

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR

Financování a nákladovost sociálních služeb

Pobytové a terénní služby sociální péče

Vedoucí autorského kolektivu: prof. Ing. Jaroslav Vostatek, CSc.

2013



VYSOKÁ ŠKOLA
FINANČNÍ
A SPRÁVNÍ



Financování a nákladovost sociálních služeb

Pobytové a terénní služby sociální péče

Vedoucí autorského kolektivu: prof. Ing. Jaroslav Vostatek, CSc.

Vydala Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, o. s.

Vančurova 2904, 390 01 Tábor

IČO 60445831

Tel./fax: +420 381 213 332

www.apsscr.cz



První vydání, Tábor 2013

Redakce: Věra Velková, Zdeněk Kašpárek

Grafické zpracování, sazba a tisk: Omikron, Doudova 22, 147 00 Praha 4

Doporučená cena: 150 Kč

ISBN 978-80-904668-7-6

Tato výzkumná studie je výsledkem projektu

Financování a nákladovost sociálních služeb

Objednatel projektu:

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, o. s.

Dodavatel projektu:

Vysoká škola finanční a správní, o. p. s.

Termín plnění:

leden–červenec 2013

Pracoviště dodavatele:

Centrum pro ekonomické studie a analýzy (CESTA)

<http://www.vsfs.cz/?id=1043-cesta>

Koordinátor projektu:

prof. Ing. Jaroslav Vostatek, CSc., vedoucí CESTA

jaroslav.vostatek@vsfs.cz

Autorský kolektiv:

prof. Ing. Jaroslav Vostatek, CSc.: část 8

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.: části 1, 7

prof. Ing. Vojtěch Krebs, CSc.: části 1, 7

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA: části Předmluva, 2, 3, 4, 5

Ing. Jiří Procházka: část 3

Ing. Jan Mertl, Ph.D.: části Úvod, 6

Publikace vznikla v rámci podpory specifického vysokoškolského výzkumu



Studie „Financování a nákladovost sociálních služeb“, která se nyní dostává k odborné veřejnosti, je unikátním projektem, jehož vznik iniciovala společnost HARTMANN-RICO, a. s. Od samého počátku bylo cílem studie nastolit a zodpovědět aktuální otázky, které se týkají postavení terénních a pobytových služeb nejen v rámci financování sociálních služeb v České republice. Sama společnost HARTMANN-RICO, a. s., se v oblasti sociálních služeb pohybuje již velmi dlouhou dobu, a proto je ráda, že mohla iniciovat studii, na jejímž vzniku se podílela široká paleta renomovaných odborníků. Pod jejich taktovkou tak vznikl materiál, který je unikátní nejen svým rozsahem, ale i schopností pojmout dané téma do potřebné hloubky.

Od samého počátku se při tom vůbec nejednalo o jednoduchý úkol. Sociální služby a způsob jejich financování jsou v současnosti často skloňovaným tématem, a to jak v politických diskusích, tak i v diskusích odborných. Mnohdy se zde střetávají značně odlišné pohledy poskytovatelů sociálních služeb s pohledem jejich zadavatelů a v neposlední řadě pak těch, kterým mají sociální služby sloužit, tedy uživatelů.

S komplexností a složitostí problematiky sociálních služeb se předkládaná studie vyrovnala na výbornou. Je proto namístě vyslovit poděkování a uznání všem, kteří na jejím vzniku participovali a kteří se zasloužili o to, že máme dnes před sebou tak ucelený materiál.

Oprávněně věříme, že se studie „Financování a nákladovost sociálních služeb“ stane cenným zdrojem informací a solidním podkladem pro kvalifikovaná rozhodnutí, která je nutné na poli sociálních služeb v budoucnu učinit.

HARTMANN-RICO, a. s.

Obsah

Předmluva	9
Úvod	11
1 Základní popis financování sociálních služeb	15
1.1 Vývoj výdajů na financování sociálních služeb	15
1.2 Příspěvek na péči	16
1.3 Dotace ze státního rozpočtu	20
1.4 Financování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a sociální péče v lůžkových zdravotnických zařízeních.....	23
1.5 Úhrada klienta za poskytované služby	25
2 Terénní sociální a zdravotní služby.....	27
2.1 Terénní sociální služby	27
2.1.1 Financování pečovatelské služby	28
2.2 Terénní zdravotní služba.....	30
2.2.1 Personální zajištění agentury domácí péče	31
2.2.2 Financování terénní zdravotní péče	31
3 Jednotkové náklady pobytových a terénních služeb	33
3.1 Terénní zdravotní péče	34
3.1.1 Základní statistická data	34
3.2 Terénní sociální péče.....	37
3.3 Porovnání terénní sociální a terénní zdravotní péče	39
4 Porovnání nákladů na zdravotní a sociální péči v pobytových službách.....	41
4.1 Ošetrovatelská péče v pobytových zařízeních sociálních služeb	41
4.2 Podíl úhrad ze systému veřejného zdravotního pojištění	42
4.3 Náklady na zdravotní péči v pobytových službách.....	44
4.4 Sociální péče v pobytových zařízeních sociálních služeb	44
4.5 Dílčí závěry	46

5	Náklady pobytové a terénní péče z mikroekonomického pohledu.....	47
5.1	Sociodemografická situace seniorské populace.....	48
5.2	Objem péče v závislosti na příspěvku na péči.....	49
5.3	Kalkulace variant příjemců příspěvku na péči z ekonomického hlediska	51
5.4	Dílčí závěry	54
6	Makroekonomické náklady státu v případě domácí péče.....	55
6.1	Dílčí závěry	57
7	Relace mezi výší přiznané státní dotace a objemem odvodů, které poskytovatel sociálních služeb odvede státu	59
8	Modely financování dlouhodobé péče	63
8.1	Liberální model	63
8.2	Konzervativní model.....	68
8.3	Sociálně-demokratický model.....	71
8.4	Neoliberální model.....	75
8.5	Dílčí závěry	82
	Závěr	83
	Summary	87
	Seznam použité literatury	89
	Seznam tabulek	93
	Seznam grafů	93
	Seznam obrázků	93
	Příloha č. 1 Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1995–2011	95
	Příloha č. 2 Vývoj výdajů na sociální služby a jejich podíl na HDP.....	97
	Příloha č. 3 Struktura financování sociálních služeb v r. 2011	99
	Příloha č. 4 Průměrná měsíční výše platových složek v roce 2011	101
	Slovo o autorech	103

Předmluva

Financování sociálních služeb je tématem, které je v různých souvislostech často skloňováno od zásadní změny, která přišla s přijetím zákona o sociálních službách. Přesněji – dalo by se hovořit o intenzivní kritice celého systému financování sociálních služeb.

Navazující a v řadě případů spornou otázkou je postavení terénních a pobytových služeb sociální péče právě z hlediska financování: který typ sociálních služeb by měl být preferovaný a za jakých podmínek, jaké jsou makroekonomické náklady této volby a jak je tomu s frekventovanou tezí, že pobytové služby jsou oproti službám ambulantním a terénním finančně, respektive nákladově náročnější variantou.

Tato studie se věnuje těmto otázkám a dalším souvisejícím aktuálním tématům. Nesnaží se nalézt jednoduché odpovědi, nýbrž má vyšší ambici: rozšířit a zrelativizovat základní otázku, tj. zda jsou celospolečensky „levnější“ sociální služby pobytové, či terénní. Odpověď totiž není tak jednoznačná, jak by se mohlo zdát a jak jsme možná byli zvyklí slyšet – záleží jak kdy a jak pro koho. Ano, záleží na tom, kdo je uživatelem, poskytovatelem a zadavatelem služby, záleží na tom, jaké jsou celkové náklady a jaké náklady nesou jednotlivé složky celého systému sociálních služeb, a konečně záleží i na čase, poměru sdílení nákladů a dalších parametrech a kritériích celého systému.

Tato studie chce přinést dílčí odpovědi a hlavně pak různé pohledy na tuto problematiku a jednoznačně dokázat, že na výše uvedenou otázku a problém není možné odpovědět ano či ne, tj. označit jednu ze dvou variant za všech okolností jako optimální. Obdobně to bývá i v jiných oblastech našich životů. Intuitivně hledáme jednoduché závěry: ano či ne, lepší a horší. Máme-li však odvahu přemýšlet, hloubat, analyzovat, pak dospíváme k poznání, že život a daný problém nejsou černobílé, že je nutné vnímat každý problém šířeji, v širších souvislostech, a že odpovědi nemusí být vždy jednoznačné.

Spojením prestižní vysoké školy, Výzkumného ústavu práce a sociální věcí, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR a významných odborníků a recenzentů vznikl autorský tým, který se snaží na následujících stránkách najít odpovědi. Odpovědi, které nejsou jednoznačné ve smyslu označování lepších či horších variant, nýbrž přinášejí širší a komplexnější pohled na celou problematiku.

Úvod

Sociální služby jsou odvětvím národního hospodářství, které v posledních letech vzbuzuje zvýšenou pozornost a jehož nákladovost z řady příčin vzrůstá. Mezi ně patří demografický vývoj, změny rodinných paradigmat, problém sladění rodinného a pracovního života (work-life balance) i vývoj zdravotního stavu obyvatelstva a incidence chronických degenerativních onemocnění. To vede k potřebě zajistit péči o osoby se sníženou nebo vymizelou soběstačností a v rámci evropského civilizačního okruhu i k nemalým požadavkům na charakter a kvalitativní dimenzi života těchto osob.

Je nutno uvést, že otázka financování a nákladovosti sociálních služeb není nová, i když to může vypadat, že se v posledních letech vynořuje jako explicitní problém k řešení. Hlavním důvodem je to, že v historii se potřeba sociálních služeb systémově neřešila vůbec, respektive se řešila jinak: především uvnitř rodin, kde často někteří členové rodiny spontánně pečovali o druhé po řadu let a mnohdy to ani nevnímali jako specifickou činnost, ale jako běžnou součást rodinného života; sekundárně pak charitním pokrytím reziduálního typu.

V současné době existuje značná poptávka po tom, vyřešit financování sociálních služeb na jiné, systémově vyšší úrovni a spolu s tím definovat a zvýšit jak kvalitu služeb samotných, tak i kvalitu života těch, kteří je potřebují. Současně za daných sociálně-ekonomických podmínek již v řadě případů nelze očekávat, že by pečující osoby vykonávaly tuto činnost ve svém volném čase, a to z důvodů finančních, osobnostních, ale i toho, že zdravotní stav řady osob, např. příjemců příspěvku na péči ve III. a IV. stupni, takovou laickou péči neumožňuje. Ze spontánního „postarání se“ o blízkého člověka se tak často stává práce, kterou je potřeba organizovat, financovat a podporovat.

Existují obecně tři základní schémata, jak lze financovat sociální služby. Tato schémata jsou teoretická a v čisté podobě se vyskytují spíše výjimečně, přesto je účelné si je v úvodu studie vymezit, neboť tvoří rámec, v němž se pohybuje tvorba jednotlivých koncepcí.

Liberální model spočívá v tom, že každý občan může předpokládat, že jednou nebude soběstačný a zajistí si potřebnou péči z vlastních zdrojů, ať už v rámci své rodiny, nebo prostřednictvím přímého tržního nákupu potřebných služeb, nebo nepřímo prostřednictvím soukromého pojištění. V praxi tento model naráží na příjmovou diferenciaci, krátkozraké chování a odlišné životní priority podstatné části populace a rozdílný zdravotní stav jednotlivých osob. To komplikuje i možnosti využití soukromého pojištění v této oblasti, neboť i při existenci nabídky příslušných produktů by jeho prodejnost pravděpodobně byla nízká, a tudíž úloha v zabezpečení potřebné péče marginální. Pro tržně neřešitelné případy nabízí liberální model využití dobrovolné solidarity, která je ovšem závislá na individuální akceptaci potřebnosti jednotlivých případů.

Výkonový model předpokládá, že se nároky na spotřebu sociálních služeb budou odvozovat z participace člověka na pracovním trhu v průběhu celého života. Typickým reprezentantem v tomto směru je tzv. sociální pojištění péče (Pflegeversicherung), tak jak je známo ze Spolkové republiky Německo. Toto pojištění řeší řadu problémů liberálního modelu ve smyslu automatického pokrytí ekonomicky aktivní populace a de facto nepřímého průběžného financování sociálních služeb z takto vzniklých zdrojů. Nevýhodou je zvýšení zatížení výrobního faktoru práce a z toho

vyplývající obtížná politická průchodnost spolu s nepředvídatelnou potřebou těchto služeb v budoucnu. Míru rizika, a tudíž i nákladů, nelze spolehlivě odhadnout a stejně tak nelze současné generaci jasně projektovat nároky, které za účast v systému v budoucnu (tj. často za 30–40 let od vstupu do něj) získá. Stejně tak systémově neřeší otázku těch, kteří se z důvodu nedostatečné účasti na pracovním trhu do tohoto pojištění nemohou adekvátně zapojit.

Univerzalistický model vychází z pojetí sociálních služeb jako sociálního práva. Jeho význam spočívá v garanci dostupnosti sociálních služeb na univerzálním principu jejich objektivní potřebnosti, míra uspokojení potřeb klientů však závisí na společenském konsensu a objemu veřejných zdrojů alokovaných do této oblasti národního hospodářství. Financování probíhá ze všeobecných daní, tj. ze státního, resp. místního rozpočtu příslušným subjektům poskytujícím sociální služby. Tento model může trpět selháními státu popisovanými v centralistických modelech sociálního zabezpečení, tedy nerespektování zájmů klientů, pouze formální garance dostupnosti a kvality a v podmínkách tržní ekonomiky i značná fiskální náročnost příslušných výdajových schémat. V případě dosažení odpovídajícího společenského konsensu jsou však všeobecné daně spolehlivým zdrojem solidárního (společného) financování sociálních služeb s možností rozložení zátěže v ekonomice prostřednictvím standardních nástrojů daňové techniky.

Tato schémata trpí v čisté podobě nedokonalostmi tím více, čím větší požadavky na systém sociálních služeb máme. Např. liberální model nesporně postačuje k individuálnímu zabezpečení užší skupiny osob, které o to mají zájem a jsou ochotny a schopny za to zaplatit. Výkonový model dobře řeší otázku motivace osob k práci a s tím svázaných nároků v této oblasti. Konečně univerzalistický model řeší potřebu jistoty dostupnosti „nějakých“ sociálních služeb pro každého občana.

V praxi je třeba nevýhody jednotlivých modelů kompenzovat a řešit. S tím je spojena i otázka standardů a nadstandardů v oblasti sociálních služeb, neboť v momentě uspokojení objektivně uznané potřeby se vynořuje otázka možnosti jednotlivců financovat si sociální služby nad rámec této potřeby. Podstatná je také otázka institucionální struktury poskytovatelů sociálních služeb, která se může pohybovat od soukromých ziskových subjektů přes soukromé neziskové organizace až po státní příspěvkové organizace.

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

Tabulka 1 Vztahy mezi financováním a poskytováním sociálních služeb

Způsob financování/ Poskytovatel	Veřejný	Dobrovolník	Soukromý	Neformální
Daně – veřejné zdroje	Hierarchické struktury, interní kvazi-trh	Nákup služeb státem – externí kvazi-trh	Dotace/podpora pečovatелům	
Dobrovolná solidarita		Nadační podpora dobrovolníkům	Úhrada péče klientům	
Zaměstnavatelé		Podpora organizacím dobrovolníků		Podpora lidem pečujícím o blízké
Soukromé	Platby za veřejné služby	Platby za služby dobrovolníků	Tržní směna	
Individuální nepeněžní pomoc	Dobrovolná práce ve veřejném sektoru	Dobrovolníci podílející se na péči	Pomoc rodiny, přátel, sousedů	

Zdroj: Wistow, G. 2005. *Developing social care: the past, the present and the future. Sice care institute for excellence. [online] 2005. cit. [2013-02-22], dostupné z: <http://www.scie.org.uk/publications/positionpapers/pp04.asp>.*

Uvedená typologie ukazuje možnosti a meze, v nichž se pohybujeme při financování sociálních služeb a jejich institucionální organizaci. Takové pojetí analýzy je bezpečné v tom, že umožňuje zvážit vlastnosti a charakter jednotlivých institucionálních forem, neodpovídá však na otázku, v jakém rozsahu sociální služby poskytovat a jaký má být podíl jednotlivých zdrojů financování. To je permanentní otázka pro aktéry sociální politiky dané země; tyto veličiny nelze ex ante determinovat, lze pouze zvažovat trendy a priority a na základě nich generovat projekce, případně přímo docházet ke konsensu. Není pravda, že se tento konsensus dá v oblasti sociálních služeb automaticky vygenerovat pouze prostřednictvím neviditelné ruky trhu, neboť suverenita spotřebitele je narušena řadou objektivně daných faktorů, které znemožňují jak výhradní aplikaci liberálního modelu, tak i realizaci vzájemně výhodné ekvivalentní tržní směny.

Významnou otázkou je také problém efektivity poskytování a financování sociálních služeb. Zde se pohybujeme od jednoho pólu, kterým je objektivní posouzení potřeby péče externím aktérem a tomu odpovídající dotace z veřejných rozpočtů, až po druhý pól, kterým je subjektivní posouzení vlastních potřeb a tomu odpovídající alokace soukromých zdrojů. Oba systémy se musí „potkat“ s příslušnou nabídkou sociálních služeb a tyto vazby jsou cirkulární. Existuje samozřejmě i otázka celkové efektivity systému, tedy v jaké úrovni budou sociální služby v národním hospodářství dostupné a zda bude vnímáno jako pozitivní a efektivní, je vůbec mít. V tomto směru existuje riziko marginalizace tohoto sektoru pod fiskálním tlakem, např. při výskytu ekonomických krizí.

Vymezení problému

V České republice byl historicky uplatněn model univerzalistického poskytování a financování sociálních služeb na poměrně nízké kvalitativní úrovni. V průběhu ekonomické transformace se postupně vygenerovala poptávka po změně tohoto systému. Od roku 2007 byla implementována koncepce příspěvku na péči, která měla několik zásadních ambicí:

- podpořit individuální rozhodování o „své“ péči a zvýšení možnosti volby, posílení „klientského přístupu“,
- optimalizovat posouzení potřeb klientů a tomu odpovídajících zdrojů (stupně závislosti),
- podpořit vznik kvazitržní struktury poskytovatelů s důrazem na rozvoj terénních služeb,
- rozšířit dostupnost a zlepšit kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

Z hlediska ekonomické logiky zavedení příspěvku na péči spočívalo v navýšení kupní síly klientů pomocí dotace z veřejných rozpočtů, kterou měli oni sami použít na trhu k přímému nákupu potřebných produktů. To mělo skrze tržně ekvivalentní transakce vést k autoregulaci a kultivaci systému v souladu s jejich potřebami. Příspěvek na péči více než zdvojnásobil celkový objem veřejných zdrojů alokovaných na sociální služby; druhým nejvýznamnějším zdrojem jsou přímé dotace poskytovatelům zejména pobytočných služeb.

Jak ukazují dostupné analýzy¹⁾, tento systém v řadě ohledů uvedená optimistická očekávání nesplnil, byť přinesl kvalitativní posun a nové impulsy do českého systému sociálních služeb. Mezi hlavní problémy patří zejména:

- využívání příspěvku na péči také jako pouhé kompenzace za zhoršený zdravotní stav při vyplácení osobě blízké; tento jev je významný zejména u nižších stupňů závislosti,
- negativní vlivy na strukturu poskytovatelů, kdy se nenaplnil předpoklad o její kultivaci směrem k žádoucímu stavu z hlediska pokrytí potřeb klientů ani k dynamickému rozvoji terénních sociálních služeb,
- vázanost na mandatorní výdaje státního rozpočtu a nedořešené vztahy k ostatním formám financování sociálních služeb v ČR, zejména přímým dotacím poskytovatelům.

Z toho vyplývá, že je nezbytné v rámci koncepce sociální politiky předpoklad o autoregulaci systému prostřednictvím individuálního rozhodování příjemců příspěvků na péči opustit. Jako

¹⁾ Horecký, J. 2012. Návrhy na změnu výplaty a použití příspěvku na péči. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2012.

účelná cesta se ovšem nejeví návrat k centrálně řízenému systému, ale spíše to, aby stát lépe definoval a vyznačil cesty a křižovatky, po nichž se budou moci účastníci systému bezpečně pohybovat a naplnit si tak své individuální potřeby. V praxi to znamená přihlášení se ke standardním evropským přístupům a metodologii koncipování sociálních systémů a sociální politiky, kdy jsou realisticky hodnoceny přínosy i rizika jednotlivých organizačních a institucionálních forem.

Systém sociálních služeb je pod fiskálním tlakem vyvolaným makroekonomickými jevy a souvisejícími restriktivními opatřeními fiskální politiky. To akceleruje tlak na vnímanou efektivitu systému navenek a tato studie i na tento tlak reaguje. V rámci vymezení problému však je potřeba zdůraznit, že obecně není vhodné reformovat sociální systémy pouze pod tlakem na úzce měřitelnou efektivitu a „docházející peníze“. Alokace zdrojů na sociální a zdravotní politiku je komplexním fenoménem a má vedle spotřební složky také svoji složku investiční a směřující ke zvýšení kvality života.²⁾

Lze říci, že český systém sociálních služeb na straně jedné dostal pozitivní impuls v podobě zavedení nového nástroje – příspěvku na péči, ale paralelní vlivy, z nichž nejvýznamnější je reálné chování českých klientů sociálních služeb a obecné zvýšení tlaku na prokazatelnou efektivitu využití veřejných prostředků, jeho fungování výrazně komplikují. Současně je však nutno bránit opačnému extrému, tedy aby snaha o odstranění podstatných nebo i dílčích neefektivit v systému nevedly současně k vymizení pozitivních prvků spojených s rozvojem sociálních služeb v posledních 10 letech. Určitá míra dynamiky a velkorysosti ve financování tohoto segmentu národního hospodářství je účelná i z regionálního hlediska a problematiky zaměstnanosti, zejména starších osob.

Ukazuje se, že terénní služby sociální péče mají často značnou nákladovost a problematičtější vazbu na prospěch klientů z hlediska kvality a intenzity potřebné péče. Nesporně pozitivní efekt možnosti zůstat v domácím prostředí, spojený i s možností částečného využití pomoci rodinných příslušníků pro poskytování sociální služby, je tak doprovázen jeho finanční náročností a doposud nízkým rozvojem profesionálního poskytování terénní péče. Není však vhodné stavět za každou cenu jednotlivé typy služeb proti sobě: naopak je nutno zvážit jejich využití ve vzájemné kombinaci a z hlediska synergického efektu pro klienty.

V této souvislosti se jeví jako nezbytné provést sociálně-ekonomické analýzy struktur, které sociální služby poskytují a skrze něž se financují. Jako významná se jeví zejména situace osob ve III. a IV. stupni závislosti, kde jsou omezené možnosti péče ze strany blízkých osob a současně je intenzita i nákladovost péče poměrně vysoká.

Předmětem zájmu studie tedy bude situace příjemců příspěvku na péči ve III. a IV. stupni závislosti, kteří využívají pobytových či terénních služeb sociální péče. Srovnáním jednotlivých institucionálních forem, jejich nákladovosti, mikroekonomických a makroekonomických parametrů budou osvětleny jejich vlastnosti předurčující jejich roli v rámci koncepce systému. Tak bude možno lépe určit a na základě podložených údajů o vlastnostech jednotlivých institucionálních forem vymežit, jaké cesty se v současné době jeví vhodné pro využití a další rozvoj systému a jak by bylo možné je efektivně financovat.

Cílem studie je zmapovat financování a nákladovost sociálních služeb s rozdělením na pobytové a terénní služby sociální péče, resp. domovy pro seniory a pečovatelské služby, a porovnat tyto náklady na makro a mikro úrovni. K tomu je nezbytné provést analýzu a komparaci nákladovosti terénní a pobytové péče z pohledu jednotlivých subjektů a rovněž tak dopadů na státní rozpočet. Následně definovat teze a výstupy jako zásadní podklad pro rozhodovací procesy odpovědných orgánů státní správy a místní samosprávy.

²⁾ Figueras, J. – Mckee, M. 2012. Health Systems, Health, Wealth and Societal well being. European Observatory on Health Systems and Policies: Open University Press, 2012.

1 Základní popis financování sociálních služeb

1.1 Vývoj výdajů na financování sociálních služeb

Na charakteristiku stávajícího systému financování a poskytování dlouhodobé sociálně-zdravotní péče má vliv celá řada kritérií a faktorů, z nichž k nejvýznamnějším patří:

- kritéria pro stanovení míry závislosti na pomoci jiné fyzické osoby,
- struktura uživatelů jednotlivých typů sociálních služeb z hlediska míry jejich závislosti,
- kritéria pro přiznávání dotací ze strany státu (MPSV) a zřizovatele,
- přístup zdravotních pojišťoven k financování poskytované ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v pobytových zařízeních,
- kritéria pro stanovení výše úhrad uživatele služby za pobyt a stravu v pobytových zařízeních sociálních služeb, za jednotlivé úkony ambulantních a terénních služeb a za poskytované sociální a zdravotní služby v lůžkových zdravotnických zařízeních,
- při hodnocení efektivnosti nelze opomenout ani vliv rozdílné úrovně vybavenosti jednotlivých regionů sociálními a zdravotními službami, který významným způsobem determinuje možnosti optimálního uspokojení potřeb klienta v závislosti na jeho celkové sociální situaci, opomenout nelze ani skutečnost, že významným způsobem je výše provozních nákladů jednotlivých zařízení determinována stářím jednotlivých budov a personálním vybavením jednotlivých zařízení, pozornost je nutno věnovat i velikosti jednotlivých sídel a hlavním vývojovým trendům, které jsou uplatňovány při jejich rozvoji v evropských zemích.³⁾

Hlavním principem, který je při financování sociálních služeb dlouhodobě uplatňován, je princip vícezdrojového financování. Stěžejními zdroji financování jsou dotace z veřejných rozpočtů, úhrada klientů za poskytované služby, příspěvek na péči a úhrada ošetrovatelské a rehabilitační péče ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění. Výdaje na sociální služby se dlouhodobě zvyšují (viz tabulka č. 2), jejich podíl na hrubém domácím produktu po zavedení příspěvku na péči výrazně vzrostl.

Ze struktury financování sociálních služeb je zřejmé, že v současné době by měl být příspěvek na péči nejvýznamnějším zdrojem financování sociálních služeb, neboť jeho podíl na celkových výdajích na sociální služby dosáhl v roce 2011 úrovně 43,4 %. Nicméně jak již bylo zmíněno, osoby s příspěvkem na péči tuto dávku plně nevyužívají k zabezpečení sociálních služeb výhradně od registrovaného poskytovatele a do systému sociálních služeb se tak navrací pouze část z objemu vyplacených dávek.

Vývoj výdajů na sociální služby byl tak ovlivněn zejména:

- prakticky stabilní úrovní státní dotace na lůžko v ústavních zařízeních po celou 2. polovinu 90. let a na počátku tohoto tisíciletí,

³⁾ Průša, L. a kol. 2010. Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Praha: VÚPSV, v. v. i., 2010.

- výrazným zvyšováním výše úhrad za pobyt a stravování v ústavech sociální péče ve 2. polovině 90. let, kdy jejich zvýšení bylo vyšší, než bylo zvýšení příjmů důchodců v rámci valorizace důchodů,
- zvyšováním úhrad za poskytování jednotlivých úkonů pečovatelské služby,
- přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který zásadně změnil systém financování sociálních služeb (koncipování příspěvku na péči, zavedení úhrad za ošetrovatelskou a rehabilitační péči ze systému veřejného zdravotního pojištění).

Graficky je vývoj struktury financování sociálních služeb a vývoj jeho podílu na HDP znázorněn v příloze č. 1–3.

Tabulka 2 Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1995–2009 (v mil. Kč)

	výdaje		z toho:			
	na sociální služby (mil. Kč)	podíl na HDP (v %)	dotace	úhrada klienta	příspěvek na péči	úhrady za ošetř. péči
1995	10 276	0,67	8 978	1 298		
1996	10 552	0,60	8 903	1 649		
1997	11 767	0,62	9 377	2 390		
1998	12 895	0,63	10 095	2 800		
1999	13 515	0,63	10 477	3 038		
2000	14 944	0,66	11 680	3 264		
2001	17 144	0,70	13 579	3 565		
2002	19 660	0,77	15 769	3 891		
2003	19 685	0,73	15 558	4 127		
2004	19 665	0,67	15 253	4 412		
2005	20 369	0,65	15 635	4 734		
2006	22 332	0,67	17 284	5 048		
2007	33 476	0,91	10 972	7 126	14 608	770
2008	39 925	1,04	12 584	8 092	18 252	996
2009	42 174	1,12	13 336	8 864	18 697	1 277
2010	42 548	1,12	12 436	9 256	19 599	1 258
2011	41 696	1,09	12 725	9 485	18 084	1 402

Zdroj: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení ve vývojových řadách a grafech, MPSV, Praha 1995–2012.

1.2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládnutí základních životních potřeb osob. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká, asistent sociální péče nebo registrovaný poskytovatel sociálních služeb.

Osoba mladší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby:

- ve stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládnout tři základní životní potřeby,
- ve stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládnout čtyři nebo pět základních životních potřeb,

- ve stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb,
- ve stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

Starší osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby:

- ve stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,
- ve stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,
- ve stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,
- ve stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby:

- mobilita,
- orientace,
- komunikace,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesná hygiena,
- výkon fyziologické potřeby,
- péče o zdraví,
- osobní aktivity,
- péče o domácnost (nehodnotí se u osob do 18 let věku).

Při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat základní životní potřeby. Pro uznání závislosti v příslušné základní životní potřebě musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu. Funkční schopnosti se hodnotí s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení v domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku.

Tabulka 3 Výše příspěvku na péči

stupeň závislosti	pro osobu do 18 let věku	pro osobu starší 18 let
I.	3 000 Kč	800 Kč
II.	6 000 Kč	4 000 Kč
III.	9 000 Kč	8 000 Kč
IV.	12 000 Kč	12 000 Kč

Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

V souvislosti s přípravou zákona o sociálních službách se předpokládalo, že příspěvek na péči by mělo pobírat cca 175 tis. osob a náklady na jeho výplatu by měly činit cca 8 mld. Kč.⁴⁾ Skutečný počet příjemců této dávky i náklady na její výplatu jsou však po celou dobu platnosti zákona výrazně vyšší, než se původně očekávalo. Z údajů informačního systému o příspěvku na péči vyplývá, že v prosinci 2007 pobíralo příspěvek na péči celkem cca 256 tis. osob, o tři roky později, v prosinci 2010, to bylo již 305 tis. klientů.

⁴⁾ MPSV ČR. 2005. Návrh zákona o sociálních službách. Praha: MPSV ČR, 2005.

Tabulka 4 Struktura příjemců příspěvku na péči v prosinci 2007 a 2010

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

Zdroj: vlastní propočty z dat informačního systému o příspěvku na péči

Z porovnání vývoje struktury příjemců příspěvku na péči v letech 2007–2010 je zřejmé, že v prosinci 2010 v porovnání s prosincem 2007:⁵⁾

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

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

Tabulka 5 Struktura příjemců příspěvku na péči podle míry závislosti a typu poskytované služby sociální péče v prosinci 2007 a 2010

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

Zdroj: vlastní propočty z dat informačního systému o příspěvku na péči

⁵⁾ Průša, L. 2009. Příspěvek na péči – černá díra reformy sociálního systému. FÓRUM sociální politiky. 2009, 3, stránky 26–29.

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

Z rozboru těchto údajů lze identifikovat tyto závěry:⁶⁾

- ve sledovaném období rostl počet příjemců příspěvků na péči ve všech typech služeb sociální péče, přičemž nejvýznamnější nárůst lze zaznamenat u nově definovaných typů služeb (odlehčovací služby, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních, domovy se zvláštním režimem) a u služeb, které mají tradiční charakter (domovy pro seniory, pečovatelská služba),
- u příjemců příspěvku v I. stupni závislosti dochází v pobytových zařízeních (v domovech se zvláštním režimem a v domovech pro osoby se zdravotním postižením) k absolutnímu poklesu jejich počtu, popř. k jeho stagnaci (v domovech pro seniory), naopak ve všech typech ambulantních a terénních služeb počet příjemců příspěvku v tomto stupni závislosti soustavně roste,
- u příjemců příspěvku ve IV. stupni závislosti dochází po celé sledované období k nárůstu počtu ve všech typech služeb sociální péče.

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

- klienti, jimž byl v rámci přijetí přechodných ustanovení zákona o sociálních službách automaticky přiznán příspěvek v nižším stupni, žádají o posouzení své sociální situace podle nově stanovených podmínek, a tedy i o přiznání příspěvku na péči ve vyšším stupni,
- počet příjemců příspěvků ve IV. stupni roste díky tomu, že o přiznání příspěvku v této výši je nutno rozhodnout v rámci běžného řízení, neboť automaticky ze zákona v rámci přechodných ustanovení dávku nikdo nezískal,
- u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb se projevuje ekonomický tlak, který na ně vyvíjejí jak jejich zřizovatelé, tak i samotná konstrukce systému financování sociálních služeb (závislost poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotací ze státního rozpočtu, tzv. „cenové regulace“ výše úhrad za poskytované služby a naprosto nedostatečné financování indikované a poskytnuté ošetřovatelské a rehabilitační péče ze systému veřejného zdravotního pojištění⁸⁾ je vede k tomu, že při poskytování sociálních služeb „favorizují“ klienty s vyšším stupněm příspěvku na péči a těm, jimž služby již poskytují, doporučují, aby si požádali o přiznání příspěvku na péči ve vyšším stupni, resp. sami jim tuto žádost pomohou podat),
- začínají se projevovat i rostoucí znalosti marketingových strategií v této oblasti.⁹⁾

Z hlediska rozdělení kompetencí při poskytování a financování sociálních služeb mezi státními orgány a kraji a městy (obcemi) v jejich samosprávné působnosti poskytuje významné informace porovnání struktury příjemců příspěvku na péči v závislosti na pohlaví, věku příjemce a míře jeho

⁶⁾ Průša, L. a kol. 2011. Model efektivního financování sociálních služeb. Praha: VŠFS, 2011.

⁷⁾ Průša, L. 2009. Poskytování ošetřovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a lůžkových zdravotnických zařízeních. Praha: VÚPSV, v. v. i., 2009.

⁸⁾ Průša, L. 2009. Je nový systém financování sociálních služeb pro staré občany efektivní? Národohospodářský obzor. 2009, Vol. 9, No. 3, pp. 141–156.

⁹⁾ Molek, J. 2011. Řízení organizací sociálních služeb – vybrané problémy. Praha: VÚPSV, v. v. i., 2011.

závislosti v jednotlivých krajích.¹⁰⁾ Z rozboru těchto vyplývá, že mezi jednotlivými kraji existují výrazné rozdíly, které jsou ovlivněny především těmito skutečnostmi:

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

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

- přestože je v současné době zákon o sociálních službách uplatňován v praxi již šestým rokem, doposud nebyl zpracován žádný metodický pokyn, který by sociálním pracovníkům poskytl podrobný návod k tomu, jakým způsobem provádět sociální šetření u jednotlivých žadatelů o přiznání příspěvku na péči,¹¹⁾
- lékaři posudkové služby sociálního zabezpečení posuzují míru závislosti jednotlivých klientů nikoli v jejich přirozeném domácím prostředí tak jako sociální pracovníci, ale pouze na základě písemných informací od sociálních pracovníků a ošetřujících lékařů,
- střet zájmu při poskytování příspěvku na péči především ze strany obcí s rozšířenou působností, které jsou současně zřizovateli řady služeb sociální péče¹²⁾ (vzhledem k tomu, že od přiznání příspěvku na péči od 1. ledna 2012 rozhoduje Úřad práce ČR, tento problém již pominul).

