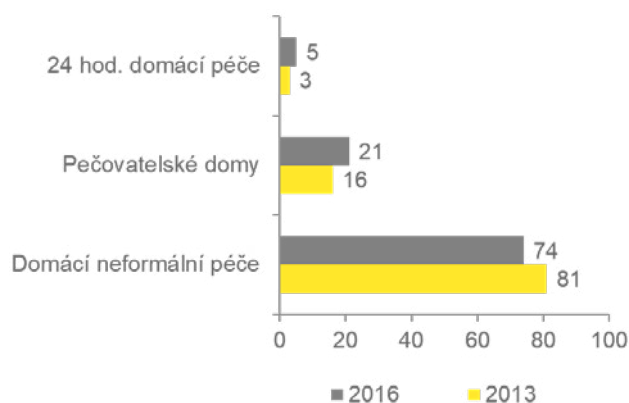
Graf 17: Podíl poskytovatelů sociálních služeb dle vlastnictví (v %)

Podrobné rozdělení dle jednotlivých služeb je obtížně dohledatelné, mimo jiné vzhledem k neexistenci celorakouského registru poskytovatelů sociálních služeb.¹⁸

¹⁷ Care homes for older Europeans: Public, for-profit and non-profit providers; Eurofound, 2017.

¹⁸ Mezinárodní zkušenosti a srovnání: Odborná studie v rámci projektu Podpora procesů v sociálních službách; J. Horecký, 2012.

Rakousko je charakteristické silným sektorem **neformální péče**:



Až 80 % osob vyžadujících péči je ošetřeno v domácím prostředí rodinnými příslušníky, soukromými pečovateli nebo pečovatelskými službami.

Dostupné údaje ukazují, že se prevalence domácí péče od roku 2013 snížila a došlo k současnému nárůstu lůžkových a ambulantních (mobilních) služeb a 24hodinové péče doma.

Graf 18: Změny v poskytování formální a neformální péče v letech 2013–2016 (v %)

Konkrétní formy **formální dlouhodobé péče** jsou následující:

- ▶ Mobilní a ambulantní péče: návštěvy pečovatелů, rozšířená a domácí péče, dovážka jídel, pomoc rodinných příslušníků, psychosociální služby atd.
- ▶ Částečná ústavní péče: např. denní centra.
- ▶ Ústavní péče: umístění v pečovatelském domě nebo zajištění 24 hod. péče soukromými pečovateli v místě trvalého bydliště.¹⁹
- ▶ Kapacita lůžek: cca 75 000.
- ▶ Počet zařízení: 850.20

V posledních 10 letech došlo v Rakousku k nárůstu počtu lůžek v soukromém sektoru oproti poklesu v sektoru veřejném. Se zavedením příspěvku na dlouhodobou péči (tzv. Pflegegeld) v roce 1993 se celkový počet lůžek výrazně zvýšil, při stagnaci počtu lůžek ve veřejných a neziskových institucích od roku 1998. Podíl soukromých ziskových pobytových domů a lůžek vytrvale roste (v roce 2010 jim odpovídala přibližně 1/5 všech lůžek).

Rok 2010	Veřejný	Neziskový	Ziskový
Počet pečovatelských domovů	424	223	215
Počet míst v pečovatelských domovech	35 525	24 993	14 352

Tabulka 5: Dělení domovů pečovatelských služeb dle typu vlastnictví²¹

¹⁹ Možnost objednání 24hodinové péče klientem v českém sociálním systému chybí (z důvodu orientace na jednotlivé úkony bez komplexního hodnocení situace klienta).

²⁰ Zdroj dat: Senecura.

²¹ Care homes for older Europeans: Public, for-profit and non-profit providers; Eurofound, 2017.

SLOVENSKO

Klíčové charakteristiky systému:

- ▶ Centralizovaný systém s vícezdrojovým systémem financování.
- ▶ Zákon rozlišuje poskytovatele sociálních služeb na veřejné a neveřejné. Ustanovení zákona využívají této dělby k odlišení postavení těchto dvou skupin poskytovatelů.
- ▶ Sociální služby jsou součástí sociální pomoci, poskytují se výhradně ve formě věcné pomoci, tedy jako služby, ne jako přímé peněžité dávky. Příspěvek na závislost osoby na pomoci jiné fyzické osoby je na Slovensku vymezen v šesti stupních a na rozdíl od České republiky není vyplácen závislé osobě, ale poskytovateli sociálních služeb, který osobě péči zajišťuje.
- ▶ Sociální služby se poskytují v závislosti na příjmu a majetku odkázané osoby a její rodiny a jsou financovány z daní v kombinaci s příjmem odkázané osoby a její rodiny.
- ▶ Právo jednotlivce na výběr poskytovatele sociální služby bez ohledu na jeho veřejnou či neveřejnou formu.

Slovenský systém sociálních služeb, podobně jako český, klade důraz na individuální potřeby osob a podporu jejich samostatnosti. Velký důraz je kladen na deinstitucionalizaci služeb. Podstatné rozdíly jsou ovšem mezi českou a slovenskou legislativní úpravou v oblasti financování a v přístupu k poskytovatelům (více viz kapitola 3.5.3).

Dlouhodobá péče má na Slovensku tři formy:

- ▶ formální péče ve formě pobytových služeb;
- ▶ formální péče poskytovaná doma (služby domácí péče);
- ▶ neformální domácí péče (neplacená a obvykle poskytovaná v domácím prostředí).

Podle zákona o sociálních službách je na Slovensku **veřejným poskytovatelem** sociálních služeb obec, dále poskytovatel založený nebo zřízený obcí či krajem. **Neveřejným poskytovatelem** sociálních služeb je pak soukromá právnická osoba (zisková či nezisková) a fyzická osoba. Všechny subjekty poskytující sociální službu mají zákonnou povinnost registrace vyjma neformální péče rodinných příslušníků.

Systém dlouhodobé péče je na Slovensku nedostatečně rozvinutý a odpovědnost je přenesena na rodinné příslušníky. V důsledku toho je ekonomická neaktivita žen, způsobená povinnostmi vyplývajícími ze sociální péče, jednou z nejvyšších v rámci EU. Systém navíc není integrovaný: zdravotní a sociální agendy podléhají rozdílným právním úpravám. Obě oblasti nejsou dostatečně propojené a poskytovatelé nejsou motivováni spolupracovat.

Konkrétní druhy sociálních služeb na Slovensku jsou obdobné druhům sociálních služeb v České republice. Na Slovensku nejsou druhy služeb rozděleny do skupin česky nazývaných služby sociální péče a služby sociální prevence, ale zástupci obou těchto skupin se dají v zákonném výčtu identifikovat. I přes velkou variabilitu sociálních služeb a rostoucí poptávce po nich jejich kapacita není dostatečná především v pobytových službách, a přístup k sociálním službám je jedním z hlavních problémů systému. Čekací listiny pro zájemce jsou dlouhé a kvalita veřejně poskytovaných služeb je vnímaná jako nízká. Alternativou jsou soukromá zařízení, jejichž ceny jsou ovšem obecně velmi vysoké, a tím se zařízení stávají pro většinu obyvatel naprosto nedostupná.²²

- ▶ Kapacita lůžek: 26 245 lůžek v zařízeních pro seniory a specializovaných zařízeních
- ▶ Počet zařízení: 711 zařízení pro seniory a specializovaných zařízení
- ▶ Zařízení dle velikosti (počtu lůžek): z výše uvedených 711 zařízení je 9 (1 %) s kapacitou nad 100 lůžek (údaje platné k roku 2017)²³

Následující členění vychází z dat z Centrálního registru poskytovatelů sociálních služeb (k 1. srpnu 2019):

²² European Semester, Country report Slovakia; European Commission, 2019.

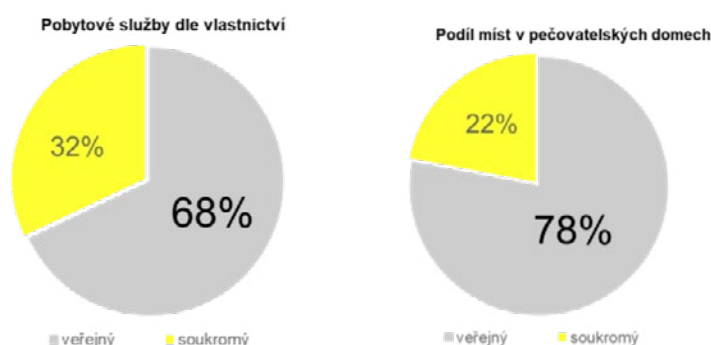
²³ NKÚ. Závěrečná správa: Sociálne služby pre seniorov, 2018.

Služba	Počet poskytovatelů	Z toho počet neveřejných
Denné centrum	260	4
Denný stacionár	227	164
Zariadenie pre seniorov	498	276
Domov sociálních služieb	490	148
Opatrovateľská služba	1280	326

Tabulka 6: Počet poskytovatelů sociálních služeb

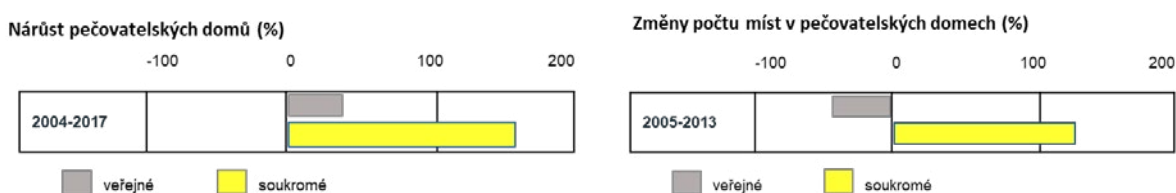
Z výše uvedené tabulky je patrné, že **dominují veřejní poskytovatelé**. Nejčastější formálně poskytovanou formou dlouhodobé péče jsou pobytové sociální služby v pečovatelských domech (zejména péče o seniory). Domácí pečovatelské služby pro závislé osoby jsou nejčastěji zajišťované veřejnými provozovateli. Seniorům jsou služby poskytovány na základě stupně jejich omezení a míry závislosti, která je hodnocena na šestistupňové škále²⁴. Sociální služby pro seniory jsou vázány nejen na stupeň závislosti osoby na pomoci jiné fyzické osoby, ale rovněž na důchodový věk osob. Tento přístup je obdobný jako v České republice.

S přihlédnutím ke změnám v celkovém počtu a podílu **pečovatelských domovů** v letech 2004–2017, počet veřejných výrazně vzrostl (o 39 %), avšak výrazně vyšší byl nárůst počtu domovů v soukromém sektoru (o 130 %). Přesto veřejní poskytovatelé představují přibližně 70 % celkových poskytovaných míst v tomto segmentu.²⁵



Graf 19: Podíly poskytovatelů sociálních služeb dle vlastnictví (v %)

Z výše uvedených grafů je patrné, že soukromé pečovatelské domy mají nižší kapacity lůžek než veřejné. Počet lůžek v posledních letech v pečovatelských a rezidenčních zařízeních dlouhodobé péče rostl, mimo jiné v závislosti na růstu populace a z toho vyplývajících potřeb. K nárůstu počtu lůžek došlo ovšem jen v soukromém sektoru, ve veřejném došlo naopak k poklesu.²⁶



Graf 20: Vývoj soukromého a veřejného sektoru v pečovatelských domech

Některé další ukazatele lze získat ze statistik publikovaných samosprávami vyhodnocující zařízení pod jejich kontrolou. Nicméně ne všechny regiony šetření realizují. Systematický sběr údajů v sociální péči zůstává na Slovensku výzvou jak na regionální, tak na národní úrovni.

²⁴ Poznámka: Vzhledem k nedostatečným kapacitám se preferují klienti s vyšším stupněm závislosti.

²⁵ Long Term Care of the Elderly, PhDr. Marie Macková, Ph.D., 2013.

²⁶ Care homes for older Europeans: Public, for-profit and non-profit providers; Eurofound, 2017.

FINSKO

Klíčové charakteristiky systému:

- ▶ Skandinávský (sociálně-demokratický) model, který je typický výhradním poskytováním veřejných služeb. Základní zásadou finského systému péče o seniory je veřejnost financování a univerzálnost, tj. systém je přístupný každému obyvateli.
- ▶ Decentralizovanost: důraz je kladen na odpovědnost místních samospráv tak, aby systém sociální péče byl dostupný a blízko lidem. Municipality využívají ekonomických nástrojů pro financování.
- ▶ Na národní úrovni v podstatě neexistuje jednotná definice potřebnosti – o tom, zda jsou splněny podmínky k poskytování, péče rozhoduje podle vlastních pravidel daná samospráva. Při posuzování potřebnosti potencionálních uživatelů dlouhodobé péče se nebere v úvahu majetek či jejich jiná aktiva.
- ▶ V případě, že byla zjištěna potřebnost, klient má nárok na několik druhů služeb, které lze klasifikovat podle intenzity a pokrytí.
- ▶ Ve Finsku dlouhodobě probíhají výrazné procesy ekonomizace (marketizace) služeb a zapojení soukromého sektoru.

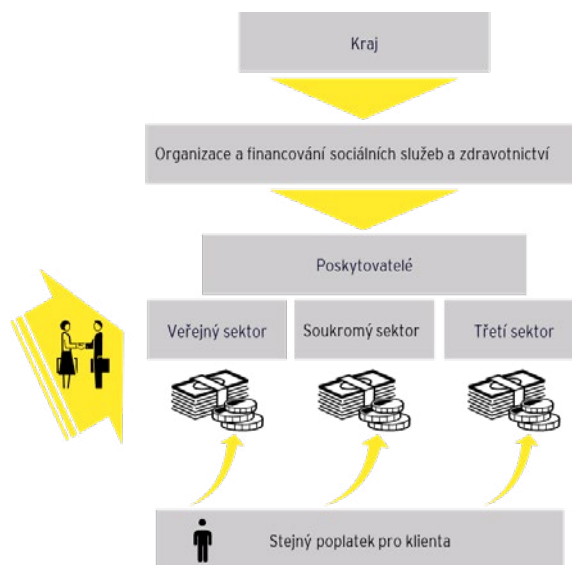
Finsko se řadí do skupiny severských zemí se silnou sociální sítí a vysokou kvalitou poskytovaných služeb. V těchto zemích je snaha o poskytování dlouhodobé péče zdarma každému, kdo péči potřebuje, bez ohledu na jejich finanční situaci. V posledních deseti letech probíhají diskuze nad zásadní reformou systému (tzv. SOTE reforma), která je výrazným politickým tématem. Obecně přijímaným cílem je snížit nerovnosti v oblasti životních podmínek a zdraví lidí a zlepšit rovný přístup ke kvalitním službám. V praxi má reforma především řešit nedostatek financování v systému.

SOTE Reforma

Potřeba reformy zdravotnictví a sociálních služeb je ve Finsku diskutována déle než deset let. Nutné úpravy jsou vyvolané demografickými změnami, zvyšující se zadlužeností státu a obcí, snižující se dostupností kompetentní pracovní síly a nárůstem soukromých sociálních a zdravotnických subjektů spolu se zvýšeným zájmem o soukromé zdravotní pojištění.

Cílem reformy je snížení finanční zátěže obcí. Plánovaná změna odebere povinnost zajištění sociálních služeb z téměř 300 územních samospráv a převede ji na 19 nově definovaných krajů.

Dále poskytne uživatelům větší možnosti volby rozšířením systému distribuce poukázek a zavedením individuálních rozpočtů na péči. Celkově je změna nastavena spíše na zvyšování podílu soukromé poskytovaných služeb, směrem k vyšší konkurenci a osobní volbě uživatelů.



Obrázek 1: Financování sociálních služeb po reformě

Za poskytování sociálních služeb ve veřejném sektoru, včetně dlouhodobé péče, jsou odpovědné obce, které mohou poskytovat služby samy nebo je nakupovat od jiných samospráv a soukromých subjektů.

Dlouhodobá péče je tak poskytována samosprávami, soukromými poskytovateli a rodinou, v následující podobě:²⁷

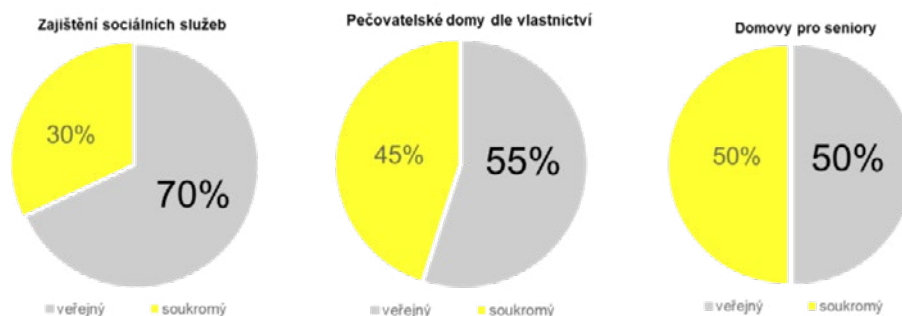
Věcné plnění	Peněžitá plnění
Zdravotnická zařízení (především obecní)	Neformální péče (obecní)
Domovy pro seniory (obecní a soukromé)	Příspěvek na péči seniorů (Kela)

²⁷ ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care, Finland; European Commission, Finland, 2018.

Věcné plnění	Peněžité plnění
Servisní domovy (obecní a soukromé včetně rodinné péče)	Daňové odpočty
Služby domácí péče (obecní a soukromé)	
Denní péče/servisní centra	

Tabulka 7: Typy sociálních služeb a jejich poskytovatelé

Sociální služby ve Finsku zajišťují především veřejní poskytovatelé doplnění soukromými organizacemi. V posledních deseti letech se úloha soukromého sektoru (zejména ziskových poskytovatelů) na trhu sociální a zdravotní péče výrazně zvýšila. **Zajištění sociálních služeb dle typu vlastníka** znázorňují grafy níže:²⁸



Graf 21: Podíly poskytovatelů sociálních služeb dle vlastnictví (v %)

Institucionální péče ve Finsku nabývá třech forem:

- ▶ Pečovatelské domovy;
- ▶ Lůžková oddělení primární péče;
- ▶ Chráněné bydlení s 24hodinovou asistencí.

V tradičních pobytových bytech (tavallinen palveluasuminen) zaměstnanci nejsou přítomni v noci (ale obyvatelé mají často alarmy, pomocí kterých volají o pomoc v případě nouze). V 24hodinovém servisním bydlení (tehostettu palveluasuminen), jsou zaměstnanci přítomni permanentně. Za poslední desetiletí se dlouhodobá péče v domovech s pečovatelskou službou a lůžkových odděleních primární péče snížila za současného zvýšení dlouhodobé péče v servisním bydlení s 24hodinovou asistencí.

Finskému **trhu soukromých poskytovatelů** sociálních služeb dominuje několik velkých poskytovatelů služeb, kteří často poskytují zdravotní i sociální služby. Především v oblasti domovů pro seniory velcí soukromí hráči svou cenovou politikou přinutí třetí sektor²⁹ následovat a hledat úspory. I přesto zůstává trh fragmentovaný a existuje na něm mnoho menších poskytovatelů. Během posledních několika let došlo k velkému rozšíření spolupráce mezi veřejným a soukromým sektorem při poskytování především ošetrovatelské a rehabilitační péče.

Finská zpráva Ministerstva hospodářství a zaměstnanosti (2015) ukazuje, že spotřebitelé vnímají soukromé poskytovatele pozitivně: soukromý sektor přispívá inovacemi a efektivitou a stimuluje tak celý sektor dlouhodobé péče.

²⁸ Graf Zajištění sociálních služeb: National Institute for Health and Welfare, Interní analýza EY, 2017

Graf Pečovatelské domy dle vlastnictví: Care homes for older Europeans: Public, for-profit and non-profit providers; Eurofound, 2017.

Graf Domovy pro seniory: Interní analýza EY, 2017.

²⁹ Třetí sektor – nadace, asociace atd.

Politickou prioritou se ve Finsku stalo umožnění stárnutí v místě, přesto se komunitní služby, resp. služby domácí péče nerozšiřovaly tak, aby tuto agendu naplnily. Naopak rozsah domácí péče se ve skutečnosti snížil.

V letech 2010–2014 byly pobytové služby nejrychleji rostoucím segmentem sociálních služeb (8 % p.a.).³⁰ Poskytovatelé dokázali růst především anorganicky, tj. prostřednictvím fúzí a akvizic. V důsledku stárnutí populace však budou společnosti schopny dosáhnout i organického růstu.

Podíl soukromých sociálních a zdravotních služeb by se mohl ještě podstatně zvýšit po provedení plánované SOTE reformy. **Díky reformě se uživatelům zvýší možnost volby poskytovatele sociálních a zdravotních služeb dle vlastní preference. Zároveň budou uživatelé platit stejnou výši poplatku bez ohledu na to, zda je služba poskytována veřejným či soukromým zařízením.**

3.4 Subanalýza 4: Analýza stavu zaměstnanců v sociálních službách

Klíčové závěry

- ▶ Za posledních 10 let počet zaměstnanců v sociálních službách výrazně vzrostl, jejich navýšení bude potřeba i do budoucna, přibližně o 25 tisíc pracovníků.
- ▶ Z důvodů náročnosti péče o klienty související s jejich zdravotním stavem došlo k poklesu počtu klientů na 1 pracovníka v přímé péči z 3,27 v roce 2013 na 2,98 v roce 2018.
- ▶ Rostl i průměrný výdělek pracovníků v přímé péči, v posledních letech poměrně významně a nyní činí 34 683 Kč u sociálního pracovníka.
- ▶ Z výše uvedeného – nárůstu počtu pracovníků i zvyšování platů – plyne, že mzdové náklady sociálních služeb výrazně porostou.

3.4.1 Analýza zaměstnanosti v posledních 10 letech

Dle kategorií zaměstnanců (přímá péče / administrativa / ostatní)

Pracovníci přímé péče jsou sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, kteří pečují o klienty. Odbornou zdravotnickou péči zabezpečuje přímo zdravotnický personál zaměstnaný v sociálních službách. Mezi administrativní pracovníky řadíme hospodářsko-správní a provozně-technické zaměstnance. Do ostatních jsme zařadili pedagogický personál a zaměstnance převážně manuálně pracující.

Tato sub-analýza se zaměřuje na odvětví sociálních služeb – služby sociální péče, kam se řadí i výše uvedené služby (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, odlehčovací služby, denní stacionáře).

Za posledních 10 let (období 2009–2018) celkový počet zaměstnanců v odvětví sociální péče výrazně stoupl, zejména co se týče pracovníků přímé péče. V roce 2018 bylo v odvětví sociální péče zaměstnáno 48 448 lidí, což je nárůst o 18 % oproti roku 2009. V přímé péči pracuje o 48 % lidí více než před deseti lety. Tito zaměstnanci v přímé péči také tvoří největší část všech zaměstnanců v sociálních službách (59 %). To je v souladu s nárůstem počtu klientů sociálních služeb, jejich kapacit a zvyšující se potřebnosti.

Vzrostl i počet administrativních pracovníků, a to o 13 %, což může souviset s nárůstem počtu zařízení sociálních služeb, případně se změnou financování sociálních služeb vyrovnávací platbou, který klade na poskytovatele sociálních služeb vyšší nároky na vykazování.

Naopak, došlo k snížení počtu zdravotnického personálu o 17 %. Snížil se počet také v řadách ostatních zaměstnanců, a to o 10 %.

Za posledních 10 let došlo k výraznému navýšení počtu pracovníků přímé péče a administrativních pracovníků zaměstnaných v odvětví sociální péče. Zaměstnanci přímé péče tvoří největší část pracovníků sociální péče.

³⁰ Interní analýza EY, 2017.

Informace o zaměstnanosti v jednotlivých sociálních službách k 31. lednu 2020 byly získány prostřednictvím dotazníkového šetření. Následující počty zaměstnanců jsou uvedeny v přepočtených úvazcích (hlavní pracovní poměr).

Denní stacionáře jsou, co se zaměstnanců týče, nejmenší. V průměru má denní stacionář 7,2 zaměstnanců, nejmenší ve vzorku má 1 zaměstnance a nejvíc je zaměstnanců 50, i když až 80 % zařízení ze vzorku zaměstnává maximálně 10 zaměstnanců. Průměrný počet zaměstnanců v přímé péči je 6,27 na zařízení, počty se pohybují v intervalu 1 až 30.

Pobytové sociální služby obecně potřebují ke svému fungování vyšší počet pracovníků. U **domovů pro seniory** je průměrný počet zaměstnanců 49,8, ze kterých 28,8 pracuje v přímé péči. Nejmenší domov pro seniory z pohledu počtu zaměstnanců má dva zaměstnance (dva v přímé péči) a největší 171,8 (123,6 v přímé péči). Velmi podobná situace je u **domovů se zvláštním režimem**, kde je průměrný celkový počet zaměstnanců 48,8, minimální počet zaměstnanců ve vzorku dotazovaných domovů se zvláštním režimem je 5,5 a maximální 196. Počet pracovníků v přímé péči se pohybuje od 3 do 120.

Odlehčovací služby využívají ke svému fungování zejména pracovníky v sociálních službách a sociální pracovníky, o čem svědčí i téměř stejný celkový počet pracovníků a počet pracovníků v přímé péči. V průměru je celkový počet zaměstnanců 10,4, ze kterých se 10,3 řadí mezi pracovníky v přímé péči. Minimální počet zaměstnanců v odlehčovací sociální službě je 0,5 a maximální 165. Počet pracovníků se v odlehčovacích službách liší i dle formy poskytování dané služby, nejvyšší je dle očekávání u pobytových odlehčovacích služeb, kde je průměrný počet pracovníků 13,3 následuje služba poskytovaná kombinovanou formou s průměrným počtem pracovníků 9,6, pak terénní s 5,4 a nejmíň zaměstnanců v průměru mají ambulantní odlehčovací služby, a to 4,8.

Náklady na mzdy a platy zaměstnanců jsou největší složkou celkových nákladů sociálních služeb, dle Analýzy financování sociálních služeb tvoří až 73 %. Dotazníkové šetření ale ukázalo, že zařízení mnohdy považují ohodnocení personálu za nedostatečné. U dotazovaných se často opakovalo, že sociálním službám nezbyývají finanční prostředky zejména na odpovídající ohodnocení personálu, v menší míře pak i na dostatečný počet osob personálu a jeho rozvoj.

Nejvyšší podíl zařízení, které pociťují nedostatek veřejných prostředků je mezi poskytovateli **odlehčovacích služeb** (47 %), ze kterých 85 % nezbyývají prostředky na odpovídající ohodnocení personálu, 45 % na jeho dostatečný počet a 36 % na jeho rozvoj. Třetina **denních stacionářů** uvedla, že výše veřejných finančních prostředků je nedostatečná vzhledem k nákladům služby. Z tohoto počtu až 86 % zařízení nemá prostředky na odpovídající ohodnocení personálu a 40 % zařízení nemá prostředky na dostatečný počet osob personálu a/nebo na jeho rozvoj. U **domovů pro seniory** pociťuje nedostatek veřejných prostředků až 41 % zařízení. Z těch 69 % uvedlo, že prostředky chybí na odpovídající ohodnocení personálu, 57 % nemá finance na jeho dostatečný počet a 35 % na jeho rozvoj. Nejmenší nedostatek veřejných prostředků pociťují **domovy se zvláštním režimem**, u kterých se výše veřejných prostředků zdá nedostatečná méně než třetině (27 %) zařízení – z těch 71 % nemá prostředky na odpovídající ohodnocení personálu, 69 % na dostatečný počet osob personálu a 36 % na jeho rozvoj.

V členění na pobytové a terénní služby



V pobytových sociálních službách se situace ohledně zaměstnanců v přímé péči změnila. V roce 2013 připadlo na 1 pracovníka v přímé péči 3,27 klienta, v roce 2018 to bylo 2,98, z čehož plyne, že **počet pracovníků přímé péče se zvýšil výrazněji, než počet míst v pobytových sociálních službách** a pracovníci tak věnují klientům více času. Vyšší potřeba personálu v přímé péči je spojená také s vyšší potřebou péče u klientů sociálních služeb, která souvisí se stárnutím obyvatel. Toto neplatí o celkovém počtu zaměstnanců, protože v roce 2013 připadla na 1 pracovníka v PZSS přesně 2 místa v těchto službách, v roce 2019 to bylo 2,02 míst, došlo tak k velmi mírnému navýšení.

Když se zaměříme na domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, počet kapacitních míst na jednoho pracovníka i na jednoho pracovníka v přímé péči má klesající tendenci, což může být, jak uvádíme výše, vysvětleno zhoršujícím se stavem klientů a s tím spojeným nárůstem příjemců příspěvků na péči s vysokým stupněm závislosti a s potřebou intenzivnější péče.

U pobytových odlehčovacích služeb se počet klientů na 1 pracovníka v přímé péči mírně zvýšil.

V terénních službách obecně je situace odlišná – na jednoho pracovníka v přímé péči v roce 2018 připadlo až 9,02 klientů, oproti 5,67 v roce 2013, a počet klientů na jednoho pracovníka se zvýšil ze 4,68 v roce 2013 na 7,82 v roce 2018. U terénních odlehčovacích služeb je ale situace téměř neměnná, počet klientů na 1 pracovníka v přímé péči klesl jen nepatrně.

3.4.2 Predikce zaměstnanosti v sociálních službách do roku 2050

Dle kategorií zaměstnanců (přímá péče / zdravotnictví / administrativa /ostatní)

Následující analýza vychází z dat MPSV monitorující odvětví sociální péče, do kterého se řadí i služby, na které se tato analýza zaměřuje.

Obecně je trend v počtu pracovníků rostoucí, což souvisí i s rostoucím trendem kapacit, který vychází z demografického vývoje. Z důvodů zhoršujícího se zdravotního stavu klientů sociálních služeb, stárnutí populace klientů a očekávaného nárůstu příjemců příspěvku na péči bude nutné výrazně navýšit počet pracovníků v přímé péči. Již za posledních 10 let došlo k výraznému nárůstu těchto pracovníků a dle předpokladů uvedených výše bude i do budoucna žádoucí počty pracovníků navyšovat. Trend je velmi výrazný, a tudíž i při predikci 30 let dopředu není 95% interval spolehlivosti příliš široký. Do roku 2050 by se měl jejich počet zvýšit na 51 828, s 95 % pravděpodobností by se jejich počet měl nalézat v intervalu 50 446 až 53 185.

Počet zdravotnických pracovníků měl od roku 2009 klesající tendenci, což souvisí i se situací ohledně financování zdravotnických úkonů v sociálních službách. Od roku 2016 začal znovu stoupat. Dá se předpokládat, že bude dále stoupat, a v roce 2050 by mohl dosáhnout počtu 13 431 zaměstnanců. Interval predikce je ovšem hodně široký, predikce není příliš spolehlivá z důvodů ne příliš jasného trendu v datech.

Administrativních pracovníků bude také potřeba více, což úzce souvisí s navyšováním kapacit a s nutností budování dalších zařízení. Do roku 2050 by měl jejich počet vystoupat na 5 400, s 95% intervalem spolehlivosti pak v rozmezí 4 769 až 5 966.

Při aktuální prudce klesající tendenci počtu pracovníků zařazených mezi ostatní, jich bude v roce 2050 2 970.

Celkem tedy očekáváme v roce 2050 73 629 zaměstnanců, což je o 25 181 (52 %) více než v roce 2018.

Predikce počtu nových pracovníků v závislosti na predikci potřebnosti lůžek a související mzdové náklady

Jak uvádíme výše, spolu s nárůstem počtu lůžek se bude zvyšovat i potřebný počet zaměstnanců. **Průměrný měsíční výdělek** (včetně příplatků, přesčasů, odměn a platových náhrad) v průměru na 1 zaměstnance v sociálních službách v odvětví sociální péče v roce 2018 činil 27 392 Kč. (MPSV, 2020) Za předpokladu, že by se do roku 2050 nezvedly platy v tomto odvětví (což není reálná situace), bude na platy nových zaměstnanců v roce 2050 potřeba až 690 mil. Kč navíc oproti roku 2018, s každým navýšením mezd a platů se bude tato suma zvyšovat.

V posledních letech průměrný výdělek v sociálních službách významně rostl, a to až o 50 %. Ke zvýšení průměrných platů a mezd došlo především v důsledku rozhodnutí vlády o navyšování tarifů pracovníkům v sociálních službách, které bylo doprovázeno také dofinancováním sociálních služeb v důsledku těchto navyšování. V tabulce níže je uveden přehled těchto navýšení od roku 2014.

Právní předpis	Datum navýšení	procento navýšení
Zákon č. 475/2013 Sb., o státním rozpočtu ČR na rok 2014	1. ledna 2014	2 %
Novelizace nařízení vlády č. 564/2006 Sb.	1. listopadu 2014	3,5 %
Novelizace nařízení vlády č. 564/2006 Sb.	1. ledna 2015	4 %
Novelizace nařízení vlády č. 564/2006 Sb.	1. listopadu 2015	3 %
Novelizace nařízení vlády č. 564/2006 Sb.	1. listopadu 2016	4 %
Novelizace nařízení vlády č. 564/2006 Sb.	1. července 2017	9,4 % THP a ostatní pracovníci, 23 % pro pracovníky v přímé péči

Nařízení vlády č. 341/2017 Sb.	1. listopadu 2017	10 %
Nařízení vlády č. 341/2017 Sb.	1. ledna 2019	7 %

Tabulka 8: Přehled navyšování platů 2014–2019 (MPSV, 2019)

Záležit bude i na samotném složení pracovníků dle jejich funkce, jelikož mezi zaměstnanci v zařízeních sociálních služeb v odvětví sociální péče jsou značné rozdíly. Následující tabulka ilustruje porovnání průměrného platového tarifu a celkového platu na 1 zaměstnance v Kč v roce 2018 u vybraných funkcí v odvětví sociální péče či příbuzných.

	Platový tarif (měsíční průměr na 1 zaměstnance v Kč)	Plat celkem (měsíční průměr na 1 zaměstnance v Kč)
Sociální pracovník	23 102	34 683
Pracovník v sociálních službách	16 506	25 767
Speciální pedagog	22 845	36 847
Praktická sestra	19 489	29 767
Lékař	35 974	58 283

Tabulka 9: Průměrné platové tarify a celkové platy u vybraných funkcí (MPSV, 2019)

Z uvedeného porovnání je zřejmé, že např. pracovník v sociálních službách pobírá nižší plat než praktická sestra, i když je jimi vykonávaná pracovní činnost poměrně porovnatelná.

V členění na pobytové a terénní služby

V pobytových sociálních službách pracuje přibližně 75 % pracovníků (data z MPSV, personální zabezpečení sociální služby – tj. nejen zaměstnanci sociální péče), zbylých 25 % pracuje v ambulantních a terénních sociálních službách. Při stávajícím % rozdělení bude z 25 181 příchozích 18 886 pracovat v pobytových sociálních službách a 6 295 v terénních a ambulantních sociálních službách.



V souvislosti s budoucí potřebou růstu kapacit sociálních služeb poroste i poptávka po odborném personálu, především po pracovnících v přímé péči. Navíc bude trendem nižší počet klientů na jednoho pracovníka, který vychází z rostoucí potřeby péče u klientů služeb. Úroveň odměňování i náročnost práce v sociálních službách však už nyní způsobuje problém s náborem dostatečného množství pracovníků. Do budoucna se tento problém bude navyšovat. Je tedy třeba podpořit atraktivitu segmentu (primárně zlepšit odměňování) a přilákat tak nové zaměstnance.

Personální náklady jsou největší složkou celkových nákladů sociálních služeb, ale i tak jsou mnohdy nedostatečné a zařízením chybí prostředky z veřejných zdrojů na odpovídající ohodnocení personálu vzhledem k náročnosti jejich práce nebo na dostatečný počet personálu. Do budoucna se bude muset počet pracovníků dále navyšovat se zvyšující se potřebností rozšiřování kapacit sociálních služeb, což bude znamenat další navyšování personálních nákladů.

3.5 Subanalýza 5: Analýza nákladů a financování sociálních služeb

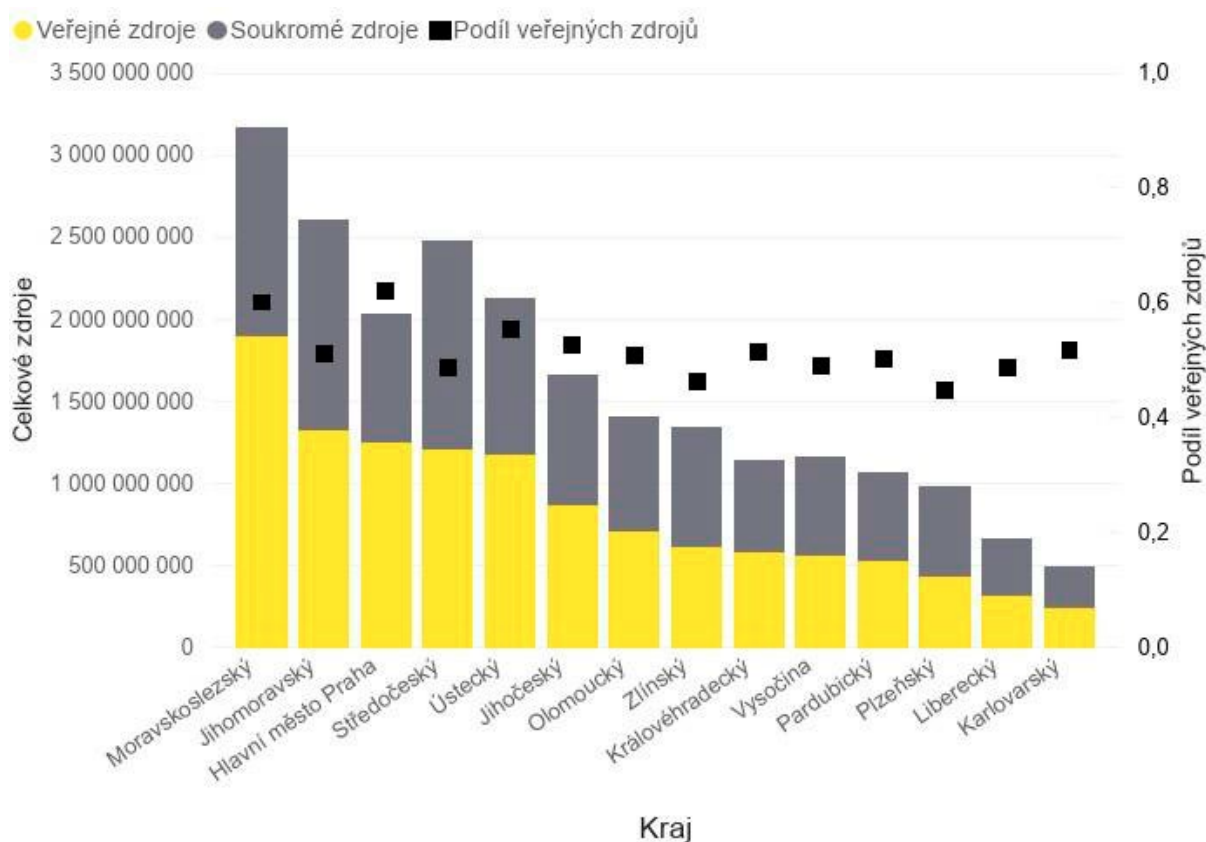
Klíčové závěry

- ▶ Sociální služby jsou v České republice financovány vícezdrojově, kombinací veřejných a soukromých zdrojů, mezi jednotlivými kraji existují velmi významné rozdíly jak v nákladovosti služeb, tak ve financování.
- ▶ Největší nákladovou položkou jsou personální náklady na pracovníky v přímé péči, ale také na další obslužný personál. Osobní náklady tvořili 73 % ze všech nákladů v roce 2018.
- ▶ Náklady sociálních služeb meziročně rostou jak v souvislosti růstem platů a mezd, tak i nárůstem cen energií, pohonných hmot, ale i spotřebitelských cen.

- ▶ Nejnákladnější službou jsou domovy se zvláštním režimem s průměrnou výší nákladů 470 tis. Kč na lůžko, což odpovídá náročnosti klientů, o které služba pečuje.

3.5.1 Analýza podmínek financování z veřejných zdrojů po krajích a celé ČR

Od roku 2013 náklady na systém sociálních služeb rostou a každým rokem se tak zvyšuje jak množství financí z veřejných zdrojů (dotace MPSV, rozpočty krajů a obcí, zdravotní pojišťovny a fondy ESF), tak ze soukromých (úhrady za péči a ostatní úhrady) u všech analyzovaných služeb (denní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, odlehčovací služby). Finanční prostředky z veřejných zdrojů rostou mnohem rychlejším tempem než ze soukromých. Zatímco v roce 2013 tvořily veřejné zdroje přibližně 39 % z celkových zdrojů, v roce 2018 to už bylo 53 %. V absolutním počtu se tyto zdroje zvýšily z 5,5 mld. Kč na 11,8 mld. Kč, zatímco soukromé zdroje se navýšily z 8,5 mld. Kč na 10,5 mld. Kč. Tento nárůst souvisí mimo jiné i s vládními opatřeními na růst platů v sociálních službách (která byla částečně profinancována z prostředků státního rozpočtu). Uvedený růst platů pak táhl i růst mezd. Objem celkových zdrojů (veřejné + soukromé) a podíl veřejných zdrojů na celkových v jednotlivých krajích v roce 2018 znázorňuje následující graf.

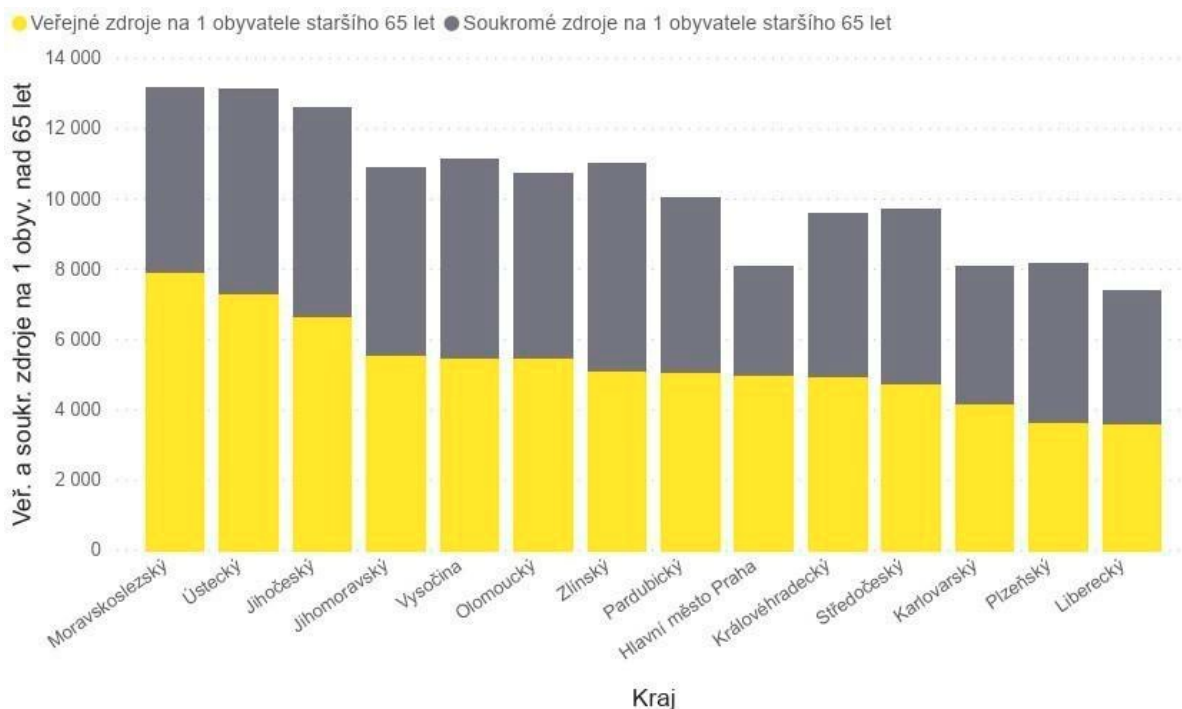


Graf 22: Celkové zdroje v Kč a podíl veřejných zdrojů na zdrojích v jednotlivých krajích

Více sociálních služeb, a tím i více finančních prostředků, mají k dispozici nejlidnatější kraje (Středočeský, Moravskoslezský) a nejméně ty s nejmenším počtem obyvatel (Liberecký a Karlovarský). Co se týče podílu veřejných zdrojů, v Praze a v Moravskoslezském kraji mají největší převahu, a tvoří tady necelé dvě třetiny (62 a 60 %) z celkových zdrojů. Mírně převažují také v Ústeckém kraji (56 %). Naopak nejmenší část tvoří v Plzeňském a ve Zlínském kraji (45 a 46 %). V ostatních krajích tvoří veřejné zdroje 49 až 53 %.

Rozdělení dotačních prostředků ze státního rozpočtu je pak stanoveno na základě tzv. směrného čísla, které je v příloze ZSS, a to od roku 2015. Od tohoto roku nedošlo ke změně výše procentního podílu jednotlivých krajů na celkovém ročním objemu finančních prostředků vyčleněných ve státním rozpočtu na podporu sociálních služeb pro příslušný rozpočtový rok.

Následující graf pro srovnání ukazuje celkové zdroje v přepočtu na obyvatele starší 65 let, jelikož jsou nejčastější cílovou skupinou těchto zařízení:



Graf 23: Celkové zdroje v propočtu na obyvatele nad 65 let za rok 2018 v jednotlivých krajích

V přepočtu na obyvatele nad 65 let má Moravskoslezský kraj k dispozici nejvíce finančních prostředků, následován je Ústeckým a Jihočeským krajem. Nejméně financí v přepočtu na obyvatele nad 65 let je v Libereckém kraji, který spolu s Plzeňským krajem čerpá i nejméně prostředků z veřejných zdrojů v přepočtu na počet obyvatel nad 65 let. Ze soukromých zdrojů získávají nejvíce prostředků Jihočeský, Zlínský a Ústecký kraj v propočtu na počet obyvatel dané věkové skupiny.

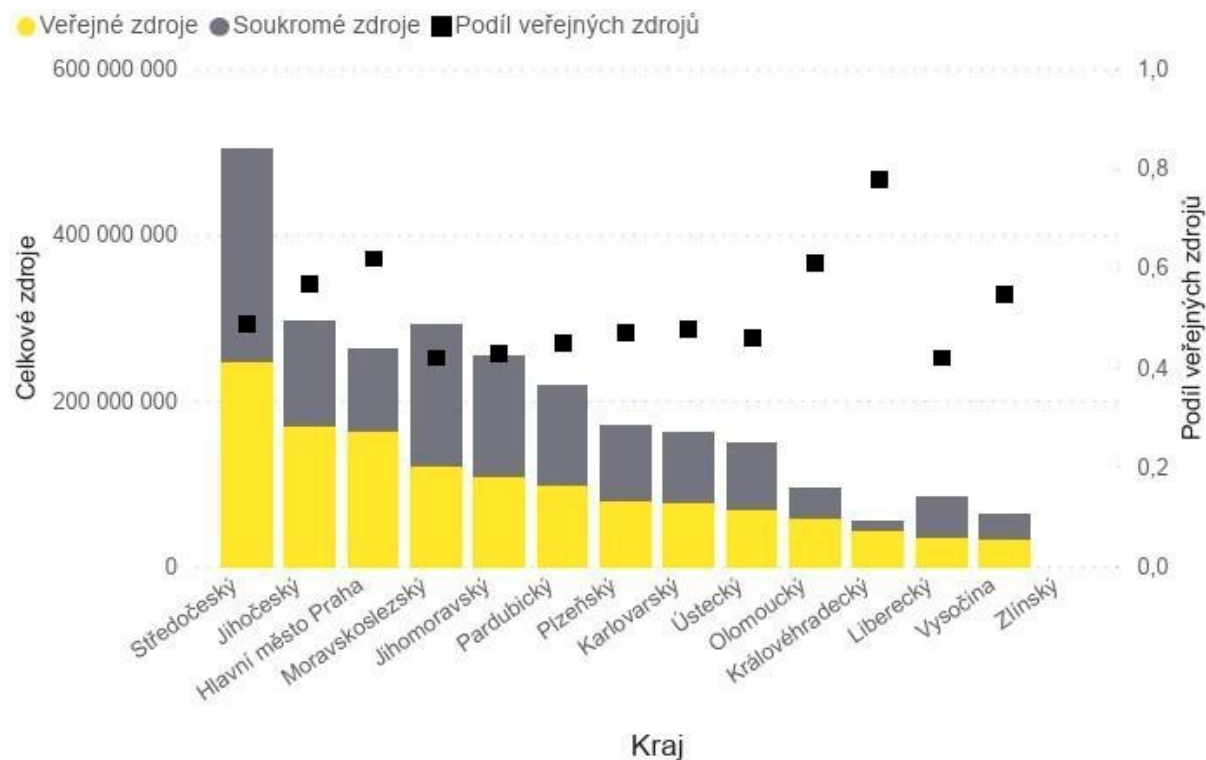
Informace z této podkapitoly částečně shrnuje následující tabulka.

Kraj	Veřejné zdroje (mil. Kč)	Soukromé zdroje (mil. Kč)	Celkem (mil. Kč)	Podíl veřejných zdrojů	Podíl soukromých zdrojů
Hlavní město Praha	1 257	768	2 026	62 %	38 %
Jihočeský	879	784	1 663	53 %	47 %
Jihomoravský	1 331	1 268	2 599	51 %	49 %
Karlovarský	252	235	487	52 %	48 %
Králové-hradecký	590	554	1 144	52 %	48 %
Liberecký	325	341	666	49 %	51 %
Moravsko-slezský	1 907	1 264	3 170	60 %	40 %
Olomoucký	716	689	1 405	51 %	49 %
Pardubický	537	530	1 067	50 %	50 %
Plzeňský	436	540	976	45 %	55 %
Středočeský	1 211	1 269	2 480	49 %	51 %
Ústecký	1 179	943	2 122	56 %	44 %
Vysočina	571	592	1 162	49 %	51 %
Zlínský	621	717	1 339	46 %	54 %

Tabulka 10: Veřejné a soukromé zdroje v jednotlivých krajích v roce 2018

Soukromý sektor

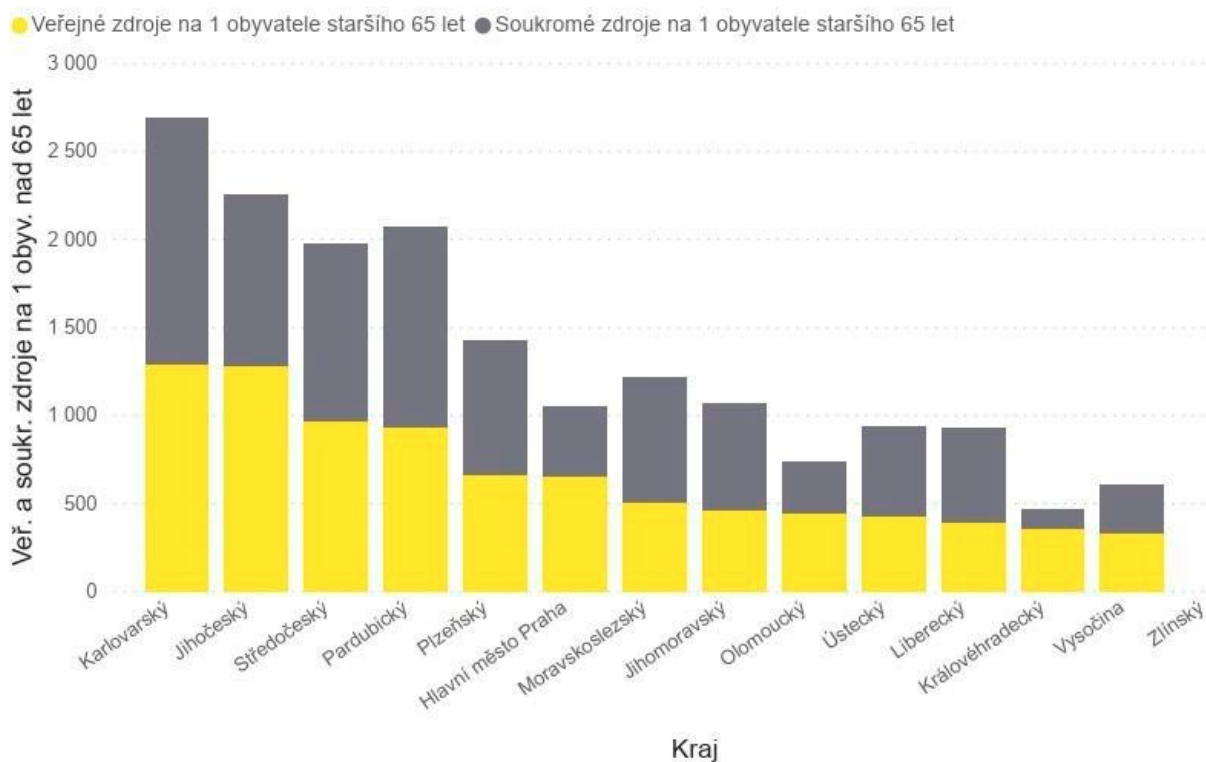
V soukromém sektoru se také se zvyšujícím počtem nabízených služeb zvyšuje objem financí, rovněž z obou zdrojů. I v tomto sektoru se rychleji zvyšuje množství prostředků získaných z veřejných zdrojů a nyní je poměr prostředků získaných z veřejných a soukromých zdrojů vyrovnaný. Podíl soukromých zdrojů na celkových nákladech klesl ze 58 % v roce 2013 na 50 % v roce 2018, a jejich množství vzrostlo z 920 mil. Kč na 1,3 mlrd. Kč. Množství veřejných zdrojů se zvýšilo z 671 mil. Kč na 1,3 mlrd. Kč. Objem celkových zdrojů (veřejné + soukromé) a podíl veřejných zdrojů na celkových v jednotlivých krajích v roce 2018 znázorňuje následující graf.