1.3 Dotace ze státního rozpočtu

Poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru poskytovatelů, jsou mj. Ministerstvem práce a sociálních věcí prostřednictvím rozpočtů jednotlivých krajů v jejich přenesené působnosti poskytovány dotace ze státního rozpočtu. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, předpokládá, že prováděcí právní předpis stanoví bližší podmínky pro stanovení výše a účelu dotace, jejího členění a způsobu poskytování.¹³⁾

Dříve provedené analýzy výsledků dotačního řízení prokázaly, že:

- míra přiznané dotace je výrazně diferencována podle typu organizace a jejího zřizovatele,¹⁴⁾
- mezi vyšší přiznané dotace na jedno lůžko v domovech pro seniory existují výrazné regionální rozdíly.¹⁵⁾

Všechny uvedené rozdíly ukazují, že v rámci dotačního řízení je porušován princip rovných podmínek pro všechny příjemce sociálních služeb, neboť existující rozdíly ve výši poskytnuté dotace mezi jednotlivými kraji se zcela jistě projevují – i díky poskytování sociálních služeb na smluvním principu – v rozdílné výši úhrady uživatele služby při čerpání srovnatelného typu služby v jednotlivých krajích.

¹⁰⁾ Průša, L a kol. 2011. Model efektivního financování sociálních služeb. Praha: VŠFS, 2011.

¹¹⁾ Lukešová, M. Sociální šetření u příspěvku na péči. FÓRUM sociální politiky. Sv. 5, 2, str. 27.

¹²⁾ Průša, L. 2011. Public Governance, Social Services and Social Assistance Benefits. ACTA VŠFS. 2011, Vol 5, No. 2, pp. 166–176.

¹³⁾ Tento prováděcí právní předpis nebyl doposud zpracován, dotace jsou ze strany MPSV poskytovány na základě příkazu ministra.

¹⁴⁾ Průša, L. 2007. Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty. Praha: VÚPSV, v. v. i. 2007.

¹⁵⁾ Průša, L. 2009. Je nový systém financování sociálních služeb pro staré občany efektivní? Národohospodářský obzor. 2009, Vol. 9, No. 3, pp. 141–156.

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

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

Provedené propočty potvrdily, že výše přiznané dotace je výrazně diferencovaná podle tohoto kritéria. Tabulka č. 6 uvádí diference u domovů pro seniory.

Tabulka 6 Porovnání výše dotace přiznané v rámci 1. kola dotačního řízení domovům pro seniory v závislosti na typu zřizovatele

zřizovatel domova pro seniory	výše nákladů připadajících na 1 lůžko měsíčně	výše přiznané dotace na 1 lůžko měsíčně	podíl výše přiznané dotace na výši nákladů
celkem	22 753	4 439	19,49
z toho:			
– akciová společnost	22 828	3 439	15,06
– církevní organizace	23 801	5 907	24,82
– fyzická osoba podnikající dle živnostenského zákona, nezapsaná v obchodním rejstříku	23 094	2 411	10,44
– obec nebo městská část hl. m. Prahy	21 414	3 849	17,97
– obecně prospěšná společnost	27 260	3 154	11,57
– organizační jednotka sdružení	23 359	2 750	11,77
– příspěvková organizace celkem	22 549	4 434	19,66
z toho:			
– příspěvková organizace zřízená městem	22 761	3 572	15,69
– příspěvková organizace zřízená krajem	22 443	5 226	23,29
– sdružení (svaz, spolek, společnost, klub aj.)	23 974	4 569	19,06
– společnost s ručením omezeným	23 156	776	3,35

Zdroj: vlastní zpracování na základě interních údajů MPSV

Z uvedených údajů jsou zřejmé diametrální rozdíly mezi výší přiznané dotace podle typu organizace. Na první pohled jsou přítom alarmující především rozdíly mezi výší dotace přiznané příspěvkovým organizacím zřizovanými kraji a městy (obcemi). Z tohoto titulu byla pozornost věnována analýze těchto rozdílů v jednotlivých krajích (viz tabulka č. 7).

Tabulka 7 Porovnání výše dotace přiznané v rámci 1. kola dotačního řízení domovům pro seniory, jejichž zřizovateli jsou kraje a obce v jednotlivých krajích

domovy pro seniory – příspěvkové organizace	organizace zřízené městem			organizace zřízené krajem			rozdíl v Kč	rozdíl v %
	výše nákladů připadající na 1 místo měsíčně	výše přiznané dotace na 1 místo měsíčně	podíl výše přiznané dotace na výši nákladů	výše nákladů připadající na 1 místo měsíčně	výše přiznané dotace na 1 místo měsíčně	podíl výše přiznané dotace na výši nákladů		
celkem	22 761	3 572	15,69	22 443	5 226	23,29	1 654	7,59
hl. m. Praha	26 759	1 473	5,51	22 854	1 814	7,94	341	2,43
Středočeský	24 073	2 435	10,12	21 205	5 104	24,07	2 669	13,95
Jihočeský	23 337	5 153	22,08	24 482	5 944	24,28	791	2,20
Plzeňský	20 484	4 011	19,58	20 251	5 669	27,99	1 658	8,41
Karlovarský	22 131	1 621	7,32	22 171	7 352	33,16	5 731	25,84
Ústecký	18 645	3 050	16,36	23 228	5 692	24,51	2 643	8,15
Liberecký	24 044	3 842	15,98	25 512	5 573	21,84	1 731	5,87
Královéhradecký	23 930	4 179	17,46	23 546	4 098	17,40	-81	-0,06
Pardubický	22 589	4 037	17,87	23 986	4 543	18,94	507	1,07
Vysočina	22 642	5 045	22,28	22 155	5 204	23,49	159	1,21
Jihomoravský	23 985	2 987	12,46	23 768	7 218	30,37	4 231	17,91
Olomoucký	23 346	3 779	16,19	24 288	5 731	23,60	1 953	7,41
Zlínský	22 354	5 101	22,82	17 610	4 007	22,76	-1 093	-0,06
Moravskoslezský	23 710	3 608	15,22	24 645	6 774	27,48	3 165	12,27

Zdroj: vlastní zpracování na základě interních údajů MPSV

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

- průměrná výše dotace přiznaná organizacím, jejichž zřizovateli jsou kraje, je v relaci na 1 místo o 7,6 % vyšší (v absolutním vyjádření o 1 654 Kč na 1 místo měsíčně), než činí průměrná výše dotace, která byla přiznaná organizacím, které jsou zřizovány městy,
- mezi výší dotace přiznané organizacím obou typů v jednotlivých krajích jsou výrazné diference, které se vzhledem k systému financování sociálních služeb musí promítnout v kvalitě poskytovaných služeb (mezi výší průměrných nákladů na 1 místo měsíčně v zařízeních, jejichž zřizovatelem je hl. m. Praha, a v zařízeních, jejichž zřizovatelem je Zlínský kraj, je více než 50procentní rozdíl),
- největší rozdíl mezi výší přiznané dotace v relaci na 1 místo měsíčně v zařízeních zřizovaných krajem a městem je v Karlovarském kraji (25,8 %, resp. 5 731 Kč) a v kraji Jihomoravském (17,9 %, resp. 4 231 Kč), výrazné rozdíly lze identifikovat i ve Středočeském kraji (14,0 %, resp. 2 669 Kč) a v Moravskoslezském kraji (12,3 %, resp. 3 165 Kč),
- nejmenší rozdíl mezi výší přiznané dotace v relaci na 1 místo měsíčně v zařízeních zřizovaných krajem a městem je ve Zlínském kraji (dotace přiznaná zařízením, jejichž zřizovatelem je město, je v průměru o 81 Kč vyšší než dotace přiznané zařízením, jejichž zřizovatelem je kraj) a v kraji Vysočina (dotace přiznaná zařízením, jejichž zřizovatelem je kraj, je v průměru o 159 Kč vyšší než dotace přiznané zařízením, jejichž zřizovatelem je město).

Při hodnocení těchto charakteristik je potřeba mít na zřeteli, že celková výše objemu dotací určených pro poskytovatele sociálních služeb není stanovena podle žádných pravidel; v rámci celého legislativního procesu je objem těchto finančních prostředků zpravidla pravidelně navyšován. Pro objektivizaci těchto rozhodovacích procesů by bylo vhodné stanovit

jednoznačná pravidla. V zájmu posílení ekonomické jistoty poskytovatelů sociálních služeb i v zájmu dynamického rozvoje sociálních služeb je nezbytné přijmout taková opatření v oblasti financování sociálních služeb, aby poskytovatelé sociálních služeb nebyli závislí na příznání dotace ze státního rozpočtu, a to bez ohledu na skutečnost, že jejich poskytování není v souladu s právem EU.¹⁶⁾

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

Jedním z dlouhodobě nejvýznamnějších problémů, které musí poskytovatelé služeb sociální péče v každodenní práci řešit, je otázka poskytování a financování zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že obě otázky – poskytování sociálních služeb a poskytování zdravotní péče – byly až do přijetí zákona o sociálních službách upraveny samostatnými, navzájem neprovázanými právními předpisy, byly od r. 1993 hrazeny náklady zdravotní péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb nikoli z rozpočtu jednotlivých zdravotních pojišťoven, ale z rozpočtu těchto zařízení.

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

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

Negativně je však nutno hodnotit skutečnost, že nebylo vytvořeno žádoucí „zrcadlo“ mezi financováním sociální péče poskytované v lůžkových zdravotnických zařízeních a zdravotní péčí poskytovanou v pobytových zařízeních sociálních služeb. Negativně je nutno hodnotit především skutečnost, že zdravotnická zařízení, která poskytují služby ústavního charakteru, nejsou povinna se registrovat a plnit tak všechny povinnosti, které poskytovatelům sociálních služeb ukládá zákon. Důsledkem tohoto faktu je mj. skutečnost, že zdravotnická zařízení nepřiznávají, že pominuly důvody pro hospitalizaci pacienta ze zdravotních důvodů, a podvádějí zdravotní pojišťovny. Podle odhadů VZP je v celé ČR nejméně 15 000 takových lůžek, celkové náklady, které jsou tak neefektivně vynakládány ze systému veřejného zdravotního pojištění jsou odhadovány na více než 5 mld. Kč ročně.¹⁷⁾ V tomto smyslu je zcela jednoznačně zřejmé, že VZP ani ostatní zdravotní pojišťovny neplní svoje povinnosti a svou nečinností tak dlouhodobě blokují vytvoření základních ekonomických předpokladů pro koncipování systému dlouhodobé sociálně zdravotní integrované péče.

¹⁶⁾ Kol. autorů. Rozbor právního systému České republiky v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k právu Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu. Praha: Advokátní kancelář HOLEC, ZUSKA & Partneri, 2011 (bez ISBN).

¹⁷⁾ Vodička, G. 2010. Problém se sociálními službami ve zdravotnických zařízeních. Infoservis VZP. 2010, Vol. 1, No. 3, p. 2. (bez ISSN) [online], cit.[2010-09-01], dostupné z: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/Infoservis/infoservis3-2010.pdf>.

Výdaje na ošetrovatelskou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb byly poprvé kvantifikovány v roce 2008¹⁸⁾ úrovní cca 5,2 mld. Kč.¹⁹⁾ Uvědomíme-li si, že VZP podle své výroční zprávy zaplatila za tento typ péče v r. 2010 celkem pouze 749 mil. Kč, je zřejmé, kde lze spatřovat nejvýznamnější zdroj ekonomických problémů poskytovatelů sociálních služeb.

Průměrná výše nákladů poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče se podle provedeného šetření pohybuje:

- v domovech pro seniory v rozmezí 5 086–5 719 Kč na jednoho klienta měsíčně, tj. cca 28,5 % průměrných neinvestičních výdajů,
- v domovech pro osoby se zdravotním postižením v rozmezí 11 170–12 028 Kč na jednoho klienta měsíčně, tj. cca 45,1 % průměrných neinvestičních výdajů,
- v domovech se zvláštním režimem v rozmezí 8 672–9 417 Kč na jednoho klienta měsíčně, tj. cca 42,1 % průměrných neinvestičních výdajů.

Velmi zajímavé údaje o výši nákladů poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče lze získat při jejich analýze v závislosti na stupni přiznaného příspěvku na péči (viz tabulka č. 8).

Tabulka 8 Výše nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb v závislosti na stupni přiznaného příspěvku na péči (v Kč na klienta měsíčně)

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

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

Z uvedené tabulky je zřejmé, že:

- s rostoucí mírou závislosti dochází v zásadě ve všech typech zařízení i k růstu nároků na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče,
- tento nárůst je nejplynulejší v domovech pro seniory,
- nejnižší rozdíl v rozsahu poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče je v domovech pro osoby se zdravotním postižením mezi III. a IV. stupněm závislosti,
- rozsah poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče v domovech se zvláštním režimem klesá mezi kategorií osob bez přiznaného příspěvku na péči a prvními dvěma skupinami závislosti.

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

¹⁸⁾ Průša, L. a kol. 2009. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, v. v. i., 2009.

¹⁹⁾ V důsledku změny struktury klientů pobytových zařízení sociálních služeb z hlediska míry závislosti lze odhadovat, že v r. 2011 činily skutečné náklady na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v těchto zařízeních cca 5,45 mld. Kč.

1.5 Úhrada klienta za poskytované služby

Sociální služby se poskytují osobám bez úhrady nákladů nebo za částečnou nebo plnou úhradu nákladů. Úhradu nákladů za poskytování sociálních služeb hradí osoba ve výši sjednané ve smlouvě uzavřené s poskytovatelem služby. Poskytovatel sociální služby se přitom 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.

Bez úhrady nákladů se poskytují:

- sociální poradenství,
- raná péče,
- telefonická krizová pomoc,
- tlumočnické služby,
- krizová pomoc,
- služby následné péče,
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- terénní programy,
- sociální rehabilitace,
- sociální služby v kontaktních centrech a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež,
- služby sociálně terapeutických dílen,
- sociální služby intervenčních center.

Za pobytové služby poskytované v týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem a ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče hradí klienti úhradu za ubytování, stravu a za péči poskytovanou ve sjednaném rozsahu.

Maximální výši úhrady za ubytování a stravu stanoví vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění. V současné době činí 200 Kč denně za poskytnutí ubytování a 160 Kč denně za poskytnutí stravy.

Úhrada za péči se stanoví při poskytování pobytových služeb, s výjimkou týdenních stacionářů, ve výši přiznaného příspěvku, v týdenních stacionářích maximálně ve výši 75 % přiznaného příspěvku.

Za poskytování osobní asistence, pečovatelské služby, tísňové péče, průvodcovských a předčítatelských služeb, podpory samostatného bydlení, odlehčovacích služeb, služeb v centrech denních služeb, služeb v denních stacionářích, pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb a služeb v chráněném bydlení hradí klienti úhradu za základní činnosti v rozsahu stanoveném smlouvou, přičemž maximální výši úhrady stanoví vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění. Např. pro pečovatelskou službu maximální výše úhrad činí:

- 120 Kč za hodinu skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů péče o vlastní osobu,
- 160 Kč denně za poskytnutí celodenní stravy v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel, včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy,
- 25 Kč za dovoz nebo donášku jídla,
- 110 Kč za velký nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti,
- 60 Kč za kilogram praní a žehlení ložního nebo osobního prádla.

2 Terénní sociální a zdravotní služby

Základním předpokladem setrvávání v domácím, sociálně přirozeném prostředí v případě snižující se soběstačnosti, resp. zvyšující se závislosti na pomoci druhé osoby je dostupná péče. Tato péče může být poskytována tzv. neformálním nebo domácím způsobem²⁰⁾, a to nejčastěji prostřednictvím rodinných příslušníků, přátel, sousedů nebo tzv. asistenty sociální péče.²¹⁾ Druhou možností a základním předpokladem je dostupnost těchto služeb zajištěná formálními nebo profesionálními poskytovateli.

Zde je nutné rozdělit terénní péči na sociální a zdravotní. Obě složky jsou pro osoby závislé na péči důležité a komplementární, avšak obě složky jsou až na výjimky²²⁾ poskytovány dvěma různými subjekty s rozdílnou registrací a způsobem financování.

2.1 Terénní sociální služby

Primární rozdělení či typologií sociálních služeb je maticové dělení na služby sociální péče, sociální prevence a sociálního poradenství. Dále pak služby pobytové, terénní a ambulantní. Pro účely této studie je nutné se vymežit na terénní služby sociální péče, a to jmenovitě na pečovatelskou službu, která je nejvyužívanější a nejdostupnější terénní sociální službou pro seniory.

Rozsah základních, tzv. obligatorních činností pečovatelské služby a definici cílové skupiny nalezneme v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v § 40.

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.

Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Prováděcí vyhláška k zákonu o sociálních službách č. 505/2006 Sb. blíže a podrobněji specifikuje základní činnosti, a především pak stanovuje úhradové limity na časovou jednotku a některé výkony.

²⁰⁾ Pojem domácí péče se v ČR používá ve dvojnásobném významu. Prvním významem je komplexní zajištění péče v domácím prostředí, tj. obsahující jak sociální, tak zdravotní složky bez ohledu na poskytovatele. Druhý význam je pak zdravotní terénní péče, tj. registrované agentury home care.

²¹⁾ Dle § 83 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

²²⁾ Např. CHOPS – charitní ošetrovatelská a pečovatelská služba.

- (1) Základní činnosti při poskytování pečovatelské služby se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:
- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:
 - 1. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,
 - 2. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
 - 3. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru,
 - 4. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
 - b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:
 - 1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
 - 2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
 - 3. pomoc při použití WC,
 - c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:
 - 1. zajištění stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,
 - 2. dovoz nebo donáška jídla,
 - 3. pomoc při přípravě jídla a pití,
 - 4. příprava a podání jídla a pití;tato základní činnost může být zajišťována jen v rozsahu úkonů podle bodů 3 a 4,
 - d) pomoc při zajištění chodu domácnosti:
 - 1. běžný úklid a údržba domácnosti,
 - 2. údržba domácích spotřebičů,
 - 3. pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, například sezonního úklidu, úklidu po malování,
 - 4. donáška vody,
 - 5. topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva, údržba topných zařízení,
 - 6. běžné nákupy a pochůzky,
 - 7. velký nákup, například týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti,
 - 8. praní a žehlení ložního prádla, popřípadě jeho drobné opravy,
 - 9. praní a žehlení osobního prádla, popřípadě jeho drobné opravy,
 - e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:
 - 1. doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři a doprovázení zpět,
 - 2. doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět.
- (2) Maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby činí:
- a) 120 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů, za úkony uvedené v odstavci 1 písm. a) a b), písm. c) bodech 3 a 4 a písm. d) bodech 1 až 6 a písm. e); pokud poskytování těchto úkonů, včetně času nezbytného k jejich zajištění, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krátí,
 - b) za úkon uvedený v odstavci 1 písm. c) bodě 1:
 - 160 Kč denně za poskytnutí celodenní stravy v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel,
 - 75 Kč za oběd, včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy,
 - c) 25 Kč za úkon uvedený v odstavci 1 písm. c) bodě 2,
 - d) 110 Kč za úkon uvedený v odstavci 1 písm. d) bodě 7,
 - e) 60 Kč za kilogram prádla za úkony uvedené v odstavci 1 písm. d) bodech 8 a 9.

2.1.1 Financování pečovatelské služby

Pečovatelská služba je financována dvěma primárními zdroji: úhradami uživatelů a státními dotacemi. Úhrady uživatelů jsou regulovány vyhláškou č. 505/2006 Sb. Většina poskytovatelů pečovatelských služeb má stanovenou výši úhrady pod horním limitem. Nejčastější kalkulace je

dána hodinovou sazbou, která je limitována maximální hodinovou úhradou 120 Kč. Většina poskytovatelů pečovatelských služeb stanovuje však výši hodinové úhrady na úrovni 80–100 Kč. Průměrné náklady na hodinu péče ovšem vycházejí na 150–170 Kč.²³⁾

Na základě výše uvedeného lze formulovat dvě, pro pečovatelské služby zásadní hypotézy:

1. Pečovatelské služby v ČR nejsou financovatelné bez vnějších subvencí.

Tato subvence je představována nejčastěji státní dotací a v některých případech, spíše pak komplementárně, příspěvkem zřizovatele na provoz.²⁴⁾ Jelikož jsou státní dotace přidělovány dle údajů předchozího roku a jedním zásadním údajem je kapacita a počet výkonů služby za předchozí kalendářní rok, pak z této hypotézy logicky vyplývá další, resp. druhá hypotéza.

2. Rozšiřování kapacity pečovatelské služby v aktuálním fiskálním roce zvyšuje celkovou nákladovost služby a snižuje výsledný zisk, resp. zvyšuje výslednou ztrátu.

Dotace, poskytované Ministerstvem práce a sociálních věcí ze státního rozpočtu jsou tedy významným zdrojem financování sociálních služeb. Pravidla pro stanovení celkového objemu takto poskytovaných finančních prostředků nejsou stanovena, což významným způsobem determinuje možnosti potřebného rozvoje sociálních služeb.

Tabulka 9 Vývoj základních makroekonomických charakteristik o pečovatelské službě v letech 1990–2008

rok	výdaje na pečovatelskou službu (v mil. Kč)	počet příjemců pečovatelské služby	průměrná roční úhrada od 1 příjemce pečovatelské služby v Kč
1990	193	67 043	113
1991	274	71 931	114
1992	674	80 409	143
1993	1 041	83 396	201
1994	1 897	85 533	330
1995	2 526	86 201	483
1996	1 799	89 673	755
1997	1 215	91 030	985
1998	1 493	90 897	1 184
1999	1 331	106 825	1 211
2000	1 540	113 528	1 316
2001	1 588	114 203	1 473
2002	2 255	109 034	1 796
2003	2 051	116 128	1 793
2004	2 148	109 475	1 859
2005	1 593	112 927	2 028
2006	1 637	105 088	2 156
2007	1 591	98 373 *	4 263
2008	1 643	128 250	3 717

Zdroj: MPSV ČR, 1997–2008. *Základní ukazatele z oblasti práce a sociálních věcí ve vývojových řadách a grafech.* Praha: MPSV, 1997–2008.

²³⁾ Tyto údaje vycházejí z průměrování nákladů a celkového objemu realizované péče. Výpočty byly provedeny v rámci republikové sekce terénních služeb Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Průměrná nákladovost je do značné míry determinována velikostí dané pečovatelské služby.

²⁴⁾ V případě příspěvkových organizací.

Celkový objem finančních prostředků určených na poskytování sociálních služeb se v letech 2007–2009 pohyboval v rozmezí 5,7–7,8 mld. Kč; ve srovnání s tímto rozsahem je však podíl dotací určených na poskytování pečovatelské služby zanedbatelný.²⁵⁾

2.2 Terénní zdravotní služba

Terénní zdravotní služba je důležitou komplementou pro možnost setrvání v domácím prostředí uživatele po maximální možnou dobu. V České republice jde o tzv. domácí péči neboli home care (také odbornost 925). Home care je poskytována zejména neziskovými organizacemi nebo fyzickými osobami, které získaly registraci nestátního zdravotnického zařízení.

Domácí péče je definovaná jako: „zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, v jeho v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.“²⁶⁾

Domácí zdravotní péče je hrazena ze zdravotního pojištění pacienta. Požadavek musí být vyhotoven písemně na předepsaném tiskopise (VZP-06dp/1996) s razítkem a podpisem ordinujícího lékaře.²⁷⁾ Kromě této hrazené péče existuje ještě varianta nehrazené péče, jejichž náklady nese v celé výši uživatel služby. Jde o případy, kdy péče není indikována ošetřujícím či jiným lékařem nebo kdy poskytovatel nemá uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou/pojišťovnami.

Domácí péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění může indikovat pouze:

- praktický lékař (platnost maximálně 3 měsíce),
- po ukončení hospitalizace ošetřující lékař lůžkového zařízení (platnost jen 14 dní).

Ambulantní specialista musí požádat praktického lékaře, aby domácí péči naordinoval. Písemná indikace musí mimo jiné obsahovat časový rozsah indikované péče odpovídající třem typům ošetřovací návštěvy.

Obsah a stanovení jednotlivých výkonů vyplývá z Číselníků výkonů a z dalších dokumentů.²⁸⁾

Kódy výkonů:

Kód – Popis – Časový rozsah

06311 Zavedení, ukončení domácí péče 0:60

06313 Ošetřovací návštěva domácí péče typ I. 0:30

06315 Ošetřovací návštěva domácí péče II. 0:45

06317 Ošetřovací návštěva domácí péče III. 0:60

06318 Ošetřovací návštěva domácí péče IV. 0:15

06319 Fyzická asistence při poskytování domácí péče 0:30

06321 Vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním prostředí pouze materiál

06323 Odběr biologického materiálu pouze materiál

06325 Aplikace parenterální hydratace, výživy a léčby bolesti pouze materiál

06327 Ošetření stomií pouze materiál

06329 Lokální ošetření pouze materiál

06331 Klyσμα, výplach, cévkování, laváže, ošetření permanent. katetrů pouze materiál

²⁵⁾ Kol. autorů. 2010. Pečovatelská služba v ČR. Tábor: APSS ČR, 2010.

²⁶⁾ Pochylá, K. 2005. Koncepce českého ošetřovatelství: Základní terminologie. 2005. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 49 s.

²⁷⁾ Srovnávací analýza struktury dostupných informací v systémech zdravotních a sociálních služeb v ČR, Elat, s. r. o., 2012

²⁸⁾ Metodické pokyny VZP ČR apod.

06333 Aplikace inhalací, p. o., s. c., i. m., i. v. a další aplikace léčiv pouze materiál
06135 Výkon sestry v době od 22 do 6 hodin podle zákl. kódu
06137 Výkon sestry v den pracovního klidu nebo volna podle zákl. kódu

Délku a frekvenci ošetřovatelské návštěvy stanoví indikující lékař dle stavu pacienta a ošetřovatelského výkonu na:

- | | |
|-----------------------------------|----------|
| 1) ošetřovací návštěva – typ I. | 30 minut |
| 2) ošetřovací návštěva – typ II. | 45 minut |
| 3) ošetřovací návštěva – typ III. | 60 minut |
| 4) ošetřovací návštěva – typ IV. | 15 minut |

2.2.1 Personální zajištění agentury domácí péče

V agentuře domácí péče pracuje tým zdravotnických pracovníků: všeobecných sester, fyzioterapeutů, porodních asistentek, psychiatrických sester, psychologů, ergoterapeutů a dalších odborných zdravotnických pracovníků. Poskytování domácí péče klade vysoké nároky na jejich fyzické i psychické schopnosti.

Zdravotní pojišťovny i profesní organizace vyžadují, aby všichni zdravotničtí pracovníci poskytující domácí péči měli platné osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu podle zákona 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Agentury domácí péče jsou zdravotnickými zařízeními, na něž jsou v personálním obsazení kladeny vysoké nároky. V současné době financování domácí péče z veřejného zdravotního pojištění neumožňuje adekvátní finanční ohodnocení sester; agentury DP se tak mohou v blízké budoucnosti potýkat s problémy se získáním pracovníků, kteří budou splňovat kvalifikační předpoklady. Zatím ještě nevyužitou možnost poskytuje vyhláška MZ ČR č. 424/2004 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků, kde jsou uvedeny činnosti, které může vykonávat všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Pro zdravotní výkony, které vykonávají nelékařští zdravotničtí pracovníci a jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, zatím platí ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, kdy je nutná jednoznačná indikace těchto výkonů lékařem.²⁹⁾

2.2.2. Financování terénní zdravotní péče³⁰⁾

Financování domácí péče probíhá v naprosto převažujícím rozsahu z veřejného zdravotního pojištění. Přímé platby od pacientů tvoří pouze minimální zdroj a jsou velmi omezené i ve velkých městech. Kromě dotační podpory ze státního rozpočtu po časově omezené období jsou další finanční zdroje výjimečné a jsou spíše výrazem konkrétních mezilidských vztahů jednotlivých osob (sponzorské dary).

Pro vlastní úhradu vyúčtované domácí péče existují značně rozdílná pravidla mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Všechny oborové zdravotní pojišťovny hradí vyúčtovanou péči v plné výši fakturované částky. V případě odmítnutí části úhrady je odeslán chybový protokol, který je dokladem o uznaném rozsahu úhrady; je jednoznačné, jaká částka je uznána, a bezprostředně poté dochází k úhradě na účet poskytovatele domácí péče. V tomto režimu vlastní úhradě předchází kontrola vyúčtování a pro obě strany se jedná o uzavřenou účetní operaci. VZP však hradí zdravotní péči vždy pouze zálohovou formou, protože její informační systém a lidský potenciál není schopen zvládat shodný režim, který mají oborové zdravotní pojišťovny. Výše záloh je odvozována od objemu vyúčtované a uznané péče v odpovídajícím čtvrtletí (resp. pololetí) předchozího roku. VZP provede primárně úhradu zálohy a až následně, zpravidla s 30–90denním

²⁹⁾ Historie domácí péče. [online], cit. [2013-04-15], dostupné z: <http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>.

³⁰⁾ Svět, L. 2010. Domácí péči In Pečovatelské služba v ČR. Tábor: APSS ČR, 2010.

odstupem (aktuálně se jedná o 10–40 dnů) provede vstupní revizi v informačním systému (jejím výsledkem je chybový protokol tzv. validace). Tento režim přináší jednak zásadní problémy v účetnictví agentur domácí péče (to se týká všech smluvních zdravotnických zařízení), jednak dochází k tomu, že revizí neuznaná a následně z úhrady vyřazená zdravotní péče (může se jednat pouze o technickou chybu – duplicitní číslo dokladu, chybné RČ, chybné IČZ ordinujícího lékaře, vyplněné IČZ namísto IČP apod.) může být opravena až s výše uvedeným odstupem 10–40 dnů po předložení původní faktury. Při aktuální splatnosti faktur za zdravotní péči v délce 30 dnů dochází k významnému zpoždění úhrad. Např. vyúčtování zdravotní péče za březen 2001 bylo předloženo k úhradě 1. 4. 2001, validace byla doručena poskytovateli až 1. 5. 2001 a oprava pak byla zaslána zdravotní pojišťovně 5. 5. 2001. Tím dojde k tomu, že oprava bude zaúčtována až do dalšího, tedy 2. čtvrtletí a její úhrada bude zohledněna až po vyúčtování tohoto 2. čtvrtletí, tedy se značným zpožděním. Tento příklad ukazuje, že zdravotní péče poskytnutá v březnu 2001 bude uhrazena zálohově v dubnu 2001. Při zjištění nesrovnalosti pak po vyúčtování 1. čtvrtletí 2001 bude započtena jako chyba, tedy pohledávka zdravotní pojišťovny vůči poskytovateli domácí péče. Opravná dávka je pak předkládána, při zálohovém režimu, bez faktury s časovým prodloužením 10–40 dnů. Proto ke konečné úhradě dojde až po vyúčtování 2. čtvrtletí 2001, tj. zpravidla s dalším 90–100denním odstupem po tomto čtvrtletí (resp. pololetí). Ve výsledku dojde k tomu, že zdravotní péče řádně provedená v lednu 2001 může být v plné výši uhrazena až v listopadu či prosinci 2001. Tím dojde k oddálení konečné úhrady cca o 9 měsíců a současně příslušný objem poskytnuté zdravotní péče je započten do jiného čtvrtletí (resp. pololetí), než ve kterém byl reálně poskytnut, což může nepříznivě ovlivnit výsledný regulační koeficient KORKO.

Osobní náklady nositelů výkonů jsou kalkulovány v časových zdravotních výkonech (ošetřovací návštěvy) s časovou dispozicí 15, 30, 45 a 60 minut. Jejich kalkulace od vydání nového Seznamu (od 1. 7. 1997) značně selhávaly v porovnání s reálnou úrovní mezd zveřejňovanou Ústavem zdravotnických informací a statistiky. Tento rozpor se prohluboval a vznikající vnitřní dluh se postupně kumuloval. Poskytovatelé domácí péče, vystavení lokálnímu tlaku trhu práce, jsou dlouhodobě nuceni posilovat složku osobních nákladů na úkor režijních nákladů. To má negativní dopad na rozvoj agentur, kvalitu poskytované péče, garanci její dostupnosti, vnitřní kontrolu i její transformaci se zaměřením na náročnou klientelu. Od 1. 1. 2006 došlo u lékařských odborností k navýšení mzdových indexů a byl tak realizován hluboký propad mezi reálnými osobními náklady zdravotnických profesí a výší úhrad osobních nákladů kalkulovaných v jednotlivých zdravotních výkonech. U nelékařských odborností tento krok realizován nebyl, přesto i na ně byla uplatněna související regulace limitací historickými rozpočty. Nelékařské odbornosti tak byly diskriminovány po dobu 3 následujících let. Od 1. 1. 2009 došlo k navýšení mzdových indexů i u nelékařských odborností o cca 80 %. U odborností 925 toto navýšení představovalo v celkových úhradách navýšení o cca 20 %, v důsledku současného snížení hodnoty bodu z 1,11 Kč na 1,00 Kč pak o cca 10 %. I když došlo ke skokovému navýšení mzdových indexů v roce 2009, současné kalkulované osobní náklady ve zdravotních výkonech sester domácí péče pro rok 2010, stanovené „úhradovou vyhláškou“, odpovídají hrubé mzdě všeobecných sester domácí péče ve výši **16 454 Kč**. V případech překročení stanoveného limitu objemu péče a uplatnění regresivní sazby hodnoty bodu pak odpovídají hrubé mzdě **11 518 Kč**. V důsledku takto stanovených úhrad osobních nákladů nedošlo k narovnání dlouhodobě kumulovaného propadu mezi reálnými osobními náklady všeobecných sester v domácí péči a výší úhrad osobních nákladů od zdravotních pojišťoven. To i nadále staví poskytovatele domácí péče do složité situace na trhu práce, která je potencionována současným nedostatkem sester v celé České republice. Tím je další rozvoj tohoto segmentu očekávaným směrem významně omezen, klesá jeho atraktivita jako potenciálního zaměstnavatele i jako potenciální oblasti k podnikání ve zdravotnictví.

3 Jednotkové náklady pobytových a terénních služeb

Základním cílem této kapitoly je stanovit jednotkové náklady na terénní zdravotní a terénní sociální péči a stanovit poměr mezi oběma typy péče.

Pro tento účel, resp. splnění těchto cílů, nerozlišujeme zdroje, ale celkové náklady na jednotku.³¹⁾

Stanovit jednotkové náklady jak na terénní, tak na pobytové služby, a to i s jejich zdravotní komponentou, je poměrně složitý úkol, a to zejména z důvodu absence potřebných dat a analýz.

Prvním předpokladem je stanovení společné jednotky tak, aby tato mohla být srovnatelná v obou typech péče, a tak, aby nám pomohla přinést odpověď na otázku, od jakého objemu péče přestává být ekonomicky efektivní péče terénní a začíná být efektivnější péče pobytová.

Nabízí se prakticky dvě možné jednotky: lůžkoden³²⁾ a hodina péče. Lůžkoden je jednotka používanější v pobytových službách. V rámci možné komparace se tedy omezíme na jednotku hodina péče, resp. náklady na hodinu péče.

Dalším předpokladem je stanovení, jaké typy nákladů jsou nebo mohou být obsahem jednotky. Pro účely této analýzy se omezíme na sociální péči ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a zdravotní péči ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.³³⁾ Vyloučíme tedy náklady za ubytování a stravu, které uživatel služby zabezpečuje jak v případě využívání pobytové služby,³⁴⁾ tak ve svém domácím prostředí.

Dále tedy budeme postupovat při kalkulaci společné jednotky, tj. hodiny péče, rozdělené na dvě složky: sociální péči a zdravotní péči. Kromě kalkulace nákladů na určenou jednotku bude tedy ještě nutné zvolit poměr sociální a zdravotní péče ve stanovené jednotce.

Při stanovování jednotkových nákladů je nutné uvést několik zásadních poznámek, které vyplývají z rešeršní činnosti a prováděných analýz dostupných dat:

- Ačkoliv se to může jevit jako velmi nepravděpodobné, a to zejména vzhledem k aktivitám a preferencím státu, resp. vlády ČR, potažmo MPSV ČR směřujícím k podpoře domácí péče a setrvání v přirozeném sociálním prostředí uživatelů sociálních služeb, ale i s ohledem na rozsáhlý počet rozličných analýz, studií a projektů, v České republice neexistuje³⁵⁾ analýza či údaj o průměrných nákladech za hodinu terénní sociální péče³⁶⁾ nebo domácí péče.