Graf 24: Celkové zdroje v Kč a podíl veřejných zdrojů na zdrojích v soukromém sektoru v jednotlivých krajích

Veřejné zdroje převažují v soukromém sektoru v pěti krajích – hl. město Praha, Jihočeský, Královéhradecký, Olomoucký, a Kraj Vysočina. V Královéhradeckém kraji dosahují až 78 %, a tudíž jsou tady pro fungování sociálních služeb v soukromém sektoru klíčové. V ostatních tvoří veřejné zdroje méně než polovinu. Ve Zlínském kraji se dle dat z MPSV nenacházeli v roce 2018 soukromí poskytovatelé analyzovaných sociálních služeb, proto jsou jejich hodnoty na grafu nulové.

Následující graf pro srovnání ukazuje celkové zdroje v přepočtu na obyvatele starší 65 let, jelikož jsou nejčastější cílovou skupinou těchto zařízení:

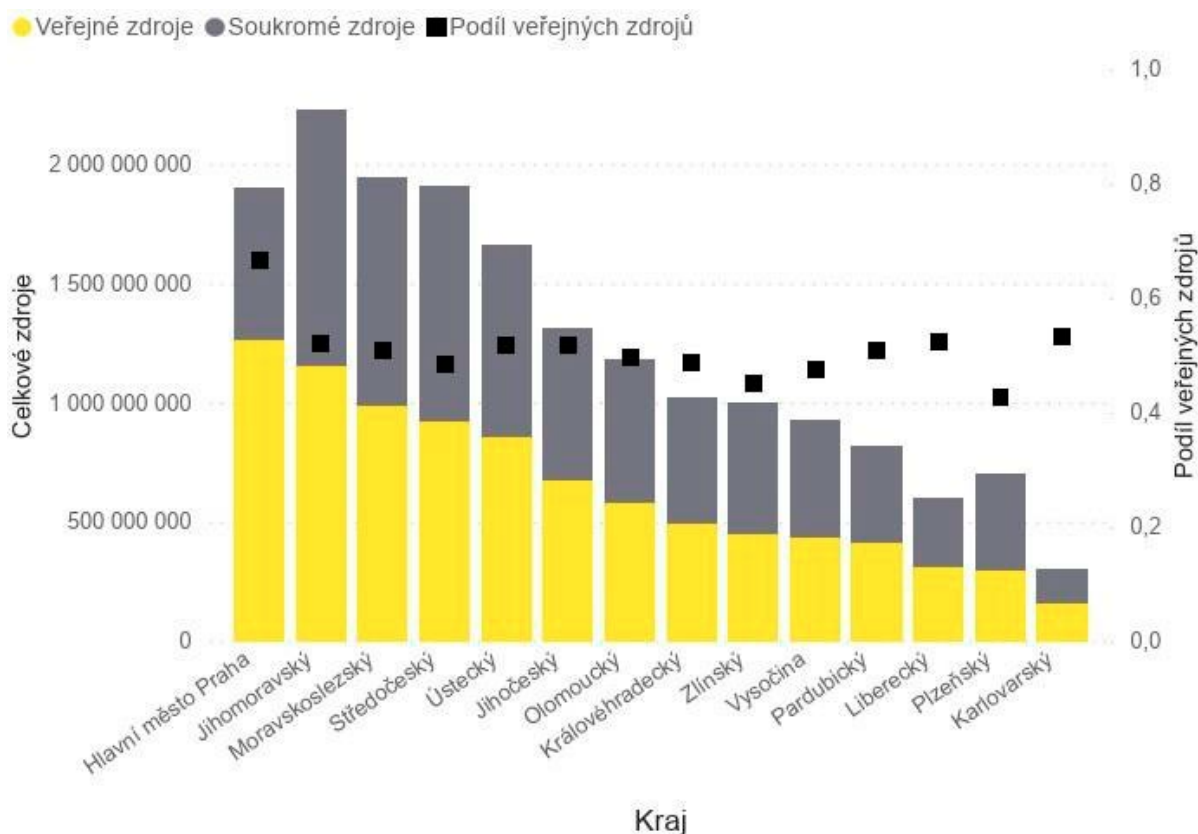


Graf 25: Celkové zdroje v propočtu na obyvatele nad 65 let za rok 2018 v soukromém sektoru v jednotlivých krajích

Poskytování sociálních služeb soukromými poskytovateli se dle grafů neodvíjí od počtu obyvatel v daném kraji v jejich cílové skupině, jelikož i po zohlednění počtu obyvatel nad 65 jsou celkové finanční prostředky velmi rozdílné. V přepočtu na obyvatele v cílové skupině mají kraje s vyšším počtem těchto obyvatel spíše méně prostředků (z obou zdrojů). Pokrytí České republiky poskytovateli sociálních služeb ze soukromého sektoru je velmi nerovnoměrné, což souvisí i s nejednotnými podmínkami vstupu do sítí sociálních služeb jednotlivých krajů.

Veřejný sektor

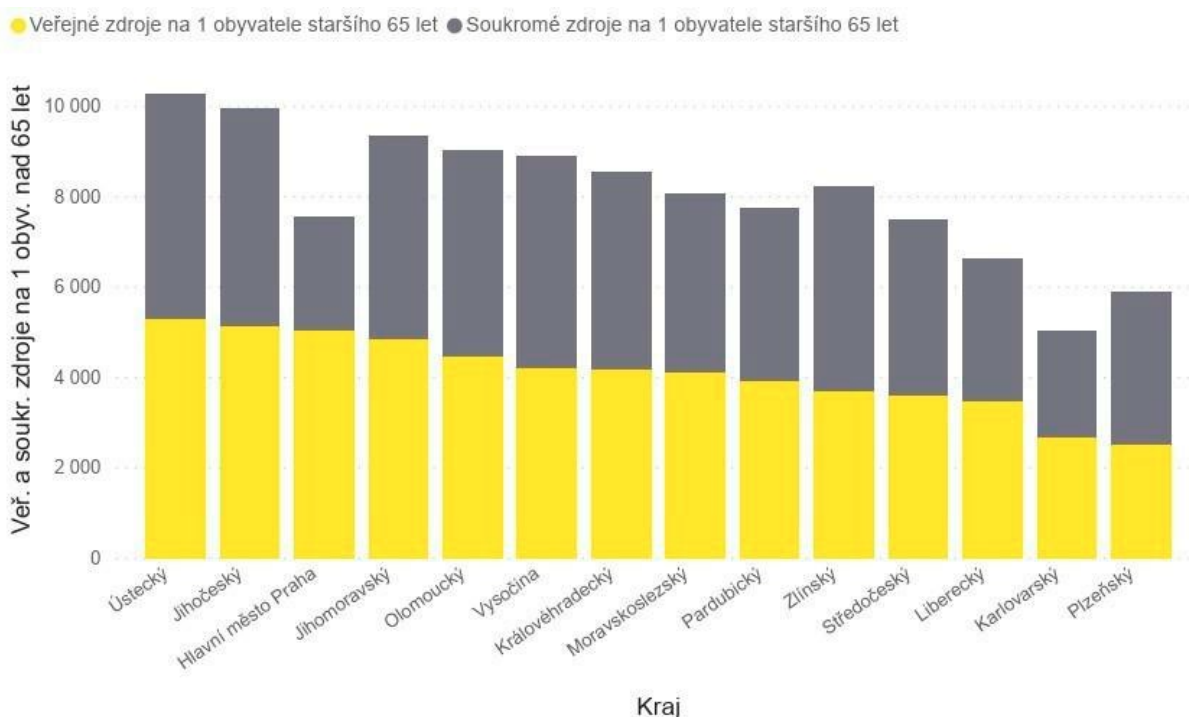
Od roku 2013 se i ve veřejném sektoru každým rokem zvyšuje množství financí z obou zdrojů ve všech krajích (s výjimkou Karlovarského, kde mírně klesly prostředky ze soukromých zdrojů, veřejné ale výrazně vzrostly). Finanční prostředky z veřejných zdrojů rostou mnohem rychlejším tempem než soukromé – v roce 2013 tvořily veřejné zdroje přibližně 38 % z celkových zdrojů, v roce 2018 to bylo 52 %. V absolutním počtu se tyto zdroje zvýšily z 4,3 mld. Kč na 9,1 mld. Kč, zatímco soukromé zdroje se navýšily ze 7 mld. Kč na 8,4 mld. Kč. Objem celkových zdrojů (veřejné + soukromé) a podíl veřejných zdrojů na celkových v jednotlivých krajích v roce 2018 znázorňuje následující graf.



Graf 26: Celkové zdroje v Kč a podíl veřejných zdrojů na zdrojích ve veřejném sektoru v jednotlivých krajích

Sociální služby ve veřejném sektoru mají k dispozici nejvíce finančních prostředků z obou zdrojů v Jihomoravském kraji, následovaném kraji s nejvyšším počtem obyvatel nad 65 let (Středočeský, hl. m. Praha, a Moravskoslezský). Nejméně finančních prostředků mají opět kraje s nejmenším počtem obyvatel této věkové skupiny i celkem (Liberecký a Karlovarský). Co se týče veřejných zdrojů, v Praze tvoří nejvyšší % část, 67 % z celkových zdrojů pro služby ve veřejném sektoru. Naopak nejmenší část tvoří v Plzeňském a ve Zlínském kraji (45 %). V ostatních krajích tvoří veřejné zdroje 48 až 53 %.

Následující graf pro srovnání ukazuje celkové zdroje v přepočtu na obyvatele starší 65 let, jelikož jsou častou cílovou skupinou těchto zařízení:

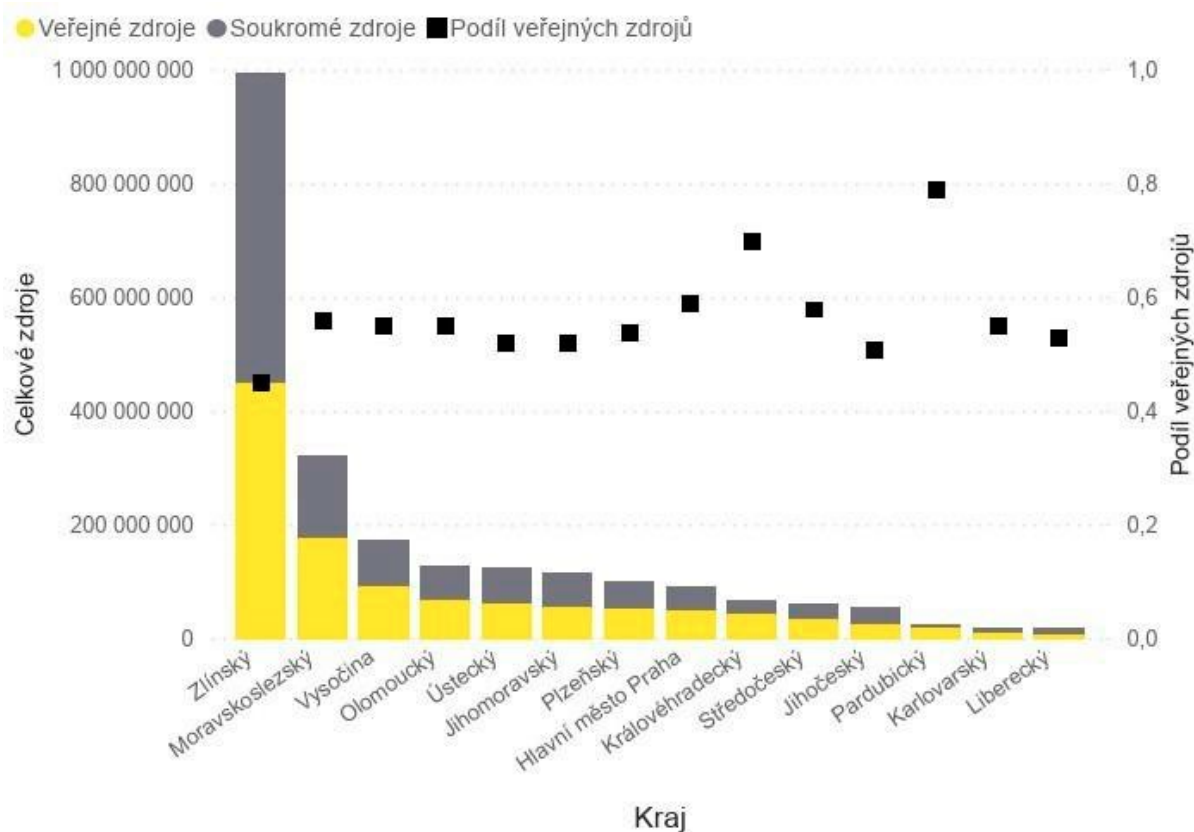


Graf 27: Celkové zdroje v propočtu na obyvatele nad 65 let za rok 2018 ve veřejném sektoru v jednotlivých krajích

V propočtu na obyvatele nad 65 let má Ústecký kraj k dispozici nejvíc finančních prostředků, následován Jihočeským a Jihomoravským krajem. Nejméně financí v přepočtu na obyvatele nad 65 let mají k dispozici sociální služby veřejného sektoru v Karlovarském kraji, který spolu s Plzeňským krajem čerpá i nejméně prostředků z veřejných zdrojů v přepočtu na počet obyvatel nad 65 let. Ze soukromých zdrojů získávají nejvíc prostředků Ústecký kraj, Jihočeský kraj a Kraj Vysočina v propočtu na počet obyvatel dané věkové skupiny. Hl. město Praha má zdroje financování nejméně vyvážené (v přepočtu na obyvatele nad 65 let jsou soukromé zdroje ve výši poloviny těch veřejných).

Neziskový sektor

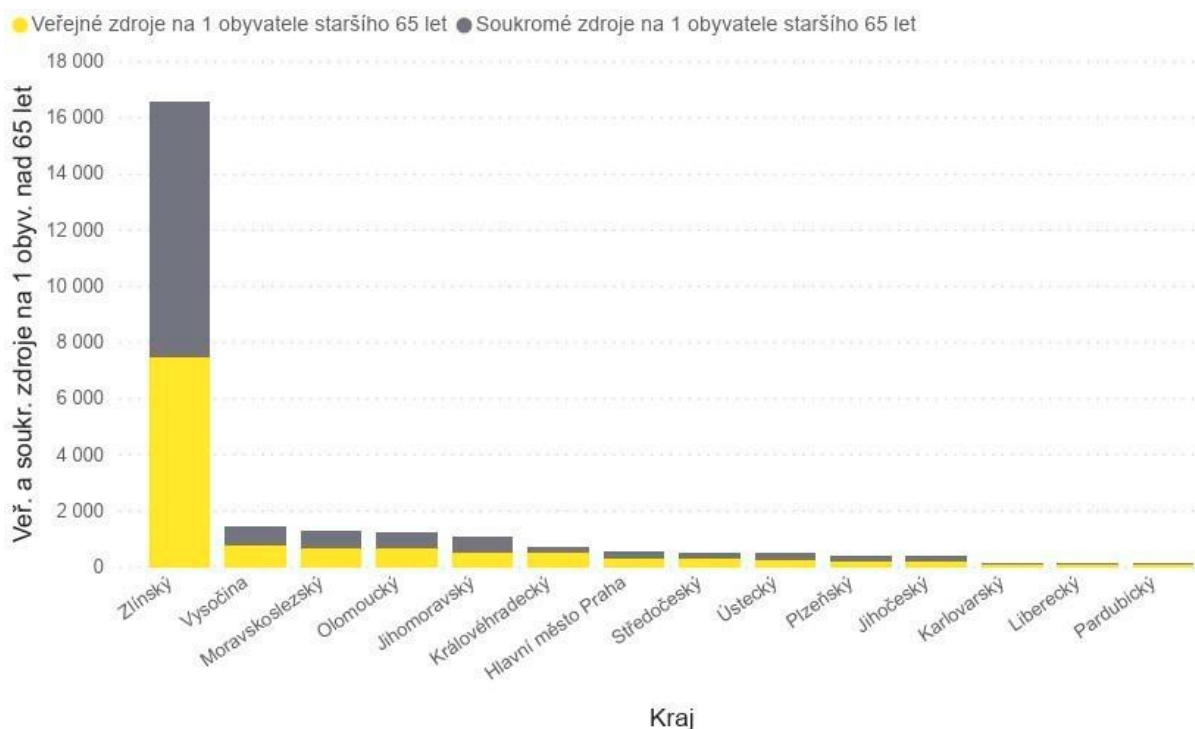
Od roku 2013 se i v neziskovém sektoru zvýšilo množství financí z obou zdrojů ve všech krajích s výjimkou hl. města Prahy a soukromých zdrojů v Karlovarském kraji. Finanční prostředky z veřejných zdrojů rostou opět mnohem rychlejším tempem než soukromé – v roce 2013 tvořily veřejné zdroje přibližně 46 % z celkových zdrojů, v roce 2018 to bylo 55 %. V absolutním počtu se tyto zdroje zvýšily z 1,1 mld. Kč na 1,8 mld. Kč, zatímco soukromé zdroje se navýšily z 1,2 mld. Kč na 1,5 mld. Kč. Objem celkových zdrojů (veřejné + soukromé) a podíl veřejných zdrojů na celkových v jednotlivých krajích v roce 2018 znázorňuje následující graf.



Graf 28: Celkové zdroje v Kč a podíl veřejných zdrojů na zdrojích v neziskovém sektoru v jednotlivých krajích

Sociální služby v neziskovém sektoru mají k dispozici výrazně nejvíce finančních prostředků z obou zdrojů ve Zlínském kraji. Nejméně zdrojů se do sociálních služeb alokuje v nejméně lidnatých krajích. Co se týče veřejných zdrojů, v Pardubickém kraji tvoří nejvyšší % část, až 79 % z celkových zdrojů. Naopak nejmenší část tvoří ve Zlínském kraji (45 %).

Následující graf pro srovnání ukazuje celkové zdroje v přepočtu na obyvatele starší 65 let, jelikož jsou častou cílovou skupinou těchto zařízení:



Graf 29: Celkové zdroje v propočtu na obyvatele nad 65 let za rok 2018 ve veřejném sektoru v jednotlivých krajích

V propočtu na obyvatele nad 65 let patří prvenství v alokaci zdrojů Zlínskému kraji, který je následován krajem Vysočina a Moravskoslezským krajem, kde je ale finančních prostředků v propočtu na obyvatele výrazně méně. Nejmenší financí v přepočtu na obyvatele nad 65 let mají k dispozici sociální služby neziskového sektoru v Pardubickém kraji.

3.5.2 Analýza celkových nákladů na lůžko po krajích a celé ČR

Dle Analýzy financování sociálních služeb až 73 % z celkových nákladů tvořily osobní náklady (v roce 2018). Od roku 2013 se jejich podíl kontinuálně zvyšuje ve všech krajích. Nejvyšší podíl osobních nákladů na celkových je v Libereckém kraji, kde tvoří 77 %, nejmenší ve Středočeském (69 %). Liší se i dle druhu poskytovaných služeb, kde u pobytových sociálních služeb je podíl personálních nákladů obvykle nižší. Z analyzovaných druhů sociálních služeb jsou nejvyšší u odlehčovacích služeb (76 %), porovnatelně u denních stacionářů (75 %), zatímco u domovů tvoří shodně 69 %. U všech analyzovaných druhů služeb došlo k nárůstu od roku 2013, v průměru o 6,5 %, nejvíce u domovů pro seniory (7,5 %).

Lze očekávat, že v realitě mohou být personální náklady ještě vyšší. Dotazníkové šetření poukázalo na to, že zařízení některé služby zajišťují dodavatelsky (jako např. kuchyně nebo úklid), a tudíž se tyto náklady do personálních nákladů nepromítnou.

U denních stacionářů 62 % dodavatelsky zabezpečuje aspoň jednu službu, nejčastěji je to kuchyně (87 %). 55 % domovů pro seniory zabezpečuje dodavatelsky aspoň 1 službu, nejčastěji kuchyně a prádelnu (obě 37 %), častý je i úklid (25 %) a zahradní práce (21 %). Největší podíl zařízení zabezpečuje služby dodavatelsky u domovů se zvláštním režimem (73 %), v 60 % případů se jedná o opravy a servis, často se vyskytovala i prádelna či úklid a mzdové a účetnické služby.

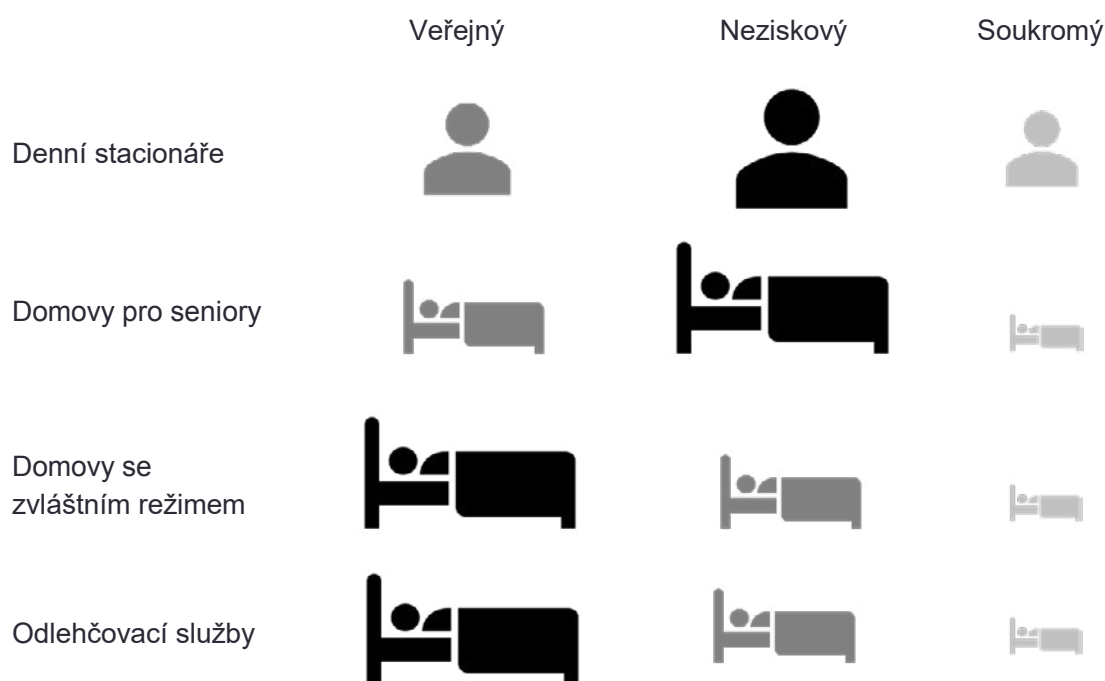
Tato kapitola dále analyzuje celkové roční náklady na kapacitní jednotku v ČR a v jednotlivých krajích ve čtyřech definovaných službách, celkové náklady dle výkazů (data MPSV) byly vyděleny celkovou kapacitou (tj. počtem lůžek nebo klientů) pro získání nákladů na lůžko.³¹ Uvažujeme tedy maximální kapacitu služby, nikoli kapacitu reálně poskytnutou. Může se tedy stát (častěji u služeb jiných, než jsou

³¹ Pro účely analýzy definujeme: náklady na lůžko = celkové náklady / celková kapacita služby.

služby typu „domov“), že je financována „stand by“ kapacita a není financována kapacita skutečně využitá klientem. Časová řada pracuje s intervalem 2013–2018, v případě statické analýzy mezi kraji se jedná o údaje platné k roku 2018.

Jak uvádíme výše, největší položkou celkových nákladů jsou náklady personálního zajištění služby (platy a mzdy pracovníků v přímé péči a obslužného personálu služby). Tyto náklady rostou nejen se zvyšováním mezd a platů, ale i kvůli rostoucímu počtu personálu a jeho odbornosti (sociální služby obsluhují stále náročnější klienty). Náklady služeb jsou významně diferencovány v jednotlivých krajích, liší se dle druhu služby i typu zřizovatel (poskytovatele služby). Rozdíly v těchto nákladech jsou způsobeny mnoha veličinami a nejsou překvapivé. Rozdíly mohou být dány nejen úrovní cen v rámci daného kraje (proto služby v Praze budou vždy v průměru dražší, a to vzhledem k vyšším personálním nákladům, které tvoří hlavní část nákladů služeb), ale i velikostí služby, formou poskytování, cílovou skupinou služby a dalšími.

Obecně lze konstatovat, že **analyzované druhy služeb ve veřejném a neziskovém sektoru vykazují vyšší celkové náklady na kapacitní jednotku než služby v soukromém sektoru**. Obrázek 2 graficky zobrazuje srovnání sektorů dle nákladů na lůžko/klienta, kde největší ikona reprezentuje nejdražší sektor u dané služby, a ta nejmenší naopak ten nejlevnější.

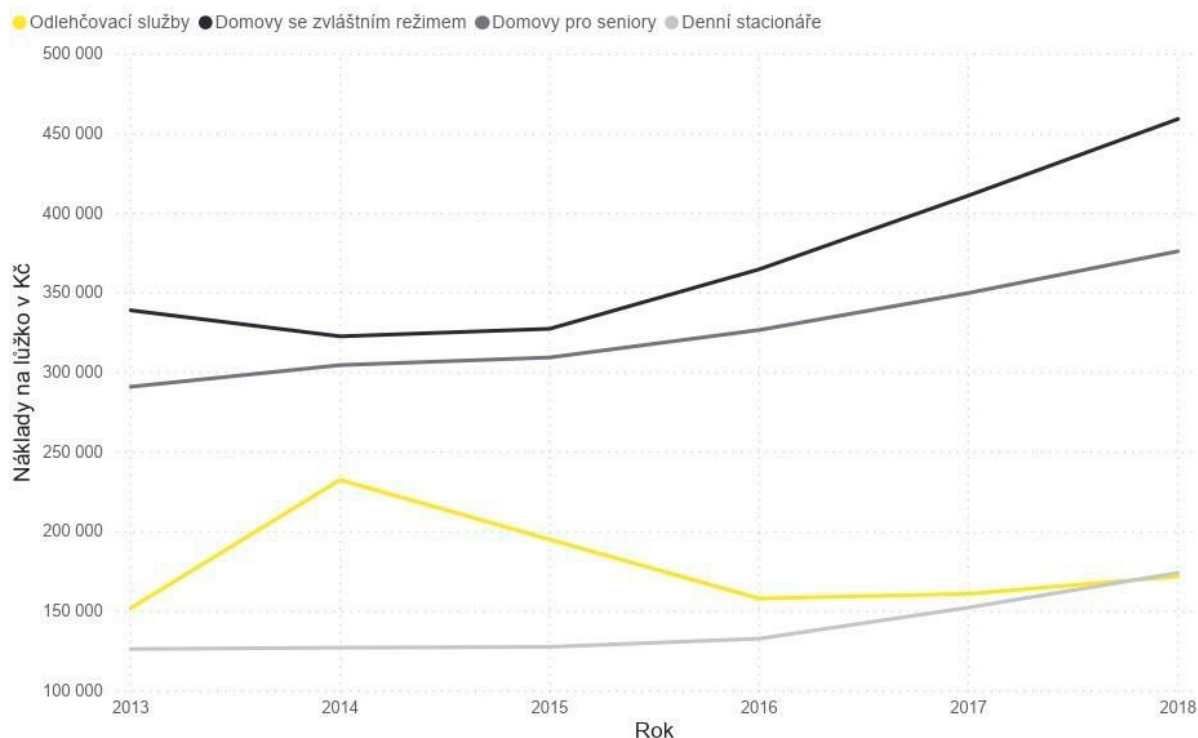


Obrázek 2: Grafické srovnání nákladů na lůžko/klienta dle sektorů u jednotlivých služeb

Nejméně nákladný v propočtu na počet klientů/lůžek je provoz denních stacionářů, tj. podle očekávání míra nákladovosti ambulantních sociálních služeb je značně nižší, než je tomu u služeb pobytových. Zde je však třeba uvažovat i „otevřací dobu“, kdy domovy provozují svou službu nepřetržitě, zajišťují směnný provoz, který je z principu nákladnější než realizace služby pouze v rámci běžné pracovní doby. Domovy se zvláštním režimem mají nejvyšší míru nákladovosti z analyzovaných služeb, což odpovídá i jejich zaměření – péče o klienty s vysokou mírou závislosti, se specifickými diagnózami.

Soukromý sektor

Vývoj nákladů na lůžko/klienta v období 2013–2018 v soukromém sektoru v ČR dle jednotlivých služeb znázorňuje následující graf.

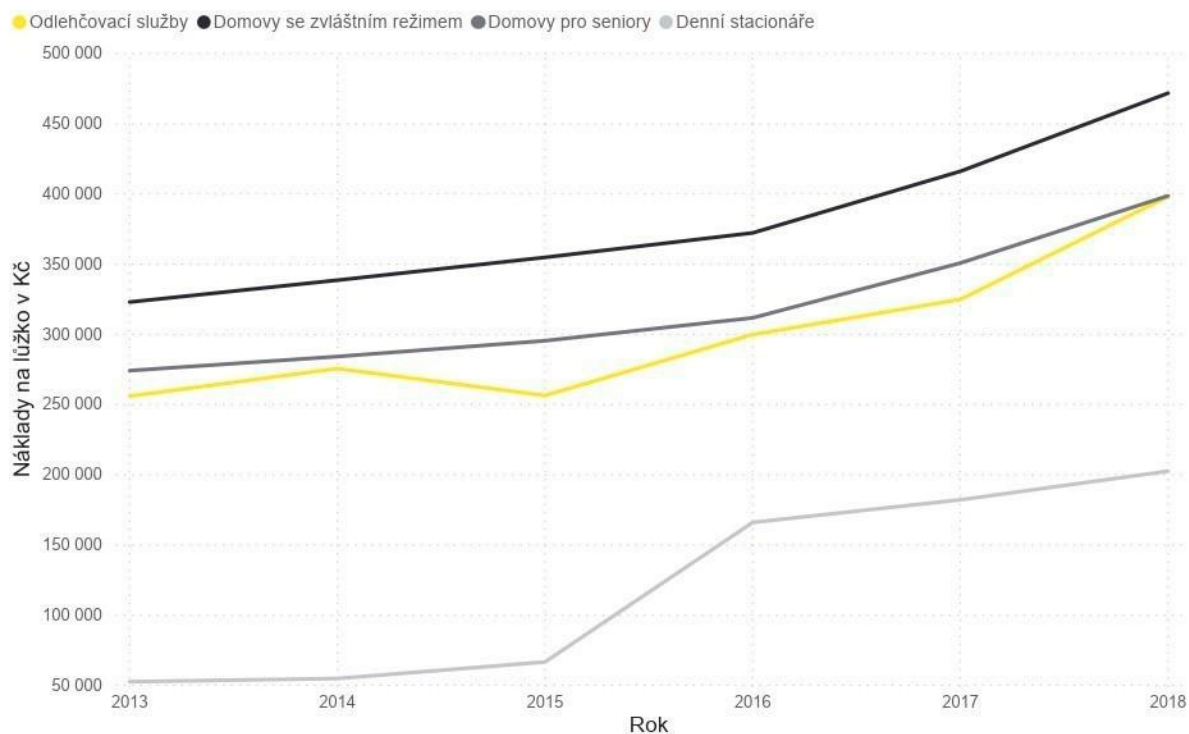


Graf 30: Náklady na kapacitní jednotku v Kč v soukromém sektoru dle jednotlivých služeb

Nejméně nákladný v propočtu na počet klientů je provoz denních stacionářů a současně i odlehčovacích služeb. U denních stacionářů ale došlo k nejvýraznějšímu nárůstu nákladů v propočtu na klienta (až o 38 %). Druhý nejvýraznější nárůst byl v domovech se zvláštním režimem (o 35 %), které jsou nejnákladnější z těchto 4 druhů služeb, v roce 2018 byly roční náklady v přepočtu na lůžko v průměrné výši 459 349 Kč. Nákladovost odlehčovacích služeb zaznamenala mírnější nárůst. Náklady na lůžko v odlehčovacích službách stouply o 13 % (nyní dosahují v průměru 171 tis. Kč). Náklady na lůžko v domovech pro seniory stouply o 29 %.

Veřejný sektor

Vývoj nákladů na lůžko v období od 2013 do 2018 ve veřejném sektoru v ČR dle jednotlivých služeb znázorňuje následující graf.

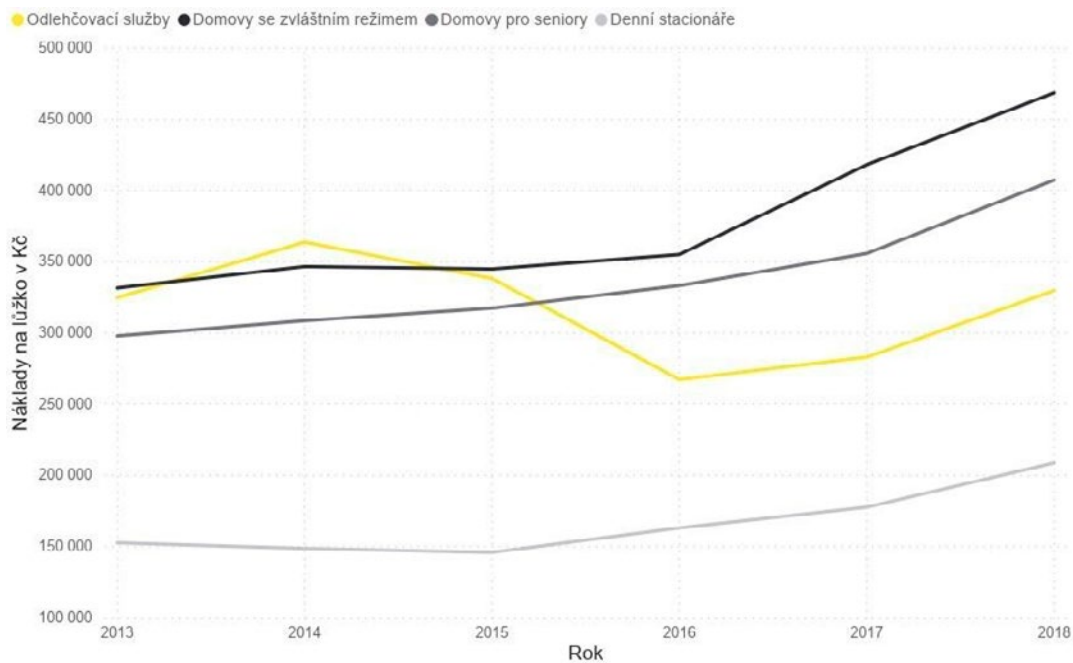


Graf 31: Náklady na kapacitní jednotku v Kč ve veřejném sektoru dle jednotlivých služeb

Nejméně nákladný v propočtu na počet klientů je provoz denních stacionářů, ale u této služby došlo k extrémnímu navýšení nákladů v propočtu na klienta – od roku 2013 tyto náklady vzrostly o 285 % na 203 tis. Kč. **Domovy se zvláštním režimem jsou kontinuálně nejnákladnější** z těchto čtyřech druhů služeb, v roce 2018 byly náklady v přepočtu na lůžko v průměrné výši 472 tis. Kč, což je přibližně o 50 tis. Kč více než u soukromého sektoru. Náklady na lůžko u této služby vzrostly od roku 2013 o 46 %. Podobně se vyvíjely náklady na lůžko v domovech pro seniory, které za stejné časové období vzrostly o 45 %. Náklady na „lůžko“ v odlehčovacích službách vzrostly o 56 %.

Neziskový sektor

Vývoj nákladů na lůžko v období 2013–2018 v neziskovém sektoru v ČR dle jednotlivých služeb znázorňuje následující graf.

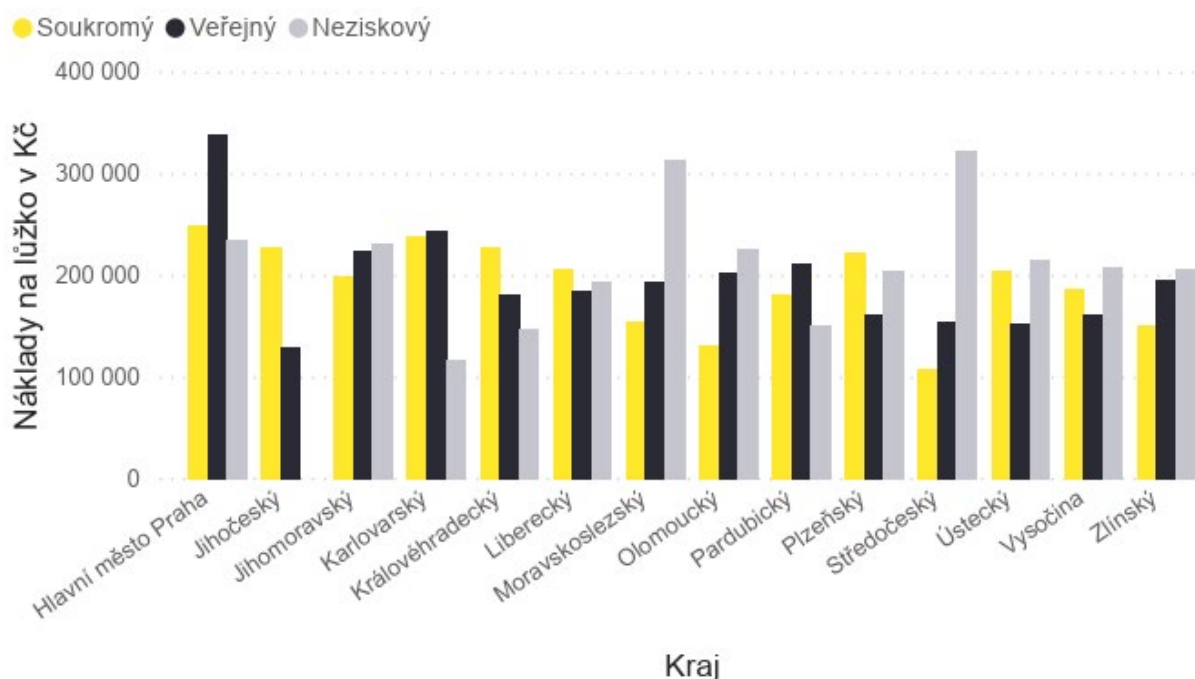


Graf 32: Náklady na kapacitní jednotku v Kč v neziskovém sektoru dle jednotlivých služeb

I v neziskovém sektoru je provoz denních stacionářů z pohledu celkových nákladů v propočtu na počet klientů nejlevnější. Od roku 2013 se zvýšil o více než třetinu (37 %). O 37 % taky vzrostly náklady na lůžko v domech pro seniory. Nejvýrazněji se zvýšily náklady na lůžko (o 41 %) v domovech se zvláštním režimem, které patří v tomto sektoru k nejnákladnějším službám v průměrné výši 468 tis. Kč. V odlehčovacích službách došlo k mírnému nárůstu o 2 %.

Náklady na lůžko dle jednotlivých krajů a druhů služeb

Následující odstavce analyzují výši nákladů na lůžko/klienta v jednotlivých krajích, rozdělených podle druhů jednotlivých služeb pro přesnější ilustraci.



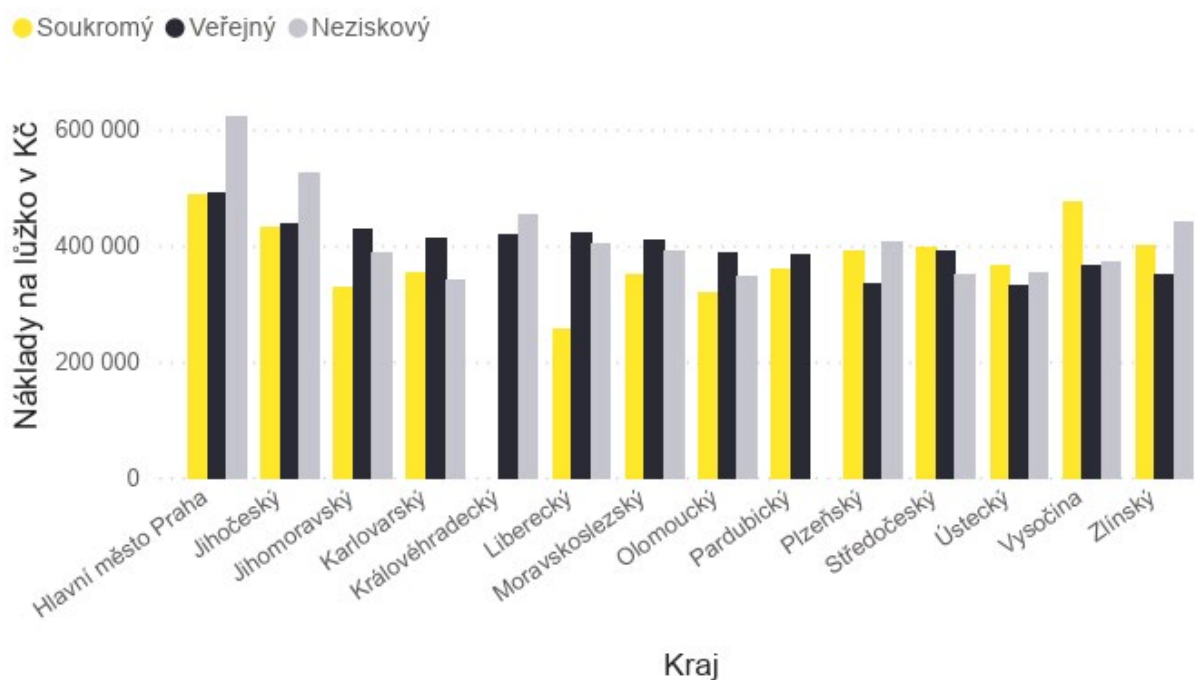
Graf 33: Náklady na lůžko za rok 2018 v denních stacionářích v jednotlivých krajích dle sektoru

U denních stacionářů má nejvyšší náklady na kapacitní jednotku v soukromém sektoru hl. město Praha, kde dosahují 248 tis. Kč. Z pohledu porovnání sektorů má soukromý sektor v porovnání s ostatními sektory nejvyšší náklady v Jihočeském, Královéhradeckém, Libereckém a Plzeňském kraji.

Ve veřejném sektoru jsou náklady na klienta výrazně nejvyšší v Praze, kde dosahují přes 339 tis. Kč, což je téměř o 100 tis. Kč na klienta více, než je v kraji s druhými nejvyššími náklady, v Karlovarském kraji (244 tis. Kč). Kromě těchto dvou krajů jsou náklady nadprůměrné ještě v Jihomoravském (224 tis. Kč) a Pardubickém kraji (210 tis. Kč). Nejnižší výdaje mají v Jihočeském kraji, kde dosahují výše 129 tis. Kč.

V neziskovém sektoru jsou náklady na klienta v největším objemu ve Středočeském kraji, kde dosahují 322 tis. Kč, následovány Moravskoslezským krajem (313 tis. Kč). Naopak náklady v nejnižší výši vykazují denní stacionáře ve Karlovarském kraji (115 tis. Kč).

Hl. město Praha má v průměru napříč sektory nejvyšší náklady na klienta ve výši 294 tis. Kč, Středočeský kraj je má naopak nejnižší – ve výši 128 tis. Kč. Nejsrovnatelnější výše nákladů mezi sektory je v Libereckém kraji.



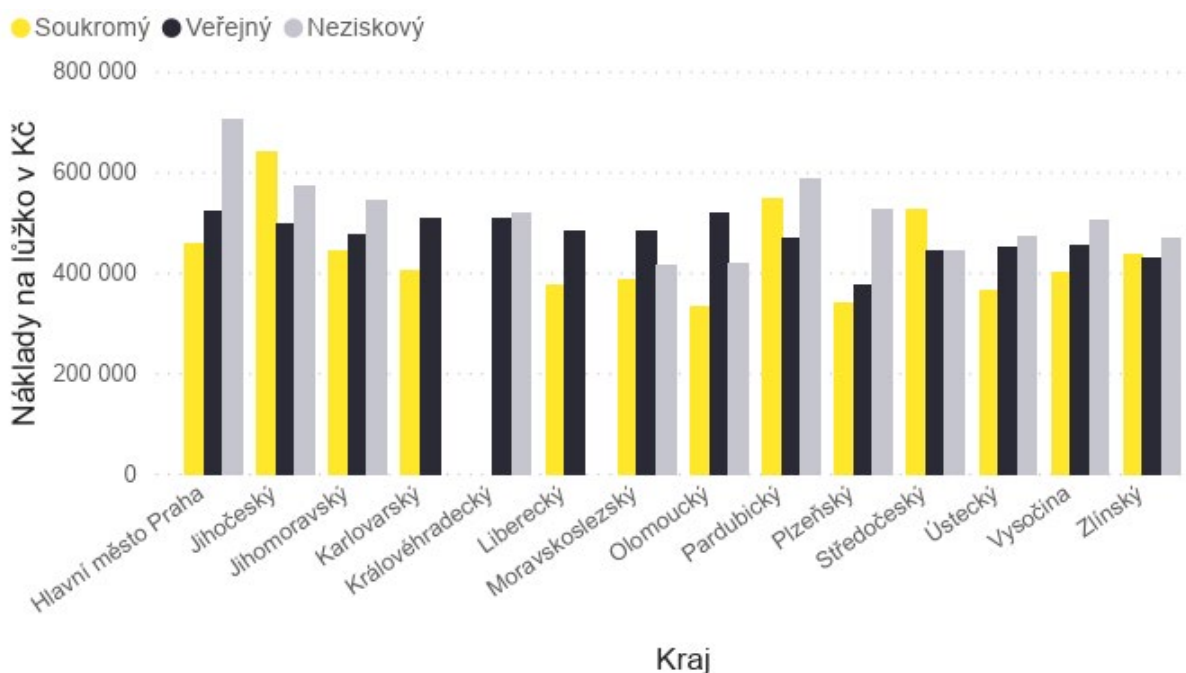
Graf 34: Náklady na lůžko za rok 2018 v domovech pro seniory v jednotlivých krajích dle sektoru

Domovy pro seniory poskytované soukromými společnostmi nemají své zastoupení v Královéhradeckém kraji, poskytovatelé z veřejného sektoru mají zastoupení ve všech krajích a z neziskového ve všech kromě Pardubického kraje. Domovy pro seniory poskytované soukromými poskytovateli jsou nejnákladnější ze tří sektorů ve třech krajích (Středočeský, Vysočina, a Ústecký), veřejní poskytovatelé vykazují nejvyšší náklady na lůžko v šesti krajích, zatímco ve zbylých pěti krajích jsou to poskytovatelé z neziskového sektoru.

V soukromém sektoru mají domovy pro seniory výrazně nejvyšší náklady na lůžko v Praze, kde dosahují 489 tis. Kč. Hl. město Praha dosahuje nejvyšší náklady na lůžko i ve veřejném i neziskovém sektoru – náklady na lůžko ve veřejném sektoru tady dosahují téměř 0,5 mil. Kč, v neziskovém sektoru je to dokonce 623 tis. Kč na lůžko. Náklady na lůžko vyšší než 0,5 mil. Kč v neziskovém sektoru byly také v Jihočeském kraji.

Z 13 krajů, ve kterých působí poskytovatelé služby ze soukromého sektoru, jsou náklady na lůžko nejnižší v Libereckém kraji (257 tis. Kč, veřejný i neziskový sektor v tomto kraji dosahuje vyšší částky).

V průměru napříč sektory jsou náklady na lůžko v domovech pro seniory nejvyšší v Praze, kde dosahují 497 tis. Kč. Nejnižší průměrné náklady na lůžko ve výši 336 tis. Kč jsou v Ústeckém kraji. Ve Středočeském a Ústeckém kraji jsou napříč sektory nejmenší rozdíly.



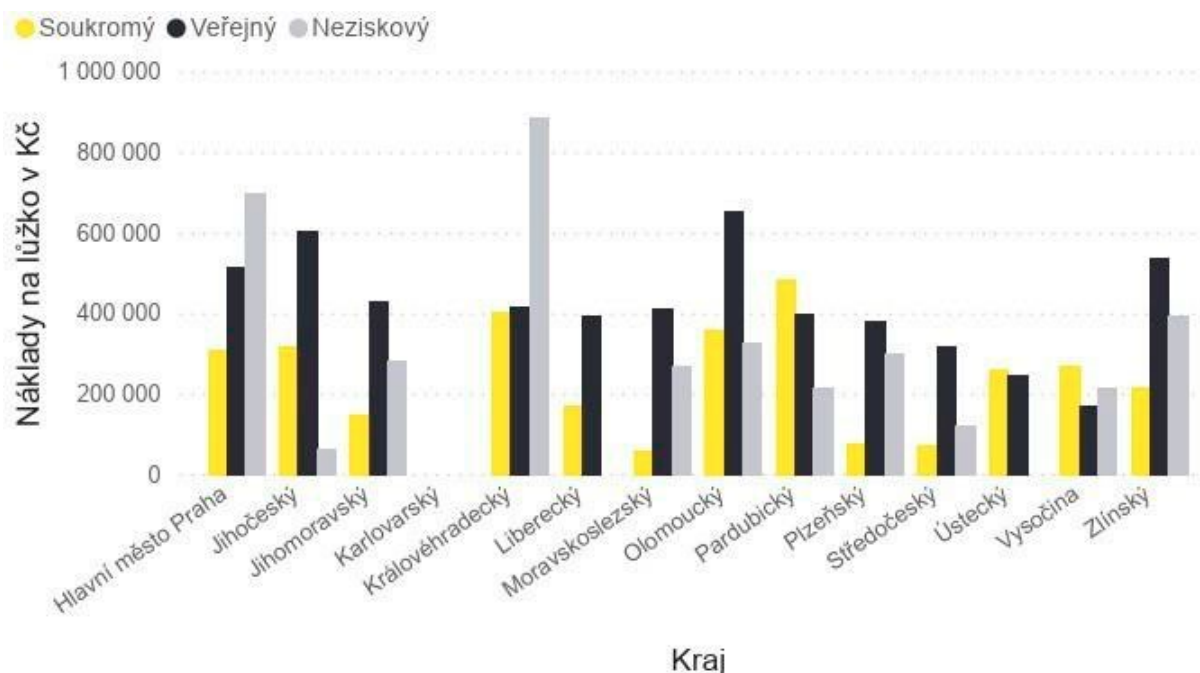
Graf 35: Náklady na lůžko za rok 2018 v domovech se zvláštním režimem v jednotlivých krajích dle sektoru

Poskytovatelé služby **domovy se zvláštním režimem** zastupující soukromý sektor mají své zastoupení ve 13 krajích (mimo Královéhradeckého kraje), veřejný sektor má své zastoupení ve všech krajích a neziskový ve 12 krajích (mimo Karlovarského a Libereckého kraje). Ve dvou krajích jsou náklady nejvyšší u poskytovatelů soukromého sektoru, ve čtyřech ve veřejném a v osmi krajích v neziskovém sektoru.

V soukromém sektoru je maximální výše nákladů na lůžko rovna 640 tis. Kč v Jihočeském kraji, více než 0,5 mil. Kč na lůžko je také v Pardubickém a Středočeském kraji. Ve veřejném sektoru se nad 0,5 mil. Kč na lůžko dostaly domovy se zvláštním režimem v Praze a v Karlovarském, Královéhradeckém a Olomouckém kraji. V neziskovém sektoru se domovy se zvláštním režimem vyšplhaly na náklad 704 tis. Kč na lůžko, a to v Praze. Hodnoty vyšší než 0,5 milionu jsou dále v Jihočeském, Jihomoravském, Královéhradeckém, Pardubickém a Plzeňském kraji a Kraji Vysočina.