³¹⁾ Tj. nerozlišujeme, zda a do jaké míry se na nákladech podílí klient služby a v jakém podílu veřejné rozpočty, zdravotní pojišťovny aj.

³²⁾ Nebo jakýkoliv jiný časový údaj, jako např. týden, měsíc péče atp.

³³⁾ A dalších souvisejících zákonů a vyhlášek.

³⁴⁾ Těmto typům nákladů se budeme dále věnovat v následující kapitole.

³⁵⁾ Až na dílčí propočty.

³⁶⁾ Pečovatelská služba.

- V ČR neexistuje údaj o celkem poskytnutých hodinách terénní sociální a zdravotní péče.
- V ČR neexistuje údaj o průměrných osobních nákladech (průměrná mzda/plat) zdravotních sester v domácí péči.
- V ČR neexistuje jakákoliv datová či statistická provázanost mezi terénní zdravotní a terénní sociální péči.

3.1 Terénní zdravotní péče

Domácí zdravotní péče je nejdůležitějším segmentem péče, který zajišťuje profesionální zdravotní ošetrovatelskou komponentu dlouhodobé péče. Tato péče může být poskytována v soukromých domácnostech (odbornost 925). Tato péče je specifikována zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, jako tzv. zvláštní ambulantní péče. Ke zvláštní ambulantní péči patří ještě péče zajišťovaná v rámci odbornosti 004, která je přechodnou náhradou za péči v odbornostech 925 a 913 a je poskytována v lůžkových zdravotnických zařízeních v době, kdy již pominuly indikace péče pod dohledem lékaře a nemocnému se nepodařilo ošetrovatelskou péči zajistit v jeho domácnosti. Odbornost 004 je v současné době ve finančním vyjádření zanedbatelná, patří však do kategorie domácí péče jak ve vztahu k indikacím, tak i skladbou jednotlivých výkonů a jejich úhradou.³⁷⁾

3.1.1 Základní statistická data

Stanovit hodinovou kalkulaci terénní zdravotní péče je poměrně složitý úkol. K tomuto účelu budeme pracovat s následujícími údaji, daty a informacemi, které pocházejí z údajů zdravotních pojišťoven, Ministerstva zdravotnictví, Ústavu zdravotnických informací a statistiky a z existujících a disponibilních studií.

Ke konci roku 2010 poskytovalo v České republice služby domácí zdravotní péče (DZP) 464 pracovišť. Nejvíce těchto zařízení bylo v Moravskoslezském kraji a v Praze, nejméně pak v kraji Karlovarském a na Vysočině. Nejčastějšími poskytovateli DZP byly agentury domácí zdravotní péče (88 % všech poskytovatelů DZP). Zřizovatelem necelé poloviny pracovišť DZP byla fyzická osoba, 28 % soukromá právnická osoba, 15 % církev a zřizovatelem necelých 8 % pracovišť byly státní nebo samosprávné instituce (především obce).³⁸⁾

Domácí hospicová péče byla v r. 2011 poskytována 8 705 pacientům. U pacientů bylo pracovníky domácí zdravotní péče provedeno celkem 11,6 milionu výkonů, z nichž 94 % bylo hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.³⁹⁾

Tabulka 10 Činnost domácí péče v krajích ČR v roce 2010

Území	Počet návštěv			Počet výkonů		
	ČR/kraj	celkem	z toho jen zdravotní	na 1 pacienta	z toho	
celkem					hrazených ze zdrav. pojištění	u pacientů imobilních
Hl. m. Praha	645 510	571 859	35,9	1 498 423	1 476 125	801 388
Středočeský	426 390	393 126	35,3	723 603	721 257	337 335
Jihočeský	474 057	444 262	43,9	1 563 759	1 552 051	883 829
Plzeňský	344 857	302 633	53,3	601 667	548 089	213 962

³⁷⁾ MPSV ČR. 2011. Spotřeba zdravotní péče příjemci příspěvku na péči. Praha: MPSV ČR, 2011.

³⁸⁾ Roubal, T. – Prošková, E. a kol. 2011. Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče. Praha: MPSV ČR, 2011.

³⁹⁾ Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2011, ÚZIS 2011.

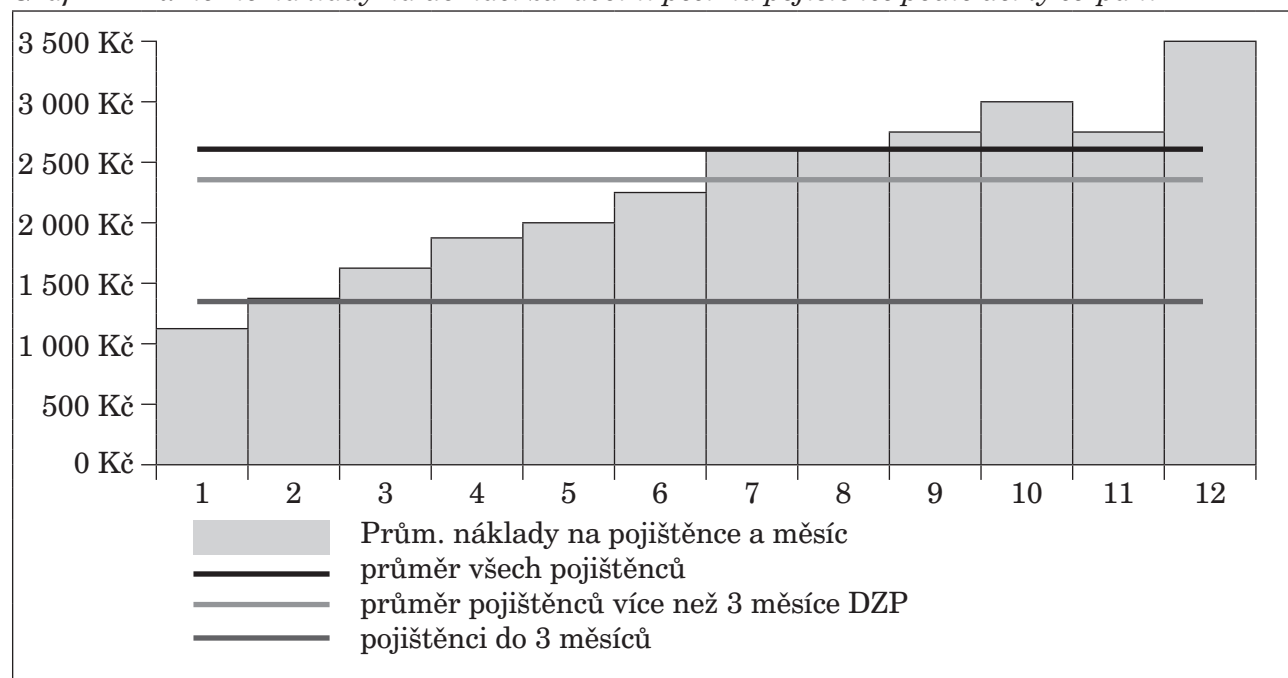
Karlovarský	209 578	113 506	50,9	478 109	477 953	259 733
Ústecký	727 562	587 601	45,9	1 069 559	1 061 573	340 808
Libercký	186 668	150 059	33,2	375 761	371 731	235 694
Královéhradecký	357 542	330 777	33,1	807 663	697 526	425 732
Pardubický	353 707	344 314	35,3	672 902	660 211	401 993
Vysočina	242 019	221 349	52,0	362 598	327 415	200 063
Jihomoravský	390 222	367 977	31,7	939 842	689 025	734 755
Olomoucký	372 230	342 087	50,7	624 430	538 199	369 043
Zlínský	229 959	154 976	52,0	361 322	270 658	211 091
Moravskoslezský	749 682	636 400	35,7	1 272 986	1 085 830	643 925
ČR	5 709 983	4 960 926	39,8	11 352 624	10 477 643	6 059 351

Zdroj: Roubal, T. – Prošková, E. a kol. 2011. *Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče*. Praha: MPSV ČR, 2011.

V roce 2010 uskutečnili pracovníci domácí zdravotní péče u svých pacientů celkem 5,7 miliónu návštěv, přičemž u 87 % z nich bylo pacientům provedeno pouze zdravotní ošetření. Na 1 zdravotnického pracovníka nelékaře (ZPBD) připadalo v průměru necelých 7 návštěv denně (v jednotlivých krajích činilo rozpětí 5–10 návštěv), na 1 pacienta pak připadalo v průměru 40 návštěv za rok (v jednotlivých krajích mezi 32–54 návštěvami).⁴⁰⁾

Služby domácí zdravotní péče zajišťovaly v celé České republice ke konci roku 2010 více než tři tisíce odborných pracovníků ve zdravotnictví (fyzické osoby), především všeobecné sestry. V průměrných přepočtených počtech (včetně smluvních pracovníků) to bylo 57 fyzioterapeutů, 2 352 ZPBD (z nich 1 068 všeobecných sester se specializací a 22 zdravotně sociálních pracovníků) a 223 ostatních odborných pracovníků. Ke konci tohoto roku působilo v domácí zdravotní péči dále 114 dobrovolných spolupracovníků DZP (fyzické osoby), což představovalo v úhrnu 22 plných pracovních úvazků.⁴¹⁾

Graf 1 Průměrné náklady na domácí zdravotní péči na pojištěnce podle délky čerpání



Zdroj: VZP ČR.

⁴⁰⁾ Wija, P. 2012. Domácí zdravotní péče v České republice. Aktuální informace. Č. 58/2012. Praha 2012.

⁴¹⁾ Roubal, T. – Prošková, E. a kol. 2011. *Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče*. Praha: MPSV ČR, 2011.

Průměrná výše úhrady za domácí zdravotní péči se pohybuje mezi 1000 Kč a 3500 Kč za měsíc podle délky čerpání domácí zdravotní péče. V případě krátkodobého čerpání zdravotní péče se zřejmě jedná o domácí zdravotní péči následující po hospitalizaci, kdy dochází ke stabilizaci a zlepšení zdravotního stavu. Naopak u osob, které potřebují domácí zdravotní péči celoročně, jsou náklady nejvyšší (průměrně 3500 Kč měsíčně). Jedna se zřejmě o intenzivnější potřebu domácí zdravotní péče.⁴²⁾

Výdaje zdravotních pojišťoven na domácí zdravotní péči přesáhly v roce 2010 dle údajů Ministerstva zdravotnictví 1,3 mld. Kč. Zatímco meziročně došlo v roce 2010 k mírnému poklesu výdajů oproti roku 2009, v roce 2009 zaznamenala domácí zdravotní péče naopak meziroční nárůst o 28 %. Výdaje na domácí zdravotní péči z celého objemu nákladů veřejného zdravotního pojištění tvoří 0,5 %.⁴³⁾

Tabulka 11 Vývoj výdajů ZP na domácí péči v mil. Kč

	2007	2008	2009	2010
na domácí zdravotní péči (roky 2007 až 2009 pouze odbornost 925, v roce 2010 odbornosti 925, 911, 914, 916 a 921)	986,26	1 064,71	1 367,56	1 318,24
z toho domácí zdravotní péče odbornost 925 (mil. Kč)				1 171,51

Zdroj: MZ ČR 2011.

Pro výpočet hodinové nákladovosti a pro získání přehledu celkového objemu terénní zdravotní péče je nutné zdůraznit a uvést následující data:

Tabulka 12 Základní údaje k terénní zdravotnické službě

Popis údaje	údaj
Počet návštěv na jednoho pracovníka/den	7
Počet návštěv jednoho klienta ročně	40
Celkový objem domácí péče, který je hrazen z fondů veřejného ZP	1,3 mld. Kč
Poměr nákladů hrazených ze ZP	92 %
Celkové náklady na domácí péči ⁴⁴⁾	1,413 mld. Kč
Počet návštěv v daném roce	5,7 mil.
Počet výkonů v daném roce	11,4 mil.
Počet zaměstnanců (přepočtený)	2 352
Počet hodin přímé péče (za předpokladu, že v rámci disponibilní pracovní doby ⁴⁵⁾ zkráceno koeficientem 0,7) ⁴⁶⁾	3 mil.

⁴²⁾ Kol. autorů. 2011. Finanční toky ve veřejných a soukromých rozpočtech v dlouhodobé péči. Praha: MPSV ČR, 2011.

⁴³⁾ Kol. autorů. 2011. Finanční toky ve veřejných a soukromých rozpočtech v dlouhodobé péči. Praha: MPSV ČR, 2011.

⁴⁴⁾ V r. 2010.

⁴⁵⁾ Ve výši 11/12, tj. je předpokládáno pouze 11 měsíců práce v daném roce.

⁴⁶⁾ Podíl přímých a nepřímých nákladů, tj. předpoklad, že 30 % pracovní doby stráví pracovník/pracovnice domácí péče administrativními výkony, přejezdy apod. Stanovení tohoto koeficientu vyplývá z uvedeného průměrného denního počtu návštěv na jednoho pracovníka.

Počet návštěv na jednoho zaměstnance ročně	2 423 (200 měsíčně, 50 týdně) ⁴⁷⁾
Průměrná doba jedné návštěvy	0,5 hod.
Náklady na jednu návštěvu	220 Kč ⁴⁸⁾
Náklady na hodinu péče	440 Kč ⁴⁹⁾

Zdroj: vlastní zpracování.

3.2 Terénní sociální péče

Existuje více forem terénní sociální péče dle zákona o sociálních službách. Nejčastější sociální službou v případě péče o seniory je pečovatelská služba.⁵⁰⁾

Tabulka 13 Počty poskytovatelů osobní asistence a pečovatelské služby dle jejich právní formy v r. 2011

právní forma	osobní asistence	pečovatelská služba	vybrané SSP celkem
organizační složka státu	0	5*	5
příspěvková organizace	13	161	174
obec nebo městská část hlavního města Prahy (pořípadě rozpočtová organizace – ve všech třech případech se jednalo o obec nebo městskou část)	2	283	285
sdružení (svaz, spolek, společnost, klub, aj.)	91	35	126
církevní organizace	57	170	227
obecně prospěšná společnost	32	46	78
jiná právnická osoba	13	26	39
fyzická osoba – podnikatel	7	23	30
celkem	215	749	964

Zdroj: Roubal, T. – Prošková, E. a kol. 2011. *Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče.* Praha: MPSV ČR, 2011.

Nejčastějším zřizovatelem subjektů poskytujících osobní asistenci byly nestátní subjekty jiné než církevní právnické osoby (byly zřizovatelem 91 organizací, tj. 42 % z jejich celkového počtu, tj. 57 % z celkového počtu provozovatelů služby, u nichž byl údaj o zřizovateli zjištěn). Zřizovatelem organizací poskytujících pečovatelskou službu byly nejčastěji obce (396, tj. 62 %), s výraznějším odstupem následovaly církevní právnické osoby (170, tj. 27 %).⁵¹⁾

⁴⁷⁾ U opravných korekčních propočtů se vyskytla odchylka v rozsahu 20–30 %. Tato odchylka je dána skutečností, že jednotlivé výkony domácí péče mají svoji legislativně stanovenou časovou dotaci. Tato není ale vždy v praxi dodržována, tzn. zdravotní sestra zvládne dané výkony v kratším časovém intervalu. Na zdravotní pojišťovny je však vykázan celý čas, což pak ovlivňuje porovnání obou typů dat.

⁴⁸⁾ Možná odchylka cca 10 %.

⁴⁹⁾ Možná odchylka cca 10 %.

⁵⁰⁾ § 40 zákona č. 108/2006 Sb.

⁵¹⁾ Roubal, T. – Prošková, E. a kol. 2011. *Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče.* Praha: MPSV ČR, 2011.

U kalkulace sociální péče jsou možné dva přístupy. První by vycházel ze statistického a jiného⁵²⁾ vyúčtování, které zjišťuje celkové náklady dané služby rozdělené do jednotlivých typů. Problémem a příčinou nemožnosti využití tohoto přístupu je skutečnost, že neexistuje jednotná kapacitní jednotka. Počet klientů služby nelze použít, neboť rozsah a náročnost péče u každého jednoho klienta je rozdílná. Proto jsou údaje jako počet klientů či počet kontaktů nepoužitelné. Zvolená kapacitní jednotka není v rámci těchto statistik a výkazů vůbec monitorována. Mohli bychom dále ze statistické ročenky MPSV ČR vybrat celkové náklady na pečovatelskou službu a počet klientů. Opět ale bez znalosti náročnosti či alespoň průměrné časové náročnosti na jednoho klienta je tento údaj bezpředmětný.

Druhým možným přístupem je kalkulace osobních nákladů z veřejně dostupných zdrojů. I tento přístup se neobejde bez odborných odhadů⁵³⁾, ale je to s odkazem na disponibilitu potřebných dat jediné možné řešení.

Tabulka 14 Pečovatelská služba v r. 2011, vybraná data

Popis údaje	údaj
Výše příjmů z úhrad	659 154 tis. Kč
Výdaje na pečovatelskou službu	2 100 586 tis. Kč
Počet uživatelů (klientů)	113 607
Počet neuspokojených žadatelů	1 778
Počet zaměstnanců v pečovatelské službě (přepočtený)	3 230
Průměrný hrubý plat	15 935 Kč
Prostředky na platy	617 621 tis. Kč

Zdroj: MPSV ČR. 2011. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí za r. 2011*. Praha: MPSV ČR, 2011.

Oproti terénní zdravotní péči vycházíme v případě pečovatelské služby z jiných dat; této skutečnosti bude odpovídat rozdílný přístup výpočtu jednotkové, resp. hodinové nákladovosti.

Největší část nákladů v terénních službách tvoří mzdové náklady. Jak vyplývá z výše uvedené tabulky č. 14 je tento poměr opačný, a to z toho důvodu, že provozní náklady jsou zkresleny, resp. navýšeny výrobou či nákupem stravy, která tvoří rozpočtově jednu z největších položek.

Pokud tedy budeme při kalkulaci vycházet z průměrné hrubé mzdy, je nutné tuto navýšit koeficientem 1,35⁵⁴⁾ a dále dalším koeficientem, který nám bude zahrnovat fixní, resp. provozní náklady pečovatelské služby a také cestovní a transportní náklady. Z důvodu zkreslení výše těchto výdajů v důsledku využití vývařoven stanovíme tento koeficient na základě terénních šetření a studia několika dílčích rozpočtů pečovatelských služeb ve výši 1,3.

Celkové osobní náklady v daném roce činí 617 mil. Kč. Tuto částku zvýšíme s odkazem na předchozí odstavce koeficientem 1,35 a 1,3. Celkové osobní náklady včetně nákladů režijních⁵⁵⁾ činí za sledované období 1,082 mld. Kč.

K získání jednotkové sazby je nutné spočítat celkový počet hodin poskytnuté péče. Vycházíme přitom z těchto základních ukazatelů:

⁵²⁾ Vyúčtování státní dotace.

⁵³⁾ Stanovení poměru osobních a provozních nákladů.

⁵⁴⁾ Odvody za zaměstnavatele platné v r. 2011.

⁵⁵⁾ Bez nákladů na výrobu stravy.

Celkový počet odpracovaných týdnů v daném roce je 46.⁵⁶⁾ Počet odpracovaných hodin v daném měsíci činí 168 hod. Celkový počet hodin pak snížíme koeficientem 0,7.⁵⁷⁾

Celkový počet hodin péče ve sledovaném roce činí 4,370 mil. hodin. Celkové náklady na poskytnutou péči činí 1,082 mld. Kč.⁵⁸⁾

Jednotková, resp. hodinová nákladovost činí 248 Kč.

3.3 Porovnání terénní sociální a terénní zdravotní péče

Účelem této kapitoly je shrnout společné, tj. porovnatelné údaje za oba typy terénních služeb a na jejich základě stanovit poměr objemu terénní sociální péče společně s terénní zdravotní péčí. Na základě tohoto poměru a se znalostí celkových jednotkových nákladů na oba typy terénních služeb stanovíme pak tabulku s jednotlivými možnými stupni potřebnosti péče.

Při výpočtu jednotkové nákladovosti kombinované péče⁵⁹⁾ vycházíme z poměru 0,6 pečovatelské služby na 0,4 domácí péče. Tento poměr vychází z celkového počtu poskytnutých hodin péče v daném období u obou typů služeb. Jde přirozeně o teoretický model, kdy v praxi daný poměr zaleží na celé řadě proměnných a v poměrně velkém počtu případů je využívána uživatelem pouze jedna složka terénní služby. Tuto skutečnost je nutné zdůraznit. V praxi může docházet a dochází k situacím, že rodina uživatele či jiné osoby zajistí jednu nebo druhou složku péče v různém poměru. Jde tedy o čistě teoretický poměr, resp. výpočet.

Tabulka 15 Porovnání základních údajů u terénní sociální a zdravotní služby

	Pečovatelská služba	Domácí péče
Počet zaměstnanců (přepočtený)	3 230	2 352
Náklady na hodinu péče	248	440
Počet hodin péče	4,37 mld.	3 mld.
Celkové výdaje	2,1 mld.	1,413 mld.

V tomto modelu, za stanového poměru vychází jednotkové náklady na jednu hodinu zdravotně sociální terénní péče na 325 Kč. V tomto jednotkovém nákladu jsou zahrnuty i provozní náklady obou typů služeb,⁶¹⁾ tzn. při aplikaci na konkrétní případy vycházíme z průměrné struktury kumulované péče na jednoho uživatele. Dále je nutné upozornit na skutečnost, že jde o celkové náklady bez ohledu na zdroje k pokrytí těchto nákladů.⁶²⁾

⁵⁶⁾ 52 týdnů po odečtu dovolené a pracovní neschopnosti.

⁵⁷⁾ Jde o stejný koeficient, který jsme použili, resp. spočítali u terénní domácí péče. Charakter obou služeb je z hlediska časové struktury velice podobný. Koeficient byl také ověřen terénním šetřením u několika pečovatelských služeb.

⁵⁸⁾ Tato sazba předpokládá čas strávený na cestě, tj. celkovou logistiku výkonu, jejíž náklady mohou být součástí časové sazby strávené u klienta služby.

⁵⁹⁾ Pečovatelské služby a domácí péče.

⁶⁰⁾ V některých regionech je dostupná pouze jedna složka, v některých případech jednu nebo druhou složku substituuje rodina.

⁶¹⁾ Náklady na cestovné, správu, jiné fixní náklady.

⁶²⁾ úhrady uživatele, platby z fondů veřejného zdravotního pojištění, státní dotace a další zdroje.

4 Porovnání nákladů na zdravotní a sociální péči v pobytových službách

Poskytovaná péče v pobytových službách, tj. pro účely této studie v domovech pro seniory, se skládá ze sociální a zdravotní části. Sociální část je hrazena přímo uživatelem služby, ale pro její úhradu má k dispozici zdroj v podobě příspěvku na péči. Zdravotní složka poskytnuté péče je hrazena z fondů veřejného zdravotního pojištění.

4.1 Ošetrovatelská péče v pobytových zařízeních sociálních služeb

Tato péče je poskytována formou zvláštní ambulantní péče podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění:

- prostřednictvím zdravotnického zařízení,
- jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím vlastních zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání s tím, že rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanoví vyhláška, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

U výpočtu nebudeme vycházet z úhrad za obě složky péče, nýbrž z nákladů, a to z důvodu nedostatečných úhrad celkových nákladů. Jak v případě péče sociální, která je hrazena z přiznaného příspěvku na péči, tak úhrady z fondů veřejného zdravotního pojištění nestačí ke krytí nákladů spojených s realizací obou typů péče. V případě zdravotní, resp. ošetrovatelské péče kryjí úhrady pojištěn pouze část skutečných nákladů.

V případě zdravotní péče můžeme vycházet z průměrných osobních nákladů ze statistické ročenky Ministerstva práce a sociálních věcí (viz příloha č. 4). V r. 2011 pracovalo v sociálních službách 5 025 přepočtených všeobecných sester a 314 přepočtených fyzioterapeutů.⁶⁶⁾ Celkem tedy 5 339 přepočtených úvazků. Část těchto pracovníků je zaměstnána v jiných typech sociálních služeb než pobytových. Jde zejména o terénní služby, resp. městská centra sociálních služeb či charitní ošetrovatelské a pečovatelské služby, kde jsou tito poskytovatelé registrováni jako nestátní zdravotnické organizace a provozují domácí péči/home care. Jde však o marginální podíl, který lze kvalifikovaným odhadem stanovit na 3–5 %. Můžeme tedy konstatovat, že jde o 5 072

⁶³⁾ Úhrada za poskytnutou péči je dle §73 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve výši přiznaného příspěvku na péči. Systém vratek je pak předmětem ujednání, resp. smlouvy mezi poskytovatelem a uživatelem.

⁶⁴⁾ Průša, L. a kol. 2009. Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních, Praha: VUPSV, 2009.

⁶⁵⁾ Průša ve studii Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních uvádí, že zdravotní pojišťovny hradí ve skutečnosti pouze 20–30 % skutečných nákladů.

⁶⁶⁾ Kromě těchto dvou profesí pracovali v sociálních službách zdravotničtí pracovníci na pozicích sanitář, ergoterapeut, ošetrovatel. Toto ale nejsou nositelé výkonů odbornosti 913.

kvalifikovaných zdravotnických pracovníků působících v pobytových službách sociální péče. Jde však pouze u příspěvkové či rozpočtové organizace zřizované MPSV ČR, kraji, městy a obcemi. Jak je však patrné z tabulky č. 7, která ukazuje rozdělení právní formy poskytovatele v nejrozšířenější pobytové službě – domovy pro seniory, patří veřejnoprávní typy organizací mezi hlavní poskytovatele pobytových služeb. Pobytová zařízení provozovaná neziskovými organizacemi jsou pak většinou nízkokapacitními domovy.

Tabulka 16 Domovy pro seniory dle poskytovatelů

Druh služby	NNO	Obchodní společnosti	Fyzické osoby	Města/obce	Příspěvkové organizace	Ostatní
domovy pro seniory	102	14	4	5	360	0

Zdroj: MPSV ČR (interní analýzy a výstupy z elektronického programu MPSV ČR).

4.2 Podíl úhrad ze systému veřejného zdravotního pojištění⁶⁷⁾

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

V r. 2008 realizoval VÚPSV, v. v. i., šetření o rozsahu poskytované ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb na vzorku cca 1 450 klientů těchto zařízení.⁶⁸⁾ Z provedeného šetření např. vyplynulo, že:

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

Výše nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče je diferencována v závislosti na typu zařízení, v němž jsou služby poskytovány, a podle stupně přiznaného příspěvku na péči (viz tabulka č. 17).

⁶⁷⁾ Průša, L. 2012. Analýza ekonomické efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči, Praha: VÚPSV, 2012.

⁶⁸⁾ Průša, L. a kol. 2009. Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních. Praha: VÚPSV, 2009.

Tabulka 17 Výše nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb (v Kč měsíčně)

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

Zdroj: Průša, L. a kol. 2009. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, 2009.

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

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

Podrobnější údaje jsou uvedeny v tabulce č. 18

Tabulka 18 Výše úhrad nákladů poskytnuté ošetrovatelské péče ze systému veřejného zdravotního pojištění poskytovatelům jednotlivých typů služeb sociální péče v relaci na 1 klienta měsíčně v r. 2009

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

Zdroj: vlastní propočty na základě rozboru údajů ze žádostí poskytovatelů sociálních služeb pro r. 2011

Tyto údaje jednoznačně dokumentují diskriminační postoj zdravotních pojišťoven vůči pobytovým zařízením sociálních služeb v porovnání se zdravotnickými zařízeními. Zdravotnická zařízení poskytující sociální služby obdržela v přepočtu na jednoho klienta za poskytnutou ošetrovatelskou a rehabilitační péči úhradu cca 3,5x vyšší než domovy pro seniory, přestože věková struktura, základní diagnózy a stupeň soběstačnosti u pacientů LDN a u klientů domovů pro seniory umístěných na ošetrovatelských lůžkách jsou v zásadě obdobné.⁶⁹⁾

⁶⁹⁾ Červenková, A. – Bruthanová, D. – Pechanová, M. 2006. *Sociálně-zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. Praha: VÚPSV, 2006.

4.3 Náklady na zdravotní péči v pobytových službách

Průměrný plat všeobecné sestry v organizacích zřizovaných kraji, městy a MPSV činil v r. 2011 celkem 26 843 Kč, odvody za zaměstnavatele, tvorbu FKSP a úrazové pojištění pak 9 776 Kč. Celkové osobní náklady na jednu zdravotní sestru tedy činily 36 619 Kč. Hrubým odhadem můžeme stanovit roční objem hodin strávených v přímé péči u uživatele, resp. v zařízení na 1 785 hod.⁷⁰⁾ Celkové roční osobní náklady činí zhruba 440 000 Kč.

Hodinové náklady ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb zřizovaných městy, obcemi, kraji a MPSV ČR tak činí 247 Kč. Tuto položku navýšíme koeficientem 1,3 tak jako v předchozích případech⁷¹⁾ a získáme průměrné hodinové náklady ve výši 321 Kč.

4.4 Sociální péče v pobytových zařízeních sociálních služeb

Sociální péče v pobytových zařízeních sociálních služeb obsahuje výkony definované v příslušných ustanoveních zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Z těchto základních činností jsou primárním předmětem pracovníků v sociálních službách, resp. složkou sociální péče:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Přesnější specifikaci nalezneme v prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb.:

- a) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:
 1. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
 2. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
 3. pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
 4. pomoc při podávání jídla a pití,
 5. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:
 1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
 2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
 3. pomoc při použití WC,
- c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:
 1. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,
 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,
- d) sociálně terapeutické činnosti:
 1. socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,

⁷⁰⁾ Celkový počet týdnů 47,5, tj. bez řádné dovolené, která je stanovena na 5–6 týdnů, a 1–2 týdnů pracovní neschopnosti, dále počítáme týdenní fond pracovní doby 37,5 hod., tj. celkem, 157,5 hodiny měsíčně, celkem 237,5, resp. 238 pracovní dnů, tj. 1 785 hod.

⁷¹⁾ Fixní náklady na správu, materiální náklady, provozní náklady příslušných prostor, dílčí osobní náklady managementu apod.

e) aktivizační činnosti:

1. volnočasové a zájmové aktivity,
2. pomoc při obnově nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím,
3. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

Úhrada za sociální péči je dle § 73 zákona o sociálních službách stanovena ve výši přiznaného příspěvku na péči. Systém tzv. vratek či snížených úhrad v případě hospitalizace či jiné nepřítomnosti uživatele v zařízení nejsou zákonem upraveny a záleží na dohodě mezi poskytovatelem a uživatelem.

Nositeli sociální péče jsou primárně pracovníci v sociálních službách, sekundárně pak ostatní odborní pracovníci.⁷²⁾

V r. 2011 byl průměrný plat pracovníka v sociálních službách 16 272 Kč. Pokud použijeme stejný výpočet pro jednotkové náklady, tj. náklad na hodinu péče, pak se dostaneme na celkové roční náklady 342 688 Kč⁷³⁾ s celkovým počtem hodin 1 781, tj. zhruba 192 Kč na hodinu.

V případě sociální složky neexistují žádné disponibilní propočty či analýzy. Nabízí se však základní a zásadní otázka: Je výše stanovené úhrady za sociální péči, tj. ve výši přiznaného příspěvku na péči, dostačující tak, aby pokryla náklady spojené s realizací péče dané osobě?

O odpověď se pokusil Ing. Jiří Procházka, který provedl ve svém zařízení Palata analýzu nákladovosti sociální péče v závislosti na přiznaném příspěvku na péči. V roce 2010 si domov pro zajištění sociální péče v pobytovém zařízení pro osoby se zdravotním postižením definoval 184 úkonů sociální služby. Na základě časových snímků byl stanoven průměrný čas přímo spotřebovaný při realizaci jednotlivých úkonů. Dále byl proveden výpočet nákladů minuty práce pracovních pozic vykonávajících úkony. Tato data byla použita pro výpočet nákladů u jednotlivých úkonů.

Pracovníci realizující sociální službu po provedení úkonů péče tyto průběžně zaznamenávají pomocí elektronických kódů a čteček.

Tabulka 19 Skutečné náklady sociální péče v pobytové službě – domov Palata

	počet intervencí / měsíc / klient	počet hodin práce/ měsíc/ klient	suma Kč/ měsíc/ klient	rozdíl výše PNP a suma v Kč	počet klientů	suma práce za měsíc v hodinách	počet intervencí za měsíc	celkový rozdíl nedoplatku za sociální péči za měsíc	při úpravě PNP 20%
I. PNP	197	14	4532	-3732	7	98	1379	-26124	-30924
II. PNP	395	30	9759	-5759	38	1140	15010	-218842	-188442
III. PNP	522	43	14359	-6359	31	1333	16182	-197129	-147529
IV. PNP	631	51	17211	-5211	28	1428	17668	-145908	-78708
celkem					104	3999	50239	-588003	-445603
celkem za rok								-7056036	-5347236
pss 5	16*11*30	5280							
pss 7	171*8	1368							
		6648							
% pracovní doby přímo u klienta			60,15%						
průměr intervencí na klienta a den			16,10						
průměr nákladů na klienta (přímá práce)				12784,64					

⁷²⁾ Sociální pracovníci, terapeutičtí pracovníci, psycholog aj.

⁷³⁾ Koeficient super hrubé mzdy v r. 2011, tj. 1,35, a koeficient fixních, resp. provozních nákladů 1,3.

Analýza byla provedena na vzorku 104 klientů, kterým byla sociální služba poskytována po celý měsíc. Ze **60,15 %** byla pracovní doba pracovníků využita přímou prací u klienta (sloupec č. 4). Po přepočtu na celkové náklady (sloupec č. 5) byly skutečné náklady na poskytovanou sociální službu kryty v jednotlivých stupních PNP pouze **ze 16 % u I. stupně do max. 62 % u IV. stupně.**

Průměrné celkové náklady v prosinci 2012 na sociální službu činily **14 488,80 Kč** na klienta.

Závěrečné teze:

- Jednotkové náklady ošetrovatelské péče jsou v pobytových zařízeních o 27 % nižší než v domácnosti uživatele, tj. 440 Kč/hod. oproti 321 Kč/hod.
- Jednotkové náklady sociální péče jsou v pobytových zařízeních o 23 % nižší než v domácnosti uživatele, tj. 248 Kč/hod. a 192 Kč/hod.

4.5 Dílčí závěry

Výše uvedené závěry a kalkulace jsou a měly by být podnětem k dalším odborným diskuzím a zejména pak k ověření v rámci jak makroekonomických údajů zkoumaných oblastí, tak především aplikovaného výzkumu, který by potvrdil, vyvrátil nebo korigoval uvedené teze a hypotézy. Smutným dílčím závěrem je konstatování skutečnosti, že až soukromá společnost ve spolupráci s Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR a dalšími subjekty se zabývájí analýzou a studií, která je krucální pro elementární plánování terénní a pobytové dlouhodobé péče o seniory.

5 Náklady pobytové a terénní péče z mikroekonomického pohledu

V praxi dochází velmi často zejména k tzv. laickému porovnání terénní a pobytové služby. Atribut „laický“ zde zdůrazňuje, že toto porovnání je činěno na intuitivních a výzkumem nepodložených závěrech, a tedy domněnkách.⁷⁴⁾ Tyto teze jsou předkládány jak širokou, tak ale i odbornou veřejností a právě to nejpoužívanější tvrzení, tj. že pobytové služby jsou tou poslední a nejhorší variantou, je pak široce akceptováno majoritní částí veřejnosti.

Smyslem této kapitoly není plédovat za jeden nebo druhý typ služby. Cílem není ani přinést obsáhlé porovnání obou variant, které by se mělo logicky skládat jak z ekonomické, řekněme kvantitativní, tak i kvalitativní části. Cílem je upozornit na relativitu tohoto tvrzení, tzn. jeho vztah k různým důležitým aspektům a skutečnostem, které konečnou podobu této teze upřesní, potvrdí nebo popřou.