Nejnižší náklady na lůžko má v soukromém sektoru Olomoucký kraj (333 tis. Kč), ve veřejném Plzeňský kraj (377 tis. Kč) a v neziskovém Moravskoslezský kraj (415 tis. Kč).

V průměru napříč sektory jsou náklady na lůžko nejvyšší v Jihočeském kraji (561 tis. Kč) a nejnižší naopak v Plzeňském kraji (372 tis. Kč).



Graf 36: Náklady na lůžko za rok 2018 v odlehčovacích službách v jednotlivých krajích dle sektoru

Náklady na **odlehčovací služby** napříč kraji a sektory jsou velmi nevyvážené, zejména z toho důvodu, že odlehčovací služby poskytují svoje služby jak pobytovou, tak ambulantní nebo terénní formou. Poskytovatelé ze soukromého sektoru se nacházejí ve 13 krajích. V roce 2018 nebyl v Karlovarském kraji žádný poskytovatel tohoto druhu služeb v žádném sektoru.

Ve většině případů jsou **náklady na lůžko v odlehčovacích službách výrazně vyšší ve veřejném nebo neziskovém sektoru**, více než 0,5 mil. Kč na lůžko je to ve veřejném sektoru v Praze, v Jihočeském, Olomouckém a Zlínském kraji. V Královéhradeckém kraji na druhou stranu výrazně vyčnívají náklady na lůžko v neziskovém sektoru (887 tis. Kč). Soukromý sektor dosahuje max. 547 tis. Kč na lůžko (Pardubický kraj).

Královéhradecký kraj má nejvyšší průměrné náklady na lůžko napříč sektory – 617 920 Kč. Naopak nejnižší jsou tyto náklady ve Středočeském kraji – 101 602 Kč. **Průměr nákladů na lůžko v odlehčovacích službách ve všech sektorech v ČR je 268 tis. Kč.**

3.5.3 Investiční náklady služeb

Z dotačních mechanismů popisovaných výše jsou hrazeny provozní náklady sociálních služeb, investiční náklady z dotací hradit nelze. Zdroje financování investičních nákladů z veřejných zdrojů jsou v zásadě trojí, ze státního rozpočtu, z rozpočtů samospráv a z fondů ESIF.

Investiční dotace ze státního rozpočtu jsou poskytovány prostřednictvím programu „**Rozvoj a obnova materiálně technické základny sociálních služeb**“. **Alokace na program je však poměrně nízká**, navíc se odvíjí od možností a priorit státního rozpočtu pro daný rok (nejedná se o mandatorní výdaj státního rozpočtu) a **převís žádostí je zásadní** (například v roce 2017 obdrželo MPSV žádosti o finanční podporu ve výši cca 4 mld. Kč). Mezi lety 2011 a 2019 byla celková alokace na program ve výši 1,8 mld. Kč, alokace roku 2018 byla nulová, přestože MPSV požadovalo alokaci ve výši 800 mil. Kč.

Rok	Alokace programu – Rozvoj a obnova materiálně technické základny sociálních služeb
2011	53 837 000 Kč
2012	49 000 000 Kč
2013	42 500 000 Kč
2014	49 000 000 Kč
2015	227 440 000 Kč
2016	524 440 000 Kč
2017	427 440 000 Kč
2018	0 Kč
2019	427 440 000 Kč

Tabulka 11: Alokace programu ISPROFIN (MPSV, 2019)

Kraje investují především do svých zřizovaných organizací, shodně postupují i obce. Jejich **rozpočty však často nestačí na zásadní investice**, kdy sociální služba nezfídka hospodaří s rozpočtem násobně větším, než je rozpočet dané obce.

Největší objem investičních finančních prostředků tedy plyne z fondů EU, a to z Integrovaného regionálního operačního programu (**Program IROP**). V aktuálním programovém období 2014-2020 byly sociální služby podporovány v rámci specifického cíle 2.1, prostřednictvím několika různě zaměřených výzev. Celkem bylo k 16. 3. 2020 na podporu sociálních služeb vyčleněno 6,9 mld Kč, v minulém období 2007-2013 z Integrovaného operačního programu IOP pak 1,5 mld. Kč. Finanční prostředky však nebylo možné využít na výstavbu služeb typu domov, kde je poptávka po navyšování kapacit tradičně vysoká. To by se mělo v novém programovém období změnit.

Z uvedeného je zřejmé, že **zdroje investic v České republice jsou poměrně nízké, součtem uvedených programů dojdeme k disponibilní částce přibližně 1,5 mld. Kč za rok**. Pokud uvažujeme, že průměrný náklad na vybudování jednoho lůžka v domově se zvláštním režimem je přibližně 1,5 mil. Kč,³² pak je zřejmé, že by uvedené veřejné zdroje postačovaly na zbudování 1000 kapacitních míst v dané službě za rok. Veřejné prostředky jsou však určeny na investice do všech 33 druhů služeb, nejen na budování nových kapacit, ale i na rekonstrukce či opravy, na proces deinstitucionalizace, nákup vozů apod.



Proto je zásadní buď navýšit investiční dotace, nebo do systému vpustit investory (primárně ze soukromého sektoru), kteří zajistí budování nových kapacit sociálních služeb z vlastních zdrojů. Tito investoři však musí být ke vstupu do systému motivováni, což současný systém nezajišťuje. Investor vyhledává stabilní a transparentní prostředí s rovnými podmínkami pro všechny, což systém sociálních služeb v současnosti není.

3.5.4 Pohled do zahraničí

Analýzu nákladů a financování v rámci vybraných států komplikují nedostupnost dat, rozdílné přístupy ke sběru dat a nemožnost oddělení některých agregovaných údajů. Údaje za dlouhodobou péči (Long term care, LTC) vykazované v mezinárodních statistikách často zahrnují zdravotní i sociální péči a není vždy jednoduché tyto složky oddělit. Tento fakt značně znesnadňuje interpretaci informací. U veřejné polemiky ohledně soukromých a veřejných poskytovatelů sociálních služeb se uvažují možné kompromisy mezi efektivitou, kvalitou a dostupností služeb, kdy soukromí poskytovatelé čelí dilematu mezi snižováním nákladů prostřednictvím snížení kvality služeb nebo zvyšováním cen a tím ztrátou konkurenceschopnosti. **Argumenty pro umožnění hospodářské soutěže mezi různými typy poskytovatelů stojí na tom, že konkurence podporuje růst kvality a snížení nákladů.**

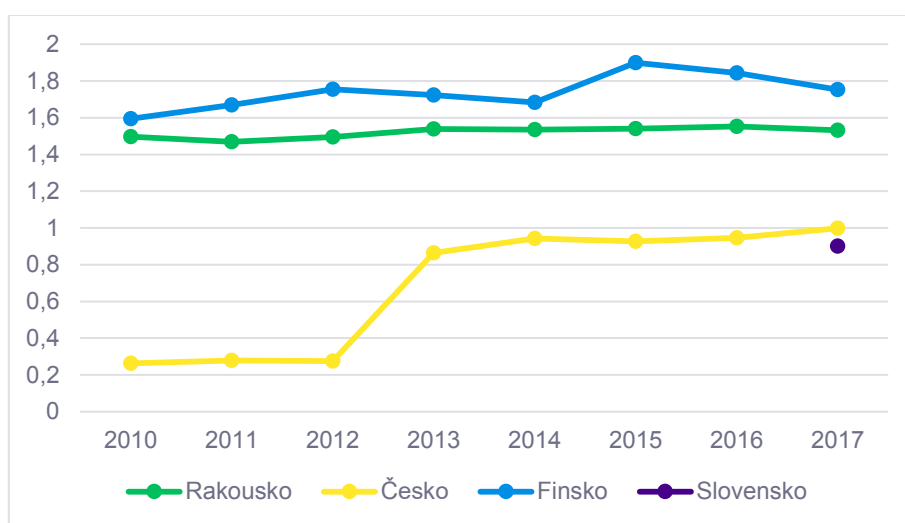
³² MPSV: Rozvoj a obnova materiálně technické základny sociálních služeb (2015).

Společné pro všechny sledované země jsou faktory, které vyvolávají tlak na růst výdajů na dlouhodobou péči. Jedná se o:

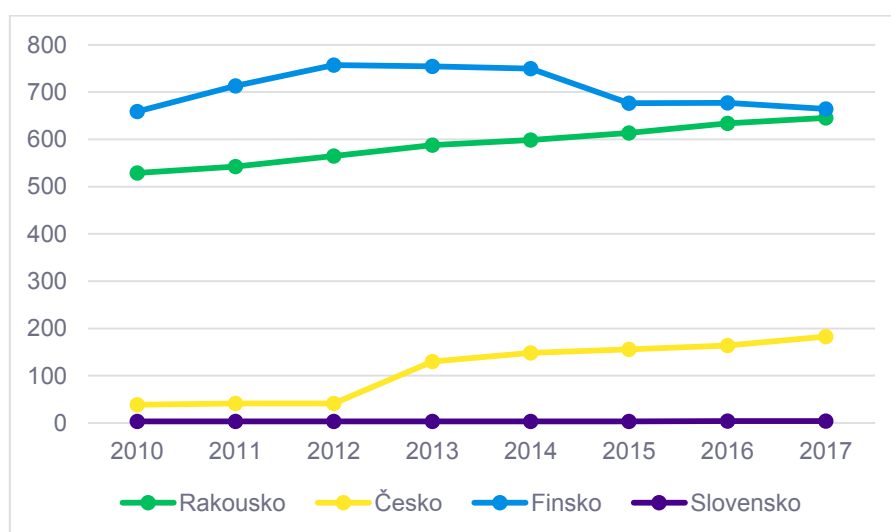
- ▶ stárnutí populace;
- ▶ rostoucí příjmy některých vrstev obyvatelstva zvyšují očekávání ohledně kvality života ve stáří;
- ▶ snížení dostupnosti neformálních pečovatелů (především žen);
- ▶ růst produktivity je v odvětví náročném na pracovní sílu obtížně dosažitelný.

Dlouhodobá péče je v daných zemích financována veřejnými prostředky, jejich výše se však liší (viz. grafy níže). Z analyzovaných zemí jde nejvíce finančních prostředků na financování dlouhodobé péče ve Finsku, následovaném Rakouskem a Českem. Naopak Slovensko financuje dlouhodobou péči minimálně a je na konci spektra zemí OECD.

Ve výdajích na osobu opět dominuje Finsko (více než 712 eur) a následuje Rakousko (téměř 644 eur). Česká republika za těmito zeměmi zaostává s výdaji v roce 2017 ve výši 4 755 Kč, což odpovídá přibližně 172 eur (při kurzu ze dne 15. května 2020). Slovensko je opět na úplném konci zemí OECD, kdy výdaje na dlouhodobou péči jsou v přepočtu na osobu menší než 4 eur.



Graf 37: Výdaje na dlouhodobou péči v % z HDP za období 2010–2017 (OECD)³³



Graf 38: Výdaje na dlouhodobou péči na osobu v eurech za období 2010–2017 (OECD)

³³ U Slovenska byl dohledán pouze údaj za rok 2017. Údaje za předešlé roky byly po zaokrouhlení rovné nule, a proto je v grafu neuvádíme.

RAKOUSKO

Dle OECD byl v Rakousku podíl výdajů na dlouhodobou péči v letech 2010–2017 víceméně konstantní a tvořil 1,5 % HDP (vs 1,6 % průměru EU). Rozpočtové projekce výdajů na dlouhodobou péči předpokládají růst veřejných výdajů až na 1,85 % HDP do roku 2030 a 3,59 % do roku 2060 v závislosti na scénáři.³⁴ Dávky budou financovány ze státního rozpočtu, rozpočtů domácností a spolkových zemí a v menší míře obecními úřady. Poptávka po dlouhodobé péči v budoucnu výrazně naroste. Tento systém je finančně náročný na státní rozpočet jako v Česku a stejně jako u nás stoupá neustále počet příjemců dávek.

1,5 % HDP výdajů
na dlouhodobou péči

Potřebu strukturálních změn systému financování péče v zemi částečně reflektovalo zřízení tzv. **Fondu na péči (Pflegefonds)**. Fond na péči je státním finančním zdrojem sociální služby financovaném z daní, který spravuje Spolkové ministerstvo práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitele spolu se Spolkovým ministerstvem financí. Výši příspěvků jednotlivých spolkových zemí do Fondu na péči a adekvátní čerpání upravuje Zákon o rozdělení finančních prostředků.

Dvě složky péče – zdravotní a sociální, jsou v Rakousku značně propojené. V posledních dvaceti letech se projevil v sociální oblasti příklon ke zdravotnictví a tím pádem i většímu řízení ze strany státu. **Systém dlouhodobé péče v užším smyslu, tj. bez zdravotní péče a bez soukromých zdrojů, je v Rakousku financován 100 % z daní.**³⁵ Zatímco dlouhodobé peněžitě dávky pocházejí ze státního rozpočtu, financování věcného plnění plyne z rozpočtů spolkových republik, okresů a obcí, prostřednictvím obecného systému fiskálního vyrovnávání, který v zásadě převádí daňové příjmy Spolkové republiky z Fondu na péči na okresy a obce. Stát se na společných odvodech podílí 2/3, spolkové země 1/3. Rozdělování prostředků probíhá na základně lidnatosti.³⁶

Osoby s trvalým pobytem v Rakousku, které jsou závislé na péči jiné osoby, mají nárok na peněžitě a věcné plnění dlouhodobé péče.

- ▶ **Peněžitě plnění, tzv. Pflegegeld**, představuje obdobu českého příspěvku na péči a dávky sociální pomoci. Je to paušální dávka, která se neodvíjí od majetku ani příjmu příjemce. Tyto peněžitě dávky by měly kryt především dodatečné náklady péče zajištěné soukromými nebo veřejnými poskytovateli, případně neformálně domácími pečovateli. Dávka samotná není v mnoha případech schopna pokrýt veškerou péči, kterou zdravotně postižená osoba potřebuje, takže je nutné, aby si na tuto péči osoby přispívaly částečně i z vlastních zdrojů. Dávka na dlouhodobou péči je vyplácena přímo příjemci, což vede k širokému využívání neformální péče.
- ▶ **Přístup k věcnému plnění dlouhodobé péče** není bezplatný a výše příspěvku u věcného plnění se liší případ od případu, v závislosti na ekonomických poměrech příjemce. Obecně je jednotlivec zodpovědný za financování svého pobytu v rezidenčním domě nebo domě s pečovatelskou službou z osobních příjmů/majetku. Pokud příjem ani majetek příjemce péče nepokrývá náklady, příslušný zřizovatel sociální péče pokrývá rozdíl. V některých spolkových zemích je možno požadovat náhradu od rodinných příslušníků. Náklady na lůžko jsou stanoveny dle stupně péče a zařízení tedy zná výši příjmů podle počtu lůžek zařazených dle jednotlivých stupňů péče, pokud budou všechna obsazena. Poskytovatel není závislý na dotacích, ale poskytuje jasně definovanou službu, za níž dostává plnou úhradu od klienta. To mu umožňuje fungovat v klasickém podnikatelském prostředí. Provozovatelé také více spolupracují s veřejností a poskytují doplňkové služby. Rakouský systém je v tomto ohledu výrazně transparentnější než český systém financování sociálních služeb.

Rakouský systém umožňuje participaci uživatelů a jejich blízkých osob na financování v pobytových a ambulantních službách sociální péče (z finančního i nemovitého majetku). Participace je stanovována jednotlivými spolkovými zeměmi, tzn. v některých neexistuje vůbec a někde se vztahuje až na 28 % příjmu dané osoby. Osoby, jejichž majetkové poměry jsou velmi příznivé, by měly mít možnost vlastní participace na zajištění si sociální služby v rozsahu, který může mít nadstandardní charakter. Poskytovatel pobytové služby má jasně stanovenou výši úhrady od klienta dle stupně požadované péče. To mu umožňuje dobře plánovat své příjmy i náklady a soustředit se na zajištění kvalitní péče.

³⁴ ESPN Thematic report on LTC, European Commission, 2018.

³⁵ Towards carer-friendly societies, Eurocarers, N/A.

³⁶ Mezinárodní zkušenosti a srovnání: Odborná studie v rámci projektu Podpora procesů v sociálních službách; J. Horecký, 2012.

SLOVENSKO

Slovensko trvale vynakládá na dlouhodobou péči minimum výdajů: v roce 2017 podíl z HDP činil 0,9 %, což je mezi nejnižšími výdaji v rámci zemí OECD. Slovenský systém sociální péče se vyznačuje snahou státu v co největší možné míře centralizovat poskytování finančních prostředků a jejich následnou kontrolu. Tento přístup má za cíl eliminaci zneužití veřejných prostředků, zároveň ovšem vede k narušení konkurenčního prostředí mezi poskytovateli (viz. Dále v textu).³⁷



Dlouhodobá péče je na Slovensku financována vícezdrojově. Některé služby jsou klientům poskytovány za úhradu, jiné bezplatně, tedy obdobně, jako v ČR. Stále častěji dochází k zapojování soukromých subjektů do systému, mimo jiné vzhledem k tomu, že redistribuce veřejných prostředků kryje jen část potřebného financování. Obce se dlouhodobě potýkají s nedostatečnými finančními prostředky na zajištění sociální péče pro všechny potřebné. Problematická je také poskytovaná kvalita.

Financování sociálních služeb se v současnosti na Slovensku řídí několika principy:³⁸

- ▶ Kombinace veřejných zdrojů se zdroji uživatele sociální služby a jeho rodiny
- ▶ Vyživovací povinnost členů rodiny při spolufinancování sociálních služeb
- ▶ Ochrana příjmu uživatele a jeho rodiny před nepřiměřeně vysokou úhradou za sociální službu
- ▶ Preference vybraných druhů sociálních služeb na místní úrovni pro účely státního kofinancování
- ▶ Možnost samo plácovství v sociálních službách
- ▶ Využívání dalších zdrojů financování

Přístup k financování je pro veřejné a neveřejné poskytovatele právně i prakticky odlišný. Veřejní poskytovatelé sociálních služeb mají automaticky hrazenou činnost z rozpočtu obce a vyššího územního celku. Pokud je soukromý subjekt registrován jako poskytovatel sociální péče, musí být financován jen ze soukromých zdrojů. Neveřejným poskytovatelům je obec povinna poskytovat finanční příspěvek pouze v případě, že je sama požádá o poskytování služeb, které není schopna zajistit. Toto je významně odlišné od ČR, a v důsledku způsobuje vysokou nerovnost mezi poskytovateli, potažmo může i zakládat korupční prostředí.

Sociální služby jsou poskytované výhradně formou věcné pomoci, tedy jako služby, nikoli jako přímé peněžité dávky. Poskytují se v závislosti na příjmu a majetku uživatele a jeho rodiny, a jsou financovány z daní v kombinaci se spoluúčastí uživatele, případně z dalších zdrojů financování. Příjmy z daní by měly krytí přibližně 2/3 nákladů na sociální péči, nicméně se to týká jen veřejných poskytovatelů. Neveřejní poskytovatelé sociálních služeb jsou financováni z následujících zdrojů:³⁹

- ▶ příspěvku na závislost (příspěvek při odkázanosti) a příspěvku na provoz,
- ▶ vlastních zdrojů,
- ▶ úhradami od klientů, darů,
- ▶ podílem z veřejných daní
- ▶ příjmů z podnikatelské činnosti a ze sociálního podnikání atd.

Většina příjmů neveřejných poskytovatelů je nestálá a nejistá. Snahu řešit nerovné postavení poskytovatelů sociálních služeb novým zákonem o sociálních službách komplikuje nedostatek finančních prostředků v rozpočtech samospráv.

Základem jakékoli intervence v oblasti sociální péče je sociální a zdravotní hodnocení osobní situace žadatele. Hodnocení určuje míru závislosti, a tedy rozsah potřeby pomoci. Poskytnutí finančního příspěvku závisí na posouzení příjmové a majetkové situace. Příspěvek na péči závislé osoby na

³⁷ Vyhlásenie APSS SR k rokovaniu o novele zákona o sociálnych službách 448/2008; 2013.

³⁸ Sociální služby na Slovensku, APSS ČR; Bc. Andrea Tajanovská, N/A.

³⁹ Sociální služby na Slovensku, APSS ČR; Bc. Andrea Tajanovská, N/A.

pomoci jiné fyzické osoby je na Slovensku vymezen v šesti stupních. Na rozdíl od České republiky není vyplácen závislé osobě, ale poskytovateli sociálních služeb, který osobě péči zajišťuje. Uživatel služby má právo si vybrat formu, kterou chce pro péči využít. Platí přitom zásada přednosti terénní nebo ambulantní formy před pobytovou, a v rámci pobytové formy přednost krátkodobé před celoročně poskytovanou službou.

Dalším výrazným rysem slovenského systému financování sociálních služeb je **zavedení institutu samo plátcovství**, kdy si uživatel náklady spojené se službou v plné míře dobrovolně hradí sám. Tím mu odpadá povinnost podstoupit lékařské a sociální posouzení oprávněnosti, což značně zjednodušuje celý proces poskytování služby. Vyšší finanční příspěvky od klientů jsou vnímány jako další ze způsobů stabilizace systému. To se odráží na trhu životního pojištění, kde je rostoucí pozornost věnována pojištění péče o závislé osoby.

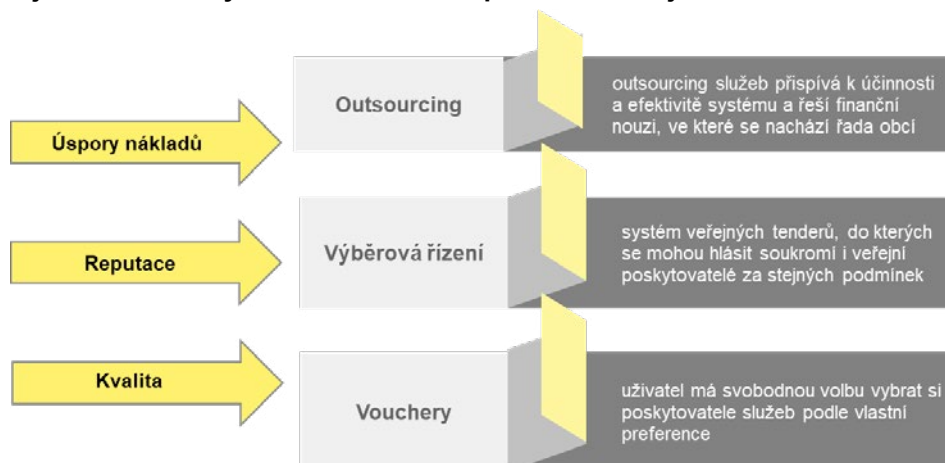
FINSKO

Finsko patří k severským státům, které mají tradičně štedrý sociální systém. **Vláda vynakládá více než 2 % HDP (vs. 1,6 % průměru EU) na dlouhodobou péči a výdaje na sociální a zdravotní péči představují více než polovinu veřejných výdajů z finského rozpočtu (OECD).**

2 % HDP výdajů na dlouhodobou péči

Změny na trhu sociální péče se ve Finsku projevují především zvýšenou přítomností ziskových poskytovatelů sociální péče a institucionalizací tržních mechanismů při poskytování pečovatelských služeb ve veřejném a třetím sektoru (nebo občanské společnosti). **Prosazování a implementace tržních a kvazi-tržních mechanismů vytvořily prostor pro nové nástroje jako jsou poukázky (vouchery), osobní rozpočty a platby za neformální péči.**

Tržní nástroje ve finském systému dlouhodobé péče znázorňuje obrázek níže:



Obrázek 3: Tržní nástroje sociálních služeb ve Finsku (marketizace)

Všichni obyvatelé s trvalým bydlištěm ve Finsku mají nárok na dlouhodobou péči bez ohledu na rozhodná období a věková omezení. Nárok náleží osobám, které potřebují trvalou a pravidelnou pomoc či péči (obecně alespoň jednou týdně).

Financování sociální péče je ve Finsku stále především odpovědností obcí (58 %). Vláda (stát) se podílí na financování vyplácením státní dotace obcím (v průměru 34 %). Klientské poplatky platí sami uživatelé služeb (v průměru 8 % v závislosti na službě). Kromě toho existují různé druhy dávek (např. příspěvek na péči pro důchodce) vyplácené Národním pojišťovacím institutem Kela.⁴⁰

Příspěvek na péči pro důchodce je peněžitá dávka vyplácená pojišťovací institucí (Kela), která by měla umožnit příjemcům důchodů s nemocí nebo postižením žít doma, podpořit domácí péči a hradit dodatečné náklady způsobené nemocí nebo zdravotním postižením. Příspěvek na péči pro důchodce má tři úrovně v závislosti na míře potřeby pomoci, poradenství a dohledu.

⁴⁰ Finland: Working Together to Sustain Success; OECD, 2010.

Poplatky za stálou ústavní péči vycházejí ze zákona o poplatcích v sociální a zdravotní péči a pokrývají veškeré náklady na ošetrovné, péči a životní náklady. Lidem v dlouhodobé ústavní péči je účtován měsíční poplatek na základě schopnosti každého pacienta platit. Poplatek nesmí přesáhnout 85 % čistého měsíčního příjmu dané osoby. Bez ohledu na to musí dané osobě pro osobní potřebu zbývat jistý minimální objem prostředků. Zákon se nevztahuje na soukromé provozované domovy pro seniory, které obvykle mají jinou cenovou politiku. Náklady na soukromé služby jsou obecně dotovány z veřejného sektoru za předpokladu, že by jednotlivec měl nárok na podobnou veřejně poskytovanou službu.

Odpovědnost obcí za financování se jeví jako dlouhodobě neudržitelná. Vzhledem ke geografické velikosti země a relativně malému počtu obyvatel je 320 obcí velmi rozdílných, pokud jde o velikost a strukturu jejich populace. Průměrný obecní roční náklad na sociální a zdravotní služby je 2 940 eur na obyvatele s obrovským rozpětím: nejlevnější obecní účet je 1 980 eur a nejdražší 4 689 eur na obyvatele.⁴¹ Velmi rozdílné jsou tak ekonomické kapacity obce k zajištění veškerých potřebných služeb. Tuto finanční zátěž by z obcí měla sejmout plánovaná SOTE reforma popsaná v kapitole 3.3.4.