Tezí, kterou lze za každých okolností označit za správnou, je:

To, zda je pro lidského jedince, osobu závislou na cizí pomoci a péči lepší pobytová služba před terénní,⁷⁵⁾ závisí na celé řadě faktorů, aspektů a skutečností. Těchto faktorů je mnoho, a spektrum životních situací a potřeb je tím pádem natolik individuální a rozdílné, že je možné konstatovat, že pobytové zařízení je pro seniora a příp. i jeho rodinu lepší variantou než domácí péče a vice versa.

Pro lepší formulaci této teze by bylo možné definovat určité skupiny životních situací, potřeb a výchozích podmínek a s použitím různých statistických či výzkumných metod zjistit či dokázat, jaká z obou variant by pro dané skupiny za daných podmínek byla lepší variantou.

K nalezení odpovědí na tyto otázky by bylo žádoucí rozdělit již zmíněné atributy, podmínky a další skutečnosti a okolnosti do třech hlavních skupin.

První skupinou jsou faktory ekonomické, a tím tedy i omezující podmínky ekonomického charakteru, které následně determinují, která varianta je optimální.

Druhou skupinou jsou faktory kvalitativní. Zde hraje roli zejména a především kvalita života uživatele služby, seniora, a to jak objektivní, tak subjektivní, ale i kvalita života pečujících osob, v tomto případě rodinných příslušníků či jiných osob blízkých.⁷⁶⁾

Třetí skupinou je pak dostupnost a existence potřebné sociální služby či potřebného a ochotného okruhu osob blízkých.

⁷⁴⁾ Zde míním především výzkumy zaměřené na ekonomické aspekty tohoto výběru, resp. porovnání.

⁷⁵⁾ Tj. např. pečovatelská služba či rodinná péče před domovem pro seniory či domovem se zvláštním režimem.

⁷⁶⁾ Ani v této skupině nelze automaticky akceptovat tezi, že za každých nebo téměř každých okolností je život v domácím prostředí více kvalitní. Je zde příliš mnoho proměnných a determinant, jako např. ohrožení zdraví pečujících rodinných osob, zhoršení psychické a rodinné pohody, pravděpodobnost depresí, ztráty práce, ale i v případě uživatele se může vzhledem k pokročilosti onemocnění začít objektivně a/či subjektivně život v domácím prostředí jevit jako méně komfortní a kvalitativně horší než v pobytovém zařízení.

Cílem této kapitoly je zbývat se skupinou první, a to za hypotetického předpokladu existence všech faktorů a předpokladů ve třetí skupině.

Omezme se tedy na všeobecně šířenou a deklarovanou tezi, že pobytové služby jsou nejdražší možnou variantou. Zcela zásadní a ve většině případů opomíjené je velmi důležité doplnění či podotázka:

- Pobytové služby jsou nejdražší možnou variantou.
 - Záleží pro jakou stranu, jakého účastníka nebo zjednodušeně „pro koho“.
 - Záleží za jakých okolností, tj. zjednodušeně „kdy“.

S odkazem na dvě předchozí kapitoly si tedy rozdělme kritické posouzení této všeobecné teze na dva hlavní aktéry celého tohoto rozhodovacího procesu:

- Uživatel služby, zejména tedy senior
- Zadavatel služby, zejména tedy stát

A dále si rozdělme tři možné situace pro oba dva aktéry:

- Domácí péče⁷⁷⁾
- Pobytová sociální služba, resp. domov pro seniory
- Lůžkové zdravotnické zařízení, resp. LDN

Abychom byli schopni učinit toto porovnání, potřebujeme následující data a údaje:

- Nákladovost na kapacitní jednotku péče v pobytové sociální službě
- Nákladovost na kapacitní jednotku péče v terénní sociální službě
- Nákladovost na kapacitní jednotku péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení
- Průměrný příjem uživatele/seniora
- Objem péče v závislosti na zdroji k zajištění péče určenému, tj. potřeba hodin péče v závislosti na stupni přiznaného příspěvku na péči.

První tři okruhy dat vyplývají z předchozích dvou kapitol. Je tedy nutné doplnit další dva okruhy potřebných dat a informací.

5.1 Sociodemografická situace seniorské populace⁷⁸⁾

Počet příjemců starobních penzí dosahoval k 31. 12. 2011 2 340 147 osob, tj. o 77 132 osob více než v roce předchozím. Starobní penzi sólo pobíralo 1 725 392 příjemců (73,73 %), z toho 788 790 (45,7 %) mužů a 936 602 (54,3 %) žen. Penzi kombinovanou (souběh penze starobní s penzí vdovskou, respektive vdoveckou) pobíralo 86 251 mužů a 528 504 žen, tj. 26,27 % z celkového počtu. Předčasné starobní penze pobíralo 446 532 osob, tj. 19,08 % z celkového počtu. Počet obyvatel starších 60 let věku dosahoval dle výsledků sčítání lidu, domů a bytů 2 389 083 osob. Z toho starších 65 let bylo 1 644 836 osob, starších 70 let 1 084 167 osob, starších 75 let 697 390 osob, starších 80 let 386 794 osob, starších 85 let 154 681 osob a osob starších 90 let bylo ke dni sčítání 32 952. Počet žen byl vyšší než mužů, početní rozdíly mezi pohlavími narůstaly s věkem.

Tabulka 20 Věková struktura seniorské populace

	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90+	Celkem
Muži	353 328	254 313	165 376	121 381	80 131	35 027	7 897	1 017 453
Ženy	390 919	306 356	221 401	189 215	151 982	86 702	25 055	1 371 630
ČR celkem	744 247	560 669	386 777	310 596	232 113	121 729	32 952	2 389 083

⁷⁷⁾ Myšleno jak zdravotnická, tak sociální terénní péče.

⁷⁸⁾ Rada seniorů. 2013. Návrhy na posílení sociální ochrany seniorů s nízkými příjmy a osamělých seniorů z nájemních bytů. Praha: Rada seniorů ČR, 2013.

Struktura a výše peněžních příjmů důchodců

Dle Statistiky rodinných účtů ČSÚ dosahoval v roce 2011 průměrný roční čistý peněžní příjem českého důchodce (starobního a invalidního) 139 993 Kč. Tj. 11 666 Kč měsíčně. Strukturu celkové částky utvářely z 94,18 % penze, z 0,82 % příjmy sociální, z 1,94 % příjmy pracovní a ze 3,06 % příjmy ostatní (kapitálové příjmy, prodej nemovitých a movitých věcí, dary od příbuzných).

Starobní penze

K 31. 12. 2011 dosahovala průměrná starobní penze sólo (penze dle § 29 odst. 1 a 3, § 74, § 76 a § 94 zákona č.155/1995 Sb., penze vzniklé transformací invalidního důchodu v 65 letech věku dle § 61a) zákona č.155/1995 Sb., penze dle § 29 odst. 2 zákona č.155/1995 Sb., penze dle § 31 zákona č.155/1995 Sb. a penze dle § 30 zákona č.155/1995 Sb.) 10 552 Kč. Z toho 11 700 Kč u mužů a 9 584 Kč u žen. Výše průměrné kombinované penze dosahovala u mužů k 31. 12. 2011 13 158 Kč, tj. o 981 Kč více než penze starobní, a u žen 11 606 Kč, tj. o 1 575 Kč více než penze starobní. Reálná kupní síla průměrné starobní penze meziročně vzrostla o 1,41 %, a to po 1,34% poklesu v roce předchozím. Nad celostátním průměrem byly penze v Moravskoslezském kraji, Středočeském kraji a v hl. m. Praze. Nejvyšší penze v republice mělo nadále hl. m. Praha (11 266 Kč) a nejnižší nadále kraj Olomoucký (10 245 Kč). Dle okresů byly stále nejvyšší penze v okrese Praha 6 (11 436 Kč) a nejnižší v okrese Znojmo (9 779 Kč). Rozptyl mezi nejvyšší a nejnižší průměrnou starobní penzí dle okresů byl tedy 1 657 Kč, tj. 15,7 %.

Tabulka 21 Průměrná starobní penze v roce 2011 v ČR

Česká republika	10 552 Kč	kraj/ČR
Moravskoslezský kraj	10 619 Kč	100,63
Zlínský kraj	10 323 Kč	97,83
Olomoucký kraj	10 245 Kč	97,09
Jihomoravský kraj	10 430 Kč	98,84
Kraj Vysočina	10 279 Kč	97,41
Pardubický kraj	10 333 Kč	97,92
Královéhradecký kraj	10 438 Kč	98,92
Liberecký kraj	10 482 Kč	99,34
Ústecký kraj	10 466 Kč	99,18
Karlovarský kraj	10 330 Kč	97,90
Plzeňský kraj	10 507 Kč	99,57
Jihočeský kraj	10 449 Kč	99,02
Středočeský kraj	10 629 Kč	100,73
Hlavní město Praha	11 266 Kč	106,77

Pro účely výpočtů této studie budeme kalkulovat průměrný měsíční příjem ve výši 10 552 Kč.

5.2 Objem péče v závislosti na příspěvku na péči⁷⁹⁾

Péče o nesoběstačné osoby v rodině může mít nejrůznější podoby. Její rozdílnost v porovnání s péčí, která je poskytována v rezidenčním zařízení, spočívá v tom, že péče je v zásadě poskytována tolik, kolik je potřeba. Jedná se o péči, která je poskytována z lásky, a proto ji tato charakteristika činí nenahraditelnou.⁸⁰⁾ Mnohé rodiny se s problémem péče vyrovnávají

⁷⁹⁾ Průša, L. 2012. Analýza ekonomické efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči Praha: VUPSV, 2012.

⁸⁰⁾ Jeřábek, H. 2009. Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty. Sociologický časopis č. 2/2009.

velmi dobře, i když je situace vyčerpávající, jiné se zase i přes ochotu poskytovat osobní péči mohou z obavy z neovladnutí rozhodnout pro poskytování potřebné péče prostřednictvím pobytových zařízení.⁸¹⁾

Časová náročnost péče je významným způsobem determinována mírou závislosti osoby, jíž je poskytována pomoc (viz tabulka č. 22).

Tabulka 22 Součet doby přímé péče a dohledu dle stupňů závislosti (denně)

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

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

Z uvedených údajů vyplývá, že dlouhodobá péče o rodinného příslušníka nebo blízkou osobu je mnohdy spojena s komplexním sociálním, ekonomickým a zdravotním dopadem na pečovatele a jeho nejbližší okolí. Osoba, která poskytuje péči, v důsledku neustálé „pohotovosti“ ztrácí kontakty s okolním světem, ocitá se v sociální izolaci, často strádá nedostatečnou sociální oporou, trpí fyzickým a psychickým vypětím, které se mnohdy odrazí na jejím zdraví.⁸²⁾ Je třeba si uvědomit, že na péči o rodinného příslušníka pečovatele nikdo nepřipravoval, a přesto mnohdy musí vykonávat úkony, k jejichž provedení je potřeba dostatek fyzické síly, často chybí i potřebná odpovědnost. Ke složité situaci těchto pečovatelů přispívá i nedostatek potřebných informací, pomůcek, často velice obtížná finanční situace, zvláště v těch případech, kdy příspěvek na péči je hlavním příjmem. Určitou roli hraje i způsob bydlení, nezanedbatelná není ani dosažitelnost širšího spektra zdravotních a sociálních služeb, charitativních a svépomocných skupin a sdružení.⁸³⁾

Služba, která je poskytována celých čtyřadvacet hodin denně, sedm dnů v týdnu, je pro jednoho pečujícího „likvidační“, a proto je potřebná a nezbytná profesionální pomoc, která by účinně snižovala zátěž pečovatele.⁸⁴⁾ V praxi se postupně rozvíjí model sdílené péče, jehož cílem je umožnit nesoběstačné osobě žít nezávislým životem ve vlastní domácnosti za pomoci rodiny a komunitních služeb tak dlouho, dokud se tento způsob jeví jako smysluplný a praktický. Prohloubení spolupráce rodiny a služeb poskytovaných speciálními organizacemi a institucemi má nejen vliv na zkvalitnění péče o nesoběstačné osoby, ale také snižuje zátěž rodinných pečovatelů.⁸⁵⁾

Při hodnocení toho, do jaké míry je kompenzován nižší příjem z ekonomické aktivity příspěvkem na péči v důsledku potřeby zajišťování péče pro svého rodinného příslušníka nebo blízkou osobu, je vedle porovnání samotného rozdílu mezi výší předchozího příjmu z ekonomické aktivity a výší příspěvku na péči rovněž nutno zohlednit podmínky, za nichž je v současné době poskytována podpora v nezaměstnanosti. Vzhledem k tomu, že současná právní úprava nevyklučuje souběžné pobírání podpory v nezaměstnanosti (u osoby poskytující péči) a příspěvku na péči (u osoby,

⁸¹⁾ Bartoňová, J. 2005. Modely rodinné péče o starého člověka. In: Jeřábek, H. a kol.: Rodinná péče o staré lidi. Praha: CESES FSV UK, 2005.

⁸²⁾ Barvíková, J. 2005. Rodinná péče a profesionální péče. In: Jeřábek, H. a kol.: Rodinná péče o staré lidi. Praha: CESES FSV UK, 2005.

⁸³⁾ Zavázalová, H. a kol. 2001. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum UK, 2001.

⁸⁴⁾ Tošnerová, T. 2009. Jak si vychutnat seniorská léta. Brno: Computer Press, 2009.

⁸⁵⁾ Jarošová, D. 2006. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006.

které je péče poskytována), lze předpokládat, že v důsledku ukončení ekonomické aktivity osoba poskytující péči je – alespoň krátkodobě – rovněž příjemcem této dávky. Z předchozích výzkumů⁸⁶⁾ vyplývá, že tuto péči v domácnostech ve velké většině poskytují ženy ve věku 50 a více let.

Z dříve provedených propočtů MPSV vyplývá, že celkové náklady péče poskytované v přirozeném domácím prostředí pouze rodinným příslušníkem nebo blízkou osobou činí 31 500 Kč měsíčně na jednoho klienta, zatímco v případě, kdy péče je zajišťována rodinným příslušníkem nebo blízkou osobou a registrovaným poskytovatelem sociální služby, činí náklady této péče cca 18 000 Kč měsíčně na jednoho klienta (náklady na péči poskytovanou v domovech pro seniory činily podle těchto propočtů 22 000 Kč měsíčně na jednoho klienta). V tomto smyslu se potvrdily dříve prezentované názory, že náklady na péči poskytovanou v přirozeném domácím prostředí jsou vyšší než náklady na péči poskytovanou v pobytových zařízeních.⁸⁷⁾

Tyto poznatky vedou k úvaze o vhodnosti diferencovat výši příspěvku na péči v závislosti na tom, zda péče o příjemce příspěvku na péči je poskytována v pobytovém nebo ambulantním zařízení nebo v přirozeném prostředí příjemce, a to buď registrovaným poskytovatelem sociálních služeb, nebo rodinným příslušníkem, popř. blízkou osobou. Tyto úpravy by současně měly být koncipovány tak, aby se zajistila efektivnost péče o příjemce příspěvku na péči ve smyslu dříve definované teze (efektivní je jak z pohledu státu, tak i z pohledu zřizovatele taková forma zajištění péče o příjemce příspěvku na péči, kdy výše úhrady klienta za poskytovaný typ služby spolu s výší příspěvku na péči a úhradou zdravotní péče od zdravotní pojišťovny uhradí průměrné celostátní náklady daného typu služby s tím, že v případě odůvodněně vyšších nákladů v konkrétním zařízení by tento rozdíl mohl být uhrazen zřizovatelem služby),⁸⁸⁾ tzn. aby poskytovatelé služeb sociální péče nebyli závislí na přiznání dotací ze státního rozpočtu.

5.3 Kalkulace variant příjemců příspěvku na péči z ekonomického hlediska

Při těchto kalkulacích je nutné vyjít z potřeby časového objemu péče v jednotlivých stupních příspěvku na péči. Zde máme k dispozici údaje v tabulce č. 22, které jsou však na horní možné hranici. Tj. jejich použití povede k formulaci hypotézy, že v každém případě je pro samotného uživatele ekonomicky efektivnější varianta pobytové péče. Kumulovaná data v předmětné tabulce obsahují pak nejen přímou péči, nýbrž i dohled, který lze realizovat v domácím prostředí např. pomocí ICT technologií nebo jinými způsoby.

Z těchto důvodů a s přihlédnutím na nákladovost sociální péče, a tím i časovou náročnost v domově Palata, kde byl celý problém podrobněji analyzován, stanovíme časovou náročnost v korelaci s výší přiznaného příspěvku na péči na:

I. st.	36 min., resp. 0,6 hod.
II. st.	2 hod.
III. st.	4 hod.
IV. st.	8 hod.

⁸⁶⁾ Vlach, J. 2008. Šetření výdělků starších zaměstnanců. Praha: VÚPSV, 2006. nebo Vlach, J. a kol. 2008. Gender v managementu. Praha: VÚPSV, v. v. i., 2008.

⁸⁷⁾ Janýška, A. 2011. Transformace pobytových sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením: dosavadní vývoj, existující mýty a pasti a ekonomické podmínky jejich poskytování. FÓRUM sociální politiky č. 5/2011.

⁸⁸⁾ Průša, L. 2008. Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory. Praha: VÚPSV, v. v. i., 2008.

Následující tabulka č. 23 tedy představuje náklady na jednotlivé stupně potřebnosti péče z pohledu, resp. pozice uživatele služby vycházející z následujících základních předpokladů:

- Při kalkulaci ceny, resp. výše úhrady péče samotným uživatelem vycházíme z platné legislativy, tj. z vyhlášky č. 505/2006 Sb., která v dubnu r. 2013 udávala max. hodinovou sazbu ve výši 120 Kč. Předpokládáme tedy tuto sazbu.⁸⁹⁾
- Dále vycházíme z § 73 zákona č. 108/2006 Sb., tj. že sazba za sociální péči v pobytových zařízeních sociálních služeb je stanovena max. ve výši přiznaného příspěvku na péči.
- Náklady na ubytovací a stravovací služby nese uživatel jak v domácím, tak v institucionálním prostředí.⁹⁰⁾

V případě pobytu ve zdravotnickém lůžkovém zařízení je kalkulován pouze denní poplatek ve výši 100 Kč. K celkovým nákladům však přičítáme přiznaný příspěvek na péči, který se v případě hospitalizace trvající celý kalendářní měsíc pozastavuje.

Zdravotní péče je ve všech třech případech hrazena z fondů veřejného zdravotního pojištění.

Tabulka 23 Náklady na jednotlivé typy péče z pohledu uživatele na jeden den

Uživatel s PnP/ časový objem péče	Terénní sociální služba/pečovatelská služba	Pobytová sociální služba/domov pro seniory	Lůžkové zdravotnické zařízení/LDN
I. st. / 0,6 hod.	72 Kč	27 Kč	127 Kč
II. st. / 2 hod.	240 Kč	133 Kč	233 Kč
III. st. / 4hod.	480 Kč	266 Kč	366 Kč
IV. st. / 8 hod.	930 Kč	532 Kč	632 Kč

Dle výše uvedené tabulky se z čistě a pouze ekonomického pohledu a z perspektivy uživatele služby jeví jako optimální varianta pobytová služba. V případě porovnání terénní sociální a zdravotní lůžkové varianty se jeví jako optimální varianta lůžková zdravotní v II., III. a IV. st. PnP a naopak v I. st. PnP je optimální varianta terénní sociální péče. Je však nutné zdůraznit, že tyto varianty popisují pouze ekonomické faktory a nezohledňují např. péči poskytovanou či zajišťovanou rodinnými příslušníky či jinými blízkými osobami.

Dalším důležitým výstupem, který je postaven na předchozích zjištěních, je nákladovost pro stát v jednotlivých variantách a subvariantách s následujícími základními výchozími tezemi:

- Součástí nákladů jsou i výdaje na zajištění zdravotní péče. V případě terénní varianty je tedy kalkulována nákladová hodina zdravotně-sociální péče ve stejném poměru jako v předešlé kapitole, tj. 0,6: 0,4. V případě zdravotní péče jde tedy o 0,4 celkového časového objemu péče dle předchozí tabulky, a to pouze v III. a IV. st. příspěvku na péči, tj. 1,6 hod. a 3,2 hod. Jednotkové hodinové náklady činí 440 Kč.
- Jednotková nákladovost je stanovena na jeden den. V případě sociální části jde tedy o 1/30 příslušného příspěvku na péči.
- V případě pobytového zařízení tvoří výdaje státu jak dotace na domovy pro seniory, tak výdaje z Fondu veřejného zdravotního pojištění.⁹¹⁾
- Náklady státu, resp. veřejných rozpočtů na pečovatelskou službu jsou kalkulovány jako rozdíl podílu uživatelů ve výši 100 Kč⁹²⁾ na hodinu a celkové nákladovosti na hodinu.

⁸⁹⁾ V praxi je hodinová sazba stanovována na nižší úrovni ve výši 80–100 Kč. Na druhou stranu zahrnuje cena výkonu také logistické náklady výkonu, tj. čas strávený na cestě k uživateli.

⁹⁰⁾ Náklady mohou být v pobytové službě lehce vyšší, a to zejména v případě ubytovací komponenty, která však zahrnuje další služby, jako např. praní a drobné opravy prádla či úklid.

⁹¹⁾ Tj. 3,182 mld. na 36 869 lůžek.

⁹²⁾ Vycházíme zde z nižší než maximální možné úhrady, tj. 120 Kč. Maximální úhrady jsou používány jen marginálně.

- U pobytových služeb není částka diferenciována s přihlédnutím na příspěvek na péči. V případě hlavního zdroje, tj. státní dotace, nelze tuto závislost zpětně identifikovat. U zdravotní péče tomu tak je, ale zde jsou determinující ještě jiné faktory než příspěvek na péči. Jediná diference je tedy 1/30 příspěvku na péči v daném stupni.

V případě nákladů na alternativu pobytů v lůžkovém zdravotnickém zařízení, resp. LDN vycházíme z následujícího zdroje:

Tabulka 24 Průměrné měsíční úhrady na lůžko v daném zařízení

	Zdravotní pojišťovna	Pacient/klient	Dotace z veřejných prostředků na lůžko ⁹³⁾	Celkem
Léčebny dlouhodobě nemocných	35 310 Kč	1 280 Kč	400 Kč	36 990 Kč
Následná péče, ošetrovatelská lůžka	31 972 Kč	1 280 Kč	1 200 Kč	33 172 Kč
Odborný léčebný ústav	38 400 Kč	1 280 Kč	1 000 Kč	39 400 Kč
Pobytová zařízení sociálních služeb (domovy pro seniory), osoba ve stupni závislosti 3	2 079 Kč	8 500 Kč + 8 000 Kč	6 000 Kč	24 579 Kč

Zdroj: Státní závěrečný účet MPSV a MZ, výkazy zdravotních pojišťoven, ČSÚ – Systém zdravotnických účtů, počty lůžek dle ÚZIS a VZP ČR.

Zde je nutné zdůraznit, že ačkoliv ve variantě pobytu v lůžkovém zdravotnickém zařízení je zatížení veřejných rozpočtů ve všech 4 podvariantách dle výše přiznaného příspěvku na péči stejné, není tato varianta v případě příjemce příspěvku na péči v I. a II. stupni prakticky využívána. Na stranu druhou je celá řada případů, kdy příspěvek na péči není přiznán, zatímco zdravotní stav a závislost na sociální péči tomu odpovídá.

Tabulka 25 Náklady na jednotlivé typy péče z pohledu veřejných rozpočtů

Uživatel s PnP /časový objem péče	Pečovatelská služba	Pečovatelská služba + domácí péče	Pobytová sociální služba / domov pro seniory	Lůžkové zdravotnické zařízení / LDN
I. st./den, tj. 0,6 hod.	89 Kč	x	263 Kč	1 310 Kč
II. st./den, tj. 2 hod.	296 Kč	x	369 Kč	1 310 Kč
III. st./den, tj. 4 hod.	592 Kč	1 296 Kč	502 Kč	1 310 Kč
IV. st./den, tj. 8 hod.	1 184 Kč	2 592 Kč	636 Kč	1 310 Kč

⁹³⁾ Dotace jsou uměle rozpočítány na celkový počet lůžek v daných segmentech a mohou se proto regionálně a individuálně lišit. Obsahují transfery na běžné i kapitálové výdaje. V případě plateb za regulační poplatky uvažujeme i podíl osob osvobozených od regulačních poplatků podle zákona 48/1997 Sb.

5.4 Dílčí závěry

Celkové propočty v případě nákladovosti z pohledu uživatele služby a z pohledu veřejných rozpočtů jsou založeny na dostupných datech a zohledňují pouze ekonomické, resp. kvantifikovatelné aspekty různých variant. Jak je uvedeno v úvodu, tato studie nereflexuje kvalitativní komponenty, které jsou ale zásadní v rozhodování jak jedince, tak jeho rodiny ve volbě způsobu, tj. místa péče.

Výstupy této studie, resp. této kapitoly však dokládají, že ekonomicky optimální variantou je kombinace tzv. neformální neboli rodinné péče s terénní zdravotní nebo sociální službou. Pokud se řešení dané životní situace jednotlivce ponechá pouze a jen na odpovědnosti veřejné správy, a tím i veřejných rozpočtů, pak zejména ve vyšších stupních příspěvku na péči, tj. potřebnosti péče, se ukazuje péče v domácnosti uživatele jako méně optimální, a tedy i méně efektivní varianta.

6 Makroekonomické náklady státu v případě domácí péče

V této kapitole se budeme zabývat rozbořem toho, do jaké míry ovlivní odchod z trhu práce za účelem péče o osobu blízkou bilanci veřejných rozpočtů v případě různých situací a osob, které takto budou z trhu práce odcházet.

Lze konstatovat, že člověk v závislém pracovním poměru (zaměstnanec) naplňuje veřejné rozpočty v zásadě třemi typy povinných plateb:

- pojistné sociálního pojištění
- pojistné zdravotního pojištění
- daň z příjmu fyzických osob

Výpadek plateb do těchto systémů ovlivňuje jejich bilanci přímo, a to ve smyslu výpadků příjmů do těchto systémů. Daňový systém je modelově neekvivalentní (a to přímo z definice), tudíž zde nelze očekávat přímé protiplnění, a tedy ani úlevu v bilanci daňového systému na straně výdajů vzniklou na základě neúčasti občana v systému. Výpadek daně z příjmu fyzických osob je tak přímým důsledkem opuštění pracovní aktivity jednotlivce.

V případě zdravotního pojištění je rovněž uplatňován princip univerzality a čerpání dle potřeby zdravotní péče. Vzhledem k existenci tzv. „platby za státní pojištěnce“ je však navíc výpadek příjmu kompenzován převodem pečujících osob do kategorie „státních pojištěnců“; pokud by tomu tak nebylo, museli by si hradit pojistné sami, pravděpodobně ve výši pojistného tzv. osob bez zdanitelných příjmů. Převod do kategorie „státních pojištěnců“ současně znamená dodatečný nárok na státní rozpočet ve výši tzv. pojistného za státní pojištěnce, v současné době ve výši 732 Kč.

V případě sociálního pojištění se s tímto výpadkem pojí též snížení povinnosti hradit plnění v případě vzniku sociální události, tj. např. v případě nemoci. V případě důchodů by toto plnění ze sociálního pojištění bylo nižší, pokud by neexistoval koncept tzv. náhradních dob. V České republice se pomocí tohoto konceptu však řeší i situace dlouhodobé péče, kdy dle platné legislativy se do náhradních dob pojištění počítá i situace „osob pečujících osobně o osobu mladší 10 let, která je závislá na péči jiné osoby ve stupni I (lehká závislost), nebo osobu jakéhokoliv věku, která je závislá na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo stupni IV (úplná závislost), pokud spolu žijí v domácnosti; podmínka domácnosti se nevyžaduje, jde-li o blízkou osobu“.⁹⁴⁾

To znamená, že v případě výpočtu důchodu se doba, po kterou daný člověk pečoval o jinou osobu podle kritérií uvedených v předchozím odstavci, počítá jako náhradní doba, a tím se nezníží průměr příjmů pro výpočet starobního důchodu; povinnost platit pojistné při tom nevzniká. Z hlediska jednotlivce to však, zvláště pokud je doba péče o blízkou osobu delší, snižuje možnost navýšit si tento průměr výdělečnou činností. Jinak řečeno: úleva pomocí náhradních dob zabraňuje významnému snížení příjmu započítávaného pro výpočet důchodu, současně ale neřeší situaci příjmů, které by si člověk mohl vydělat „místo“ dlouhodobé péče o blízkou osobu.

⁹⁴⁾ ČSSZ. Náhradní doba pojištění. [online]. cit. [2013-03-30], dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/ucast-na-pojisteni/nahradni-doba-pojisteni.htm>.

Na to reagoval zákon č. 306/2008 Sb., který zavedl možnost započítat jako příjem před rokem 2007 fiktivní částku 96 000 Kč násobenou přepočítacím koeficientem a po roce 2007 částku odpovídající úhrnu příspěvků na péči, který čerpala osoba, o niž pojištěnec pečoval. Tato možnost však platí pouze tehdy, pokud doba péče o blízkou osobu trvala alespoň 15 let. Pokud by tato možnost nebyla pro občana výhodná, může si zvolit i v tomto případě vyloučení celé doby péče – to je výhodnější tehdy, pokud mimo dobu pečování dosahoval vysokých příjmů a zápočet nízkých příjmů odpovídajících příspěvku na péči či fiktivní částce v historii by mu výpočet důchodu ovlivnil negativně.

Lze tedy říci, že systém sociálního pojištění v sobě během posledních let nově zahrnul řadu prvků, které zmírňují negativní dopad neplacení sociálního pojištění z důvodu dlouhodobé péče. To samozřejmě zvyšuje nároky na stranu výdajů systému a zvyšuje i negativní dopad odchodu občana z trhu práce – pokud by bylo aplikováno sociální pojištění v „čisté podobě“, pak by neplacení pojistného bylo adekvátně promítnuto také do snížení nároku na příslušné dávky. Na druhé straně touto konstrukcí, kterou umožňuje první pilíř důchodového pojištění velice elegantně a bez přímého nároku na dodatečné zdroje od účastníka důchodového pojištění, lze dosáhnout významných sociálních efektů, a především zlepšení situace pro pečující osoby, které by jinak na toto své rozhodnutí ve svém stáří/invaliditě značně doplatily. Míra těchto efektů je samozřejmě otázkou sociálně-politického rozhodnutí.

V další části se budeme zabývat dopady případného odchodu z trhu práce u zaměstnanců s různými příjmy (10 000 Kč, 25 000 Kč). Ukážeme tak, jaké jsou dopady těchto odchodů na veřejné rozpočty v typických případech.

Zaměstnanec s hrubou mzdou 10 000 Kč

Hrubá mzda	10 000 Kč
Základ daně („superhrubá mzda“)	13 400 Kč
Daň (záloha)	-2 010 Kč
Sleva na dani	2 070 Kč
Platba daně	0 Kč
Sociální pojištění	2 500 + 650 = 3 150 Kč
Zdravotní pojištění	900 + 450 = 1 350 Kč
Celková platba do fiskálních systémů:	4 500 Kč

V případě odchodu z trhu práce u občana s hrubou mzdou 10 000 Kč „přijdou“ fiskální systémy o 4 500 Kč sestávajících se z částek zdravotního a sociálního pojištění. Při takto nízkém příjmu vzhledem k existenci slevy na dani neplatí občan žádnou daň: přímý dopad na daňové příjmy státního rozpočtu tak bude nulový.

Zaměstnanec s hrubou mzdou 25 000 Kč

Hrubá mzda	25 000 Kč
Základ daně („superhrubá mzda“)	33 500 Kč
Daň (záloha)	-5 025 Kč
Sleva na dani	2 070 Kč
Platba daně	2 955 Kč
Sociální pojištění	6 250 + 1 625 = 7 875 Kč
Zdravotní pojištění	2 250 + 1 125 = 3 375 Kč
Celková platba do fiskálních systémů:	14 205 Kč

V případě odchodu z trhu práce u občana s hrubou mzdou 25 000 Kč (přibližně průměrná mzda v národním hospodářství) „přijdou“ fiskální systémy o 14 205 Kč sestávajících se z částek zdravotního a sociálního pojištění a daně z příjmu fyzických osob.

Lze konstatovat, že odchod z trhu práce je pro veřejné rozpočty krajně zatěžující zejména u osob s průměrnými a vyššími příjmy. I při nízkém příjmu těsně nad úrovni minimální mzdy je výpadek pojistného do zdravotního a sociálního pojištění významný. K této zátěži je nutno přičíst ještě již zmíněných 732 Kč, kterými státní rozpočet bude muset nově dotovat systém zdravotního pojištění.

V případě částečného odchodu z trhu práce se efekt zmírňuje proporcionálně. Pokud má občan např. poloviční úvazek při příjmu 12 500 Kč, zůstává plátcem do systémů zdravotního a sociálního pojištění i plátcem daně z příjmu fyzických osob, a výpadek tudíž není tak citelný – odpovídá v podstatě tomu, kdyby na trhu práce byla z makroekonomických důvodů nižší zaměstnanost (viz např. koncept Kurzarbeit v SRN) nebo více sdílených úvazků, podobně jako například u rodičů s malými dětmi. Otázka je, zda trh práce nabízí dostatek částečných úvazků v tomto směru použitelných; v každém případě je ale účelné tuto variantu zvažovat, zejména jako alternativu úplného opuštění trhu práce.

Osoby samostatně výdělečně činné

Poněkud odlišná je situace v případě osob samostatně výdělečně činných. Zde je legislativně upraveno odlišné stanovování vyměřovacích základů a pro daň z příjmu lze v závislosti na druhu samostatné výdělečné činnosti uplatnit poměrně vysoké výdajové paušály. Výše plateb OSVČ do systémů zdravotního a sociálního pojištění je tak nižší. Nižší je také efektivní daňová sazba (15 % versus 20,1 %). V případě ukončení samostatné výdělečné činnosti tak bude fiskální dopad menší než u zaměstnanců.

Příjemci starobního důchodu

V případě příjemce starobního důchodu výše zmíněné efekty nenastávají vůbec. Tento příjemce bude dále čerpat starobní důchod a zároveň bude pobírat příspěvek na péči. Daň z příjmu, pokud ji odvádí ze svého starobního důchodu překračujícího zákonnou hranici, bude placena i nadále v nezměněné výši. Jiné povinné platby do veřejných rozpočtů se ze starobního důchodu neplatí a dopad na fiskální systémy tak není žádný.

6.1 Dílčí závěry

Stávající sociální systémy jsou v případě odchodu pracujícího občana z trhu práce tímto odchodem bilančně ovlivněny velice negativně. Pokud by v budoucnu došlo k reformám sociálních systémů ve smyslu jejich privatizace, fiskální efekt se zmenší, ale občan pak bude muset z obdrženého příspěvku na péči, resp. z jiných soukromých zdrojů hradit své platby do těchto systémů, ať už se to týká příspěvku do II./III. pilíře důchodového systému nebo nominálního pojistného v systému zdravotním. Z hlediska dlouhodobé péče a rozpočtového omezení jednotlivce tak privatizace sociálních systémů situaci nezmění, možná i zhorší.

Zátěž fiskálních systémů odchodem jednotlivce z trhu práce je značná, dochází k výpadku veškerých odvodů fiskálních i parafiskálních. U nízkopříjmových osob je situace o něco příznivější, vzhledem k nastavení daňového systému se výpadek týká „jen“ plateb zdravotního a sociálního pojištění. U osob s průměrným příjmem je tento efekt značný; realisticky se dá uvažovat v podstatě pouze o snížení úvazku např. na poloviční, pokud by to trh práce umožňoval a podporoval. To by bylo možné v případě osob s nižším stupněm závislosti, např. I. a II., v případě III. či IV. stupně závislosti to je pravděpodobně vzhledem k rozsahu poskytované péče méně realistické, nebo by musel být příspěvek na péči rozdělen mezi profesionální péči a péči poskytovanou blízkou osobou.

Odchod z trhu práce má také své důsledky osobní a kvalifikační: daný člověk může ztratit aktuální kvalifikaci ve svém oboru a po ukončení péče ji může komplikovaně znovu nabývat, případně se stát klientem úřadu práce a systémů politiky zaměstnanosti. Nabízí se samozřejmě možnost, aby pokračoval profesionálně v sociální péči, pokud však jeho odchod z trhu práce byl motivován především tím, že se chtěl starat o osobu jemu blízkou, je málo pravděpodobné, že by tomu chtěl přizpůsobit svoji další pracovní kariéru.

V případě pečujícího důchodce, který již má nárok na starobní důchod ve smyslu pravidelné, na pracovním výkonu nezávislé platby, je situace zcela odlišná. Pokud k tomuto starobnímu

důchodu bude pobírat ještě příspěvek na péči, jde především o to, že místo klidného pobytu v důchodu bude pečovat o příslušnou osobu. Bilanci veřejných rozpočtů to nijak neovlivní, protože výplata tohoto důchodu není na ekonomické aktivitě příslušného člověka již závislá a pracovní příjem nemá.

Z makroekonomického hlediska se tak ukazuje, že při stávajících parametrech sociálně-ekonomického systému je obtížné uvažovat o tom, že by větší počet ekonomicky aktivních osob opouštěl svá zaměstnání a věnoval se v soukromí péči o osoby – příjemce příspěvku na péči, zejména pokud se jedná o vyšší stupně závislosti. Dopady na fiskální systémy, ale i na rozpočtové omezení jednotlivce jsou vysoké. Uvedený fakt vede spíše k tendenci profesionalizovat sociální péči, protože tvorba pracovních míst v oblasti sociálních služeb s potenciálem přechodu části zaměstnanců na tato pracovní místa tento negativní efekt nemá.

7 Relace mezi výší přiznané státní dotace a objemem odvodů, které poskytovatel sociálních služeb odvede státu

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

Této problematice doposud nebyla v literatuře věnována prakticky žádná pozornost, k dispozici je pouze stať z r. 2005, podle níž „se peníze státu vložené do domovů důchodců vrací i s úroky, ... jedná se o jakousi okamžitou návratnou půjčku domovům na zaměstnanost lidí, kteří v domově nebo pro domov pracují“ (příspěvek státu na jedno lůžko v domově důchodců v r. 2005 činil 5 595,50 Kč, zatímco odvody na sociální a zdravotní pojištění za organizaci a její zaměstnance, daně ze závislé činnosti za zaměstnance a DPH činily 5 764,70 Kč).⁹⁵⁾

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

Z provedených analýz výše státních dotací a objemu přímých a nepřímých daní vč. sociálního a zdravotního pojištění zaplacených poskytovateli služeb sociální péče a jejich zaměstnanci vyplývá, že v r. 2009 obdrželi poskyvatelé těchto služeb od MPSV dotaci v celkové výši 5 653 mil. Kč, přičemž celkový objem zaplacených daní a pojistného činil 7 574 mil. Kč, tj. o cca jednu třetinu více. V konkrétním případě:

- u domovů pro seniory činila průměrná výše dotace MPSV na jedno lůžko měsíčně 2 249 Kč, zatímco celkový objem zaplacených daní a pojistného činil 3 139 Kč, tedy o cca 40 % více,
- u pečovatelské služby činila průměrná výše dotace MPSV na jednoho klienta měsíčně 454 Kč, zatímco celkový objem zaplacených daní a pojistného činil 816 Kč, tedy o 80 % více.

Tabulka 26 Podrobnější údaje jsou zřejmé z následující tabulky

	sociální služby celkem	z toho:		
		sociální péče	z toho:	
			DS	PS
zdroje financování				
dotace od MPSV	6 735	5 653	2 249	454

⁹⁵⁾ Dospiva, S. 2005. Jak je to s doplácením státu na domovy důchodců. Zpravodaj ústavů sociální péče č. 2/2005.

příspěvky od ÚP	107	74	24	10
dotace od obcí	553	383	54	175
přísp. od zřizovatele – obce	1 870	1 810	548	754
přísp. od zřizovatele – kraje	1 218	1 159	403	10
přísp. od uživatelů	10 037	9 969	5 290	551
FZP	1 108	1 106	526	9
resorty st. správy	134	16	3	0
dotace od krajů	344	185	36	40
strukturální fondy	86	12	2	3
jiné zdroje	1 138	732	332	68
celkem	23 330	21 097	9 468	2 073
zdroje daní a pojistného (zaměstnavatel i zaměstnanci)				
pracovní smlouvy	6 773	5 942	2 428	642
DPČ	166	111	21	19
DPP	22	12	3	2
jiné osobní náklady	175	165	59	28
DNM do 60 tis. Kč	7	5	2	0
DHM do 40 tis. Kč	86	75	39	5
potraviny	189	184	102	7
kanc. potř.	24	18	7	2
PHM	75	65	11	27
jiné spotř. nákupy	147	129	62	8
energie	406	375	196	19
spoje	46	32	11	6
nájemné	59	38	11	6
PES	38	24	7	3
školení	33	24	8	3
opravy a údržba	132	123	60	9
cestovné	6	4	1	1
prac. v přímé péči mimo prac. poměr	5	2	1	0
ost. prac. mimo prac. poměr	9	6	1	0
jiné	206	185	86	21
odpisy	0	0	0	0
ostatní náklady	64	56	23	7
celkem	8 671	7 574	3 139	816

podíl daní a pojistného na zdrojích financování				
celkem	37,2	35,9	33,2	39,4
veřejné zdroje celkem	71,3	72,8	81,6	56,1
státní rozpočet	124,3	131,9	137,9	176
od MPSV	128,7	134	139,6	179,8
zdroje daní a pojistného (jen zaměstnavatel)				
pracovní smlouvy	4 321	3 809	1 564	415
DPČ	87	58	11	10
DPP	22	12	3	2
jiné osobní náklady	175	165	59	28
DNM do 60 tis. Kč	7	5	2	0
DHM do 40 tis. Kč	86	75	39	5
potraviny	189	184	102	7
kanc. potř.	24	18	7	2
PHM	75	65	11	27
jiné spotř. nákupy	147	129	62	8
energie	406	375	196	19
spoje	46	32	11	6
nájemné	59	38	11	6
PES	38	24	7	3
školení	33	24	8	3
opravy a údržba	132	123	60	9
cestovné	6	4	1	1
prac. v přímé péči mimo prac. poměr	5	2	1	0
ost. prac. mimo prac. poměr	9	6	1	0
jiné	206	185	86	21
odpisy	0	0	0	0
ostatní náklady	64	56	23	7
celkem	6 139	5 388	2 264	580
podíl daní a pojistného na zdrojích financování				
celkem	26,3	25,5	23,9	28
veřejné zdroje celkem	50,5	51,8	58,9	39,9
státní rozpočet	88	93,8	99,5	125,1
od MPSV	91,2	95,3	100,7	127,7

Zdroj: Analýza ekonomické efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči. [online], cit. [2013-03-12], dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13763/analyza.pdf>.

Z těchto údajů je zřejmé, že objem dotací poskytovaných MPSV ze státního rozpočtu v porovnání s objemem daní a pojistného zaplaceného poskytovateli služeb sociální péče se výrazně snižuje. Tento trend je ovlivněn jednak dlouhodobě se snižujícím objemem dotací poskytovaných MPSV na sociální služby, jednak růstem daňového zatížení, na který vývoj objemu státních dotací nereaguje.⁹⁶⁾

Tyto údaje současně potvrzují dříve uvedené teze o tom, že:

- financování sociálních služeb není efektivní, neboť všichni poskytovatelé služeb sociální péče (bez ohledu na formu poskytované péče), kteří zajišťují tyto sociální služby, jsou závislí na poskytování dotací ze státního rozpočtu,⁹⁷⁾
- státní regulace vede k tomu, že z oblasti sociálních služeb „uniká“ mnoho zdrojů za současného nedostatku péče pro klienty těchto služeb.⁹⁸⁾

V zájmu posílení ekonomické jistoty poskytovatelů sociálních služeb i v zájmu dynamického rozvoje sociálních služeb je nezbytné přijmout taková opatření v oblasti financování sociálních služeb, aby poskytovatelé sociálních služeb nebyli závislí na přiznání dotace ze státního rozpočtu, a to bez ohledu na to, že jejich poskytování není v souladu s právem EU.⁹⁹⁾

⁹⁶⁾ Lze odhadovat, že za předpokladu zachování stejného počtu pracovníků a stejné struktury nákladů v domovech pro seniory a v zařízeních pečovatelské služby odvedou v r. 2013 domovy pro seniory na daních a pojistném za své zaměstnance již 3 215 mil. Kč a zařízení pečovatelské služby 824 mil. Kč.

⁹⁷⁾ Průša, L. a kol. 2009. Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Praha: VÚPSV, 2009.

⁹⁸⁾ Průša, L. – Víšek, P. 2012. Optimalizace sociálních služeb. Praha: VÚPSV, 2012.

⁹⁹⁾ 2011. Rozbor právního systému České republiky v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k právu Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu. Praha: Advokátní kancelář HOLEC, ZUSKA & Partneři, 2011.

8 Modely financování dlouhodobé péče

V některých zemích se dlouhodobá péče stala novým odvětvím sociálního zabezpečení. U nás je dlouhodobá péče relativně novým pojmem, nicméně je obecně považována za oblast, jejíž význam v budoucnu poroste, a to již s ohledem na předpokládaný demografický vývoj. Dosavadní stav v této oblasti je u nás dosti neuspokojivý – ve významné míře je narušována rovnost mezi občany, pokud jde o přístup k veřejným prostředkům, nabídka některých služeb není dostatečná apod. Jde do jisté míry o pozůstatek dřívější „ekonomiky nedostatku“, spojené s extrémně dlouhými čekacími dobami např. na místo v domově důchodců, na byt apod., ale také o dopady zavedení příspěvku na péči od roku 2007, kdy došlo k neplánovanému extrémnímu nárůstu veřejných výdajů, a v neposlední řadě i o projev resortismu, kdy je problematika dlouhodobé péče „rozdělena“ mezi Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Podle programového prohlášení Nečasovy vlády mělo dojít ke kodifikaci ucelené koncepce dlouhodobé péče, účinnost příslušného zákona se předpokládala od počátku roku 2013. Zpracovatelé tohoto zákona (MPSV s podporou MZ) však nebyli schopni, ani na druhý pokus, přesvědčit legislativní radu vlády o účelnosti ucelené úpravy dlouhodobé péče formou (jednoho) zákona. Možným důvodem je to, že nebyl efektivně překonán resortismus, že předložený věcný záměr zákona o dlouhodobé péči byl jen dílčím pokusem o vytvoření jisté koordinace zdravotních a sociálních služeb – místo toho, aby byla prezentována jasná ucelená koncepce organizace a financování dlouhodobé péče. Skutečností je, že předkladatelé neargumentovali tou či onou politicko-ekonomickou koncepcí dlouhodobé péče v zahraničí. Přitom např. od roku 2013 došlo k významné reformě dlouhodobé péče v Německu, po dvou letech legislativní přípravy.

Cílem tohoto příspěvku je analyzovat stávající systémy financování dlouhodobé péče ve vybraných zemích OECD a ukázat propojení dlouhodobé péče zejména s penzijními systémy a se systémy zdravotní péče. Vyjdeme přitom ze začlenění dlouhodobé péče do obecných sociálních modelů (welfare regimes), tak jak byly koncipovány zejména Esping-Andersenem (1990). Rozlišíme tak tři základní sociální modely: liberální, konzervativní a sociálně-demokratický. Liberální model přitom rozčleníme na klasický liberální model a neoliberální model.

8.1 Liberální model

Klasický liberalismus minimalizuje zásahy státu do hospodářství a dnešní sociální politiku vůbec neuznává. V tomto modelu v zásadě platí, že každý se má o sebe postarat sám. V době, kdy i v dnešních vyspělých zemích toto platilo v maximálním možném rozsahu, existovaly z tohoto liberálního pravidla výjimky, toto pravidlo v zásadě potvrzující. Pokud jde o dlouhodobou péči, tak ze středověku přetrvala ústavní péče v chudobincích, starobincích, sirotčincích, blázincích, přiřadit sem lze i obecní pastoušky.

Chicagská ekonomická škola je charakterizována bezmeznou vírou ve svobodné trhy, v jejich schopnost efektivně alokovat zdroje a rozdělovat příjmy. Friedman proto mj. navrhoval i zrušení státních programů zdravotní a dlouhodobé péče Medicare a Medicaid. Argumentace byla modelově jednoduchá – stát nemusí vytvářet žádný systém zdravotního zabezpečení, protože každý se

může zabezpečit sám podle svých představ a možností. A naopak: hlavními viníky vysokých nákladů na zdravotní péči v USA jsou poskytování zdravotního pojištění zaměstnavateli a programy Medicare a Medicaid (Friedman, 2001).

Standardní soukromé zdravotní pojištění či pojištění dlouhodobé péče má své charakteristické konstrukční prvky, odvozené ze zásady ekvivalence a z její realizace v tržním prostředí. Soukromá pojišťovna si před sjednáním pojistné smlouvy zjišťuje zdravotní stav klienta a snaží se zjištěné skutečnosti promítnout do výše pojistného. Při špatném „riziku“ smlouvu ani neuzavěře. Soukromé pojištění dlouhodobé péče hraje významnější úlohu pouze v několika zemích světa (USA, Francie, Německo). I u nás lze zakoupit pojištění dlouhodobé péče.¹⁰⁰⁾

Typická soukromá pojištění bývají koncipována i se zřetelem na prodejnost příslušných produktů. U dlouhodobé péče je to zvláště významné, protože riziko vzniku potřeby dlouhodobé péče je sice potenciálními klienty obecně uznáváno jako významné, nicméně jeho pojištění je finančně náročné. Pro velkou většinu osob jsou náklady dlouhodobé péče v případě vážné nesoběstačnosti vysoké, ne-li prohibitivní. Částečně to ovlivňuje i režie pojišťoven, která v USA u osoby sjednávající pojištění dlouhodobé péče ve věku 65 let činí 18 % z pojistného. Tuto vysokou režii lze vysvětlit čtyřmi příčinami: správnými náklady, nedokonalou konkurencí, asymetrickými informacemi a celkovým rizikem růstu nákladů (Cremer, 2012).

Modernímu liberálnímu modelu nejlépe vyhovuje sociální pomoc jako metoda sociálního zabezpečení. V rozporu s ním není charita a v praxi příslušných zemí hraje rozhodující roli poskytování dlouhodobé péče ze strany rodiny, přátel a známých potřebné osoby.

I když osobami potřebujícími dlouhodobou péči jsou lidé všech věkových skupin, rozhodující podíl mají senioři vyššího věku. Pokud tyto osoby jsou poživateli starobního či jiného důchodu, tak tento důchod může sloužit k částečné a v jednotlivých případech i k plné úhradě nákladů dlouhodobé péče. Koncepce dlouhodobé péče tak může vzít na zřetel i koncepci sociálního zabezpečení ve stáří. Stejně tak je rozumné, aby koncepce financování dlouhodobé péče navázala na koncepci financování zdravotní péče. V tomto smyslu je koncepce financování dlouhodobé péče jakousi nadstavbou nad koncepcí zdravotní péče a starobních (a invalidních) důchodů. Nejen teorie dlouhodobé péče upozorňuje na širší souvislosti domácí péče o nesoběstačné osoby ze strany rodiny a dalších osob, mezi něž patří i význam dědictví (bequest motive) a – obecněji – využití majetku potřebných osob k přímé i nepřímé úhradě nákladů dlouhodobé péče. K finančním nástrojům tohoto druhu patří tzv. reverzní hypotéka, z níž je možno ve stáří čerpat prostředky v podstatě na cokoli, tedy i na úhradu nákladů dlouhodobé péče. Klient musí dál bydlet v domě zatíženém touto hypotékou a dům nemůže prodat; ledaže by hypotéku splatil. Hypotéka standardně končí smrtí klienta. Reverzní hypotéka je známá především v USA. Pro české finanční domy je zřejmě nezajímavá.

Americké programy veřejně financované zdravotní péče Medicare a Medicaid již v zásadě nezapadají do moderního liberálního modelu. Medicare je federální pojistný program pro zaměstnance a jejich manželky (manžele), s plněním po dosažení věku 65 let. Pokud dlouhodobou péči vymežeme minimální délkou trvání 6 měsíců, pak tato péče není součástí Medicare. Medicaid

¹⁰⁰⁾ FLEXI životní pojištění Pojišťovny České spořitelny: klient může mj. sjednat připojištění „Pojištění plné invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty“, „Pojištění velmi vážných onemocnění“ a „Pojištění plné invalidity s jednorázovou výplatou pojistné částky“. Uvedené připojištění invalidity nebo dlouhodobé péče je ale platné nejdéle do dožití se 65 let věku, tj. ke vzniku invalidity nebo potřeby dlouhodobé péče musí dojít nejpozději do věku 65 let – má-li dojít k zahájení výplaty doživotního důchodu (v rozmezí 3–30 tisíc Kč měsíčně). Připojištění dlouhodobé péče je zde tedy „třešničkou na dortu“ připojištění plné invalidity. To je typický přístup pojišťoven k tomuto riziku. V praxi se spíše prodává (při)pojištění závažných onemocnění (dread disease insurance) s jednorázovým plněním, které ovšem není prioritně orientováno na úhradu dlouhodobé péče, pojistnou událostí je onemocnění vážnou nemocí v její terminální fázi – tomu nejbližší je hospicová péče; v praxi jsou tato pojištění zpravidla alternativou k pojištění pro případ smrti.

jsou federálně-státní programy nakupování soukromého pojištění zdravotní a dlouhodobé péče pro sociálně slabé a nízkopříjmové občany, s většími rozdíly mezi jednotlivými státy – pokud jde o konkrétní parametry produktu. To platí i pro testování příjmů a majetku zájemců o tuto péči. Do programu je zahrnuta domácí (ambulantní) péče a ústavní ošetrovatelská péče. Na financování ústavní péče se podílejí klienti (share of cost), což se odůvodňuje mj. poskytováním bydlení a stravy – tyto náklady by klienti měli, i kdyby nebyli umístěni v ústavu. Někteří klienti k tomu využívají i obecného programu sociální pomoci (Supplemental Security Income).

Britský systém financování dlouhodobé péče je považován za liberální. Tato klasifikace vychází z konstrukce nejvýznamnější dávky v tomto systému: jde o dávku sociální pomoci; testuje se příjem i majetek. Poválečná Beveridgeova koncepce sociální politiky se přitom opírá o svéráznou variantu sociálního pojištění, jehož peněžité dávky jsou univerzální a jsou financovány (jedním) příspěvkem na národní pojištění, který je také univerzální, tj. nezávislý na výdělku. (Omezme se zde na tento model, jak byl zaveden po druhé světové válce, ponechme stranou modifikace, k nimž došlo při nesčetných poválečných reformách.) Univerzální pojistné, vybírané v pevné částce týdně, by teoretici – zabývající se dnes zdravotní péčí – označili jako paušální pojistné (Německo) nebo nominální pojistné (Nizozemsko). „Daňáři“ by to označili jako daň z hlavy. Při modelování sociální politiky se obvykle tento příspěvek na národní pojištění ignoruje a jednoduše se předpokládá, že univerzální dávky jsou financovány ze státního rozpočtu, resp. „z daní“ (tax-financed). Při velmi nízké úrovni univerzálních dávek lze tento systém považovat za modifikovanou moderní variantu liberalismu. Nízké univerzální dávky modelově vyjdou dražší než dávka či dávky sociální pomoci, nejsou s nimi ale spojeny antimotivační účinky (moral hazard).

Britský Beveridgeův model zdravotní péče byl ovšem koncipován jinak než uvedené peněžité dávky „národního pojištění“. Beveridge byl sice liberál, v 50. letech byl dokonce předsedou Liberální strany, nastolil ale požadavek poskytování bezplatné zdravotní péče pro všechny občany – s tím, že má jít o nejlepší a nejmodernější zdravotní péči (britská Bílá kniha z roku 1944). Britská Labour Party, která tuto koncepci uvedla do praxe, vycházela ze závěrů Beveridgeovy komise. Systém velkorysé univerzální zdravotní péče pro všechny rozhodně nezapadá do liberalismu, ani moderního. Jde o ukázkové uplatnění sociálně-demokratického modelu, kterému se budeme věnovat později.

Finální složkou poválečného britského sociálního systému byla a je dodnes sociální pomoc; i její podoba prošla několika reformami, které její základní koncepci neovlivnily. Sociální pomoc je finální složkou každého současného sociálního modelu v zemích OECD. I podstatné odlišnosti jsou přitom „pouze“ v tom, jak významnou roli hraje testovaná sociální pomoc v těchto modelech i v praktických systémech. V liberálních systémech je obecně role sociální pomoci podstatně větší než v ostatních systémech. Součástí těchto systémů je i zdravotní péče a její univerzalita a kvalita mají vliv i na (možnou) úlohu sociální pomoci v celém sociálním systému.

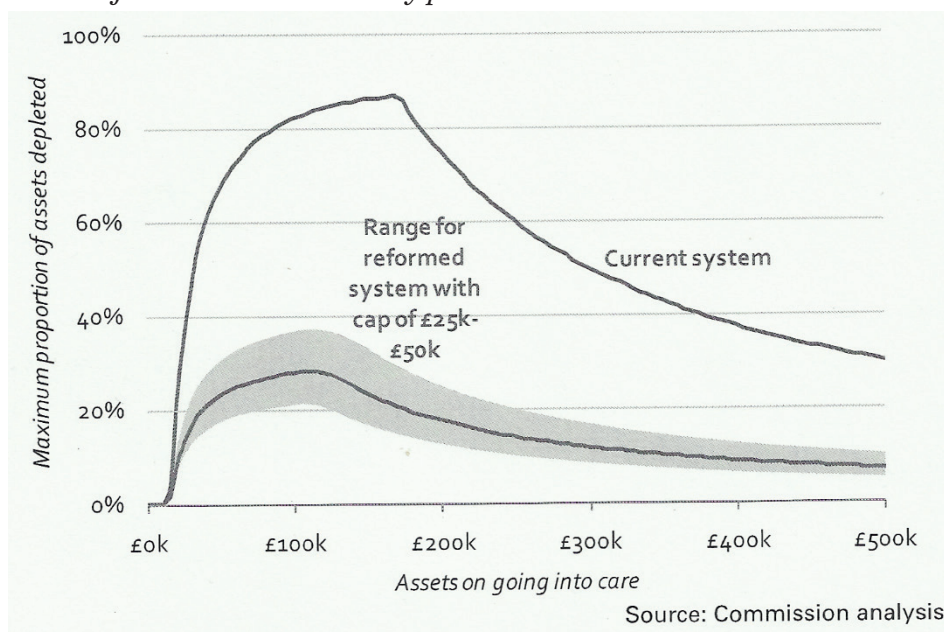
Dlouhodobá péče neměla samostatnou úlohu v sociálních systémech v poválečném období. Některé její prvky mohly být či byly součástí zdravotní péče, vše ostatní z této oblasti mohlo být či bylo, v té či oné podobě, zahrnuto v jiných odvětvích sociální politiky, přičemž finální složkou vždy systémově byla sociální pomoc – minimálně z finančního hlediska, z pohledu jednotlivce. V relativně liberálních systémech je úloha sociální pomoci podstatně vyšší než v ostatních zemích s konzervativním či sociálně-demokratickým systémem. Sociální pomoc přitom obvykle představuje celé systémy dávek sociální pomoci s rozličnou mírou testování a s různým účelem.

Od roku 1971 existuje ve Velké Británii příspěvek na úhradu pečovatelské služby (attendance allowance) pro osoby od věku 65 let. Tato dávka má dnes dvě sazby, ve fiskálním roce 2013/14 ve výši 53 £ a 79,15 £ týdně. Jde tedy o velmi jednoduchý příspěvek na péči s nízkými sazbami, který zapadá do britského systému univerzálních dávek. Podstatná odlišnost je ale v tom, že náklady intenzivní dlouhodobé péče jsou (ve světě) mnohonásobkem uvedených sazeb – takže účel této dávky se ve Velké Británii obtížně vysvětluje. Pro osoby ve věku 16–64 let existuje jiná univerzální dávka, od roku 2013/14 pod názvem personal independence payment. Jsou ještě další doplňkové dávky.

Britská dlouhodobá péče je obsažena v systému označovaném jako sociální péče a podpora dospělých. Sem patří i regulace dávek sociální pomoci poskytovaných osobám v ústavní péči. Při stanovení plateb za poskytované služby se testují příjmy i majetek žadatele, hodnotí se přiměřenost základních poskytovaných služeb a jejich cen (na lokální úrovni). Vychází se přitom mj. z toho, že bydlení a stravování a další „hotelové služby“ si má každý uhradit sám. Podstatným zdrojem úhrady trvalé ústavní péče je či může být i kapitál klienta, jehož součástí je i prodejní cena domu klienta. Pozornost se soustřeďuje na fungování institucí jako celku a na individualizované příspěvky jednotlivým klientům. Nezaregistroval jsem problém dotování institucí poskytujících sociální služby. Ostatně: soukromý sektor v poskytování ústavní péče zcela převažuje (78 % lůžek), 14 % lůžek mají neziskové organizace, 3 % Národní zdravotní správa a 5 % místní samospráva (Humphries, 2013). To lze označit jako moderní liberální systém; jeho praktická účinnost – jako vždy – podstatnou měrou závisí na parametrech systému.

Zefektivněním sociální péče a podpory se zabývala vládní komise pod vedením Dilnota. Komise předložila svou Zprávu o financování péče a podpory v červenci 2011. Zpráva charakterizuje stávající systém jako zmatený, nespravedlivý a neudržitelný. Hned v další větě se uvádí, že lidé nemohou naplánovat své budoucí potřeby péče – tím se dává najevo, že je třeba vytvořit prostor pro soukromé zabezpečení případné dlouhodobé péče. Hlavním (major) problémem je podle zprávy to, že se lidé nemohou ochránit proti velmi vysokým nákladům péče. Nabídka finančních produktů na úhradu nákladů péče je velmi omezená. Panuje velká nejistota a lidé mají obavu o budoucnost (Dilnot, 2011).

Graf 2 Maximální možné odčerpání aktiv podle návrhu Dilnotovy komise pro osoby vstupující do ústavní péče a mající celoživotní náklady péče 150 000 £



Zdroj: Dilnot (2011)

První dvě doporučení Dilnotovy komise představují návrh na dvě zásadní parametrické změny současného systému sociální pomoci při poskytování sociální (dlouhodobé) péče. Doporučuje se stanovit celoživotní strop pro příspěvky dospělého jednotlivce na náklady jeho sociální péče – aby tak lidé byli chráněni před extrémními náklady péče. Komise doporučuje tento strop stanovit v rozpětí 25–50 tisíc £ s tím, že částku ve výši 35 000 £ považuje za odpovídající a spravedlivou. Druhé doporučení pak spočívá ve zvýšení horního limitu při testování výše majetku pro účel získání nároku na sociální pomoc při ústavní péči – z dnešních 23 250 £ na 100 000 £. Dopad těchto parametrických změn na majetek (aktiva) klientů komise ilustruje na grafu 2. Na ose x jsou zde „aktiva vstupující do péče“ a na ose y maximální podíl touto cestou „odčerpáných aktiv“. Horní křivka ukazuje současný stav, dolní křivka návrh komise s limitem

v intervalu 25–50 tisíc £. Graf předpokládá náklady ústavní péče ve výši 28 600 £ ročně a příjmy jednotlivce v takové výši, aby z nich mohly být uhrazeny „obecné životní náklady“ ve výši 10 000 £ (Dilnot, 2011). Pod těmito obecnými životními náklady se myslí náklady na ubytování a stravování označované lidověji jako hotelové náklady (hotel bill).

Pro větší názornost k uvedeným parametrům dodejme, že v Británii existuje také dolní limit pro testování aktiv pro účely poskytnutí uvedené dávky sociální pomoci, a to v Anglii ve výši 14 250 £. Do tohoto limitu se výše majetku klienta nezohledňuje. Pokud aktiva převyšují výše uvedený horní limit, tak klient nárok na dávku nemá. Při komisi navrhovaném zvýšení horního limitu na 100 000 £ by došlo k tomu, že klient s aktivy ve výši tohoto limitu by platil za péči 343 £ týdně, resp. 17 836 £ ročně (Fairer, 2011). Pokud klient má dnes v Anglii aktiva pod 14 250 £, tak za dlouhodobou péči neplatí, a navíc má nárok na to, aby mu z jeho příjmu zůstala částka 23,90 £ týdně k volné dispozici. Při aktivech v Anglii v rozmezí 14 250 –23 250 £ určí místní samospráva vyšší poplatku za péči.

Britská vláda závěry Dilnotovy komise v zásadě akceptovala, nejprve formou Bílé knihy a předložením návrhu zákona o péči a podpoře (Care and Support Bill) do parlamentu. Podstatně ovšem upravila jeden parametr: celoživotní strop pro příspěvky klienta na náklady sociální péče má být 72 000 £ (v cenách roku 2010 cca 60 000 £), zatímco komise navrhovala 35 000 £, respektive 25 000 – 50 000 £. Dlužno ovšem dodat, že původním zadáním pro komisi bylo snížit veřejné výdaje na sociální péči – a komise dospěla k závěru o nutnosti tyto náklady zvýšit. I tak vládní návrh zákona počítá se zvýšením výdajů na tuto péči. Návrh zákona přináší zlepšení pro vyšší příjmové a majetkové skupiny klientů, nejnižšímu kvintilu nic navíc nedává (Humphries, 2013). To je ovšem logické, ti nejchudší za dlouhodobou péči již dnes nic neplatí. Reforma by měla být plně účinná v roce 2017. Má při ní dojít také ke snížení počtu dávek a k jejich systematictějšímu propojení. (Ve Velké Británii dnes mj. existuje příspěvek na zimní topení.) Veřejné výdaje na dlouhodobou péči se ve Velké Británii odhadují na 1,3 % HDP (Appleby, 2013).

Návrh britského zákona o péči a podpoře (Crown, 2012) formuluje jeho cíle – ve zkratce – takto:

- modernizovat péči a podporu tak, aby systém byl postaven „okolo“ jednotlivce,
- vyjasnit nároky tak, aby si lidé byli lépe vědomi, co se jim nabízí, a aby byli schopni plánovat svou budoucnost,
- podpořit širší potřeby místních komunit zlepšením přístupu k informacím a podporou prevence,
- zjednodušit systém péče a podpory,
- konsolidovat stávající legislativu do jednoho, jasného předpisu.

Financování dlouhodobé péče v moderním liberálním modelu individualizovanou dávkou sociální pomoci je systémovým řešením. Problém je v tom, že náklady této péče bývají i velmi vysoké. Moderní liberální systém se z tohoto hlediska umí postarat o nejchudší vrstvu nesoběstačných osob, s předpokládaným zapojením jiných, v zásadě univerzálních dávek – jako je např. starobní důchod. Výhodou je také to, že britský systém zdravotní péče je postaven na jiném sociálním modelu – díky možnému překrývání zdravotní a dlouhodobé péče. Problémy však nastávají ve vztahu k ostatním nízkopříjmovým skupinám obyvatelstva a také v relaci ke střední třídě, kde liberální britské přístupy vyžadují prioritní využití aktiv klientů k financování dlouhodobé péče. Proti rychlému a potenciálně nevýhodnému prodeji rodinných domků ve Velké Británii se konala řada demonstrací, řada lidí má s těmito důsledky liberalismu problém. Je zde významné riziko i v tom, že potenciální příjemci sociální pomoci mají (mohou mít) snahu se rychle a včas zbavit aktiv, aby nedošlo ke snížení jejich dávek. Tyto tendence jsou známy např. z Austrálie, kde veřejný důchod (age pension) je dávkou sociální pomoci. Systémově dobře míněná liberální politika – snažit se využít aktiv klientů k financování ústavní péče – se tak může do značné míry minout účinkem.

Dostupné britské a mezinárodní přehledy dlouhodobé péče neumožňují porovnávat kvalitu a celkovou efektivnost poskytování dlouhodobé péče. I tak by ve finále úvah o uplatnění toho či onoho sociálního modelu měla vždy poslední slovo politika – veřejná volba.

8.2 Konzervativní model

Typickým rysem konzervativního modelu je velká diverzita zabezpečení jednotlivých sociálních skupin. Každá sociální skupina má modelově „svůj“ systém sociálního zabezpečení. Tyto systémy odrážejí jak specifika dané sociální skupiny, pokud jde o rizika krytá zabezpečením, tak i její vlivové postavení. To se výrazně projevilo již při vzniku těchto systémů.

Typickou, v tomto modelu nejvíce používanou metodou sociálního zabezpečení zaměstnanců je sociální pojištění. Dvěma základními zásadami sociálního pojištění jsou zásada ekvivalence a zásada sociální solidarity. Zásada ekvivalence se aplikuje na úrovni jednotlivých systémů, a to samostatně v jednotlivých odvětvích a institucích těchto systémů – v dělnickém sociálním pojištění pak v odvětvích nemocenského a úrazového pojištění; zdravotní péče je zde věcnou dávkou pojištění. Celkově se musí rovnat příjmy a výdaje těchto jednotlivých institucí. Dále se zásada ekvivalence uplatňuje u peněžitých dávek sociálního pojištění tak, že samotná dávka je proporcionální, přímo úměrná zaplacenému pojistnému, a to jednotně pro všechny účastníky daného systému. Zásada sociální solidarity se především uplatňuje v rámci daného souboru rizik a jejich nositelů (účastníků), kdy účastníky se povinně stávají všichni příslušní zaměstnanci, do značné míry bez ohledu na svůj zdravotní stav. Zdravotní stav se sice může zkoumat při nástupu do zaměstnání, rozhodující však je „pouze“ to, zda je uchazeč do zaměstnání přijat, či nikoliv. Pokud je přijat, tak platí (on a jeho zaměstnavatel) pojistné, diferencované podle mzdy (procento ze mzdy do výše výdělkového stropu) – a nikoliv tedy podle zjištěného zdravotního stavu, jako je tomu v soukromém pojištění.

Systémy sociálního pojištění byly původně určeny pro jednotlivé sociální skupiny zaměstnanců, resp. pro jejich odvětvové anebo teritoriální, popř. i podnikové kolektivy. Takový „kolektiv“ byl klientem příslušné sociální nemocenské pojišťovny. V Německu původně existovalo na 23 000 nositelů sociálního nemocenského pojištění. Řízení těchto sociálních pojišťoven vycházelo ze samosprávy jednotlivých institucí na základě paritního zastoupení zaměstnavatelů a pojištěnců. Pojistné určovaly jednotlivé pojišťovny.

Modelově je zdravotní péče – v konzervativním modelu – věcnou dávkou sociálního nemocenského pojištění. Původně byl význam zdravotní péče v rámci sociálního nemocenského pojištění vedlejší, po druhé světové válce však došlo k zásadní změně a zdravotní péče nabyla klíčového významu, na úkor peněžitých nemocenských dávek. Svou roli zde sehrálo zavedení dlouhých karenčních dob (např. 6 týdnů) u nemocenského, kdy zaměstnanci jsou v prvních týdnech své pracovní neschopnosti zabezpečeni přímo z prostředků svých zaměstnavatelů. Zásadní význam mělo a má zvyšování rozsahu a kvality zdravotní péče, které se projevuje v růstu nákladů ve všech systémech zdravotní péče.

Ve veřejně poskytované zdravotní péči dominuje zásada sociální solidarity; zdravotní péči nelze poskytovat úměrně pojistnému zaplacenému procentem ze mzdy. To nemálo modifikuje i celý moderní model sociálního pojištění – a to tím spíše, že po druhé světové válce se v Evropě zásadním způsobem rozšířila veřejná zdravotní péče na téměř všechno obyvatelstvo. I v systémech sociálního pojištění se zdravotní péče již neposkytuje pouze zaměstnancům, ale i důchodcům jakožto bývalým zaměstnancům, příslušníkům rodin pojištěnců (pokud nejsou pojištěni sami přímo), samostatně výdělečným osobám atd. V posledních letech se výrazně modifikuje – tímto směrem – i sociální nemocenské pojištění v Německu, přičemž v tomto ohledu jde již vlastně o jedinou zemi ze souboru zemí pevně zakotvených v systému sociálního pojištění, kde nedošlo k růstu univerzality poskytování zdravotní péče na hodnotu řádu 99 %, ale „jen“ na cca 85 %. Stalo se tak díky jednak zvláštnímu systému financování zdravotní péče veřejných zaměstnanců (a to nejen v ozbrojených silách) a také díky tomu, že některé sociální skupiny se „nehruuly“ do nemocenského sociálního pojištění.