Veřejná debata

Finský systém zdravotní a sociální péče je aktuálně předmětem složitých diskuzí. Veřejné služby jsou financované z peněz daňových poplatníků. Vzhledem k velkému množství municipalit a stárnoucí málo početné populaci veřejné prostředky přestávají stačit a vláda musí finančně pomáhat chudším obcím. Aktuálně levicově orientovaná vláda znamená posun spíše směrem k veřejnému financování a role soukromého sektoru nemá velkou podporu. Dalším ovlivňujícím faktorem potřebných změn budou důsledky krize spojené s covidem-19, které povedou k hospodářskému propadu a dalšímu již tak silnému tlaku na veřejné finance. Dá se očekávat, že soukromý sektor si zachová svoji výraznou pozici, ale do budoucna dojde spíše k jeho konsolidaci než k růstu.

3.6 Subanalýza 6: Analýza podmínek pro vstup do krajských sítí

Klíčové závěry

- ▶ Podmínky pro vstup do sítě sociálních služeb na svém území definuje kraj v samostatné působnosti
- ▶ Podmínky vstupu do sítí, a především možnost odvolání proti výsledku řízení jsou mezi jednotlivými kraji rozdílné a netransparentní
- ▶ Zastoupení jednotlivých druhů sociálních služeb není mezi jednotlivými kraji porovnatelné, což však vychází z historického vývoje i rozdílnosti jednotlivých krajů
- ▶ MPSV v rámci aktuálně předložené novely Zákona mění odpovědnost za dostupnost služeb v území i za konstrukci sítě služeb

Nárok na financování z veřejných finančních prostředků (z veřejných zdrojů) má dle Zákona ta služba, která je zařazena do tzv. sítě sociálních služeb. Síť služeb vzniká coby součást Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb, na základě plánovacího procesu na úrovni jednotlivých krajů, a to v samostatné působnosti. Kraj na základě participativního plánování (za účasti zadavatelů, tedy především obcí, poskytovatelů sociálních služeb a uživatelů) zjišťuje potřeby na svém území a dle nich plánuje nutné kapacity sociálních služeb. Ty pak na základě transparentního a nediskriminačního procesu obsazuje konkrétními poskytovateli, kteří svou nabídkou služeb tvoří síť sociálních služeb na území daného kraje.

Povinnost tvořit takovou síť služeb má kraj danou ze Zákona. Pouze ty služby, které jsou v síti služeb zařazeny, mají nárok na veřejné finanční prostředky (tedy dotace, příspěvky zřizovatele apod.). Stát do tohoto procesu nemůže dle platné zákonné úpravy nijak zasahovat, obsazování sítě služeb konkrétními službami nemá soutěžní charakter a pravidla pro vstup do sítě, ale i pro opravné prostředky (např.

⁴¹ Challenges in long-term care in Europe, A study of national policies; European Commission, 2018.

odvolání proti rozhodnutí kraje) si stanoví konkrétní kraj dle svého uvážení. **Mezi jednotlivými kraji tedy existují rozdíly mezi pravidly vstupu / výstupu ze sítě.** Snahou MPSV bylo upravit vstup a výstup do sítě jednotně, nicméně v rámci posledního návrhu novely Zákona nebyl tento návrh přijat. Nadále tak existuje několik různých systémů (nikoli 14, jako je počet krajů, ale přibližně pět až sedm, protože se jednotlivé kraje při tvorbě pravidel vzájemně inspirovaly), vycházejících mimo jiné i z krajských specifik – důsledkem jsou pak nejednotné podmínky pro poskytovatele napříč kraji, což dělá v praxi problémy především poskytovatelům, kteří působí ve více regionech.

MPSV dle RIA k aktuálně předkládané novele eviduje množství podnětů z praxe, které popisují, jak mezikrajové rozdíly (týkají se např. způsobu realizace finančních kontrol, nastavení podmínek dotačního řízení apod.) dokáží zkomplikovat poskytování sociálních služeb jednou organizací ve více krajích.

Zároveň **neexistuje provazba mezi stěžejním strategickým dokumentem pro oblast sociálních služeb, což je Národní strategie rozvoje sociálních služeb** (dále jen „NSRSS“) **a krajskými plány.** V důsledku toho pak není známa reálná potřebnost sociálních služeb v rámci České republiky. Rozvoj sociálních služeb je v důsledku výše uvedeného nekoordinovaný, a to i s ohledem na politické priority jednotlivých krajů i obcí. Systém je poměrně nepřehledný a administrativně náročný, zejména pak pro služby, jejichž působnost je ve více krajích.

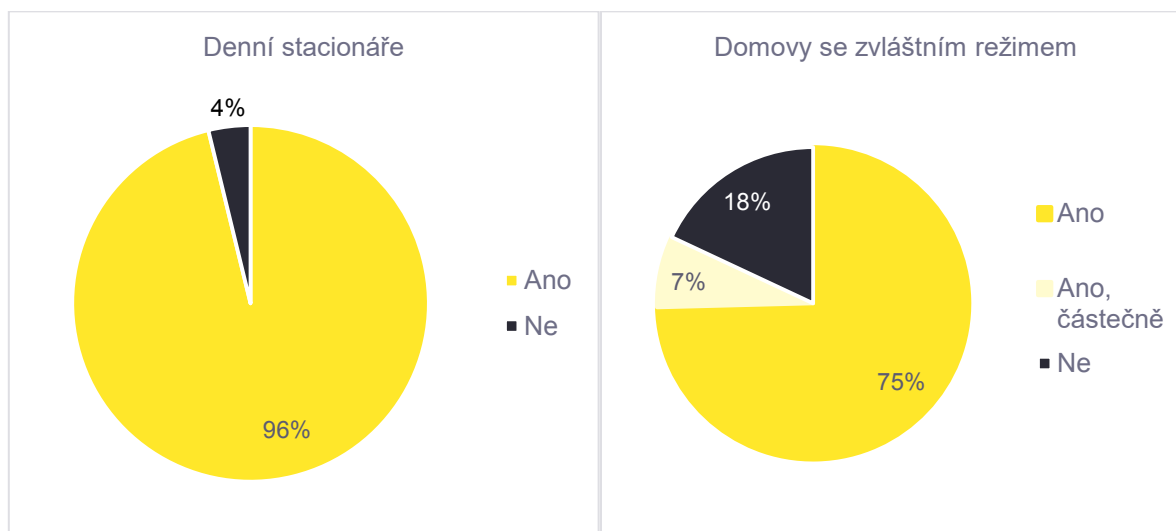
V aktuálně předkládané novele Zákona se síť upravuje na síť „garantovanou“ a tato má být výsledkem ujednání mezi příslušným krajem a ministerstvem. Na zajištění této sítě poskytuje kraji MPSV dotaci, a to dle kapacitních jednotek násobených normativem na příslušnou kapacitní jednotku a druh služby. Tento **postup poměrně značně mění úroveň odpovědnosti za zajištění služby v území, kterou má nyní kraj.** Pokud aktuálně předkládaná novela Zákona projde tak, jak je předkládána, **bude mít tuto odpovědnost nově namísto kraje ministerstvo.** Zároveň budou služby zařazované do sítě služeb nově soutěženy, což předpokládá hodnocení (a stanovení pořadí) služeb dle předem známých a transparentních kritérií.

Zastoupením jednotlivých druhů služeb nejsou kraje a jimi vytvořené sítě služeb porovnatelné, a to ani ty, které jsou svými charakteristikami obdobné (např. mají obdobný počet obyvatel či počet příjemců příspěvku na péči). **Stávající sítě samozřejmě částečně konzervují historický stav,** kdy sociální služby v území vznikaly spíše nahodile, bez zjevného propojení na konkrétní potřeby obyvatel daného území. **Toto je třeba při hodnocení sítě služeb reflektovat a obracet se spíše na aktuální a budoucí vývoj,** který by měl potřeby v rámci území zjišťovat, vyhodnocovat a uspokojovat (s přihlédnutím k disponibilním zdrojům veřejných rozpočtů).

Kraje se nabídkou služeb na svém území většinou snaží pokrývat potřeby svých občanů, nicméně například Ústecký kraj více preferuje rozvoj pobytových služeb sociální péče, na úkor pečovatelské služby, a to i přesto, že potřebnost pečovatelské služby je v kraji výrazně vyšší než u pobytových služeb.⁴²

Obecně se dá konstatovat, že **majoritní část poskytovatelů a jimi poskytovaných služeb je do sítě služeb zařazena,** jak ostatně vypovídají i výsledky **dotazníkového šetření.** Nejvyšší podíl zařazených služeb mají denní stacionáře (až 96 %), naopak nejnižší, i když pořád většinový, je u domovů se zvláštním režimem (75 %, Graf 39).

⁴² MPSV, Analýza financování sociálních služeb, 2019.



Graf 39: Podíl služeb dle zařazení do krajské sítě

Pokud služby zařazené do sítě nebyly, nejčastější odpovědí u všech dotazovaných služeb kromě denních stacionářů bylo, že **neznají důvod k nezařazení nebo vstup do sítě ani nezvažovali**. U denních stacionářů to bylo z důvodu naplnění plánovaných kapacit pro daný region, a tudíž pro zařazení další služby není definována potřeba.

Krajské sítě v letech 2015–2019 obecně nevykazují významný nárůst kapacit. Toto je však v rozporu s popsaným demografickým vývojem, který predikuje rostoucí potřebu sociálních služeb, a to i v tak krátkodobém horizontu.

Přestože je obecně přijímanou pravdou ze strany odborné veřejnosti to, že informace k síti služeb jsou ze strany krajů komunikovány nejasně, či pozdě, z dotazníkového šetření mezi poskytovateli vyplynulo, že většina poskytovatelů hodnotí situaci odlišně. Malé rozdíly jsou patrné mezi jednotlivými druhy služeb, kdy poskytovatelé služby domovy pro seniory častěji hodnotí informace jako vyčerpávající, ale zároveň včasné. Respondenti zastupující odlehčovací služby jsou ve svém hodnocení nejkritičtější v porovnání s ostatními druhy služeb. Za vhodné je považuje pouze polovina respondentů. Obecně ale respondenti hodnotí podávání informací kladně, jak shrnuje Tabulka 12.

	Denní stacionáře	Domovy pro seniory	Domovy se zvláštním režimem	Odlehčovací služby
Srozumitelně	83 %	83 %	86 %	74 %
Transparentně	63 %	71 %	72 %	56 %
Vyčerpávajícím způsobem	44 %	56 %	53 %	41 %
Včas	66 %	75 %	69 %	61 %
Vhodně	69 %	69 %	66 %	50 %

Tabulka 12: Podíl respondentů u jednotlivých služeb dle hodnocení podávání informací k zařazování do krajských sítí

3.7 Subanalýza 7: Porovnání terénních a pobytových služeb

Klíčové závěry

- ▶ Z prostého porovnání nákladů terénních a pobytových služeb vyplývá jednoduchý závěr, a to ten, že pobytové služby jsou významně dražší než terénní.
- ▶ Při porovnávání je však třeba konstatovat rozdíl v intenzitě péče, která je u pobytových služeb významně vyšší, navíc jsou zde poskytovány ubytovací, stravovací a jiné služby.
- ▶ Pro veřejného zadavatele tedy není apriori výhodnější podporovat terénní sociální služby, protože terén a pobyt poskytují jiný typ péče. Terénní služby, pokud suplují služby pobytové a mají být poskytovány nepřetržitě, jsou významně dražší pro klienta služby.
- ▶ Zajištění péče terénními službami je obvykle vhodné do určité fáze a významně souvisí s diagnózou klienta, terminálností stadia jeho onemocnění a dalšími faktory. Vždy je třeba reflektovat přání klienta a jeho blízkých.
- ▶ Stěžejní je vyjít ze zjištěných potřeb v rámci obyvatelstva a také z možností pečujících osob, jejichž počet se v důsledku popsaného demografického vývoje bude nadále snižovat na úkor osob v seniorském věku.

3.7.1 Porovnání terénních a pobytových sociálních služeb

Porovnání nákladovosti jednotlivých služeb bylo provedeno v rámci předchozích částí této analýzy. Z tohoto porovnání vyplývá, že **náklady na zajištění pobytových sociálních služeb jsou obvykle vyšší než u služeb terénních**. Zde je však nutné konstatovat, že **terénní sociální služba obvykle neposkytuje péči v celodenním a celotýdenním režimu (tzv. 24/7), kdežto služba pobytová ve valné většině ano**. I když se pobytové služby jeví jako vysoce nákladné, musíme si uvědomit, že péče je zde poskytována kontinuálně a jsou zde poskytovány také komplexní ubytovací, stravovací a jiné služby.

V této kapitole se zaměříme spíše na etické hledisko, tedy nakolik je vhodné a dlouhodobě udržitelné řešit sociálně nepříznivé situace občanů pomocí terénních, respektive pobytových služeb.

I kdyby byly pobytové služby nákladově efektivnější (k čemuž se snaží současný systém směřovat), kvalita života může být v těchto službách nižší, než je tomu v domácím prostředí. **Trendem, a i jednou z hlavních tezí Zákona, je zachovat pro klienty co nejvíce domácí a důstojné prostředí**. Většina lidí si přeje ve svém domově dožít, na druhou stranu existuje mnoho osob, které preferují pobytovou sociální službu před zajištěním péče v domácím prostředí. Důvodem může být obava ze ztráty intimity v rámci rodiny, zátěž, kterou svým blízkým klient způsobuje (finanční, časovou i sociální), ale i obava z konfliktních situací. Také Úmluva o právech osob se zdravotním postižením stát zavazuje zajistit lidem možnost zvolit si místo, kde chtějí žít, a ve zvoleném místě také zajistit potřebnou péči. Je však důležité akcentovat situaci konkrétního klienta, potažmo jeho rodiny a blízkého okolí a uzpůsobit mu službu co nejvíce na míru. V kontextu diagnóz je třeba konstatovat, že péče o klienta s demencí je v domácím prostředí možná jen do určité fáze onemocnění.

Při porovnávání terénních a pobytových sociálních služeb musíme mít na paměti několik hledisek:

- ▶ **Zvykový přístup k zajištění péče o osobu v nepříznivé sociální situaci** – při rozhodování je třeba vyjít z toho, jak je ve společnosti zvykem pečovat o své blízké – zda primárně v domácím prostředí, s využitím profesionální podpory, nebo naopak prioritně institucionálně, tedy prostřednictvím pobytových sociálních služeb
- ▶ **Volba klienta** – přestože si většina lidí přeje dožít ve svém domácím prostředí, není to pravidlem. Jsou i osoby, které z nejrůznějších důvodů preferují pobytovou službu. Často se jedná o obavu ze ztráty intimity, obavu z konfliktů v rodině, i obavu ze zátěže, kterou klient svým blízkým způsobuje. Významným fenoménem je též tzv. sociální osamělost, která může představovat motivaci odhadem až u 10 % klientů pobytových služeb. Důvodem volby může být i finanční situace klienta.
- ▶ **Nákladovost jednotlivých forem služeb** – stát by měl v souladu s principy Efektivnosti, udržitelnosti a hospodárnosti podporovat primárně ekonomicky efektivní řešení, ale i takové, které

odpovídá budoucímu požadovanému stavu. Pokud tedy stát rozhodne například o tom, že by se na péči významnou měrou měly podílet domácnosti (rodiny a blízké osoby klientů), pak by tyto měl podporovat.

- ▶ **Robustnost opatření pro osoby pečující doma** – pro zajištění péče o osobu blízkou musí být připraveny i podmínky pro osoby péči poskytující. Jedná se především o snadnou dopravní dostupnost služeb v místě bydliště, jejich finanční dostupnost, ochrana výpadku příjmu pečující osoby (včetně budoucího nároku na starobní důchod), ale i vzdělávání pečující osoby, její duševní hygiena apod.

I v rámci mezinárodního srovnání v kapitole 4.5.4 lze pozorovat, že se jednotlivé členské státy EU s touto problematikou vyrovnávají různě. Především ve Finsku a Rakousku je zřejmé, že setrvání klienta v domácím prostředí je nejvyšší prioritou, kterou umožní nejrůznější nástroje nejen v rámci systému sociálních služeb, ale i v rámci podpory zaměstnanosti a dalších.

Obecným problémem je navíc nedostatek odborných pracovníků ochotných vykonávat zaměstnání v sociálních službách. Na nedostatek pracovní síly je upozorňováno dlouhodobě, s úrovní zaměstnanosti v rámci České republiky v posledních letech se tento problém stal skutečně závažným. Souvisí i s úrovní odměňování v sociálních službách, která je ve srovnání s obdobnými obory stále poměrně nízká. Tuto problematiku detailně rozebíráme v kapitole 3.4.

Pro zajištění srovnatelné péče terénními službami je potřeba více pracovníků než v případě služeb pobytových, a to z časového hlediska. Pracovník pobytové služby za den poskytne péči více klientům než pracovník terénní služby, který část své pracovní doby stráví cestou za klienty.

3.8 Subanalýza 8: Zhodnocení kvalitativního standardu v sociálních službách

Klíčové závěry

- ▶ Zákon v současném znění nedefinuje kvalitu sociálních služeb.
- ▶ I čeští poskytovatelé zavádějí do svých služeb nejrůznější nadstavbové modely kvality.
- ▶ Definice kvality, respektive kvalitativního standardu, je předpokladem pro umožnění definice a realizace nadstandardu.

V této kapitole se budeme věnovat primárně popisu toho, jak funguje nastavení standardu kvality sociálních služeb v České republice, nakolik poskytovatelé sociálních služeb využívají možnost zavedení nadstavbových modelů kvality a zda existují rozdíly v tom, jak je standard vnímán a implementován v rámci jednotlivých služeb a právních forem jejich poskytovatelů.

3.8.1 Současný stav, definice kvality v Zákoně

Kvalita sociálních služeb je v Zákoně definována pouze standardizovanými nástroji, zejména uplatněním Standardů kvality sociálních služeb. Kvalita sociálních služeb se ověřuje při výkonu tzv. inspekce sociální služby, kdy je plnění Standardů kvality bodováno. Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytované sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami (klienty).

Standardy nicméně zajišťují plnění pouze základního povinného standardu (zajišťujícího pouze bezpečí klienta a dodržování jeho základních životních potřeb a lidských práv). Příklady ze srovnatelného zahraničí a zároveň vývoj ve zvyšování výkonnosti a požadované kvality v sektoru služeb ukazují, že je třeba se do budoucna věnovat tématu kvality sociálních služeb důkladněji. **Roste také počet klientů (včetně budoucích), kteří jsou ochotni si za nadstandardní služby připlatit,** nicméně Zákon toto

prozatím explicitně nezavádí (pouze v § 71 odst. 3 je v Zákoně uvedena možnost úhrady za službu jinou osobou než klientem, nikoli však za nadstandardní služby⁴³).

Na rozdíl od jiných veřejných služeb (srovnej zdravotnictví, školství) neumožňuje systém sociálních služeb klientovi stát se samoplátcem. Ve své podstatě Zákon znemožňuje adekvátně reagovat na poptávku klientů a prosazuje uniformní péči, definovanou Zákonem. I v tomto směru by měl systém respektovat volbu klienta tak, jak je mu celý jeho život umožněna. Tedy tomu, kdo chce a disponuje volnými finančními prostředky, umožnit zajistit si poskytnutí péče jinak, než prostřednictvím systému sociálních služeb (například v domácím prostředí s celodenní péčí, v luxusním zařízení, které odpovídá svým charakterem spíše hotelu apod.).

3.8.2 Nadstavbové modely kvality

Zákon prozatím neumožňuje dosahovat vyšších kvalitativních standardů (a za ty pak například vybírat od klientů služeb vyšší úhrady za poskytované služby), nicméně **i v České republice jsou zaváděny nejrůznější nadstavbové modely kvality**. K zavedení nadstavbového modelu kvality může poskytovatele vést vnitřní motivace ke změně, ale i tlak zvenčí (např. od střešních organizací).

Vnitřní motivací se zdá mimo jiné možnost naučit se poskytovat služby inovativním způsobem, reflektovat parametry, které do Standardů kvality vůbec nevstupují, zefektivnit procesy ve službě a další. Často je také zavádění nebo změna modelů kvality tažena příchodem nového vedení služby či organizace.

Důvody pro zavádění modelů kvality, které přišly primárně zvenčí, jsou často důsledkem nějakého tlaku, například možnost účastnit se evropského projektu (a vyzkoušet například nové metody práce) nebo financování od donátora, který požadoval doložení / prokázání naplňování předem definované kvality (může se jednat například o nadační financování či podobně). Často se jednalo o inspiraci ze zahraničí, či přímo přeshraniční spolupráci.

Zahraníční zkušenosti jsou velmi důležitým hnacím motorem na cestě ke kvalitě. Jsou nejen cenným zdrojem inspirace, ale i ověřením toho, že mnohé modely dobře fungují a jejich zavádění není třeba se obávat. V českém prostředí nestandardní je podpora sociálních inovací z odboru realizací projektů ESF na MPSV, která je příležitostí pro poskytovatele, jak přenést a případně rozvinout inovační model dle potřeb organizace.

Důvodem pro zavedení nadstavbových modelů kvality může být i snaha oslovit potenciální uživatele, případně přesvědčit donátory a zadavatele služeb. Celkově lze i tento motiv hodnotit pozitivně, nicméně hrozí riziko pouze formálního zavedení kvůli zlepšení PR.

Dle Analýzy modelů kvality pro MPSV z roku 2019 je zřejmé, že část poskytovatelů sociálních služeb (v rámci analýzy bylo provedeno dotazníkové šetření mezi poskytovateli, zkušenost uvedlo 20 % respondentů) má se zaváděním nadstandardních modelů kvality nějakou zkušenost.

Z neznámějších modelů lze jmenovat například Značku kvality, Certifikát Vážka, ISO 9001, Benchmarking či E-Qalin. Některé z těchto modelů jsou využívány i ve srovnávaném zahraničí.

Problémem je však neporovnatelnost jednotlivých modelů. Pokud uvažujeme, že plnění standardů kvality by mělo a mohlo dát klientům možnost vybrat si takové zařízení, které odpovídá jejich potřebám, musí být systém transparentní a informace o úrovni kvality zařízení dostupné a srovnatelné mezi zařízeními navzájem. To současný systém neumožňuje a plnění kvality pak pozbývá svého smyslu směrem ven z organizace.

3.8.3 Úprava standardu a nadstandardu v Zákoně

Již v minulosti **existovala snaha zavést definici standardu do Zákonu**. Příslušná novela Zákonu však nebyla v legislativním procesu schválena a standard kvality tak prozatím v Zákoně definován není.

⁴³ Poskytovatel sociální služby se může dohodnout na spoluúčasti na úhradě nákladů s osobou blízkou osobě, které je sociální služba poskytována, popřípadě s jinou fyzickou osobou nebo s právnickou osobou, pokud osoba, které je sociální služba poskytována, nemá vlastní příjem nebo její příjem nepostačuje na úhradu nákladů.

Argumentem proti zavedení byl nedostatek finančních prostředků na plnění tohoto standardu, příliš ambiciózní hodnoty či dlouhá doba odložení účinnosti parametrů pro stávající služby.

Při zavádění jakéhokoliv modelu standardu je tedy třeba mít na paměti několik aspektů:

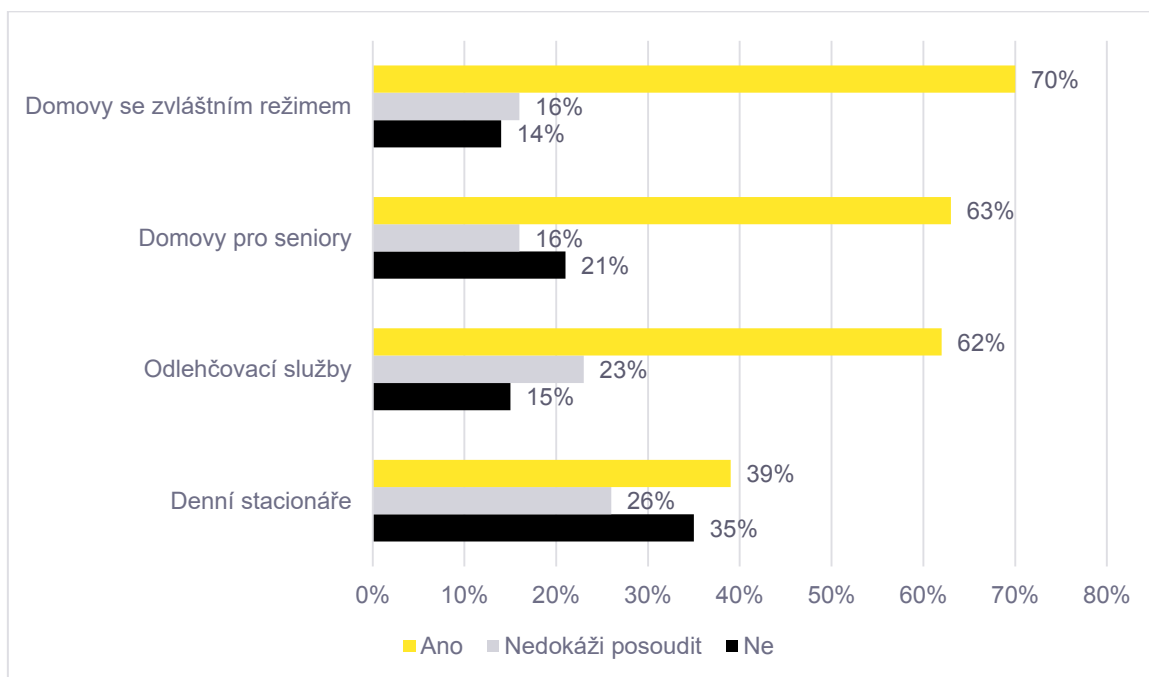
- ▶ Je třeba **zachovat lidskou důstojnost**, plnění lidských práv a další – ve společnosti existuje obava, aby nově vytvářený standard neznamenal menší dostupnost služeb pro běžné (z příjmového hlediska) skupiny obyvatel.
- ▶ Je třeba **rozhodnout o tom, kdo se bude podílet na úhradě nákladů souvisejících se zvýšeným nadstandardem** (zdali pouze klienti, jejich osoby blízké, či bude část hrazena z veřejných zdrojů).
- ▶ Při zvyšování minimálního standardu je nutné reflektovat stávající stav (v ČR se jedná například o stav některých pobytových služeb sociální péče, které jsou historicky poskytovány v nevyhovujících budovách původních zámků apod.) kapacit sociálních služeb a úpravy standardu provádět s vědomím tohoto stavu.
- ▶ Je třeba **model kvality důsledně komunikovat**, a to především s praktickými realizátory změn, tedy zaměstnanci sociálních služeb.