Podstatný nárůst univerzality zdravotní péče a podstatný nárůst významu zdravotní péče v rámci sociálního nemocenského pojištění znamenaly výraznou modifikaci tohoto odvětví sociálního pojištění: značné posílení sociální solidarity na úkor ekvivalence. Z pohledu čistě teoretického, modelového je zásadním problémem financování univerzální zdravotní péče pojistným, které

je proporcionální výdělkům zaměstnanců. „Zdravotní daň“ by neměli platit pouze zaměstnanci a jejich zaměstnavatelé – pokud je zdravotní péče poskytována univerzálně všem občanům či rezidentům. To je teorie, v praxi rozhoduje „veřejná volba“, a ta nezřídka vede k řešením, která nejsou jednoduše vysvětlitelná, resp. je možno je považovat nikoliv za koncepční. To platí o financování zdravotní péče obecně, v Německu ale s určitou výhradou, protože univerzalita zdravotní péče ze systému sociálního pojištění je přeci jenom citelně nižší než 100 %. Přesto se diskuse o této otázce v uplynulém desetiletí vedly; pravice přitom směřovala k neoliberálnímu modelu a levice k sociálně-demokratickému modelu, čili se vlastně oba politické směry nechtěně „shodly“ na účelnosti opuštění konzervativního modelu financování zdravotní péče. Ke zcela zásadní reformě však nedošlo, jak to tak v politice bývá.

Krátkou zmínku si zaslouží i konzervativní systém veřejných důchodů. V době vzniku systémů sociálního pojištění zde existovaly diametrální rozdíly mezi jednotlivými systémy tohoto pojištění a alternativního zabezpečení v jednotlivých zemích. Na jedné straně „odpočivné platy“ státních zaměstnanců ve výši předchozího platu, na druhé straně dělnické důchody na úrovni sociální pomoci. A „mezi nimi“ důchody soukromých zaměstnanců (úředníků) „ve vyšších službách“. A kromě toho ještě celá řada dalších systémů. Po druhé světové válce došlo k významné integraci těchto systémů, nicméně třeba asi v polovině vyspělých zemí přetrvávají výsadní systémy starobního zabezpečení veřejných zaměstnanců. K významné diverzifikaci penzijních systémů však souběžně došlo formou rozvoje podnikových penzí. V několika zemích jsou tyto systémy podnikových penzí podstatným způsobem koordinovány na základě celostátních či celoodvětvových kolektivních smluv, většinou se však jedná o výrazně diverzifikované systémy odpovídající konzervativnímu sociálnímu modelu.

V původních systémech dělnického sociálního pojištění se často používala jednotná „základní částka“ důchodu, k níž se přidávala „zvyšovací částka“ zohledňující výdělek a dobu pojištění. Tak tomu bylo již v původním Bismarckově systému, kde navíc ještě existoval jednotný říšský příplatek (hrazený z rozpočtu říše). Jednotné částky zde jako celek původně dominovaly. Byť se jednalo o systém sociálního pojištění, starobní důchody měly charakter příspěvku na živobytí – rozhodně nepřipomínaly náhradu mzdy. Ostatně není bez zajímavosti, že Bismarck původně navrhoval zavést rovný důchod, financovaný ze státního rozpočtu. K zásadní změně v celkové koncepci starobního důchodu v (západním) Německu došlo až v roce 1957, při tzv. Adenauerově důchodové reformě, kdy byl starobní důchod pojat jako náhrada mzdy – za předpokladu celoživotního pojištění („plná penze“) a se zohledněním nižších běžných životních nákladů ve stáří (Schmähl, 2012). Oddělený solidární penzijní pilíř („základní zabezpečení“) má v Německu relativně malý význam, nyní se diskutuje jeho jisté zvýraznění. Také proto, že od dob Adenauera se relativní výše plné penze významně snížila na cca 60 % předchozí čisté mzdy. Německý základní systém sociálního pojištění již dávno nevyužívá institutu „základní částky“, nicméně je nosičem solidárních prvků typu náhradních dob – stát tyto solidární prvky financuje ze státního rozpočtu.

Konzervativní sociální model tedy prošel četnými proměnami na úseku zdravotní péče i na úseku zabezpečení ve stáří: jednak tendencí k univerzalizaci – zvláště u zdravotní péče, kde skoro ve všech vyspělých zemích „hrozil“ definitivní odchod k sociálně-demokratickému modelu, a vedle toho tendencí k růstu dávek a nákladů, která se v posledních desetiletích dostala do konfliktu s demografickým vývojem a aktuálním tématem se staly zdravotní a důchodové reformy s cílem snížení růstu veřejných výdajů, nebo i relativního či dokonce absolutního snížení těchto výdajů. Při daných, zmíněných tendencích došlo v Německu od roku 1995 k zavedení pojištění (dlouhodobé) péče jako „pátého pilíře“ německého sociálního pojištění. Základní otázkou zde je, zda tato reforma zapadá do konzervativního modelu financování dlouhodobé péče.

Zavedení sociálního pojištění dlouhodobé péče předcházela odborná a politická diskuse po dobu 20 let, při níž byly probírány všechny možné varianty zabezpečení narůstajících potřeb dlouhodobé péče, včetně fondového systému. Významným argumentem pro průběžně financované sociální pojištění byla možnost okamžitého spuštění výplaty dávek a snaha převést organizaci a financování příslušné ústavní péče od obcí na jiné instituce. Z tohoto hlediska sociální pojištění

dlouhodobé péče „nahradilo“ sociální pomoc. Významnou roli v těchto diskusích měla Zpráva nadace KDA z roku 1974 s příslovečným názvem: Zpráva o ústavním ošetřování nemocí ve stáří a o převzetí nákladů zákonnými nemocenskými pokladnami (Anger, 1974). Zpráva začíná příkladem: sedmdesátiletý důchodce prodělá mrtvici, je léčen v nemocnici a vše platí nemocenská pokladna; pak dojde k jeho doživotnímu přemístění do domova pro seniory... a pokladna již neplatí nic, jeho důchod nestačí na úhradu pobytu v ústavu a důchodce se stane příjemcem sociální pomoci. V reálu byly tehdy na sociální pomoc odkázány dvě třetiny obyvatel těchto ústavů. Účelem od roku 1995 zavedeného sociálního pojištění dlouhodobé péče je částečná úhrada nákladů ústavní dlouhodobé péče. Náklady nepřebírají nemocenské pokladny, ale relativně samostatné pokladny dlouhodobé péče (Pflegekassen) spravované nemocenskými pokladnami. Po reformě 1995 bylo na sociální pomoc odkázáno asi 20 % obyvatel uvedených ústavů; v dnešní době již asi třetina – nárůst je dán nedostatečnou valorizací dávek.

Měsíční dávky sociálního pojištění dlouhodobé péče jsou diferencovány do tří základních skupin podle rozsahu potřeby péče a dále podle druhu péče na domácí (poskytovaná rodinou apod.), ambulantní a ústavní. Základní tarif, platný v roce 2013, uvádí tabulka 27. V praxi byla základní tabulka tohoto typu postupně rozšiřována o příplatky a takto vznikl dodatečně i stupeň 0, fakticky určený pro klienty s diagnózou demence apod. Pozoruhodná je výrazná diferenciací základní dávky podle typu poskytovatele, zvláště u nejlhčího stupně nesoběstačnosti. Domácí a ambulantní péči lze přitom kombinovat – pokud se např. využijí ambulantní služby ve výši 60 % uvedeného limitu, tak je nárok na výplatu uvedené peněžité dávky za domácí péči v rozsahu 40 %. V Německu bylo koncem roku 2010 2,4 mil. osob potřebujících dlouhodobou péči, z nich 46 % bylo ošetřováno výhradně rodinnými příslušníky a 31 % bylo trvale v ústavní péči; 23 % kombinovalo ambulantní služby s domácí péčí (Ratgeber, 2013). Průměrný starobní důchod muže ze základního systému sociálního pojištění činil koncem roku 2011 méně než 1000 € měsíčně; stejný důchod ženy v západních spolkových zemích byl 507 €, ve východních zemích 709 €.

Tabulka 27 Sazby základních dávek sociálního pojištění dlouhodobé péče v Německu 2013

Stupeň	Domácí péče	Ambulantní péče	Ústavní péče
1	305	665	1023
2	525	1250	1279
3	700	1550	1550

Zdroj: Ratgeber, 2013

Míru úhrady nákladů dlouhodobé ústavní péče lze ilustrovat na průměrných údajích ze statistického zjišťování koncem roku 2011. Průměrná sazba za tuto péči ve třetí, nejvyšší pečovatelské třídě činila asi 75 € denně, což v přepočtu na měsíc představuje cca 2280 €. Vedle toho náklady na ubytování a stravování 21 € denně, čili cca 638 € měsíčně. Sociální pojištění dlouhodobé péče poskytne úhradu 1550 € měsíčně. To znamená, že tato „věcná dávka“ hradí náklady dlouhodobé péče z 68 % a kompletní ústavní péče z 53 %. Dodejme ještě, že klienti jsou v těchto ústavech většinou (60 %) umístěni v jednolůžkových pokojích; ve dvoulůžkových pokojích žije 39 % klientů. Ústavů s příslušnou licencí bylo cca 12 400; 54 % z nich bylo provozováno veřejně prospěšnými institucemi typu Diakonie či Caritas, 40 % ústavů bylo soukromých a 5 % ústavů bylo veřejnými institucemi (Destatis, 2013).

Vedle běžně poskytovaných dávek je ze sociálního pojištění dlouhodobé péče nárok i na některá jednorázová plnění, např. na adaptaci bytu. Zavedeny byly mj. také příplatky k dávkám při vytváření bytových skupin klientů.

Pojistné na sociální pojištění dlouhodobé péče se od roku 2013 vybírá s „paritní“ sazbou 1,025 % ze mzdy (zaměstnanec + zaměstnavatel). Zvýšenou sazbu 1,275 % platí bezdětní zaměstnanci. Zvláštní sazby platí v Sasku, protože Sasko u příležitosti zavedení tohoto pojištění odmítlo paralelní zrušení jednoho státního (církevního) svátku; zaměstnanci s dětmi tam platí 1,525 %, bezdětní 1,725 % a zaměstnavatelé 0,525 %.

Německé sociální pojištění dlouhodobé péče se vztahuje jen na osoby podléhající sociálnímu nemocenskému (zdravotnímu) pojištění, čili na cca 85 % obyvatelstva. I zde se tedy „drží“ pravidla tamního, nikoliv univerzálního sociálního pojištění. Páté odvětví sociálního pojištění v Německu tak respektuje tamní sociální systém a svou koncepcí je „osudově“ svázáno s tamním sociálním zdravotním pojištěním. Stejně jako tamní sociální zdravotní pojištění, tak i německé sociální pojištění dlouhodobé péče má výrazně solidární charakter, zatímco v ostatních odvětvích sociálního pojištění dominuje zásada ekvivalence. Systémovým řešením tohoto problému je vyčlenění zdravotní a dlouhodobé péče mimo rámec sociálního pojištění, uplatnění jiného sociálního modelu v této oblasti.

Rothgang (2009) charakterizuje německé sociální pojištění dlouhodobé péče jako „Bismarckův typ“ konzervativního sociálního modelu.¹⁰¹⁾ To je v pořádku, překvapuje však, že Rothgang do stejné skupiny řadí i Rakousko, kde sice existuje podobný dávkový systém, systém je však univerzální – platí pro veškeré obyvatelstvo a je financován z veřejných rozpočtů bez jakékoliv asistence pojistného či účelové daně. Poslední systémové změny v německém pojištění dlouhodobé péče jsme zařadili do oddílu o neoliberalním modelu. Ke konzervativnímu modelu lze přiřadit některé další státy: Belgie, Francii, Lucembursko, Japonsko a Korejskou republiku (Colombo, 2011). Konzervativní model ve financování dlouhodobé péče v zemích OECD rozhodně nepřevažuje, totéž platí o zdravotní péči.

Dlouhodobá péče má svá specifika. V zemích s konzervativním modelem financování zdravotní péče je viditelná návaznost dlouhodobé péče na zdravotní péči – pokud jde o institucionální uspořádání i financování. Vyčlenění dlouhodobé péče do samostatného odvětví sociálního pojištění má svou logiku, ale jen velmi podmíněnou – pokud lze do budoucna považovat za odůvodněné začlenění (v zásadě) univerzální zdravotní péče do segmentovaného systému sociálního pojištění. Z čistě teoretického hlediska není důvod využívat konzervativní model u univerzální zdravotní péče ani u univerzální dlouhodobé péče.

8.3 Sociálně-demokratický model

Sociálně-demokratický sociální model klade důraz na poskytování univerzálních dávek a služeb. Univerzálně poskytovaná zdravotní péče pro všechny občany či rezidenty je součástí tohoto modelu, stejně jako rozpočtové financování zdravotní péče. Pojistné v tomto modelu odpadá. Systém jednoho veřejného poskytovatele zdravotní péče dosahuje „úspor z rozsahu“ produkce (Palmer, 2006).

Jedním ze zásadních důsledků rychlého rozvoje možností zdravotní péče a prodlužování lidského věku je zásadní tlak na zvyšování nákladů na zdravotní péči, který se ve světě promítl i v celkovém pojetí univerzalismu zdravotní péče. Zatímco dříve se vycházelo z toho, že zdravotní péče má být poskytována každému v plném rozsahu a kvalitě („veškerá zdravotní péče pro každého“), dnes již dominuje „nový univerzalismus“, podle něhož je možno všem poskytovat jen základní péči, nikoliv tedy péči veškerou. Jinými slovy: má-li být dnes poskytována zdravotní péče všem, nemůže být poskytována veškerá možná péče. To platí pro všechny sociální modely, v každé zemi musí být – již z praktických důvodů – definován „balík základní péče“.

¹⁰¹⁾ Rothgang, stejně jako řada jiných autorů, rozlišuje také tzv. rudimentální sociální model, charakterizující sociální systémy jižní Evropy. Pokud jde o zabezpečení dlouhodobé péče, tak podle Rothganga se ve Španělsku, Portugalsku a Řecku uplatňuje „jihoevropský pojišťovací stát“, resp. Bismarckův typ rudimentárního sociálního modelu. „Bismarckův typ“ se podle Rothgangovy typologie dlouhodobé péče člení na „samostatné“ (eigenständig) a „nesamostatné“ systémy. Samostatným systémem se rozumí vyčlenění dlouhodobé péče jako odvětví. Studie OECD o dlouhodobé péči i informace o systémech dlouhodobé péče v jednotlivých státech však ukazují, že vyčlenění rudimentárního sociálního modelu nám v charakteristice systémů dlouhodobé péče nic nepřinese, spíše naopak. Z těchto pramenů např. vyplývá, že španělský systém dlouhodobé péče je „smíšený“; konkrétně je kombinací univerzálních dávek a dávek sociální pomoci (Colombo, 2011). Zdravotní péče je univerzální podobně jako ve Velké Británii. Obojí tak ve Španělsku nemá nic společného s Bismarckem. Na rozdíl od španělského penzijního systému.

Sociálně-demokratický sociální model je ve své základní, výchozí koncepci spojen s výhradním poskytováním veřejných služeb, zde zdravotní péče a také dlouhodobé péče. V praxi příslušných zemí byla koncepce s různou intenzitou modifikována, prosadilo se využívání tržních nástrojů, do systému začali být zapojováni soukromí podnikatelé (zejména praktiční lékaři), soukromé společnosti a neziskové organizace. To významně modifikuje sociálně-demokratický model v pojetí Esping-Andersena. My se zde však omezujeme na základní složku financování zdravotní péče a dlouhodobé péče a zde v příslušných zemích nedošlo k podstatným změnám. I nadále se zde vychází z přímého financování veřejné zdravotní péče z veřejných prostředků, bez využití veřejné pojišťovny.

Zvláště v americké literatuře bývají rozlišovány dva submodely veřejně financované zdravotní péče podle toho, zda poskytovateli zdravotní péče jsou (převážně) veřejné instituce, či soukromé podniky. Veřejně financované poskytování zdravotní péče v jinak soukromém zdravotnictví bývá charakterizováno jako „single-payer system“, čili systém s jedním plátcem; příkladem je Kanada. Naproti tomu veřejně financované veřejné zdravotnictví bývá v USA a Kanadě často označováno jako socializované zdravotnictví (socialized medicine) a jako typická země se zde uvádí Velká Británie.

V Evropě je single-payer systém chápán obecněji jako každý systém financování zdravotní péče s jedním veřejným financérem. Bez zřetele na to, zda tímto financérem je přímo stát (či regiony), nebo monopolní veřejná zdravotní pojišťovna.

Jako single-payer systém lze označit i systémy veřejného zdravotního pojištění ve většině postkomunistických zemí, kdy toto pojištění je provozováno jednou, veřejnou zdravotní pojišťovnou. Vzorem zde většinou byl systém sociálního zdravotního pojištění, nikoliv však již bismarckovský, segmentovaný, ale univerzální s tím, že neplatí konstrukce zahrnutí dětí a jiných závislých osob do pojištění zaměstnance. Od konceptu jedné veřejné zdravotní pojišťovny se očekávalo potlačení jisté fragmentace předchozího zdravotnického systému a případně také zabezpečení stability financování zdravotnictví využitím institutu pojistného na veřejné zdravotní pojištění. Využití účelového zdanění ve prospěch zdravotnictví však obecně neznamená zajištění více zdrojů pro zdravotnictví. Účelová daň sama o sobě nezajistí optimální úroveň výdajů na zdravotní péči (Jönsson, 1997). Spíše generuje dodatečné problémy a vícenáklady. Přiměřenost nákladů na veřejně placenou zdravotní péči by měl zajistit celostátní zdravotní fond, integrovaný či neintegrováný do jedné celostátní veřejné zdravotní pojišťovny.

Evropský parlament schválil koncem roku 2008 rezoluci o budoucnosti systémů sociálního zabezpečení a penzí: pokud jde o jejich financování a trendy k individualizaci. Poslední část této rezoluce je věnována zdravotní péči a dlouhodobé péči, závěrečný 57. bod této části rezoluce doporučuje členským zemím přispět k efektivnosti a rovnosti v jejich systémech zdravotní péče snížením počtu rizikových společenství (pools) nebo – ještě lépe – vytvořením jednoho (single) národního poolu, který může usnadnit strategické řízení a koordinaci v celém zdravotnickém systému. Pozoruhodný je i bod 49, který zní: „(Evropský parlament) uznává rostoucí popularitu řešení založených na trhu a privatizaci ve financování zdravotní péče jako všelék na nákladovou explozi, neefektivnost a problémy kvality péče, zejména v nových členských zemích; uznává narůstající doklady o tom, že funkční privatizace systémů sociálního zdravotního pojištění, ziskový motiv a konkurence mezi finančními zprostředkovateli obvykle zdravotnické systémy zdražují, zatímco jejich přínosy, pokud jde o tlumení nákladů, efektivnost a kvalitu péče, jsou pochybné; z tohoto důvodu doporučuje, aby členské země se single-payer systémem si tento model zachovaly.“ Vyjadřování je dosti „diplomatické“, nicméně preference single-payer systému je evidentní. Pozoruhodný je i následující bod, který v systémech s příspěvkem na sociální pojištění, vybíranými ze mzdy, doporučuje rozšířit tento vyměřovací základ o příjmy nevýdělečného charakteru. Čili je zde doporučení směřující k aplikaci koncepce „občanského pojištění“, resp. k financování zdravotní péče daní z příjmů (European, 2010).

Sociálně-demokratický sociální model byl na úseku zdravotní péče v mnoha směrech modifikován „infiltrací“ tržních prvků. To se však netýká financování veřejné zdravotní péče jako celku – ta je pojmána jako veřejný výdajový program financovaný z veřejného rozpočtu bez využití

institutu pojistného. Tento systém lze považovat za efektivnější než západní systémy sociálního zdravotního pojištění. Srovnávací analýzy systémů sociálního zdravotního pojištění a systémů zdravotní péče financovaných z veřejných rozpočtů totiž obvykle docházejí k závěru, že sociální zdravotní pojištění je nákladnější, aniž by představovalo větší kvalitu (Wagstaff, 2009).

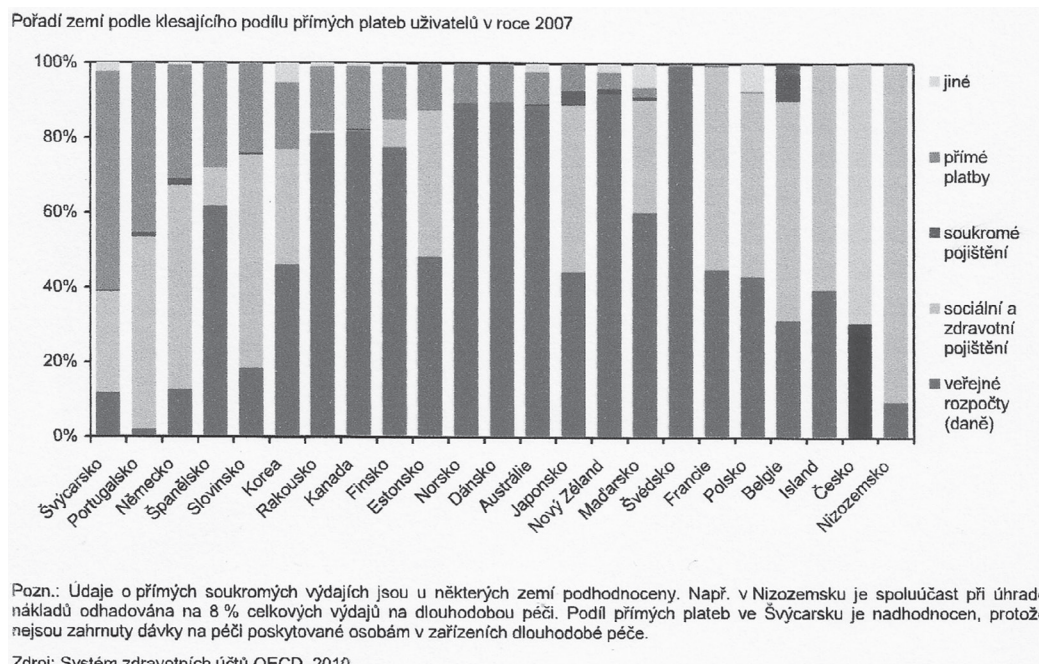
V zemích OECD a EU má převažující podporu single-payer systém; za jeho základní verzi lze považovat financování veřejné zdravotní péče z veřejných rozpočtů vycházející ze sociálně-demokratického modelu, který je charakterizován univerzalitou poskytování této péče – pro všechny rezidenty. V této základní verzi jsou rezidenti zahrnuti do veřejně financovaného systému zdravotní péče automaticky, bez podmínky sjednání např. pracovního poměru či pojistné smlouvy.

Nejtypičtější sociálně-demokratický systém poskytování dlouhodobé péče v zásadě kopíruje tentýž systém poskytování zdravotní péče. To platí počínaje již oficiální politikou, kdy je deklarováno občanské právo na kvalitní dlouhodobou péči (je-li potřebná). Ve Švédsku je oficiálním cílem dlouhodobé péče o seniory zabezpečení vysoké kvality a nezávislosti života pokud možno co nejdéle, aby se mohli účastnit a angažovat v občanském a osobním životě; musí být s nimi zacházeno s respektem a musejí mít přístup k dobré péči. Podle vládní směrnice (z roku 2009) jde o zajištění důvěry příjemců péče a jejich příbuzných v důstojnou a vysoce kvalitní péči ve Švédsku (Fukushima, 2010).

Řízení a plánování dlouhodobé péče ve Švédsku je třístupňové: celostátní, regionální a obecní. Základní parametry určuje centrum, stát také poskytuje globální dotace regionům na tuto péči podle počtu a struktury obyvatelstva. Finanční spoluúčast klientů je celkově velmi nízká (pod 4 %), její konkrétní výši stanoví obce. Resortně patří dlouhodobá péče na ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí.

V 90. letech proběhly některé reformy dlouhodobé péče ve Švédsku. Spočívaly však především v jejich (další) decentralizaci na obce. Snad největší reformou s politickým obsahem bylo povolení soukromého podnikání v sociálních službách, včetně využívání outsourcingu, za pravicové vlády. Obecně lze tyto reformy charakterizovat jako ekonomizaci, informalizaci (ve smyslu většího využití neformální péče) a privatizaci (Auth, 2013). Základ sociálně-demokratického modelu, respektive jeho aplikace v dlouhodobé péči, tím však zásadně narušen nebyl. Lze se setkat s modelovou „námitkou“, že některé švédské obce začaly využívat konstrukce poplatků, při níž se berou na zřetel příjmy klientů (Karlsson, 2010).

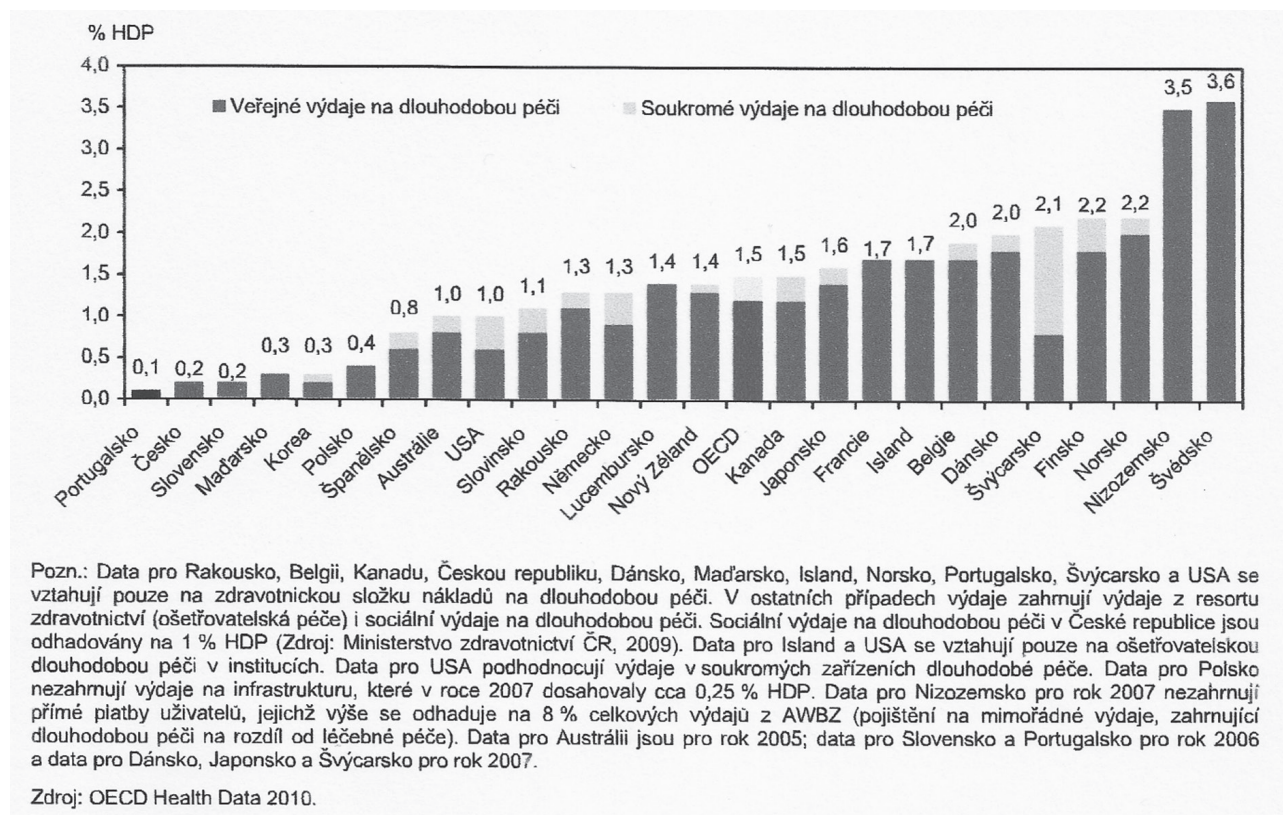
Obrázek 1 Výdaje na dlouhodobou péči podle zdroje financování v roce 2007



Zdroj: Wija (2012)

Sociálně-demokratický sociální model se v zásadní podobě aplikuje ve všech skandinávských zemích. Podle údajů OECD (viz obrázek 1) byl však podíl přímých plateb klientů v Dánsku, Norsku a Finsku na financování dlouhodobé péče v roce 2007 kolem 10 %, zatímco ve Švédsku asi 1 %. Sama OECD však upozorňuje na řadu nepřesností v těchto a podobných statistikách; vykazování dlouhodobé péče není mezinárodně dostatečně sjednoceno. Podle jiného údaje o Švédsku je spoluúčast klientů cca 3–4 %. V této souvislosti může být významný i příspěvek na bydlení, který dostává většina švédských penzistů. V každém případě zde však vidíme podstatný rozdíl ve zdrojích financování dlouhodobé péče mezi skandinávskými „sociálně-demokratickými“ zeměmi a „konzervativním“ Německem. Ideálně by podobná srovnání (obrázky) měly oceňovat i dlouhodobou péči poskytovanou v rodině. Neformální péče v Německu dominuje, tamní pečovatelská dávka má podpůrný význam – a proto se setkáme s charakteristikou německého systému dlouhodobé péče jako subsidiárního modelu (Auth, 2013).

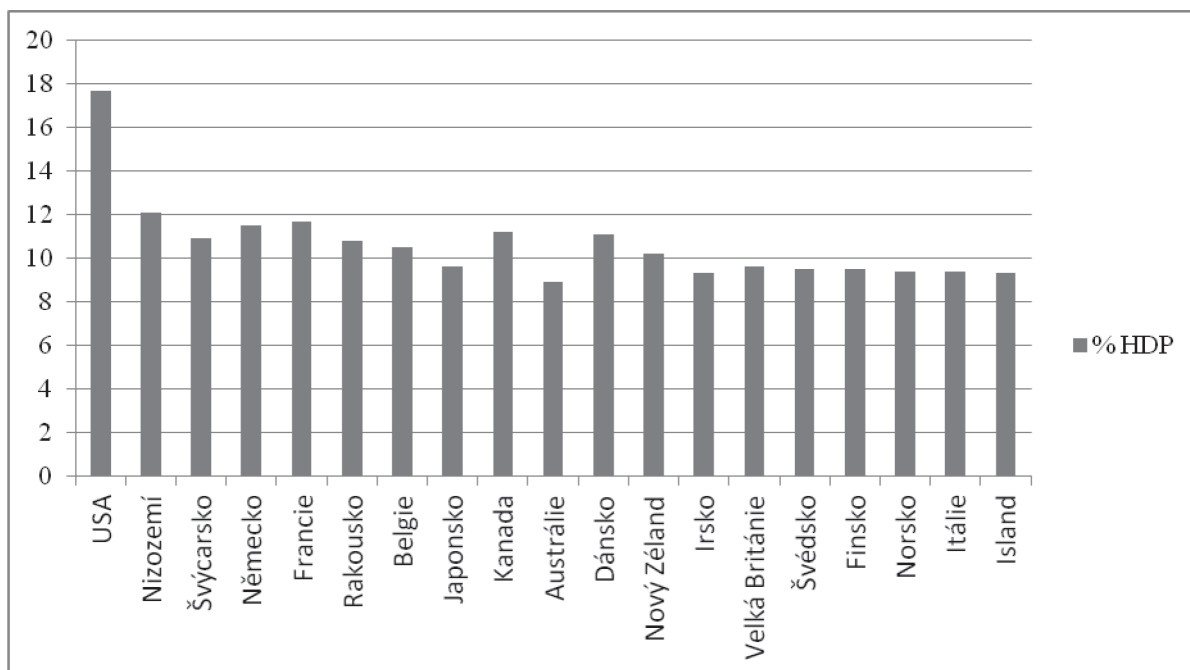
Obrázek 2 Výdaje na dlouhodobou péči v relaci k HDP v roce 2008



Zdroj: Wija (2012)

Obrázek 2 ilustruje výdaje na dlouhodobou péči v relaci k HDP v zemích OECD. Podle těchto údajů, které jsou u řady zemí zatíženy i většími nepřesnostmi, jsou tyto výdaje nejvyšší ve Švédsku – 3,6 % HDP. Na druhém místě je Nizozemsko s 3,5 % HDP; pokud ovšem provedeme korekci o spoluúčast klientů, s využitím údaje uvedeného ve vysvětlivkách pod tabulkou, tak se u Nizozemska dostaneme na hodnotu 3,8 % HDP a Nizozemsko předstihne Švédsko. Tak či onak jde o hodnoty přibližně dvaapůlkrát vyšší než uvedený průměr za všechny země OECD (1,5 % HDP). Nadprůměrné hodnoty této relace dosahují i Norsko, Finsko a Dánsko. Obecně by tedy mohlo platit, že sociálně-demokratický model poskytování dlouhodobé péče je finančně nadprůměrně náročný. Nelze to vyloučit, mohlo by to přímo vyplývat ze „zadání“ tohoto modelu. Je zde však již zmíněný problém s kvalitou vstupních dat, který je do značné míry dán již samotným charakterem dlouhodobé péče, jejím i velmi rozličným propojením s jinými oblastmi sociální politiky v jednotlivých zemích. A kromě toho vůbec nemusí platit, že veřejný sektor je méně efektivní než soukromý sektor v této oblasti.

Obrázek 3 Výdaje na zdravotní péči ve vybraných zemích OECD v relaci k HDP (v %) v roce 2011, popř. 2010



Zdroj: OECD Health Data, vlastní zpracování

Zajímavé je srovnání s relacemi výdajů na zdravotní péči k HDP. Obrázek 3 obsahuje 19 zemí OECD, seřazených do skupin podle míry uplatnění „trhu“ (vlevo) a „veřejného zaopatření“ (vpravo). Ve skupině zemí od Velké Británie po Island se výrazně uplatňuje sociálně-demokratický model; ve skupině zemí od Německa po Japonsko výrazně převažuje konzervativní model. Kanada a Austrálie mají single-payer systém s velmi výraznými tržními prvky. Dánsko, Nový Zéland a Irsko zase uplatňují sociálně-demokratický model s velmi výraznými tržními doplňky. Obrázek lze interpretovat jako potvrzení vyšší efektivity sociálně-demokratického modelu financování zdravotní péče. Když bychom tyto údaje o zdravotní péči „sečetli“ s údaji o dlouhodobé péči, tak se celkové relace výdajů na zdravotní péči a na dlouhodobou péči za skandinávské země posunou na úroveň jiných západoevropských zemí. Obecně vzato bychom při hodnocení modelů dlouhodobé péče měli zohledňovat mj. i kvalitu poskytované péče – tak se už dělá u zdravotní péči. Zohledňovat by se měla i různá věková struktura obyvatelstva v jednotlivých zemích; o to se zřejmě zatím nikdo nepokusil.

Teoreticky vzato by sociálně-demokratický model dlouhodobé péče, pokud bychom jej definovali extenzivně, jen jako veřejné financování soukromě poskytovaných služeb, mohl být realizován zmíněným single-payer systémem, jako je tomu v několika zemích u zdravotní péče. Praktický příklad ze světa však nemáme.

Souhrnně vzato nemá sociálně-demokratický model financování dlouhodobé péče žádné zásadní problémy, které by ho hendikepovaly ve srovnání s jinými modely. Při jeho rozvíjení je třeba vždy brát zřetel na navazující sociální systémy, aby nedocházelo k plýtvání veřejnými i soukromými zdroji.

8.4 Neoliberální model

Neoliberální sociální model deklaruje maximum liberalismu a současně i výrazné státní zásahy, které mají umožnit či dokonce vytvořit obsáhlé konkurenční prostředí včetně potřebného sociálního zabezpečení. Je možné sem zařadit dosavadní i nastávající systém poskytování zdra-

votní péče v USA. Dosavadní zásadní modifikací tržního systému v USA jsou dva největší veřejné zdravotní programy Medicare a Medicaid a dále daňová podpora poskytování zdravotního pojištění či přímo zdravotní péče ze strany zaměstnavatelů. Při zmínce o financování zdravotní péče nemůžeme opominout nizozemskou zdravotní reformu, která byla inspirována teoretickými přístupy amerického profesora pro podmínky USA a která byla vzorem pro několik českých politiků a jejich odborných poradců. Čistý model jimi doporučeného paušálního pojistného se uplatňuje ve Švýcarsku a v segmentu povinného soukromého zdravotního pojištění i v Německu.

Medicaid je největším vládním (federálním a státním) výdajovým programem pro osoby s nízkými příjmy, je určen pro příjemce peněžitých dávek sociální pomoci. Medicaid je systémem nákupu soukromého zdravotního pojištění pro sociálně potřebné a nízkopříjmové skupiny osob, které projeví o toto zdravotní pojištění zájem. Součástí tohoto pojištění je i úhrada většiny nákladů dlouhodobé péče. Rozsah pojištění je rozdílný podle jednotlivých států USA, federace pouze poskytuje dotace, a to v závislosti na průměrných příjmech v jednotlivých státech. V roce 2009 byla cestou Medicaid pojištěna jedna pětina Američanů (63 mil.).

Americký model zdravotního zabezpečení se opírá o soukromé zdravotní pojištění. Přímoou pojistnou smlouvu s některou ze soukromých zdravotních pojišťoven má však pouze poměrně malá část Američanů; většina má zdravotní pojištění zakoupené zaměstnavatelem – více jak 50 % obyvatelstva; jedná se o skupinové pojištění, které je podstatně levnější než individuální zdravotní pojištění. Charakteristickým rysem amerického tržního modelu zdravotního zabezpečení jsou vysoké náklady na zdravotní péči nejen v přepočtu na obyvatele, ale i v relaci k HDP. USA dnes věnují na zdravotní péči již 18 % HDP. Celková úroveň poskytované zdravotní péče přitom významně zaostává za jinými vyspělými zeměmi. Pro americký tržní model poskytování zdravotní péče je typická vysoká správní režie, ta činí asi 31 % celkových nákladů. Vysoká režie je jak v segmentu poskytovatelů zdravotní péče, tak i u pojišťoven, resp. plátců za tuto péči. Přitom je podstatný rozdíl např. mezi režii „pojišťovny“ Medicare (3 %) a komerčními pojišťovnami (plátcí), kde se jedná o 20–27 % výdajů (Settgast, 2012).

Obamova reforma zavádí v USA povinnost mít zdravotní pojištění (od roku 2014) a státní regulací usiluje o vytvoření (ještě více) konkurenčního prostředí s cílem snížit ceny zdravotního pojištění. Součástí reformy je i zavedení systému community rating, kdy pojišťovny nemohou diferencovat pojistné podle dosavadního zdravotního stavu klienta. Součástí regulace je i definice balíku základní péče, jehož se povinné zdravotní pojištění týká. Součástí reformy byl také CLASS Act, kterým se mělo zavést dobrovolné veřejné pojištění dlouhodobé péče jako opce pro zaměstnance; již v říjnu 2011 však Obamova administrativa oznámila, že tento program není praktický a že by měl být ukončen. Fakticky se tak stalo již tím, že ministerstvo zdravotnictví nevyhlásilo podmínky pro jeho fungování. K oficiálnímu zrušení došlo k počátku roku 2013.¹⁰²⁾

Povinné soukromé zdravotní pojištění lze považovat za základní verzi neoliberálního modelu. K tomuto modelu patří univerzální pojistné, nezávislé na výši výdělku účastníka. Předpokládá se přitom poskytování dotace k univerzálnímu pojistnému podstatné části pojištěnců. Soukromá zdravotní pojišťovna nemůže odmítnout žádného klienta. V této verzi nesou pojišťovny kumulativní riziko spojené s velkými individuálními rozdíly v potřebě zdravotní péče – ať již jsou dány jak věkem a pohlavím, tak i zcela individuálním zdravotním rizikem odrážejícím se zejména v dosavadním zdravotním stavu. Zmínka o povinném soukromém zdravotním pojištění je relevantní i z toho důvodu, že tento systém funguje ve Švýcarsku a bude fungovat v USA – a v obou zemích je významná část dlouhodobé péče začleněna do zdravotní péče.

Neoliberální systém zdravotního pojištění je v mnoha směrech praktikován ve Švýcarsku, byť je v tamní praxi často označován jako sociální nemocenské pojištění. Zavedením povinného zdravotního pojištění od roku 1996 byly sledovány tři cíle: kvalitní zdravotní péče pro všechny, sociální solidarita

¹⁰²⁾ OECD uvádí zavedení tohoto pojištění jako výraz jednoho z konvergenčních trendů v oblasti financování dlouhodobé péče (Colombo, 2011, s. 240 a 241).

v podmínkách univerzálního pojistného a tlak na nezvyšování nákladů. Odchylnou od neoliberálního modelu je poměrně vysoké přímé financování nemocnic z kantonálních rozpočtů a povinná neziskovost pojišťoven. Pojistné za balík základní péče je u jednotlivých pojišťoven jednotné v rámci jednotlivých kantonů, a to diferencovaně pro tři věkové skupiny (děti do 18 let, mladí dospělí do 26 let, dospělí). Návazně jsou do těchto tří skupin řazeni pojištěnci s nárokem na „slevu“ z pojistného; tyto kantonální dotace pojistného představují samostatný systém sociální pomoci s dávkou testovanou na příjem a majetek pojištěnce. Součástí balíku základní zdravotní péče není mj. zubolékařská péče.

Typickým jevem pro švýcarské povinné zdravotní pojištění jsou poměrně velmi vysoké spoluúčasti pojištěnců, včetně využívání „franšíz“ (roční odčtené spoluúčasti). Používají se i další typické konstrukce soukromého pojištění, zejména možnost zúžení rozsahu poskytované péče za slevu na pojistném (vyšší franšízy, omezení volby lékaře a zdravotního zařízení, telefonické konzultace před návštěvou lékaře). Od zavedení tohoto systému v roce 1996 proběhlo několik dílčích reforem sledujících lepší naplnění výše uvedených cílů. Nedaří se plnit třetí cíl: účinný systémový tlak proti růstu nákladů. Celkově se soudí, že úroveň zdravotní péče ve Švýcarsku je velmi vysoká, ale za cenu podstatně vyšších nákladů oproti jiným vyspělým zemím (OECD, 2011).

Dlouhodobá péče je ve Švýcarsku financována převážně (ze 60 %) soukromě, její poskytování je považováno převážně za osobní či rodinný problém. Veřejnou dlouhodobou péči mají podle ústavy na starosti obce a v menší míře i kantony. V rámci povinného soukromého zdravotního pojištění jsou poskytovány věcné dávky v ústavech a při péči v domácnosti a příspěvky na dlouhodobou péči v ústavech. I zde se uplatňují spoluúčasti. Uvedený vysoký podíl domácností na financování dlouhodobé péče je však nutno snížit o doplňkové dávky poskytované ke starobním a invalidním penzím; výsledná hodnota je asi 36 % (Colombo, 2011).

Podle zákona z roku 1996 měly zdravotní pojišťovny převzít celé financování dlouhodobé péče. Úspěšně však bojovaly a nikdy k tomu v plném rozsahu nedošlo. Švýcarský parlament přijal dnes platný zákon o financování péče v roce 2008; zákon je uplatňován od roku 2011. Významnou úlohu v tomto systému mají kantony a obce. K úhradě samotných nákladů dlouhodobé péče v ústavech slouží:

- příspěvek zdravotní pojišťovny podle míry péče (12 stupňů) – až 108 Fr. denně (vysoké spoluúčasti a franšízy!);
- příspěvek klienta až 20 % z předchozí částky, tj. až 21,60 Fr. denně;
- příspěvek obce – pokrývá zbytek nákladů.

Podobně je tomu u ambulantní péče v domácnostech (Spitex). Náklady hotelových služeb u ústavní péče nesou klienti; v roce 2011 se tyto náklady v případě jednolůžkového pokoje v Lucernu pohybovaly v rozmezí 5000–5700 Fr. měsíčně. Je zřejmé, že tato schémata financování samotné dlouhodobé péče umožňují individualizaci nesení nákladů jednotlivci. K úhradě výdajů klientů dále slouží dávky z jiných sociálních systémů, zejména doplňková dávka (EL) ze solidarně orientovaného veřejného penzijního pilíře. Doplňková dávka v podstatě představuje speciální dávku sociální pomoci testovanou na příjem i majetek.

Financování dlouhodobé péče ve Švýcarsku nese neoliberální prvky především díky napojení na povinné soukromé zdravotní pojištění s jeho velkými spoluúčastmi klientů a díky paušálnímu pojistnému. Údaje o jeho nákladnosti se rozcházejí – od údaje (v relaci k HDP) nižšího než průměr zemí OECD až po nejvyšší údaj v tomto směru. Je to ovlivněno i relativní složitostí systému. O většině parametrů rozhodují kantony, včetně delegace jejich pravomoci na obce. Mezi jednotlivými kantony tak existují i velké rozdíly.

Od roku 2006 došlo k rozsáhlé reformě zdravotního zabezpečení v Nizozemí. Jedná se o systém povinného soukromého pojištění s velmi silnou státní regulací včetně výrazných sociálních prvků. V Nizozemí bývá systém charakterizován jako soukromé pojištění s veřejnými garancemi či jako hybridní systém (kombinace sociálního a soukromého pojištění). Pojistné smlouvy se ujednávají podle soukromého práva a pojišťovny jsou soukromými pojišťovnami (zvláštního druhu); mohou přitom být i neziskovými organizacemi.

Odchylnou od neoliberálního modelu je dvojitý systém financování povinného soukromého zdravotního pojištění v Nizozemí. Vedle univerzálního pojistného, které se tam označuje jako „nominální pojistné“ a které vybírají jednotlivé pojišťovny, existuje též systém „pojistného závislého na příjmu“ – jako v univerzálním sociálním pojištění; polovinu tohoto pojistného platí zaměstnavatelé. Toto druhé pojistné plyne do Centrálního zdravotního fondu, kde je zdrojem pro výplatu kapitálních plateb za jednotlivé klienty jednotlivým zdravotním pojišťovnám. Kapitální platby jsou diferencovány obdobně jako v Německu.

„Nominální pojistné“ za státní pojištěnce (děti do 18 let) platí stát. Je možno získat skupinovou slevu až 10 % (hlavně jde o slevy pro zaměstnance). Potřební mají nárok na státní příspěvek na nominální pojistné; tento státní příspěvek dostává asi 40 % pojištěnců. Nominální pojistné hradí u dospělých v průměru zhruba asi 50 % nákladů příslušné zdravotní péče. Je možno sjednat vyšší než povinnou spoluúcast pojištěnce a bonusy při bezeškodním průběhu pojištění. Od roku 2006 došlo k rychlé koncentraci trhu povinného zdravotního pojištění; 4 pojišťovací skupiny v roce 2011 ovládaly 91 % trhu.

K financování dlouhodobé péče v Nizozemí slouží již od roku 1968 především samostatné odvětví „národního pojištění“. Od samého počátku je chápáno jako jeden z pilířů zdravotního pojištění; jeho specifickým rysem je úhrada „výjimečných zdravotních výdajů“ (AWBZ). Právě tím, že dlouhodobá péče je finančně náročná, čili že riziko vzniku velmi vysokých výdajů je velké, lze vysvětlit, proč toto pojištění nebylo zahrnuto do povinného soukromého zdravotního pojištění. Finanční spoluúcast klientů je mezinárodně velmi nízká (10 %), příspěvky klientů závisí na příjmu. Pojistné zde vybírané se sazbou 12,65 % ze zdanitelného příjmu obyvatel (2013) je z koncepčního hlediska příkladem uplatnění koncepce tzv. občanského pojištění. Do rozpočtu tohoto systému přispívá velkou měrou, asi třetinou, i stát. Ze systému se hradí i náklady na ubytování klientů v ústavech. Místo věcné dávky může klient zvolit peněžitou dávkou (ve výši 75 % hodnoty věcné dávky); to neplatí pro úhrady léčení a ubytování.

V relaci k HDP jsou výdaje na systém dlouhodobé péče v Nizozemí na prvním až druhém místě v rámci zemí OECD. V posledních deseti letech proběhlo vícero reforem, kdy se upravoval (zužoval) rozsah dlouhodobé péče pokryté tímto pilířem zdravotního pojištění. Např. od roku 2007 byla domácí péče přesunuta do systému sociální podpory (social support). Systém AWBZ je relativně centralizovaný, všechny výdaje se hradí ze Všeobecného fondu tohoto systému; systém má regionální kanceláře, které fungují při některé ze zdravotních pojišťoven činných v příslušném regionu. Nizozemské pojištění dlouhodobé péče je blízké sociálně-demokratickému modelu.

Německo bylo kolébkou konzervativního systému sociálního nemocenského pojištění, v uplynulých letech však došlo k jeho výrazné modifikaci směrem k neoliberalismu, a je proto účelné se věnovat těmto reformám podrobněji. O to více, že u nás nejsou v podstatě známy.

Poslední nejvýraznější německá zdravotní reforma byla realizována od roku 2007. Poprvé v historii Německa se zavedla – od roku 2009 – povinnost mít či uzavřít zdravotní pojištění. (Z této povinnosti jsou vyňati státní zaměstnanci!) Došlo i k dalším podstatným změnám, které se dotýkají celé koncepce dosavadního sociálního nemocenského pojištění. Byl zaveden princip svobodné volby pojišťovny a konkurence pojišťoven. To vedlo ke snižování počtu nositelů sociálního nemocenského pojištění; počátkem roku 2013 počet nemocenských pokladen klesl na 134. Dalším podstatným odklonem od modelu sociálního nemocenského pojištění bylo výrazné sjednocení sazeb pojistného; byla zavedena všeobecná celostátní sazba. Pojistné od roku 2009 již nevybírají nemocenské pojišťovny, ale je příjmem nově vytvořeného federálního Zdravotního fondu. Pojišťovny ze zdravotního fondu dostávají „základní paušál“ (kapitální platbu) na každého pojištěnce s přírážkami a srážkami podle věku, pohlaví a zdraví jednotlivého pojištěnce. Pokud prostředky získané od Zdravotního fondu jednotlivé pojišťovně nestačí, může vybrat dodatečné pojistné. A naopak, při vzniku přebytku lze klientům vyplatit „prémii“.

Od roku 2009 musí všechny soukromé nemocenské pojišťovny povinně nabízet „základní pojištění“ s plněními, která jsou srovnatelná se sociálním nemocenským pojištěním, pokud jde o balík základní zdravotní péče. Nikoho nemohou odmítnout, platí zákaz rizikových přírůžek a individuálních výluk z pojistné ochrany. Pojistné „základního tarifu“ soukromého zdravotního pojištění určují soukromé pojišťovny absolutní částkou, nikoliv tedy procentem ze mzdy. Maximální výše pojistného je regulována vzorcem: strop je dán vynásobením průměrného pojistného a maximálním vyměřovacím základem v sociálním nemocenském pojištění. Platí každý pojištěnec, na rozdíl od sociálního pojištění, kde jsou spolupojištěni všichni nevýdělečně činní členové rodiny. Již z konstrukce vyplývá, že pojistné za základní tarif může být podstatně dražší pro většinu klientů; to jako skutečnost potvrzuje i Stiftung (2009). To nepřekvapuje, soukromé zdravotní pojišťovny mívají ve světě podstatně vyšší náklady. V německé praxi je tarif určen především pro nové klienty soukromých pojišťoven. Základní tarif se zatím v praxi téměř nevyužívá.

Zdravotní reformy jsou v Německu předmětem politického boje mezi politickými stranami. V dnešní době minoritní vládní strana FDP (liberálové) dlouhodobě prosazuje v sociálním nemocenském pojištění zavedení jednotného „paušálního“ pojistného placeného zaměstnanci. Zaměstnavatelé by přitom dál měli platit pojistné procentem z výdělku. Velká část populace by návazně měla dostávat dotace k tomuto univerzálnímu pojistnému – podle sociálních hledisek. Tentýž reformní krok před léty navrhovala CDU/CSU – a vedlo to ke ztrátě části voličů. Naopak SPD, zelení a leví (Linke) požadují zavést „občanské pojištění“ – rozšířit placení pojistného i na ostatní příjmy obyvatelstva.

Poslední německá zdravotní reforma vedla k výrazné modifikaci dosavadního německého systému sociálního zdravotního pojištění. Některé její prvky – např. dovršení procesu k univerzálně zdravotního zabezpečení (povinné pojištění pro všechny) – odpovídají všeobecným trendům ve světě. Naproti tomu důraz na konkurenci sociálních nemocenských pojišťoven lze považovat za nesystémový prvek, neboť vybočuje z obvyklého pojetí sociálního pojištění. Německé zdravotní reformy jsou výrazem snah podstatně reformovat sociální nemocenské pojištění, které se sami jejich autoři bojí „dotáhnout“ do systémového, modelového „konce“ – s ohledem na politické dopady těchto reforem.

Pokud by německé pravicové i levicové strany důsledně realizovaly koncepce, které se snaží prosadit jen v omezeném rozsahu, tak by to znamenalo zánik konzervativního modelu. Pravice by transformovala sociální nemocenské pojištění na povinné soukromé zdravotní pojištění, zatímco levice by přes „občanské pojištění“ dospěla k financování balíku základní péče ze státního rozpočtu a asi i k jedné či dokonce žádné zdravotní pojišťovně. Věcným důvodem pro tyto transformace sociálního zdravotního pojištění je univerzalizace poskytování zdravotní péče (včetně jejího financování), která je v rozporu se segmentovaným sociálním pojištěním i s alternativní metodou zabezpečení veřejných zaměstnanců, obojí v rámci konzervativního modelu. Z toho vyplývá, že je racionální vyčlenit zdravotní péči ze sociálního pojištění. Při provedené zásadní univerzalizaci samotného systému sociálního pojištění to znamená i „konec“ konzervativního modelu na úseku zdravotní péče. Univerzální zdravotní péče je v rozporu se segmentovaným konzervativním sociálním modelem.

V teorii trvají snahy o privatizaci sociálního zdravotního pojištění. Východiska jsou obdobou toho, co dnes známe z české důchodové reformy. Výzkumná publikace Deutsche Bank už v první větě říká, že reforma zákonného nemocenského pojištění je nevyhnutelná: pokud by zůstal zachován stávající finanční model, tak sazby pojistného mohou v roce 2040 činit 25 % a více. Další závěry jen tezevitě: Vysoké sazby pojistného by měly negativní dopady na zaměstnanost. Vysoké výdaje tohoto systému jsou ovlivněny i nadměrným a chybným zabezpečením. Způsob financování musí přispět k větší konkurenci. Financování nemocenského pojištění je třeba oddělit od nákladů práce; paušální pojistné odpovídá ekvivalenci. Solidaritu je třeba financovat daněmi. Tržní model je politicky neprosaditelný, tak je třeba postupovat dílčími kroky (Bräuninger, 2010). Tak tomu také bylo a jeden z komentářů na toto téma z úst předsedy představenstva jedné nemocenské pokladny zněl: „Jsme velmistři v četnosti suboptimálních zdravotních reforem. K uvedené argumentaci o potřebě privatizace zdravotního pojištění mám jen jednu poznámku: chybí jakýkoliv důkaz, že vše bude fungovat tak, jak se předpokládá.“

Se zavedením povinného zdravotního (nemocenského) pojištění v Německu od roku 2009 se „svezlo“ i pojištění dlouhodobé péče – plně následuje osud zdravotního pojištění, včetně organizace. Kdo musí povinně sjednat soukromé zdravotní pojištění, musí povinně sjednat i soukromé pojištění dlouhodobé péče. V analytických a koncepčních materiálech je tomuto novému pojištění dlouhodobé péče věnována malá pozornost. Pokračovaly však diskuse o účelnosti reformy sociálního pojištění dlouhodobé péče. Na přetřes tak opět přišla otázka průběžného kontra fondového systému pojištění dlouhodobé péče a otázka, zda má být toto pojištění sociální či soukromé, včetně toho, zda je účelné či spravedlivé „občanské pojištění“ čili financování veřejných výdajů na dlouhodobou péči účelovou daní z příjmů. Teoretické úvahy se – nikoliv překvapivě – obvykle odvíjejí od demografických tendencí v nejbližších desetiletích, z nichž vyplývá, že potřeba dlouhodobé péče vzroste násobně, daleko více než výdaje na starobní důchody. Podobným tendencím bude nutno čelit i v oblasti zdravotní péče; i zde se přepokládá větší dynamika výdajů na dlouhodobou péči než na zdravotní péči.

V koaliční smlouvě německé konzervativně-liberální vlády z roku 2009 se věnuje pozornost pojištění dlouhodobé péče: Toto pojištění prý ve formě rozvrhového (průběžného) financování natrvalo nemůže splnit svou úlohu garantovat všem občanům spolehlivé dílčí zabezpečení nákladů péče. A vláda hned uvádí řešení tohoto problému: „Potřebujeme tudíž mít, vedle stávajícího průběžného financování, doplněk s kapitálovým financováním, který musí být závazný, individualizovaný a generačně spravedlivý.“

Bräuninger (2011) se věnoval i reformě pojištění dlouhodobé péče. Na základě v podstatě stejné argumentace jako ve studii o privatizaci zdravotního pojištění dospěl k závěru, že privatizace sociálního pojištění dlouhodobé péče je běh na dlouhou trať a že je třeba jednat tak, aby se co nejlépe dosáhlo cíle určeného ve vládní koaliční smlouvě. Stejně jako jiní němečtí autoři označil stávající povinné pojištění dlouhodobé péče jako pojištění částečného kaska, protože – na rozdíl od zdravotního pojištění – kryje jen menší část rizika. A doporučil nejen povinné doplňkové soukromé pojištění dlouhodobé péče, ale i – a to zejména – dobrovolné doplňkové soukromé pojištění této péče s výrazným státním příspěvkem podle vzoru Riesterova důchodu. Hlavním jeho argumentem proti povinnosti tohoto „druhého pilíře“ pojištění péče je nutnost doplnění povinného soukromého pojištění péče sociální dávkou, která by sociálně slabším umožnila zaplatit povinné pojistné. Je to zcela stejná argumentace jako v případě nutnosti stejným způsobem korigovat zavedení paušálního (nominálního) pojistného v povinném soukromém zdravotním pojištění. Zavést státní dotace je prakticky i politicky prý jednodušší. Stejně jako jiní autoři se ani Bräuninger nezabývá otázkou, kdo a z čeho zaplatí zvýšené státní výdaje (na státní příspěvky) – a jaké to bude mít redistribuční a makroekonomické dopady. Jakoby to nebylo důležité. Postup jeho výkladu je zde následující: Privatizace je nutná, a když bude povinná, tak musí být doprovázena sociální kompenzací. Takže je jednodušší zavést – místo sociální kompenzace – státní příspěvek. Jinak Bräuninger neargumentuje investičními výnosy z rezerv pojistného – tak by zastánci privatizace argumentovat mohli, stejně jako v důchodovém pojištění. To platí i o zdravotním pojištění – i tam se v typickém soukromém pojištění vytvářejí velké rezervy na stárnutí.

Reforma pojištění dlouhodobé péče byla v Německu realizována zákonem z roku 2011 s účinností od roku 2013. Vláda nakonec místo povinného soukromého pojištění zavedla dobrovolné soukromé doplňkové pojištění dlouhodobé péče se státním příspěvkem podle vzoru Riester-Rente. Podle téhož vzoru se pro nový produkt běžně užívá slangové označení Pflege-Bahr (Pflege = péče, Bahr = ministr zdravotnictví, FDP).¹⁰³⁾ Pojištění péče již prý není částečné kasko, protože podíl státního příspěvku na celkovém pojistném u mladých činí 33,3%! Další hesla: Ti, co vstoupí do nového pilíře ve věku 35–49 let, jsou mladí, kteří si jsou vědomi potřeby zabezpečení a nechtějí státu nic darovat. Ti ve věku 50–64 let jsou starší, pro něž je důležité zajištění majetku.

¹⁰³⁾ Doporučení ministra: „Bürgerinnen und Bürger sollen eigenverantwortlich und kapitalgedeckt für den Fall der Pflegebedürftigkeit vorsorgen.“

Některé parametry produktu Pflege-Bahr: Minimální příspěvek účastníka 10 € měsíčně. Státní příspěvek činí 5 € měsíčně bez ohledu na výši příspěvku účastníka (sociálně orientovaná podpora, leč podstatně menší a jednodušší než u Riesterova důchodu). Pojišťovny musí přijmout do pojištění každého, kdo (aktuálně) nepotřebuje dlouhodobou péči (povinná kontraktace), bez zkoumání zdravotního stavu. Čekací doba maximálně 5 let, pokud by vznikla škodní událost před uplynutím sjednané čekací doby, tak se plní až od jejího uplynutí. Technická úroková míra 2,75 %. Pokrytí všech stupňů nesoběstačnosti, minimální plnění ve třetím stupni 600 € měsíčně. Zastropování režijních nákladů: 10 % z pojistného.

Na detailní hodnocení produktu Pflege-Bahr je příliš brzo. Objektivně vidíme neoliberální rukopis, podstatnou státní regulaci, která sama o sobě může produkt zdražit. Individuální hodnocení v německém tisku jsou zřejmě většinou negativní. Ani soukromé nemocenské pojišťovny se nezdají být nadšeny. Tarifů je v nabídce ovšem dost.

Na rozdíl od zdravotní péče není k dispozici zatím dost analytických podkladů pro hodnocení neoliberálního modelu financování dlouhodobé péče. Per analogiam lze ale soudit, že tento model je nákladově dražší než model konzervativní a sociálně-demokratický. Trhy pojištění dlouhodobé péče jsou podstatně méně rozvinuty a samotné riziko dlouhodobé péče je podstatně horším pojistným rizikem z pohledu pojišťoven. Jeho pokrytí bude v budoucnu, v podmínkách zvyšujícího se tlaku na solventnost pojišťoven, ještě obtížnější. Neoliberální politika je spojena se zcela zásadní modifikací příslušného trhu, s vysokou úlohou státního dohledu, lobby a dalších aktérů daného systému. Neoliberální model je obvykle spojen s tendencí ke zvyšování nákladů poskytovaných služeb, s vysokými režijními náklady a případně i se státními výdaji na podporu finančních produktů.

Předchozí kapitoly této studie se intenzívně zabývají českým systémem financování sociálních služeb. Je zřejmé, že český systém je velmi komplikovaný a zavedení příspěvku na péči znamenalo vysoké, neplánované zvýšení veřejných nákladů na dlouhodobou péči. Na druhé straně však samotná relace veřejných výdajů na tuto péči v relaci k HDP je ve srovnání s jinými zeměmi OECD přijatelná; nevycházíme přitom z výše uvedených čísel ve statistice OECD, ale z novějších tuzemských pramenů. Podle návrhu věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé péče jde o 1 % HDP. Holmerová (2011) veřejné výdaje odhaduje na 40 mld. Kč ročně a 1,2 % HDP.

Část dlouhodobé péče je u nás poskytována v LDN a podobných ústavech v resortu Ministerstva zdravotnictví a je financována zřejmě obdobně jako nemocnice, čili podivnou kombinací finančních metod s důrazem na podrobné centrální řízení. Reforma financování zdravotnictví by měla toto financování zprůhlednit a zefektivnit. České zdravotní pojištění vyžaduje jasnou, moderní definici balíku základní zdravotní péče, která by měla být každoročně aktualizována. Trvalejším způsobem musí být upravena spoluúčast klientů na financování zdravotních služeb a souvisejících produktů. Stejným či obdobným způsobem je možno přistupovat i k dlouhodobé péči – i tady potřebujeme formalizaci balíku základní péče a koncepci financování jednotlivých sociálních služeb. Rozhraničení krátkodobé a dlouhodobé péče je či může být podstatné pro politiku financování hotelových služeb ve všech institucích poskytujících ústavní péči – podle definice v balíku základní péče budou hrazeny např. hotelové služby ve vícelůžkových pokojích klasické nemocnice a klient bude pojišťovně platit denní taxu na úhradu stravy, kdežto hotelové služby v ústavech dlouhodobé péče budou přímo hradit klienti ze svého – zde se může vycházet z předpokladu, že obyvatel ústavu již svůj vlastní byt nepotřebuje.

Český příspěvek na péči je vlastně univerzálním (rovným) důchodem pro rezidenty, diferencovaným do čtyř stupňů podle míry nesoběstačnosti. Takový rovný důchod může existovat, není zde ale zřejmá vazba na jiné dávky, např. invalidní či starobní důchod. Předpoklad, že tento příspěvek bude klient používat na úhradu sociálních služeb je optimistický, zvláště při nižším stupni závislosti na péči jiných osob. U dlouhodobé péče by měly mít prioritu věcné dávky, mělo by se vědět, kdo péči poskytuje. Ideálně by tato péče měla být rovnocenná zaměstnání či samostatné výdělečné činnosti ve všech širších souvislostech a se všemi důsledky.

8.5 Dílčí závěry

Dlouhodobá péče je relativně novým úsekem sociálního zabezpečení, který se zatím všeobecně neprosadil jako samostatné odvětví tohoto systému. Je to dáno i tím, že tato oblast je v různých zemích a systémech a také různou měrou propojena se souvisejícími odvětvími – především se zdravotní péčí a také se sociální pomocí. V žádné zemi se neuplatňuje nějaký zcela čistý sociální model v celém sociálním systému. Naopak se dokonce již více než 50 let setkává např. ve Velké Británii moderní liberální systém univerzálních peněžitých dávek sociálního zabezpečení s univerzální zdravotní péčí, která zapadá do sociálně-demokratického sociálního modelu.

Neexistuje žádný ideální sociální systém či subsystém. Žádný systém nikdy nevyhovoval a ani nemůže vyhovovat všem občanům či rezidentům v dané zemi. Nicméně lze v mezinárodním průměru zemí OECD pozorovat typické rozdíly mezi zeměmi aplikujícími v převážné míře některý ze čtyř sociálních modelů, které jsme se zde snažili charakterizovat. Zvláště s ohledem na zřetelnou tendenci k poskytování univerzální zdravotní péče lze dojít k závěru, že konzervativní sociální model není perspektivní. Také zejména na úseku zdravotní péče a soukromého zdravotního pojištění se ve světě ukazuje, že liberální sociální model není nejlepší; neoliberální reformy sice mohou odstranit většinově pociťovanou nedostatečnou univerzalitu zdravotní péče, vedou však k vyššímu růstu nákladů na tuto péči oproti jiným systémům či modelům. V podstatě tak zbývá jako nejlepší základ systému sociálně-demokratický model. (Názvy modelů nelze ztotožňovat s názvy konkrétních politických stran; řídíme se zde uznávanou klasifikací Esping-Andersena.) Všechny sociální systémy přitom prodělaly řadu změn, které respektují např. zapojení soukromého sektoru do poskytování služeb všeho druhu. Ke změnám došlo i v řízení státní správy, proměnil se i management velkých korporací. O úspěšnosti toho či onoho systému by měla rozhodovat jeho efektivnost, v praxi ovšem mají různou váhu i zájmy, lobbing, korupce apod. I „druhý nejlepší“ systém může být těmito cestami poškozen či dokonce zničen.

Dlouhodobá péče má blízko ke zdravotní péči a může být i začleněna do resortu zdravotnictví, ideální je začlenění do resortu zdravotnictví a sociálních věcí. Lze ji i koncipovat jako jeden pilíř zdravotního systému. Ve financování dlouhodobé péče lze – aspoň částečně – uplatnit stejné metody jako ve financování zdravotní péče, návazně na definici balíku či balíků základní zdravotní péče a dlouhodobé péče. Příspěvek na péči, jako univerzální peněžitá dávka pro rezidenty, je možnou formou sociálního zabezpečení závislých osob, měl by ovšem srozumitelně zapadat do celého systému peněžitých dávek, především starobních a invalidních důchodů. Tak tomu u nás není. Evropa dává přednost věcným dávkám dlouhodobé péče. Systémovým řešením není ani dotování ústavů dlouhodobé péče.

Světové zkušenosti ukazují, že úloha regionů (krajů a obcí) je u dlouhodobé péče nezastupitelná, u nás ovšem máme problém v tom, že krajů by mělo být méně (řekněme 10) a obcí rádo- vě méně. Miniobce samozřejmě nejsou schopny poskytovat ani ty nejzákladnější sociální služby, jako je např. poradenství včetně informací o provozovatelích služeb. Přitom regiony a obce jsou nezastupitelné při poskytování dávek sociální pomoci klientům systému dlouhodobé péče. Míra centralizace a decentralizace financování dlouhodobé péče musí být smysluplně formulována a respektována. V rozporu s tím jsou v podstatě nahodile poskytované dotace ústavům dlouhodobé péče. Nutno zapomenout na metody financování těchto ústavů v podmínkách podrobného centrálního řízení nebo v nějaké původní verzi sociálně-demokratického modelu – kdy ústav je tu od toho, aby poskytoval péči podle zadaných parametrů, a finanční výsledek je jakoby druhotným problémem veřejné správy. Opak nelze a priori vyloučit, nemůže však být základem systému financování dlouhodobé ústavní či jiné péče.

Závěr

Obecně existují tři základní modely financování a poskytování sociálních služeb: liberální, výkonový a univerzalistický. Každý z nich má své specifické vlastnosti a jejich realizace v čisté podobě je za současného stavu sociálně-ekonomického rozvoje a požadavků na systém sociální péče vyloučena. V praxi je nutno hledat řešení v kombinaci jednotlivých modelů a jejich funkčních prvků tak, aby systém vyhovoval požadavkům na něj kladeným. Pro kvalitní a průchodná řešení je nutno odložit ideologické předsudky a koncipovat řešení pomocí specifikace žádoucího stavu a tomu přizpůsobeného financování, včetně využití příslušných metod alokace zdrojů. Jak ukazuje stávající stav v oblasti příspěvku na péči, pouhá svoboda volby a přidělení finančních prostředků tuto svobodu umožňujících bohužel v české sociální praxi nestačí k tomu, aby systém dobře fungoval, stejně jako k tomu nestačila ingerence státu a spíše formální garance univerzální dostupnosti služeb v nízké kvalitě.

Z makroekonomického hlediska je navíc nutno zdůraznit, že sektor sociálních služeb je jedním z mála odvětví současné ekonomiky, které má jednoznačný potenciál pro generování pracovních míst, a tím i příspěvek k tvorbě HDP v ekonomice, jejíž struktura se posouvá stále více ve prospěch služeb jako významné komponenty zaměstnanosti a produkce. Jde o civilizační posun – před sto lety něco takového nebylo představitelné – ale zvýšení produktivity práce v zemědělství a průmyslu tento vývoj jasně implikuje. Nárůst výdajů na sociální služby tudíž není možno brát pouze jako neproduktivní spotřebu, ale též jako žádoucí příležitost k sociálně-ekonomickému rozvoji, jakkoli to samozřejmě neznamená bezbřehé nadšení pro alokaci zdrojů do této oblasti.

Zejména v posledních letech bylo možné zaznamenat aktivity státu prostřednictvím ministerstev zdravotnictví a práce a sociálních věcí směrem k formalizaci dlouhodobé péče a současně k nastavení jednotného systému poskytování dlouhodobé péče jak ve zdravotnických službách, tak ve službách sociálních, a to na lůžkové, resp. pobytové či ambulantní a terénní úrovni. Je však minimálně zarážející, že neexistují relevantní studie, které by z různých úhlů pohledu analyzovaly nákladovost těchto typů a variant péče, a to jak na základě makroekonomických dat a údajů, tak na základě aplikačních a jiných výzkumů.