V aktuálně předkládané novele Zákona je nově definován materiálně technický standard. Vychází primárně z původního návrhu, který byl dále upraven a definuje materiálně technický standard pro vybrané druhy sociálních služeb (domovy, chráněné bydlení, odlehčovací pobytové služby a azylové domy).

Zavedení standardu je prvním krokem k případné možnosti poskytování nadstandardních služeb (za úplatu), při dodržení standardu, který je plošně poskytován klientům sociálních služeb bez rozdílu postavení (ať už z hlediska příjmu, věku, cílové skupiny či podobně).

Standard služeb musí být jasně definovaný základní nárok na řešení, které se hradí z veřejných zdrojů a je dostatečně kvalitní, efektivní a účinné. Vedle toho pak mohou v rámci nadstandardu existovat alternativy, které jsou v určitých aspektech odlišné.

Z dotazníkového šetření plyne, že zavedení nadstandardu by ocenili především poskytovatelé pobytových sociálních služeb. U této formy služeb dává z hlediska nákladovosti nadstandard největší smysl, i když podporu má u všech analyzovaných druhů sociálních služeb. U domovů se zvláštním režimem by zavedení nadstandardu podpořilo až 70 % poskytovatelů, zatím co pouze 13 % je proti (zbylý podíl respondentů nedokáže posoudit). Podobné výsledky se vyskytovaly i u poskytovatelů domovů pro seniory a odlehčovacích služeb. U domovů pro seniory by nadstandard podpořilo 63 % poskytovatelů, ale zároveň by více jak pětina (21 %) byla proti. Porovnatelně by nadstandard podpořilo 62 % respondentů z řad odlehčovacích služeb, 14 % nikoli. Nejmenší, i když pořád víc než třetinovou (39 %) podporu má nadstandard u poskytovatelů denních stacionářů, 35 % respondentů je proti (Graf 40).



Graf 40: Podpora zavedení nadstandardu za vyšší/ smluvní úhrady u jednotlivých služeb z dotazníkového šetření

Pokud budeme akcentovat etické hledisko, měl by se nadstandard týkat především jiných aspektů služby, než je péče samotná, neměl by se tedy týkat kvality služby jako takové, ale například aspektů jejího poskytování. Nadstandard by mohl být poskytován například v rámci ubytování (jednolůžkové pokoje s větší výměrou, lepším vybavením) nebo stravy (prémiové potraviny, bio potraviny). Pokud by měl být nadstandard zaveden na úrovni péče, musela by být definována péče tzv. standardní, tedy standardní množství úkonů péče odpovídající danému typu klienta. Standardní péče by totiž musela reflektovat věk klienta, míru závislosti a specifické diagnózy tak, aby odpovídala potřebám klienta co nejlépe. Nadstandardní péče by pak znamenala vyšší počet úkonů shodného typu, ale nikoli rozdílnost kvality (např. prostřednictvím více kvalifikovaného personálu).

Obdobný model lze vysledovat například ve zdravotnictví, kde byl nadstandard (především materiálový) zaveden v roce 2012, ale byl ústavním soudem zrušen. Z nálezu Ústavního soudu lze však vyvodit řadu postupů, uplatnitelných pro sociální služby. Nález jasně říká, že otázka nadstandardu nemůže být otázkou kvality. Nadstandard neznamená kvalitnější péči, ale z nějakého objektivně daného důvodu jiný vhodný způsob léčby. Což znamená, že pokud má pacient onemocnění, standardem je, že je dostatečně kvalitně, efektivně a účinně léčeno primární onemocnění, se kterým pacient přišel. Pokud existuje alternativní řešení, jaké v současnosti systém ani nenabízí, a pacient by toto řešení rád zvolil, není důvod, aby mu toto bylo odpíráno.

Neznamená to, že to standard je to levnější a horší a nadstandard je dražší a kvalitnější. Pojistka pro zajištění elementárního kvalitního, účinného a efektivního řešení musí existovat. Pokud toto nějaký subjekt nebude dodržovat, musí být sankcionován.

Co se týče porovnání sociálních služeb existujících, lze konstatovat, že **vyššího standardu z pohledu materiálně technického** (počet jednolůžkových pokojů, pokojů s vlastním sociálním zařízením apod.) **dosahují obvykle nově zřízené služby**, které jsou již **budovány v souladu s moderními požadavky na soukromí klienta** a zabezpečení co nejvíce domácího prostředí.

Dle výsledků dotazníkového šetření plyne, že až 90 % domovů pro seniory již disponuje jednolůžkovým pokojem. Domovy se zvláštním režimem mají k dispozici jednolůžkový pokoj v 76 % zařízeních. Počty jednolůžkových pokojů jsou však nižší než počty vícelůžkových pokojů. U obou převažují pokoje s vlastním sociálním zařízením, výrazněji u domovů pro seniory, kde je přibližně o 66 % více pokojů s vlastním sociálním zařízením oproti pokojům se společným sociálním zařízením. V případě domovů se zvláštním režimem je to o 46 % více.

Kvalitu služby však nejzásadněji ovlivňuje její personální zabezpečení. Dostatečný počet odborného personálu s odpovídajícími kompetencemi zajistí efektivní doručení služby. Odborný personál se musí povinně vzdělávat a nároky na něj jsou ve srovnání s jinými profesemi poměrně značné. Zároveň, jak

uvádíme také v kapitolách 4 a 5, je odborného personálu v sociálních službách dlouhodobý nedostatek a úroveň odměňování neodpovídá náročnosti práce a požadavkům na další vzdělávání.

Problémy se zajištěním dostatečného počtu odpovídajícího personálu uvádí značná část respondentů. Největší část z nich by prostředky z vyšších úhrad od klientů použila právě na pobídky vůči personálu, kdy na zvýšení počtu personálu přímé péče by finanční prostředky získané z nadstandardu použilo až 59 % domovů pro seniory a 52 % odlehčovacích služeb. U denních stacionářů by více personálu přímé péče financovalo 47 % respondentů, nejméně (i když pořád značná část) je to překvapivě u domovů se zvláštním režimem, a to 43 %. V případě zavedení nadstandardu u denních stacionářů by kromě podpoření počtu personálu přímé péče 30 % využilo finanční prostředky na úpravu zázemí domova a 30 % jako zdroje na investice. Investice se objevily i v odpovědích domovů pro seniory a odlehčovacích služeb, prostředky z nadstandardu by na ně použila necelá třetina respondentů (27 % u obou druhů služeb). U domovů se zvláštním režimem by 22 % respondentů prostředky využilo na úpravu zázemí domova, a čtvrtina by upravila kapacity domova na jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje.

Se zavedením standardu sociálních služeb a případným využitím nadstandardu souvisí i otázka úhrad za poskytnutí sociální služby. Úhrady jsou významným příjmem poskytovatelů sociálních služeb (v průměru tvoří přibližně 20 % zdrojů financování sociálních služeb) a jsou upraveny Vyhláškou. Jejich výše má reflektovat aktuální cenové hladiny, nicméně se od roku 2014 nikterak nezměnila, i když vývoj cen proběhl značný (kumulativní míra inflace mezi roky 2014-2019 byla 8,8 %).⁴⁴

VYHLÁŠKA č. 505/2006 Sb. – změny úhrad za služby od jejího vzniku		
ROK	ÚHRADA ZA STRAVU	ÚHRADA ZA UBYTOVÁNÍ
2006	150 Kč	160 Kč
2007	nebylo navýšeno	180 Kč
2008	nebylo navýšeno	nebylo navýšeno
2009	nebylo navýšeno	nebylo navýšeno
2010	160 Kč	200 Kč
2011	nebylo navýšeno	nebylo navýšeno
2012	nebylo navýšeno	nebylo navýšeno
2013	nebylo navýšeno	nebylo navýšeno
2014	170 Kč	210 Kč
2015	nebylo navýšeno	nebylo navýšeno
2016	nebylo navýšeno	nebylo navýšeno
2017	nebylo navýšeno	nebylo navýšeno
2018	nebylo navýšeno	nebylo navýšeno
2019	nebylo navýšeno	nebylo navýšeno

Tabulka 13: Změny úhrad za služby (MPSV)

V aktuálně předkládané novele Zákona MPSV upravuje také oblast úhrad. Navrhované navýšení je výsledkem debat mezi zainteresovanými aktéry (mimo jiné i Zadavatele). Rizikem spojeným s navyšováním úhrad je fakt, že plnou výši navrhované zvýšené úhrady by mohlo uhradit méně uživatelů, než je tomu při jejich současné výši.

⁴⁴ Od roku 2014 se průměrná roční míra inflace zvýšila z 0,4 % na 2,8 % v roce 2019 (Český statistický úřad, 2020).

Uvažujme následující příklad ve službě domov pro seniory (kde je péče hrazena z příspěvku na péči, klientem přímo hrazeno je tedy ubytování a strava):

Úhrada za stravu měsíčně aktuálně: $170 \times 30 = 5\,100$ Kč

Úhrada za ubytování měsíčně aktuálně: $210 \times 30 = 6\,300$ Kč

Celkem: 11400 Kč

Úhrada za stravu měsíčně návrh: $190 \times 30 = 5\,700$ Kč

Úhrada za ubytování měsíčně aktuálně: $230 \times 30 = 6\,900$ Kč

Celkem návrh: 12 600 Kč

Průměrný důchod pro první čtvrtletí roku 2020 činil přibližně 14 400 Kč. Zákon stanoví, že klientovi musí zůstat z jeho příjmu 15 %, do služby by tedy z průměrného důchodu mohl odvést maximálně 2 160 Kč. Z uvedeného je patrné, že na navrhované výši úhrady klient s průměrným důchodem nedosáhne.

Jak ukazujeme na příkladu, pokud vyjdeme při stanovení výše úhrad z aktuální výše důchodů (senioři pobírající důchod jsou nejčastější cílovou skupinou služeb typu domov), je zřejmé, že navýšení přinese další finanční prostředky do systému, zásadní dopad na příjmy poskytovatelů sociálních služeb navýšení mít nebude.



Proto by bylo výhodnější stanovit úhradu dle příjmu klienta (ponechat tedy jen ochranu příjmu) a případně horní hranici úhrady, která by reflektovala skutečné náklady vzniklé v souvislosti se zajištěním stravy a ubytování. Tak by se zachovala ochrana příjmu klienta a zároveň by bylo možné vybrat od vysokopříjmových klientů více.

3.8.4 Pohled do zahraničí

Definování kvality v dlouhodobé péči může být náročné. Země mohou zavádět ex-ante předpisy a monitorovací systémy za účelem dodržování kritérií kvality, nicméně některé země navíc vytvářejí příznivé podmínky pro prosazování procesů sebezlepšování a podporu kolektivního posuzování složek kvality. Například EU zeměmi chybí dohodnuté ukazatele o kvalitě života uživatelů služeb v dlouhodobé péči. Předpokladem jakéhokoli vyhodnocování je sběr standardizovaných dat, která jsou porovnatelná, v kombinaci s mechanismem pravidelných zpětných vazeb týkajících se výkonu. Obecným trendem je posun k integrované zdravotní a sociální péči. Potřeba spolupráce mezi různými poskytovateli a potřeba integrace služeb roste. Měření kvality by tak mělo probíhat nejen uvnitř, ale také mezi zařízeními navzájem.

Rozsah a kvalita služeb ve veřejných i soukromých pečovatelských domech se mezi zeměmi liší a u většiny hodnocení převažuje tendence se zaměřovat na aspekty kvality, které jsou snáze měřitelné. Rozdíly jsou pozorovány z hlediska nároků na:

- ▶ možnost mít samostatný jednolůžkový pokoj,
- ▶ úroveň hygieny,
- ▶ možnosti výběru jídla a aktivit rezidentem,
- ▶ přístup personálu,
- ▶ výživu, kontinuitu péče, preventivní zdravotnickou péči a pečovatelskou praxi atd.

Jedním z ukazatelů kvality pobytových služeb je **počet míst v rámci pobytové služby**. Na příkladu Rakouska a Slovenska můžeme demonstrovat (data pro Finsko nebyla k dispozici), jak se tento ukazatel liší v závislosti na majiteli služby. Soukromá zařízení fungují více v rodinném duchu a lze očekávat i lepší kvalitu služeb. Obrázky níže naznačují, že veřejné služby jsou kapacitně větší než jejich soukromé protějšky (Eurofound, 2017).

Slovensko, rok 2013

Rakousko, rok 2010



RAKOUSKO

V Rakousku není zaveden jednotný národní systém hodnocení kvality sociálních služeb, zodpovědnost je na spolkových zemích.⁴⁵ Jednotlivé spolkové země tvoří vlastní legislativu, která má zajistit naplňování následujících kritérií daných státní úmluvou z roku 1993, která musí být zřizovateli sociálních služeb zajištěna:

- ▶ dostatečná kapacita služeb zajišťující svobodnou volbu pro klienta;
- ▶ provázanost služeb a logická návaznost;
- ▶ dostupnost základních služeb o víkendech a svátcích;
- ▶ požadavky na lůžkové kapacity v případě pobytových služeb.

Kvalitu sociálních služeb lze z velké části odvozovat od jejich **personálního zajištění**. V Rakousku je znatelné propojení zdravotní a sociální péče. Příslušníci obou profesí při péči o klienta úzce spolupracují, přičemž u všech pracovníků v sociálních službách jsou zajištěny alespoň minimální zdravotnické znalosti. Pro institucionální péči jsou pevně stanoveny počty zaměstnanců v sociálních zařízeních. Jejich výši stanovují zákony jednotlivých zemí vzhledem ke skladbě klientů. Zákony také stanovují počty hodin dalšího vzdělávání a požadovanou kvalifikaci. Ve formální péči se jeví jako problematické obsazování pracovních míst dočasnými pracovníky z jiných zemí. U **neformální péče** poskytují pomoc osobám vyžadujícím péči z 80% rodinní příslušníci, a to zejména ženy.⁴⁶ Vzhledem k vysokému podílu neformální péče a společenským změnám by bylo přínosné mapování výzev, kterým čelí příbuzní ve snaze kombinovat výdělečné zaměstnání s úkoly dlouhodobé péče. Již v roce 2015 bylo Rakousko vyzváno Evropskou komisí, aby posílilo formální poskytování dlouhodobé péče za účelem zlepšení participace žen a starších osob na trhu práce.

U **domácí péče** hodnotí certifikovaní ošetřovatelé kvalitu poskytovaných služeb na základě modifikované metodologie ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit).⁴⁷ Kvalita je hodnocena na základě 6 dimenzí: funkčnost ubytování, osobní hygiena, kvalita lékařské péče, výživa a hydratace, čistota ubytování, aktivity a sociální participace.

V oblasti **pobytové péče** byl vypracován „**Národní certifikát kvality** pro domovy pro seniory a domy s pečovatelskou službou“ jako jednotný nástroj objektivního hodnocení kvality služeb. Certifikát je dobrovolnou externí certifikací určenou pro pečovatelské domy se zavedeným systémem managementu kvality. Stěžejní body hodnocení představují kvalita života klientů a kvalita práce ošetřovatelů. Cílem je učinit kvalitu pečovatelských domů viditelnou a transparentní a poskytnout pobídky za zvýšenou kvalitu pomocí výměny dobré praxe a zvýšené vizibility certifikovaných poskytovatelů. Vzhledem k svobodné volbě klientů mezi poskytovateli a typy služeb, na základě této certifikace mohou uživatelé snadno získat informaci, zda dům s pečovatelskou službou splňuje požadovaná kritéria. V domovech pro seniory je dále využíván **systém řízení kvality E-Qalin (European Quality Improvement and Innovative Learning in Residential Care for Older People)**, jehož základem je

⁴⁵ Případová studie vzdělávání pracovníků v sociálních službách v Rakousku; MPSV, 2018.

⁴⁶ Almost half of Austrian women work part-time to provide informal care; Eurofound, 2019.

⁴⁷ <https://www.pssru.ac.uk/ascot/>

proces sebehodnocení kvality uvnitř organizace zapojením všech stakeholderů do hodnocení a zlepšení struktury, procesy a výsledky Součástí systému je poskytnutí speciálního školení relevantním stakeholderům pro zlepšení komunikace, sociálních kompetencí a systémového myšlení. E-Qalin nepředepisuje konkrétní standardy k naplnění. Nicméně v důsledku jeho zavedení řada domovů našla klíčové výkonové indikátory, které používají pro strategické řízení organizace.

Dále mají některé organizace zavedený **systém ISO** či **systém QAP** („Qualität als Prozess“, kvalita jako proces). Kontrola kvality probíhá pomocí tzv. domovního dohledu jednotlivých spolkových zemí, který kontroluje splnění zákonně upravených požadavků. Dále byla zřízena tzv. zastupitelství pro péči („Pflegerwaltschaft“), která fungují jako nezávislé orgány řešící stížnosti klientů nebo jejich příbuzných.⁴⁸

SLOVENSKO

Do roku 2014 slovenská národní legislativa nedefinovala pojem standardu kvality, ale **podmínky kvality poskytované sociální služby**, které se hodnotily ve třech oblastech:

- ▶ **procedurální podmínky** – zaměřené na hodnocení postupů a pravidel poskytování dané služby;
- ▶ **personální podmínky** – zaměřené na postupy nábory, vzdělávání a hodnocení zaměstnanců;
- ▶ **provozní podmínky** – dodržování základních podmínek pro důstojný pobyt, adekvátní vybavení a řádné hospodaření dané služby

Každá oblast obsahuje definice standardů, jejich kritéria a indikátory plnění (na rozdíl od České republiky, kde definice standardů a indikátorů plnění chybí). Kompetence hodnocení výše uvedených podmínek spadá pod Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny Slovenské republiky. Kontroly mají provádět pověřené státní zaměstnanci a přizvaní odborníci pro jednotlivé oblasti hodnocení. Účinnost uplatňování hodnotitelské činnosti ze strany ministerstva však byla na základě několika legislativních kroků opakovaně posouvána.

Přijetím novely zákona o sociálních službách účinné od ledna 2014, došlo k **vymezení kvality v sociálních službách jako normy**, kdy se dosažené výsledky porovnávají s očekávanými. Základem uplatňování tohoto přístupu se stala formulace 21 kritérií a standardů pro jednotlivé podmínky kvality organizovaných do čtyř oblastí (základní lidská práva a svobody, procesní, personální a provozní podmínky) a následných 21 indikátorů měření.

Systém hodnocení kvality a definovaných standardů v sektoru sociálních služeb byl spuštěn od září 2019. Implementace systému byla zpožděna kvůli skutečnosti, že mnoho poskytovatelů nebylo schopno splnit požadovaná hodnotící kritéria v souvislosti se stávající úrovní finanční podpory.

Významným aspektem v rámci hodnocení kvality je kvalifikovanost pracovníků v sociálních službách. Zákon vymezuje okruh pracovních činností a kvalifikační předpoklady, které jsou potřeba k jejich provádění. Sektor dlouhodobé péče na Slovensku trpí ovšem nízkými mzdami, což vede k nedostatečné nabídce pečovateli na trhu práce. Velké množství ošetřovatelů (především žen) pracuje v zahraničí (hlavně v Německu a Rakousku), aby si vydělali adekvátní příjem. Slovensko má také nejnižší poměr pracovníků v dlouhodobé péči na 100 lidí ve věku 80+ (cca 0,5). V pobytových službách se poměr pohybuje okolo 0,1 pracovníka (FTE) na klienta.⁴⁹

FINSKO

Finsko má dlouhou tradici shromažďování informací o zdraví a životních podmínkách obyvatel.

Za akreditaci a supervizi dlouhodobé péče je zodpovědná vláda. Akreditace je povinnou podmínkou pro veřejné financování. Za monitorování kvality v sociálních službách jsou odpovědné obce.

⁴⁸ Achieving quality long-term care in residential facilities; J. Wallner, 2010.

⁴⁹ ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care, Slovakia; European Commission, 2018.

Oficiální finské statistiky sledují povinná hlášení o pobytové péči (včetně ústavní péče a 24hodinového chráněného bydlení) a roční průřezový sběr dat týkající se klientů v domácí péči. Tato data jsou shromažďována a vykazována na celostátní úrovni, ale nezahrnují ukazatele bezpečnosti a kvality. Nejrelevantnější ukazatele kvality jsou odvozeny z dobrovolného posuzování **RAI (Resident Assessment Instrument)**. Údaje z RAI pokrývají 40 % ústavní péče a 30 % služeb domácí péče.⁵⁰ Hodnocení se provádí pro oblast personálního zajištění a životních podmínek v zařízeních dlouhodobé péče. Součástí hodnocení je např. velikost pokojů nebo dostupnost toalety a její umístění.⁵¹ Místní úřady často vyžadují informace založené na hodnocení RAI jako součást smluv o nákupu služeb ústavní péče.

Municipality i organizace si mohou samy zvolit mechanismus hodnocení kvality, který je průběžný nebo sporadický. Vedle výše uvedeného nástroje RAI jsou oblíbenými nástroji hodnotící systémy založené na Total Quality Management (TQM) principech a Balanced Score Cards.

Sebehodnocení a motivace: U soukromých sociálních služeb zákon vyžaduje, aby poskytovatel vypracoval plán vlastního monitorování, který zajistí kvalitu nabízených služeb. Sebehodnocení vede k odpovědnosti a sebemotivaci. Plán musí uvádět požadavky na kvalitu poskytovaných služeb i požadavky na jejich provozní zajištění. Důležitou součástí je stanovení způsobu, jak mohou klienti poskytovat zpětnou vazbu, a jak je zpětná vazba využívána k rozvoji dané služby.

Finsko je jednou z mála zemí OECD, která má **národní rámec kvality pro péči o seniory**. Rámec určuje klíčové dimenze kvality péče, jako je prevence a včasná intervence, komplexní hodnocení a pracovní síla a normy, které mají být splněny. Směrnice je vydaná Ministerstvem zdravotnictví a sociálních věcí a pomáhá obcím sledovat dosažení souboru cílů pro péči o seniory a snížení rozdílů v kvalitě napříč municipalitami. Vedle toho existuje národní kurikulum pro poskytovatele dlouhodobé péče s programem odborného vzdělání, který trvá tři roky. Tato doba je jednou z nejdelších v rámci OECD.

Definování standardu v sociálních službách je ve Finsku politické téma. Kvalita péče je v pobytových zařízeních na vysoké úrovni, nicméně zákonem definovaný minimální standard materiálního i personálního zabezpečení klade na poskytovatele nároky, které především veřejní poskytovatelé mají problém ufinancovat. Zvýšené náklady vyžadují například následující opatření:

- ▶ nárok klienta na samostatný pokoj (s výjimkou partnerských párů, které chtějí bydlet dohromady);
- ▶ zákonné minimum 0,5 pečovatele na 1 klienta (v následujících letech by se měl tento poměr ještě zvýšit na 0,7, což povede k výraznému nákladovému zatížení).

Finsko se snaží o **maximální transparentnost systému**. Vzniká tak řada iniciativ, které zlepšují informovanost. Například National Broadcasting Company (Yle) poskytuje bezplatnou aplikaci pro monitorování služeb v každé obci, zvané „vanhusvahti“ (dohled nad staršími),⁵² s cílem zapojit celou zemi do dohledu nad kvalitou služeb pro seniory. Tato iniciativa je v souladu s obecnou myšlenkou zapojení klientů do monitorování kvality služeb, které zastřešuje Zákon o sociální péči. V roce 2011 také vznikla webová stránka www.palveluvaaka.fi financovaná z veřejných prostředků a vyvinutá ve spolupráci se stakeholdery ze sociální a zdravotnické péče. Stránka poskytuje informace o tom, jak jednotlivé sociální a zdravotní služby fungují. Internetový uživatel si může porovnat různé služby, zjistit statistiky a data v dané oblasti a ohodnotit jejich služby. Palveluvaaka.fi zahrnuje informace ohledně zdravotnictví a sociálních služeb v pobytových domech a ubytovacích střediscích.

⁵⁰ A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care; OECD, 2013.

⁵¹ Achieving quality long-term care in residential facilities; J. Wallner, 2010.

⁵² ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care, Finland; European Commission, 2018.

4

Závěry analýzy a shrnutí doporučení



4. Závěry analýzy a shrnutí doporučení

Zpracování **Analýzy segmentu sociálních služeb** společností EY vycházelo ze zadání APSS. Cílem bylo poskytnout náhled na současný stav a vývoj segmentu především pobytových sociálních služeb v České republice, se zvláštním zřetelem na srovnání se zahraničím a posouzením vstupu soukromého kapitálu do daného segmentu trhu.

Naším záměrem bylo **na základě provedených analýz a predikcí** do budoucna **popsat současný systém s identifikací slabých míst a ohrožení a navrhnout doporučení** k jejich eliminaci. Inspiraci jsme mimo jiné čerpali v zahraničí, kde jsme na vybraných evropských zemích (Finsko, Slovensko a Rakousko) analyzovali pozitivní i negativní příklady přístupů k financování a poskytování sociálních služeb.



Co tedy lze konstatovat na základě jednotlivých analýz?

Systém sociálních služeb je definován poměrně robustní legislativou, která akcentuje zejména:

1. dodržování **principů transparentnosti, účelnosti a efektivnosti** při provádění sociálních služeb,
2. **klienta a jeho nepříznivou sociální situaci coby středobod** toho, co by sociální služby měly svým působením řešit,
3. předpoklad **setrvání člověka (klienta) co nejdéle v domácím prostředí**. Zároveň však respekt ke klientově volbě toho, kde chce být při řešení vzniklé nepříznivé sociální situace umístěn.

Z provedených analýz plyne, že tyto stěžejní prvky jsou naplňovány následovně:

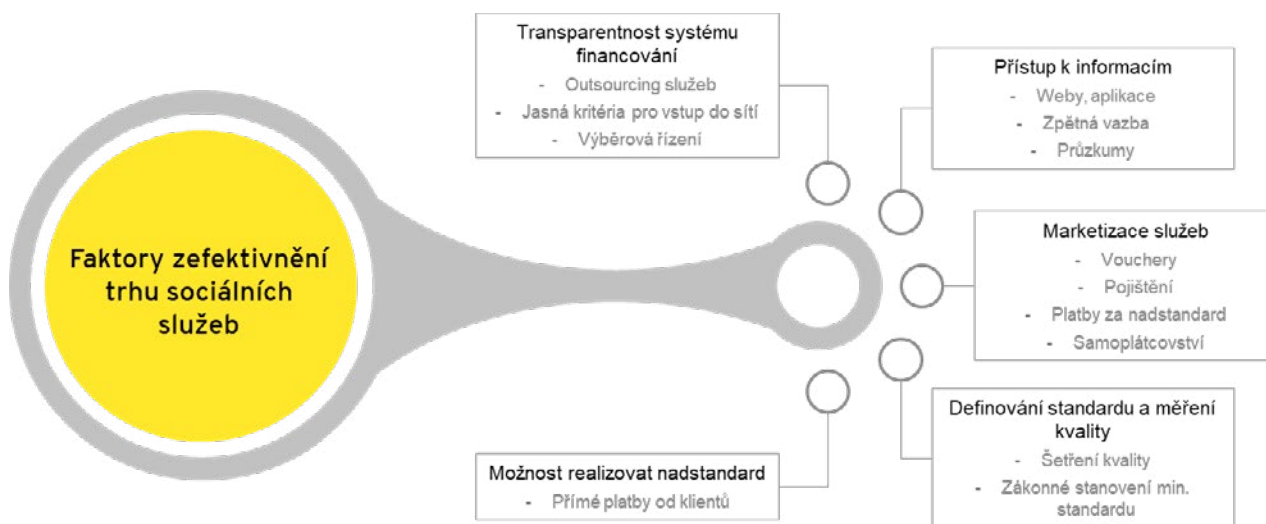
1. **Systém tak, jak je nyní nastaven, principy transparentnosti, účelnosti a efektivnosti dostatečně nerespektuje**. Přestože je stanoveno, že vstup do systému je možný pro poskytovatele všech právních forem a nákladovost sociálních služeb v rámci jednotlivých druhů by měla být srovnatelná (s přihlédnutím ke specifikům dané služby, například dané cílovou skupinou), z provedených analýz plyne, že tomu tak není. Jak mezi jednotlivými službami, tak mezi kraji existují významné rozdíly, které nelze přičíst odlišné struktuře obyvatel, příjemců příspěvků na péči či jiných tvrdých ukazatelů, ale spíše historickému vývoji a odlišnému způsobu financování jednotlivých druhů sociálních služeb. Síť služeb a jejich obsazování nejsou mezi kraji porovnatelné, vstup do sítě a možnosti odvolání jsou limitovány.
2. **Sociální služby dokáží reflektovat potřeby klientů** a reagovat na ně. **Informace o sociálních službách jsou však pro běžné občany hůře dostupné** a srozumitelné, klienti často neznají svá práva v kontextu sociální služby. Poskyvatelé naopak nemají možnost nabídnout standard za obdobných finančních podmínek, či uzpůsobit službu tak, aby odpovídala požadované potřebě konkrétního klienta. Již nyní je zřejmé, že v budoucnu budou k provádění kvalitní služby chybět odborní pracovníci.
3. **Přestože je dlouhodobým cílem zachovat důstojnost člověka** a umožnit mu zůstat co nejdéle v jeho přirozeném prostředí, **není síť především terénních služeb dostatečná a kapacity pobytových služeb** jsou již v tuto chvíli nedostatečné. Do budoucna bude tato nedostatečnost narůstat, a to především kvůli demografickému vývoji (stárnutí obyvatelstva a zvyšující se podíl seniorské populace s demencí). Na výstavbu nových kapacit navíc nejsou k dispozici dostatečné veřejné finanční prostředky. Ani soukromí poskyvatelé, kteří by tuto nedostatečnost mohli kompenzovat svými investičními vstupy do systému, nejsou k tomuto kroku motivováni. I zde navíc hrozí nedostatek odborného personálu.

Z uvedeného je tedy zřejmé, že segment sociálních služeb tak, jak je nyní definován, není dlouhodobě udržitelný a do budoucna, i s ohledem na demografické predikce, přestane plnit svou úlohu vůči občanům České republiky v takovém rozsahu, jako je tomu nyní. Už nyní je kapacita některých služeb neodpovídající.



Jaké faktory zefektivňují trh sociálních služeb?

Naše analýza a pohled do zahraničí identifikovaly následující hlavní faktory, které jsou rozepsány dále v textu:



Transparentnost systému financování a jeho dlouhodobá udržitelnost

Pro poskytovatele musí být vstup do systému sociálních služeb rovný, bez ohledu na jejich právní formu. Informace o tom, jak je služba financována, musí být dostupné a snadno dohledatelné, a to nejen pro poskytovatele, ale i pro donátory (včetně zadavatelů služeb z veřejné správy) a klienty služeb či jejich blízké.

Vzorem pro nastavení transparentního přístupu soukromých i veřejných poskytovatelů služeb k veřejnému financování může být Finsko. Podmínky jsou nastavené tržně, jako například:

- ▶ Outsourcing služeb a systém veřejných tendrů, do kterých se mohou hlásit soukromí i veřejní poskytovatelé za stejných podmínek. Soukromý kapitál je důležitý pro financování investic, například budov a speciálního vybavení. Výstavba domova vyžaduje velké množství kapitálu, zatímco služby pomoci v domácnosti mohou být prováděny s menšími investicemi. V rámci výběrových řízení se kombinují kritéria ceny a kvality. Dochází tak přirozeně ke snižování nákladů a růstu kvality poskytovaných služeb.
- ▶ K tomuto stavu cílí dlouhodobě i Česká republika. V aktuální novele předkládá MPSV návrhy na úpravu síťování sociálních služeb, nicméně mezi stakeholdery doposud neexistuje shoda na tom, podle čeho služby hodnotit.
- ▶ Poukázky (vouchery), které umožňují svobodnou volbu poskytovatele sociální služby Klientem podle vlastní preference. Klienti poskytovateli platí přímo poukázkami, které obdrží od municipality. Místní úřad určuje hodnotu vouchery dle potřeby péče jednotlivců a odkazuje je na schválený seznam poskytovatelů služeb, ze kterého mohou vybírat. Cena pro uživatele by měla být stejná bez ohledu na to, zda je poskytovatel soukromý či veřejný subjekt. Zdravá soutěž vede k úsporám nákladů, spolupráci, inovacím a zvyšování kvality služeb. Voucher může mít nejrůznější formu, ať už přímé platby, vázané prostředky na sociální služby, digitální karta (s různými možnostmi využití pro občana) apod.

Tento přístup v České republice částečně supluje institut příspěvku na péči, nicméně jeho výše nepostačuje na úhradu nákladů služeb, které musí být dále dotovány z veřejných zdrojů.



Na opačném pólu spektra se nachází Slovensko, které nerovným nastavením podmínek financování pro veřejné a neveřejné poskytovatele vytvořilo diskriminační systém, který se řada poskytovatelů snaží obejít. Navíc je na Slovensku definována maximální kapacita domova na 40 lůžek, což se ukazuje jako nákladově neefektivní řešení). Soukromí poskytovatelé, kteří by mohli částečně řešit kapacitní deficity, poskytují služby bez státního příspěvku za ceny, které si nemůže dovolit většina zájemců o péči. Rozevírají se tak nůžky v dostupnosti dlouhodobé péče pro stále širší vrstvu obyvatel.

Tomuto trendu je třeba se důsledně vyhnout a snažit se o nejvyšší transparentnost systému, který je majoritně financován z veřejných zdrojů, a navíc obhospodařuje ty nejvíce zranitelné klienty, osoby v nepříznivé sociální situaci. Systém, jak je nastaven v České republice, by měl být v definovaném standardu dostupný plošně, bez ohledu na společenské postavení.



Přístup k informacím

Jedním z aspektů, který **zvyšuje transparentnost systému, je přístup k informacím** na straně uživatelů **ohledně nabídky, kvality a ceny za službu**.

Ze sledovaných zemí je ve sběru, vyhodnocení a zveřejnění informací **nejdále Finsko**. Na centrální i lokální úrovni probíhá řada šetření, ze kterých se následně interpretují požadavky na zajištění kapacity, kvality a rozsahu služeb. **Zájemci o péči mají ve Finsku přístup k informacím týkajících se nabídky služeb prostřednictvím bezplatných aplikací a webových stránek**. Klienti se mohou účastnit hodnocení kvality a poskytovat zpětnou vazbu. Poskytovatelé ve snaze získat klienta prezentují osvědčené postupy a vytvářejí produktivnější a zákaznický přívětivější služby.

V ostatních sledovaných zemích je dostupnost informací často nedostatečná a pro zájemce o péči nepřehledná. Informace chybí i na straně nákladů a výstupů u jednotlivých typů služeb. Změny v systému by se přitom měly realizovat na základě vyhodnocení nákladové efektivity a skutečných potřeb. Nutná je standardizace k přístupu sběru dat i vyhodnocení výsledků, aby byly porovnatelné.



Zlepšení přístupu k informacím by napomohlo i **lepší propojení systémů sociální a zdravotní péče**. Současné prolínání sociálních a zdravotnických zařízení ztěžuje celkovou orientaci v systému, relevantnost statistik, měření kapacit apod.

Změny v systému by se měly realizovat na základě vyhodnocení nákladové efektivity a skutečných potřeb uživatelů služeb. Nutná je **standardizace přístupu k sběru dat i vyhodnocení výsledků, aby byly porovnatelné a aby nemusely být vyplňovány vícečetně**, jako je tomu nyní (úroveň MPSV, kraj, obec a další donátoři). Lepší propojenost, spolupráce a sdílení informací je zcela zásadní pro dosažení synergií ze spolupráce a úspor nákladů.



Umožnění participace klientů v platbách za péči

Rakouský přístup ukazuje, že jasné určení očekávaných příjmů a nákladů na poskytované služby a možnost poskytovat nadstandard **nastavuje motivační prostředí pro vstup soukromého kapitálu a růst kvality poskytovaných služeb**. I finský model, který je tradičně založený na štedrém veřejném financování, umožňuje participaci klientů na péči tak, jak uvádíme výše. Služby jsou poskytovány zdarma i za poplatek, na základě příjmu a rodinné situace. **Kvalita péče je zajištěna přítomností soukromých poskytovatelů na trhu a rovným přístupem k financování** a svobodným výběrem služby klientem.

Oba výše uvedené systémy umožňují realizovat přímé platby od klientů, a tím dochází k větší motivaci pro vstup soukromých poskytovatelů do systému. Větší zapojení soukromého sektoru řeší problém nedostatečné kapacity u některých typů služeb (ČR, Slovensko) a potřebu nahrazení neformální péče, která nebude do budoucna udržitelná (Rakousko). **V Čechách je ovšem motivace soukromého sektoru omezená vzhledem k limitované možnosti zapojení se do sítě z důvodu nedostatečných veřejných rozpočtů**.

Úhrady od klienta v pobytových službách nestačí na pokrytí nákladů na dané místo a doplacení rozdílu není dle současné legislativní úpravy možné. Zařízení jsou tak závislá na dotacích od svých zřizovatelů či dalších zdrojů (státní rozpočet a fondy EU), které však nejsou poskytovány jednotně tak, že za stejnou službu ve shodné (porovnatelné) kvalitě obdrží poskytovatel stejnou dotaci. Tento fenomén činí z klientů těchto zařízení občany druhé kategorie, neboť jen proto, že jsou klienty soukromých (ale též neziskových) zařízení na ně nejsou poskytovány žádné či srovnatelné dotace jako na srovnatelné klienty pobytových sociálních služeb zřizované subjekty veřejné správy.

V České republice je úhrada klienta limitována zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon“), včetně Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách a další relevantní legislativní předpisy (dále jen „Vyhláška“). Stanovená úhrada je z principu dvojitá, definovaná jako maximální sazba a zároveň limit příjmu, který musí být klientovi ponechán v souvislosti s úhradou za poskytnutí služby. Odstranění dvojí ochrany příjmu klienta do systému zásadní finanční prostředky nepřinese, nicméně umožní od vysokopříjmových klientů vybrat vyšší úhradu. Část současných klientů však na vyšší úhrady nedosáhne, a to z titulu nízkého důchodu. Toto může být jak hrozbou, tak příležitostí do budoucna. Pokud si obyvatelé ČR nějakým způsobem nebudou šetřit na řešení nepříznivé sociální situace, která dle prognózy demografického vývoje čeká na jejich stále větší podíl, pak bude do systému nutné investovat ve vyšší míře z veřejných zdrojů. Je tedy žádoucí, aby se míra spolufinancování klientů proměnila a aby stát jasně komunikoval rostoucí potřebu kapacit sociálních služeb. Zároveň je vhodné uvažovat do budoucna o zapojení dalších zdrojů, jako je spolufinancování ze strany rodinných příslušníků a blízkých, nebo využití úspor či majetku klienta tak, jako je tomu například v Rakousku či Finsku.



S uvedeným souvisí i **možnost prostřednictvím plateb ovlivnit kvalitu služby.** Ať už tím, že bude vybrána na úkor ostatních služeb (tedy klient si vybere dle svých preferencí, které s cenou a kvalitou služby přímo souvisí), nebo jako nadstandard služby, za který si bude moci klient připlatit.

S uvedeným souvisí i **dlouhodobě diskutovaná otázka nového typu pojištění, které by klientům umožnilo hradit svou budoucí potřebu péče.** Vzhledem k tomu, že se dle popsané prognózy demografického vývoje v následujících letech dožije stále více lidí nepříznivé sociální situace, je nutné komunikovat i zvýšené náklady (jak veřejné, tak i soukromé) s tímto související. MPSV si již v roce 2015 k tomuto tématu nechalo zpracovat rozsáhlou studii, nicméně od té doby nedošlo k žádnému pokroku.



Definování standardu sociálních služeb a měření kvality

Definování standardu **přispívá k transparentnosti systému a k nastavení očekávání zapojených stakeholderů** (jak na straně donátorů, tak na straně uživatelů). Ve Finsku je nastavení standardu a jeho hodnocení používáno jako účinný nástroj pro zvyšování kvality služeb u veřejných i soukromých poskytovatelů. Sběr informací a jejich zveřejnění a zapojení uživatelů do hodnocení motivuje poskytovatele zvyšovat kvalitu služeb a snažit se být atraktivní pro klienta vzhledem ke konkurenčnímu prostředí. Uživatelé mají možnost využít řady informačních zdrojů (aplikace, webové stránky), kde získají komplexní přehled o balíčku služeb, cenách, dostupnosti a hodnocení.

V České republice standard definován není, poskytovatelé nejsou nikterak motivováni k jeho navyšování. Pro uživatele je systém vysoce nepřehledný, nejsou nastavena očekávání ohledně sociálních služeb.



Obecně zlepšování produktivity v dlouhodobé péči napomáhají iniciativy založené na možnosti úhrad za poskytnuté služby, jako jsou např. vouchery ve Finsku, které je možné uplatnit u akreditovaných konkurenčních poskytovatelů. Navíc se ukazuje pozitivní korelace mezi zaváděním nových technologií, uspokojením z práce a produktivitou. Institucionální **efektivitu podporují opatření jako jsou informační platformy pro poskytovatele a uživatele péče a sdílení informací** mezi vládními institucemi a dalšími stakeholdery.⁵³

⁵³ Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care; OECD, 2011.



Právní jistota při investování do budování sítě

Netransparentnost systému, složitost financování a nerovné podmínky a konkurenční prostředí na trhu pro soukromé a veřejné poskytovatele způsobuje **nízkou motivaci soukromých společností ke vstupu do systému sociálních služeb**. Investice do vybudování kapacity sociální služby jsou poměrně vysoké a jejich návratnost dlouhá, navíc neexistuje dostatečně robustní investiční program, který by bylo možné využít.

Na příkladu Finska můžeme vidět, že transparentně řízený systém, kde je poskytovateli umožněno generovat zisk a vybírat od klientů úhradu odpovídající úrovni poskytnutých služeb, je pro soukromé společnosti motivační. **Jejich vstup navíc dlouhodobě zvyšuje konkurenci** v rámci systému a **přispívá tak k racionalizaci nákladů a zvyšování kvality** služeb.



Stát by tedy měl buď zásadně navýšit financování investičních nákladů sociálních služeb (a pokrýt tak budoucí potřeby související s demografickým vývojem), nebo změnit podmínky fungování systému sociálních služeb tak, aby byli soukromí poskytovatelé motivováni ke vstupu.

Literatura a zdroje

- Asociácia poskytovateľov sociálnych služieb v Slovenskej republike. (2013). *Vyhlásenie APSS SR k rokovaniu o novele zákona o sociálnych službách 448/2008*
- Český statistický úřad. (28. 11 2018). *Projekce obyvatelstva České republiky - 2018 - 2100*. Načteno z Katalog produktů: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2018-2100>
- Český statistický úřad. (2020). *Inflace - druhy, definice, tabulky*. Načteno z https://www.czso.cz/csu/czso/mira_inflace
- Český statistický úřad. (26. 5 2020). *Obyvatelstvo*. Načteno z Veřejná databáze: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jsf?page=statistiky&katalog=30845>
- Český statistický úřad. (26. 5 2020). *Vybrané údaje o sociálním zabezpečí*. Načteno z Katalog produktů: <https://www.czso.cz/csu/czso/katalog-produktu>
- Eurocarers (2020). *Towards carer-friendly societies*.
- Eurofound (2019). *Almost half of Austrian women work part-time to provide informal care*.
- European Commission (2018). *Challenges in long-term care in Europe - A study of national policies 2018*.
- European Commission (2019). *European Semester: Country Report Slovakia*.
- Fink, M. & Valkova, K. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care*. Austria; European Commission.
- Gerbery, D. & Bendárik, R. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care*. Slovakia; European Commission.
- Horecký, J. (2012). *Mezinárodní zkušenosti a srovnání: Odborná studie v rámci projektu procesů v sociálních službách*.
- Horecký, J., & Průša, L. (2019). *Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřeby sociálních služeb 2019-2050*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.
- Hurvich, C. M., & Tsai, C.-L. (1989). Regression and time series model selection in small samples. *Biometrika*, 76(2), 297-307.
- Hyndman, R. J., & Athanasopoulos, G. (2018). *Forecasting: Principles and Practice*. Melbourne: OTexts.
- Kalliomaa-Puha, L. & Kangas, O. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care*. Finland; European Commission.
- Macková, M. (2013). *Long term care of the elderly*. Paliativa care for older people.
- Malý, I. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care*. Czech Republic; European Commission.
- Molinuevo, D. & Anderson, R. (2017). *Care homes for older Europeans: Public, for-profit and non-profit providers*. Eurofound.
- MPSV. (2018). Případová studie vzdělávání pracovníků v sociálních službách v Rakousku.
- MPSV. (2015). *Rozvoj a obnova materiálně technické základny sociálních služeb*.
- MPSV. (27. 5 2020). *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí*. Načteno z Ministerstvo práce a sociálních věcí: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>
- OECD (2010). *Finland: Working Together to Sustain Success*.
- OECD (2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*.
- Tajanovská, A. *Sociální služby na Slovensku*. APSS ČR. (nedatováno).
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (nedatováno).
- Wallner, J. (2010). *Achieving quality long-term care in residential facilities*.
- World Health Organization (2020). *Beds in nursing and residential care facilities*.

Seznam tabulek a grafů

Tabulky

Tabulka 1: Počet osob (v tis.) s potřebou péče (III. a IV. stupeň závislosti)	21
Tabulka 2: Sektorové rozdělení jednotlivých služeb	28
Tabulka 3: Aktuální a očekávané náklady na lůžko dle služeb a sektorů	34
Tabulka 4: Počty sociálních služeb dle jednotlivých právních forem v roce 2018	35
Tabulka 5: Dělení domovů pečovatelských služeb dle typu vlastnictví	42
Tabulka 6: Počet poskytovatelů sociálních služeb	44
Tabulka 7: Typy sociálních služeb a jejich poskytovatelé	46
Tabulka 8: Přehled navýšování platů 2014–2019 (MPSV, 2019)	50
Tabulka 9: Průměrné platové tarify a celkové platy u vybraných funkcí (MPSV, 2019)	50
Tabulka 10: Veřejné a soukromé zdroje v jednotlivých krajích v roce 2018	52
Tabulka 11: Alokace programu ISPROFIN (MPSV, 2019)	67
Tabulka 12: Podíl respondentů u jednotlivých služeb dle hodnocení podávání informací k zařazování do krajských sítí	74
Tabulka 13: Změny úhrad za služby (MPSV)	80

Obrázky

Obrázek 1: Financování sociálních služeb po reformě	45
Obrázek 2: Grafické srovnání nákladů na lůžko/klienta dle sektorů u jednotlivých služeb	59
Obrázek 3: Tržní nástroje sociálních služeb ve Finsku (marketizace)	71

Grafy

Graf 1: Vývoj obyvatelstva se zaměřením na cílové skupiny v letech 2010–2019	20
Graf 2: Vývoj obyvatelstva se zaměřením na cílové skupiny v letech 2020–2050	22
Graf 3: Očekávaný vývoj počtu příjemců na péči ve III. a IV. stupni závislosti do roku 2050	23
Graf 4: Vývoj kapacit v analyzovaných sociálních službách v posledních 10 letech	24
Graf 5: Vývoj kapacit ve veřejném sektoru dle jednotlivých služeb	26
Graf 6: Vývoj kapacit v soukromém sektoru dle jednotlivých služeb	27
Graf 7: Vývoj kapacit v neziskovém sektoru dle jednotlivých služeb	27
Graf 8: Podíl zařízení využívajících uvedené zdroje k financování investičních nákladů u jednotlivých služeb	29
Graf 9: Potřebné dobudování kapacit v domovech pro seniory do roku 2050 pro zachování stávající vybavenosti	30
Graf 10: Potřebné dobudování kapacit v domovech se zvláštním režimem do roku 2050 pro zachování stávající vybavenosti	31
Graf 11: Potřebné dobudování kapacit v odlehčovacích službách do roku 2050 pro zachování stávající vybavenosti	31
Graf 12: Potřebné dobudování kapacit v denních stacionářích do roku 2050 pro zachování stávající vybavenosti	32
Graf 13: Rozdělení jednotlivých služeb dle počtu lůžek	36
Graf 14: Poměr závislosti na stáří	39
Graf 15: Rozdělení pečovatelských domů dle vlastnictví poskytovatele (v %)	40
Graf 16: Srovnání počtu lůžek v zařízeních dlouhodobé péče v Rakousku, Česku, Finsku a na Slovensko a průměr EU	40
Graf 17: Podíly poskytovatelů sociálních služeb dle vlastnictví (v %)	41
Graf 18: Změny v poskytování formální a neformální péče v letech 2013–2016 (v %)	42

Graf 19: Podíly poskytovatelů sociálních služeb dle vlastnictví (v %)	44
Graf 20: Vývoj soukromého a veřejného sektoru v pečovatelských domech	44
Graf 21: Podíly poskytovatelů sociálních služeb dle vlastnictví (v %)	46
Graf 22: Celkové zdroje v Kč a podíl veřejných zdrojů na zdrojích v jednotlivých krajích	51
Graf 23: Celkové zdroje v propočtu na obyvatele nad 65 let za rok 2018 v jednotlivých krajích.....	52
Graf 24: Celkové zdroje v Kč a podíl veřejných zdrojů na zdrojích v soukromém sektoru v jednotlivých krajích.....	53
Graf 25: Celkové zdroje v propočtu na obyvatele nad 65 let za rok 2018 v soukromém sektoru v jednotlivých krajích	54
Graf 26: Celkové zdroje v Kč a podíl veřejných zdrojů na zdrojích ve veřejném sektoru v jednotlivých krajích.....	55
Graf 27: Celkové zdroje v propočtu na obyvatele nad 65 let za rok 2018 ve veřejném sektoru v jednotlivých krajích	56
Graf 28: Celkové zdroje v Kč a podíl veřejných zdrojů na zdrojích v neziskovém sektoru v jednotlivých krajích.....	57
Graf 29: Celkové zdroje v propočtu na obyvatele nad 65 let za rok 2018 ve veřejném sektoru v jednotlivých krajích	58
Graf 30: Náklady na kapacitní jednotku v Kč v soukromém sektoru dle jednotlivých služeb	60
Graf 31: Náklady na kapacitní jednotku v Kč ve veřejném sektoru dle jednotlivých služeb	61
Graf 32: Náklady na kapacitní jednotku v Kč v neziskovém sektoru dle jednotlivých služeb	62
Graf 33: Náklady na lůžko za rok 2018 v denních stacionářích v jednotlivých krajích dle sektoru	63
Graf 34: Náklady na lůžko za rok 2018 v domovech pro seniory v jednotlivých krajích dle sektoru	64
Graf 35: Náklady na lůžko za rok 2018 v domovech se zvláštním režimem v jednotlivých krajích dle sektoru.....	65
Graf 36: Náklady na lůžko za rok 2018 v odlehčovacích službách v jednotlivých krajích dle sektoru .	66
Graf 37: Výdaje na dlouhodobou péči v % z HDP za období 2010–2017	68
Graf 38: Výdaje na dlouhodobou péči na osobu v eurech za období 2010–2017	68
Graf 39: Podíl služeb dle zařazení do krajské sítě.....	74
Graf 40: Podpora zavedení nadstandardu za vyšší/ smluvní úhrady u jednotlivých služeb z dotazníkového šetření	79

Informace o EY

EY je předním celosvětovým poskytovatelem odborných poradenských služeb v oblasti auditu, daní, transakčního a podnikového poradenství. Znalost problematiky a kvalita služeb, které poskytujeme, přispívají k posilování důvěry v kapitálové trhy i v ekonomiky celého světa. Výjimečný lidský a odborný potenciál nám umožňuje hrát významnou roli při vytváření lepšího prostředí pro naše zaměstnance, klienty i pro širší společnost.

Název EY zahrnuje celosvětovou organizaci a může zahrnovat jednu či více členských firem Ernst & Young Global Limited, z nichž každá je samostatnou právníkou osobou. Ernst & Young Global Limited, britská společnost s ručením omezeným garancí, služby klientům neposkytuje. Informace o tom, jak EY shromažďuje a používá osobní údaje, a popis práv, která mají fyzické osoby podle právních předpisů o ochraně osobních údajů, jsou k dispozici na adrese ey.com/privacy. Pro podrobnější informace o naší organizaci navštivte prosím naše webové stránky ey.com.

© 2020 Ernst & Young, s.r.o. | Ernst & Young Audit, s.r.o. | E & Y Valuations s.r.o.
Všechna práva vyhrazena.

ey.com