Terénní péče, a to jak zdravotní, tak sociální, je pro stát dražší alternativou než péče pobytová,¹⁰⁴⁾ a to zejména ve vyšších stupních potřebnosti péče a v případech, kdy rodina tuto péči nezajišťuje nebo kvůli zajištění péče musí pečující osoba opustit trh práce. Varianta terénních či ambulantních služeb, příp. i jejich vzájemné kombinace, je nákladnější i pro samotného uživatele těchto služeb. Zejména ochranná funkce ve stanovení úhrad v pobytových zařízeních sociálních služeb v § 73 zákona o sociálních službách je jakousi pojistkou či zárukou dostupné péče a pevného měsíčního zůstatku finančních zdrojů.

Ekonomicky nejvýhodnější variantou tak zůstává tzv. kombinovaná péče, tj. struktura péče, na které se podílí stát prostřednictvím své dotační politiky, prostřednictvím úhrad z fondu veřejného zdravotního pojištění a dalších transferů¹⁰⁵⁾ a osoby blízké, rodinní příslušníci, přátelé apod.

¹⁰⁴⁾ Domov pro seniory, domov se zvláštním režimem aj.

¹⁰⁵⁾ Příspěvek na péči a další.

Právě v kombinované péči bere na sebe částečně zátěž péče rodina, a to jak časovou, tak finanční, a touto kombinací je možné docílit ekonomicky optimální variantu jak pro stát, tak pro konečné odběratele, tj. příjemce péče. Tato varianta však není makroekonomicky optimální za všech okolností.¹⁰⁶⁾

Z hlediska makroekonomických efektů pro stát a veřejné rozpočty platí, že odchod pečujícího občana z trhu práce ovlivňuje bilance fiskálních systémů velice negativně. Zejména u osob s alespoň mediánovým příjmem je tento efekt značný, realisticky se dá uvažovat v podstatě pouze o snížení úvazku např. na poloviční, pokud by to trh práce umožňoval a podporoval. To by bylo možné v případě osob s nižším stupněm závislosti, např. I. a II., v případě III. či IV. stupně závislosti to je pravděpodobně vzhledem k rozsahu poskytované péče méně realistické nebo by musel být příspěvek na péči rozdělen mezi profesionální péči a péči poskytovanou blízkou osobou.

Poněkud odlišná situace je v případě, kdy se o blízkou osobu stará člověk, který na trhu práce neparticipuje – nezaměstnaný či důchodce. Zde negativní fiskální efekt nevzniká, ale na druhé straně, v případě nezaměstnaného, nevzniká ani pozitivní efekt a takový člověk je nadále zátěží pro veřejné rozpočty. Z makroekonomického hlediska se tak ukazuje, že při stávajících parametrech sociálně-ekonomického systému je komplikované uvažovat o tom, že by větší počet ekonomicky aktivních osob opouštěl svá zaměstnání a věnoval se v soukromí péči o osoby – příjemce příspěvku na péči, zejména pokud se jedná o vyšší stupně závislosti. Uvedený fakt vede spíše k tendenci profesionalizovat sociální péči, protože tvorba pracovních míst v oblasti sociálních služeb s potenciálem přechodu části zásoby pracovní síly na tato pracovní místa tento negativní efekt nemá. Tím však neříkáme, že se v jednotlivých případech nemůže péče blízké osoby ve smyslu jejího odchodu z trhu práce pozitivně využít, a např. český systém sociálního pojištění je na tyto situace připraven.

Provedené analýzy systému financování sociálních služeb v zájmu zajištění rozvoje ukázaly, že závislost na poskytnutí dotace ze státního rozpočtu brání samotnému rozvoji sociálních služeb. Všechna navrhovaná opatření je proto nutno spatřovat především v odstranění závislosti poskytovatelů služeb sociální péče na přiznání dotace ze státního rozpočtu. V úvahu připadají především tato řešení:

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

¹⁰⁶⁾ Důležitým aspektem domácí péče, resp. péče v přirozeném sociálním prostředí je kvalita života příjemců péče; toto je dimenze, kterou i v ekonomických souvislostech není možné ignorovat.

Přijetí všech uvedených opatření by vytvořilo motivační prostředí pro rozvoj všech typů služeb sociální péče a pro širší zapojení nových subjektů (vč. zahraničních) do systému poskytování těchto sociálních služeb. Došlo by k liberalizaci celého systému služeb sociální péče, přiznáním příspěvku na péči a podmíněním jeho výplaty poskytnutím sociální služby (alespoň ve větší části) od registrovaného poskytovatele by byla vytvořena poptávka po službách, která by podle tržních principů vytvořila nabídku nových sociálních služeb, došlo by k jejich diferenciaci (např. v oblasti pobytových služeb od chudobinců po moderní jednolůžkové „hotely“ s kompletními službami při samozřejmém dodržování zákonem nově definovaných minimálních standardů).¹⁰⁷⁾

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

Z hlediska efektivnosti financování sociálních služeb je rovněž nutno výrazně změnit celý systém hodnocení míry závislosti; stávající kritéria umožňují objektivně hodnotit situaci především tělesně postižených osob a seniorů, naproti tomu neumožňují objektivně zhodnotit potřeby mentálně a psychicky postižených a nevidomých.

Se systémem hodnocení míry závislosti velmi úzce souvisí forma spolupráce sociálních pracovníků s lékaři lékařské posudkové služby. Stávající dikce ustanovení § 25 odst. 4 způsobuje, že jedním ze stanovisek pro přiznání příspěvku na péči v příslušném stupni je stanovisko lékaře lékařské posudkové služby, a to přesto, že toto jeho stanovisko vychází pouze z písemného vyjádření ošetřujícího lékaře žadatele o příspěvek, zatímco sociální pracovník svůj návrh opírá o konkrétní posouzení sociální situace žadatele získané v rámci provedení sociálního šetření. V důsledku toho existují dodnes značné rozpory při hodnocení situace konkrétního žadatele, sociální pracovníci cítí ze strany lékařské posudkové služby pohrdání svojí kvalifikací, dochází k medicinalizaci sociálních služeb. V tomto smyslu by proto bylo vhodné změnit tuto dikci tak, aby bylo jednoznačně zřejmé, že rozhodujícím stanoviskem pro přiznání příspěvku na péči v konkrétním stupni je stanovisko sociálního pracovníka, popř. stanovit pravidlo, že sociální šetření provede sociální pracovník přímo s ošetřujícím lékařem žadatele.

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

Na tyto kroky a etapy by následně mělo navazovat posílení jistoty poskytovatelů (i potencionálních poskytovatelů) v rámci procesu jejich registrace. Jestliže je součástí tohoto procesu mj. předložení finanční rozvahy zabezpečovaných služeb, ze které by měla být zřejmá přesná struktura jejich

¹⁰⁷⁾ Lze předpokládat, že výrazně k této diferenciaci přispěje rovněž projekt Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR „Značka kvality“, v jehož rámci jsou udělovány hvězdičky (od 1 do 5) jednotlivým poskytovatelům sociálních služeb v závislosti na tom, jak naplňují jednotlivá kritéria pro jejich přiznávání – podrobněji viz: www.znackakvality.info

financování (tedy i kolik finančních prostředků poskytovatel služby předpokládá získat v následujícím období od měst či krajů, ale i od MPSV v rámci dotačního řízení), mohlo by ukončení registračního procesu mj. znamenat, že takto vyčíslená finanční rozvaha je závazná a finanční prostředky, které poskytovatel sociální služby nárokuje od zřizovatele nebo od státu, registrující subjekt poskytovateli služeb garantuje.

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

- jednotlivé obce a města usilovaly v rámci své koncepce bytové politiky věnovat pozornost výstavbě malometrážních a bezbariérových bytů, v nichž by seniorům a zdravotně postiženým občanům mohly být efektivně poskytovány terénní sociální služby tak, aby došlo k oddálení potřeby poskytování péče v pobytovém zařízení,
- při stanovení výše nájmu v obecních bytech jednotlivé obce a města individuálně podle celkových příjmových i majetkových možností zejména seniorů a osob se zdravotním postižením přistupovaly k jeho stanovení tak, aby byly vytvořeny podmínky k tomu, aby těmto skupinám osob mohly být vytvořeny základní předpoklady pro poskytování potřebných terénních služeb v jejich přirozeném domácím prostředí a nebyl vyvoláván předčasný tlak na poskytování služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb,
- stavební úřady v rámci kolaudačního řízení důsledně dbaly na dodržování bezbariérových přístupů do všech obchodů, kulturních zařízení a dalších objektů poskytujících veřejné služby,
- jednotlivé kraje a pověřené obecní úřady soustavně mapovaly dopravní obslužnost ve svých spádových územích tak, aby seniori a osoby se zdravotním postižením, kteří jsou převážně odkázáni na dopravu veřejnými dopravními prostředky, nebyli ohroženi sociálním vyloučením (v nejširším smyslu slova) v důsledku její nedostatečné úrovně.

Realizace uvedených opatření ve svém komplexu přispěje k potřebnému rozvoji služeb sociální péče. Lze předpokládat, že při jejich promítnutí do praxe dojde do r. 2020 k výraznému rozvoji terénních a ambulantních sociálních služeb, nicméně v žádném případě nelze očekávat, že by stávající kapacity pobytových zařízení umožnily uspokojit všechny oprávněné požadavky na umístění od těch seniorů a osob se zdravotním postižením, kteří budou vyžadovat vzhledem ke svému věku nebo nepříznivému zdravotnímu stavu celodenní komplexní péči. Přestože lze očekávat, že stávající struktura uživatelů pobytových zařízení se během následujících let výrazně změní (nelze předpokládat, že by v pobytových zařízeních byly osoby bez přiznaného příspěvku na péči, popř. s příspěvkem přiznaným v I. stupni závislosti, přičemž podíl osob s příspěvkem na péči ve II. stupni závislosti nebude přesahovat max. 5 %), je nutno počítat s tím, že do r. 2020 bude nutno stávající kapacitu těchto zařízení cca zdvojnásobit.¹⁰⁸⁾ Nelze očekávat, že bez zapojení dalších finančních prostředků, např. formou PPP projektů, ze strukturálních fondů, popř. ze soukromých zdrojů (vč. zahraničních), bude možné očekávané potřeby příjemců příspěvku na péči naplnit. K tomu, aby se očekávané projekce naplnily, je však nezbytné realizovat celý soubor výše navržených opatření.¹⁰⁹⁾

Závěrem lze shrnout, že předložená studie zmapovala podstatné aspekty financování a nákladovosti sociálních služeb jako národohospodářského fenoménu v moderní společnosti a obsahuje řadu zajímavých zjištění a kalkulací. Jako v mnoha dalších případech je však věcí veřejné politiky, zda tato zjištění vezme pro své rozhodování jako seriózní podklad a přihlédně k prezentovaným závěrům, aniž by je samozřejmě brala dogmaticky. Podobně jako v dalších oblastech národního hospodářství v současné době to bude pravděpodobně velmi obtížné, protože fiskální parametry se nevyvíjejí příznivě a v rámci filozofie úspor je velmi lákavé některé věci prostě škrtnout. Nezapomeňme však, že národní hospodářství funguje jako kruh a že když věci dobře nastavíme, tak se nám utracené peníze z druhé strany zase obloukem vrátí. K takovému žádoucímu nastavení pozice pro sociální služby v ekonomice chtěla tato studie přispět.

¹⁰⁸⁾ Průša, L. a kol. 2010. Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Praha: VÚPSV, 2010.

¹⁰⁹⁾ Průša, L. a kol. 2011. Model efektivního financování sociálních služeb. Praha: VŠFS, 2011.

Summary

The Czech Republic was the first post-communist country to carry out a bold social services financing reform, with the newly introduced long-term care contribution paid out to individual citizens irrespectively of potential external procurement of the social care services as the core feature. This also resulted, largely unwillingly, in a significant increase in the expenditure on these services, which has brought the level of the long-term care cash benefits in the Czech Republic close to those in conservative countries, such as Germany and Austria. Although it is not admitted in reference texts, the Austrian concept of the care benefit (Pflegegeld) in fact served as a model/example for the Czech reform, which is being implemented since 2007. The reform has mainly established conditions for informal family care for people, who are not self-sufficient and require long-term care. However, the reform has not been fully completed. The systemization of public subsidies to social services providers - as foreseen by law - and their major delegation to the level of regions and municipalities have not taken place. Moreover, the contractual regulation relating to the granting of individualized benefits to individual clients in need has not been carried out either. Politicians focused on other reforms and, consequently, the necessary coordination with the long-term healthcare, among others, has not taken place.

The Czech social services market is presently in an elementary stage and it would thus greatly benefit from its significant liberalization, combined with regulation carried out based on the knowledge of costs of these services in individual regions. The reform must also comprise a care benefit modification in order to respect the cost relations between residential care, out-patient care, and field services. We respect the right of each government to enforce its own concept of the social services financing; however, it should not be implemented to the detriment of the providers of certain services. The study quantifies the cost relations of the said type, showing, for example, both the savings related to economies of scale achieved in institutional care as well as the fiscal and national economy implications of employing attendants (care providers) in the area of home care and field services. The study may be transposed into a draft Social Services Act.

Seznam použité literatury

Analýza ekonomické efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči. [online], cit. [2013-03-12], dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13763/analyza.pdf>.

Anger, H. et al. 1974. *Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen.* Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln: Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V, 1974 http://www.kda.de/tl_files/kda/Jubilaum1962%20-%202012/PDFs/Gutachten.pdf.

Appleby, J. 2013. *Spending on health and social care over the next 50 years. Why think long term?* London: The King's Fund, 2013 http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/Spending%20on%20health%20...%2050%20years%20low%20res%20for%20web.pdf.

Auth, D. 2013. *Economization and (in-)formalization of long-term care in Great Britain, Sweden and Germany.* 3rd European Conference on Politics and Gender (ECPG). Barcelona. <http://www.ecpg-barcelona.com/sites/default/files/Paper%20Auth%20ECPG%20Barcelona%202013-final.pdf>.

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

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

Bräuninger, D. 2010. *Reform der GKV-Finanzierung – Kompromiss weiterentwickeln.* Deutsche Bank Research. Aktuelle Themen 499. Frankfurt am Main: Deutsche Bank, 2010 http://www.dbresearch.de/PROD/DBR_INTERNET_DE-PROD/PROD000000000264607/Reform+der+GKV-Finanzierung+-+Kompromiss+weiterentwickeln.pdf.

Bräuninger, D. 2011. *Pflegeversicherung – Aufbau von Vorsorgekapital geboten.* Deutsche Bank Research. Aktuelle Themen 510. Frankfurt am Main: Deutsche Bank, 2011 http://www.dbresearch.de/PROD/DBR_INTERNET_DE-PROD/PROD000000000270658/Pflegeversicherung+-+Aufbau+von+Vorsorgekapital+geboten.pdf.

Colombo, F. et al. 2011. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care.* OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing, 2011 www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted.

Cremer, H. – Pestieau, P. – Ponthière, G. 2012. *The economics of long-term care: a survey.* ECORE Discussion Paper 2012/30. Louvain-la-Neuve: Center for Operations Research and Econometrics, 2012 http://www.ecore.be/DPS/dp_1343209359.pdf.

Crown 2012. *Draft Care and Support Bill.* Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty, 2012 <http://www.official-documents.gov.uk/document/cm83/8386/8386.pdf>.

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

ČSSZ. Náhradní doba pojištění. [online]. cit. [2013-03-30], dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/ucast-na-pojisteni/nahradni-doba-pojisteni.htm>.

Destatis 2013. *Pflegestatistik 2011.* Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2013 https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile.

Dilnot, A. – Warner, N. – Williams, D. J. 2011. *Fairer Care Funding: The Report of the Commission on Funding of Care and Support*. 2011 http://www.ilis.co.uk/uploaded_files/dilnott_report_the_future_of_funding_social_care_july_2011.pdf.

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

Esping-Andersen, G. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press & Princeton: Princeton University Press, 1990.

European parliament. 2010. *Social Security Systems and Pensions*. European Parliament Resolution of 20 November 2008 on the future of social security systems and pensions: their financing and the trend towards individualisation (207/2290(INI)), 2010 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:016E:0035:0044:EN:PDF>.

Fairer Care Funding. 2011. A critical summary of the report “*Fairer Care Funding*” and how it may affect your older clients. Worthing: The Care Fees Advice Agency, 2011 <http://www.carefeesadvice.com/resources/110706%20Fairer%20Care%20Funding%20Public.pdf>.

Figueras, J. – Mckee, M. 2012. *Health Systems, Health, Wealth and Societal well being*. European Observatory on Health Systems and Policies : Open University Press, 2012.

Friedman, M. 2001. *How to Cure Health Care*. Hoover Digest. No. 3. <http://www.hoover.org/publications/digest/3459466.html#>.

Fukushima, N. – Adami, J. – Palme, M. 2010. *The Long-Term Care System For the Elderly in Sweden*. ENEPRI Research Report No. 89. http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RR%20No%2089%20Sweden.pdf.

Historie domácí péče. [online], cit. [2013-04-15], dostupné z: <http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>

Holmerová, I. – Korejšová, M. 2011. *Dlouhodobá péče v České republice*. <http://www.esznam.cz/index.php/legislativa/tema-socialni-reforma/1251-dlouhodobapa-ve-ceske-republice>.

Humphries, R. 2013. *Paying for social care: Beyond Dilnot*. London: The King’s Fund, 2013 http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_summary/social-care-funding-paper-may13.pdf.

Horecký, J. 2012. *Návrhy na změnu výplaty a použití příspěvku na péči*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2012.

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

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

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

Jönsson, B. – Musgrove, P. 1997. *Government Financing of Health Care*. In: Schieber, G. J. (ed.) 1997, *Innovations in Health Care Financing*. Proceedings of a World Bank Conference. Washington: The World Bank, 1997, pp. 1-252. ISBN 0-8213-3964-8-252. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/1997/07/01/000009265_3971113151206/Rendered/PDF/multi_page.pdf.

Karlsson, M. – Iversen, T. – Oien, H. 2010. *Scandinavian long-term care financing*. Working Paper 2010: 2. University of Oslo. http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2010/2010_2.pdf.

Kol. autorů. 2011. *Finanční toky ve veřejných a soukromých rozpočtech v dlouhodobé péči*. Praha: MPSV ČR, 2011.

- Kol. autorů. 2010.** *Pečovatelská služba v ČR.* Tábor: APSS ČR, 2010. ISBN 978-80-904668-0-7.
- Kol. autorů. 2011.** *Rozbor právního systému České republiky v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k právu.* Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu. Praha: Advokátní kancelář HOLEC, ZUSKA & Partneri, 2011 (bez ISBN).
- Lukešová, M.** *Sociální šetření u příspěvku na péči.* FÓRUM sociální politiky. Vol. 5, No. 2, p. 27. ISSN 1801-8718.
- Michalík, J. 2010.** *Malý právní průvodce pečujícími.* Brno: Moravskoslezský kruh, 2010. ISBN 978-80-254-7333-7
- Molek, J. 2011.** *Řízení organizací sociálních služeb – vybrané problémy.* Praha: VÚPSV, v. v. i., 2011. 978-80-7416-083-7.
- MPSV ČR. 2005.** *Návrh zákona o sociálních službách.* Praha: MPSV ČR, 2005.
- MPSV ČR. 2011.** *Spotřeba zdravotní péče příjemci příspěvku na péči.* Praha: MPSV ČR, 2011.
- MPSV ČR. 2011.** *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí za r. 2011.* Praha: MPSV ČR, 2011.
- MPSV ČR. 1997–2008.** *Základní ukazatele z oblasti práce a sociálních věcí ve vývojových řadách a grafech.* Praha: MPSV, 1997–2008.
- OECD/WHO. 2011.** *OECD Health Reviews: Switzerland.* Paris: OECD Publishing, 2011. ISBN 978-92-64-12090-7. <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdreviewsofhealthsystems-switzerland.htm>.
- Palmer, E. 2006.** *Public Policy for Pensions, Health and Sickness Insurance.* Potential Lessons from Sweden for Latin America. Santiago de Chile: United Nations, 2006.
- Pochylá, K. 2005.** *Koncepce českého ošetrovatelství: Základní terminologie.* 2005. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
- Průša, L. 2012.** *Analýza ekonomické efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči,* Praha: VÚPSV, 2012.
- Průša, L. 2007.** *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty.* Praha: VÚPSV, v. v. i. 2007. ISBN 978-80-87007-73-0.
- Průša, L. 2009.** *Je nový systém financování sociálních služeb pro staré občany efektivní? Národohospodářský obzor.* 2009, Vol. 9, No. 3, pp. 141–156. ISSN 1213-2446.
- Průša, L. a kol. 2011.** *Model efektivního financování sociálních služeb.* Praha : VŠFS, 2011. (bez ISBN).
- Průša, L. – Víšek, P. 2012.** *Optimalizace sociálních služeb.* Praha: VÚPSV, 2012. ISBN 978-80-7416-099-8.
- Průša, L. a kol. 2010.** *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením.* Praha: VÚPSV, v. v. i., 2010. 978-80-7416-048-6.
- Průša, L. 2009.** *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a lůžkových zdravotnických zařízeních.* Praha: VÚPSV, v. v. i., 2009. 978-80-7416-030-1.
- Průša, L. 2009.** *Příspěvek na péči – černá díra reformy sociálního systému.* FÓRUM sociální politiky. 2009, 3, stránky 26-29. ISSN 1801-8718.
- Průša, L. 2011.** *Public Governance, Social Services and Social Assistance Benefits.* ACTA VŠFS. 2011, Vol 5, No. 2, pp. 166–176, ISSN 1802-7946.
- Rada seniorů. 2013.** *Návrhy na posílení sociální ochrany seniorů s nízkými příjmy a osamělých seniorů z nájemných bytů.* Praha: Rada seniorů ČR, 2013.

Ratgeber zur Pflege. 2013. *Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen.* 10. vydání. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit, 2013 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/RatgeberPflege_A5_screen_Juni2013.pdf.

Rothgang, H. 2009. *Theorie und Empirie der Pflegeversicherung.* LIT Verlag, 2009 <http://books.google.cz/books?id=BCSiGfiaizgC&pg=PA479&lpg=PA479&dq=1974+Gutachten+des+Kuratoriums+Deutsche+Altershilfe&source=bl&ots=RqgPTWHNWp&sig=YV-VpP2e-vUkhV00FMMzrz7HREXg&hl=cs&sa=X&ei=qAjpUfP9IIbbswbZgYHQDw&ved=0CE-0Q6AEwBQ#v=onepage&q=1974%20Gutachten%20des%20Kuratoriums%20Deutsche%20Altershilfe&f=false>

Roubal, T. – Prošková, E. a kol. 2011. *Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče.* Praha: MPSV ČR, 2011.

Schmähl, W. 2012. *Von der Rente als Zuschuss zum Lebensunterhalt zur „Zuschuss-Rente“. Weichenstellungen in 120 Jahren „Gesetzliche Rentenversicherung“.* Wirtschaftsdienst. Zeitschrift für Sozialpolitik, ročník 92, č. 2. <http://www.wirtschaftsdienst.eu/archiv/jahr/2012/5/2780/>.

Settgast, A. 2012. *Achieving Universal Health Care for Kids (& Adults): The Minnesota Health Plan.* Presentation. National Children's Study Speakers' Series. Saint Paul, Minnesota, 2012. http://www.google.cz/search?source=ig&rlz=1G1LEND_CSCZ518&q=Achieving+Universal+Health+Care+for+Kids+%28%26+Adults%29%3A+The+Minnesota+Health+Plan&oeq=&gs_l=

Svět, L. 2010. *Domácí péči In Pečovatelské služba v ČR.* Tábor: APSS ČR, 2010. ISBN 978-80-904668-0-7.

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

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

Vlach, J. 2008. *Šetření výdělků starších zaměstnanců.* Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-39-5.

Vodička, G. 2010. *Problém se sociálními službami ve zdravotnických zařízeních.* Infoservis VZP. 2010, Vol. 1, No. 3, p. 2. (bez ISSN) [online], cit.[2010-09-01], dostupné z: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/Infoservis/infoservis3-2010.pdf>.

Wagstaff, A. 2009. *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD.* Policy Research Working Paper 4821. Washington: The World Bank, 2009, pp. 1-37. <http://elibrary.worldbank.org/docserver/download/4821.pdf?expires=1363456399&id=id&accname=guest&checksum=34ED75216811CA6EE41020B1D0BA41CF>.

Wija, P. 2012. *Domácí zdravotní péče v České republice.* Aktuální informace. č. 58/2012. 2012.

Wija, P. 2012. *Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (IV) – výdaje na dlouhodobou péči.* Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, č. 34. <http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhobode-pece-zemich-oecd-iv-vydaje-na-dlouhodobou-peci>.

Wild, F. 2010. *Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich.* WIP-Diskussionspapier 2/10. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV. http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Pflegeausgaben_im_internationalen_Vergleich.pdf

Wistow, G. 2005. *Developing social care: the past, the present and the future. Sice care institute for excellence.* [online] 2005. cit. [2013-02-22], dostupné z: <http://www.scie.org.uk/publications/positionpapers/pp04.asp>.

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

Seznam tabulek

Tabulka 1	Vztahy mezi financováním a poskytováním sociálních služeb	12
Tabulka 2	Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1995–2009 (v mil. Kč)	16
Tabulka 3	Výše příspěvku na péči	17
Tabulka 4	Struktura příjemců příspěvku na péči v prosinci 2007 a 2010	18
Tabulka 5	Struktura příjemců příspěvku na péči podle míry závislosti a typu poskytované služby sociální péče v prosinci 2007 a 2010	18
Tabulka 6	Porovnání výše dotace přiznané v rámci 1. kola dotačního řízení domovům pro seniory v závislosti na typu zřizovatele	21
Tabulka 7	Porovnání výše dotace přiznané v rámci 1. kola dotačního řízení domovům pro seniory, jejichž zřizovateli jsou kraje a obce v jednotlivých krajích ...	22
Tabulka 8	Výše nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb v závislosti na stupni přiznaného příspěvku na péči (v Kč na klienta měsíčně)	24
Tabulka 9	Vývoj základních makroekonomických charakteristik o pečovatelské službě v letech 1990–2008.....	29
Tabulka 10	Činnost domácí péče v krajích ČR v roce 2010	34
Tabulka 11	Vývoj výdajů ZP na domácí péči v mil. Kč.....	36
Tabulka 12	Základní údaje k terénní zdravotnické službě.....	36
Tabulka 13	Počty poskytovatelů osobní asistence a pečovatelské služby dle jejich právní formy v r. 2011	37
Tabulka 14	Pečovatelská služba v r. 2011, vybraná data.....	38
Tabulka 15	Porovnání základních údajů u terénní sociální a zdravotní služby.....	39
Tabulka 16	Domovy pro seniory dle poskytovatelů	42
Tabulka 17	Výše nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb (v Kč měsíčně)	43
Tabulka 18	Výše úhrad nákladů poskytnuté ošetrovatelské péče ze systému veřejného zdravotního pojištění poskytovatelům jednotlivých typů služeb sociální péče v relaci na 1 klienta měsíčně v r. 2009.....	43
Tabulka 19	Skutečné náklady sociální péče v pobytové službě – domov Palata.....	45
Tabulka 20	Věková struktura seniorské populace	48
Tabulka 21	Průměrná starobní penze v roce 2011 v ČR	49
Tabulka 22	Součet doby přímé péče a dohledu dle stupňů závislosti (denně).....	50
Tabulka 23	Náklady na jednotlivé typy péče z pohledu uživatele na jeden den.....	52
Tabulka 24	Průměrné měsíční úhrady na lůžko v daném zařízení	53
Tabulka 25	Náklady na jednotlivé typy péče z pohledu veřejných rozpočtů	53
Tabulka 26	Podrobnější údaje jsou zřejmé z následující tabulky	59
Tabulka 27	Sazby základních dávek sociálního pojištění dlouhodobé péče v Německu 2013	70

Seznam grafů

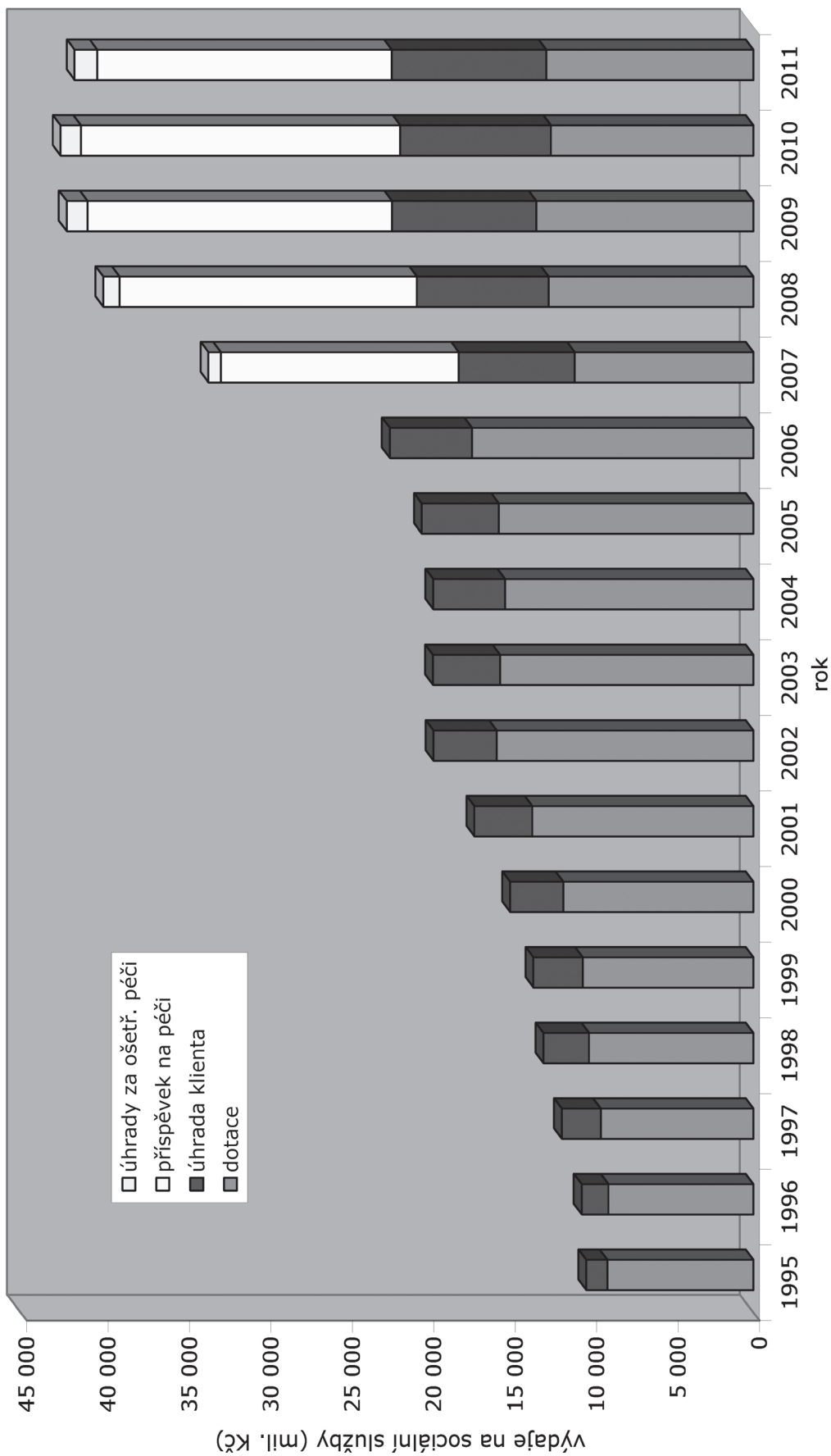
Graf 1	Průměrné náklady na domácí zdravotní péči na pojištěnce podle délky čerpání.....	35
Graf 2	Maximální možné odčerpání aktiv podle návrhu Dilnotovy komise pro osoby vstupující do ústavní péče a mající celoživotní náklady péče 150 000 £	66

Seznam obrázků

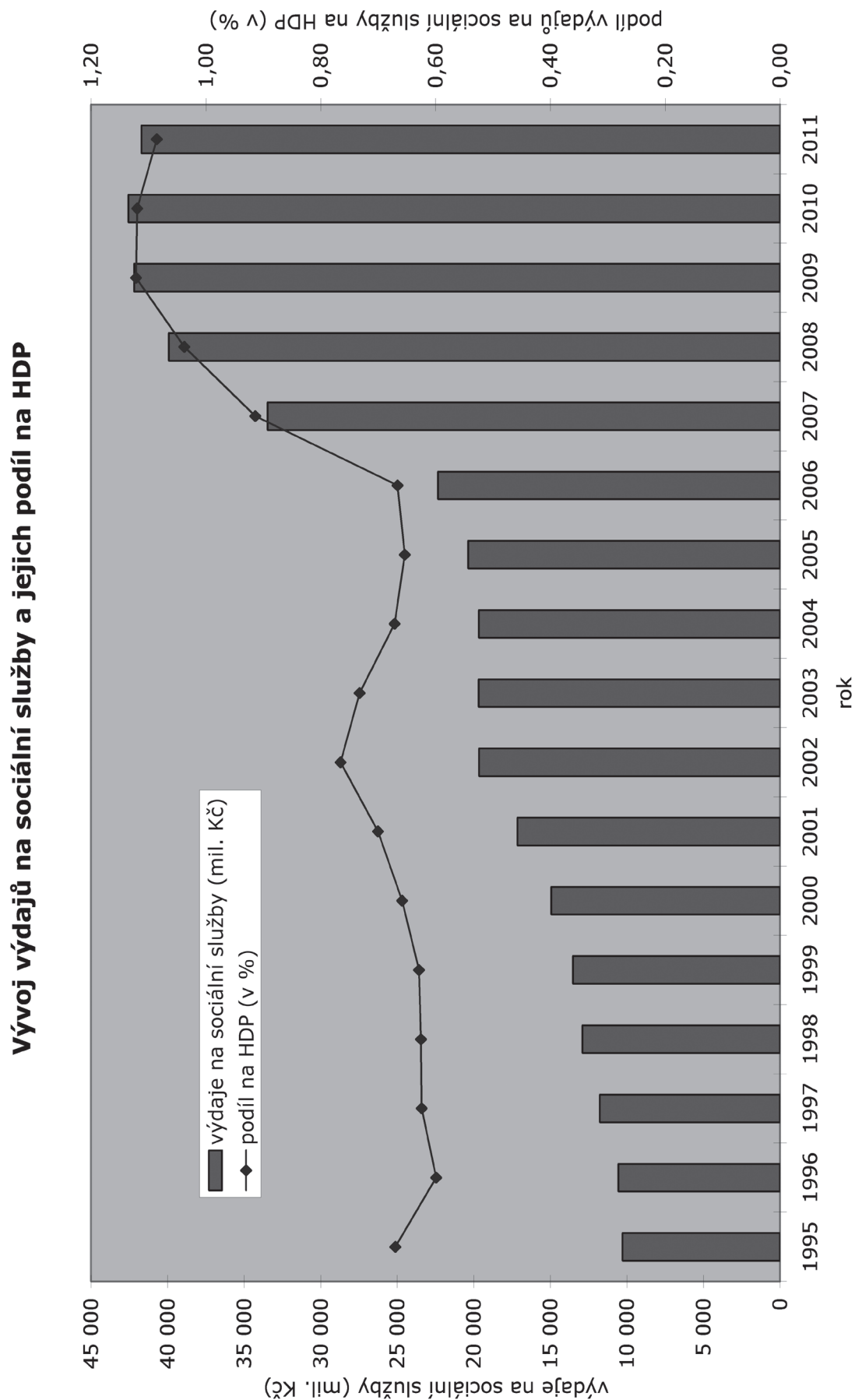
Obrázek 1	Výdaje na dlouhodobou péči podle zdroje financování v roce 2007	73
Obrázek 2	Výdaje na dlouhodobou péči v relaci k HDP v roce 2008	74
Obrázek 3	Výdaje na zdravotní péči ve vybraných zemích OECD v relaci k HDP (v %) v roce 2011, popř. 2010	75

Příloha č. 1 Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1995 – 2011

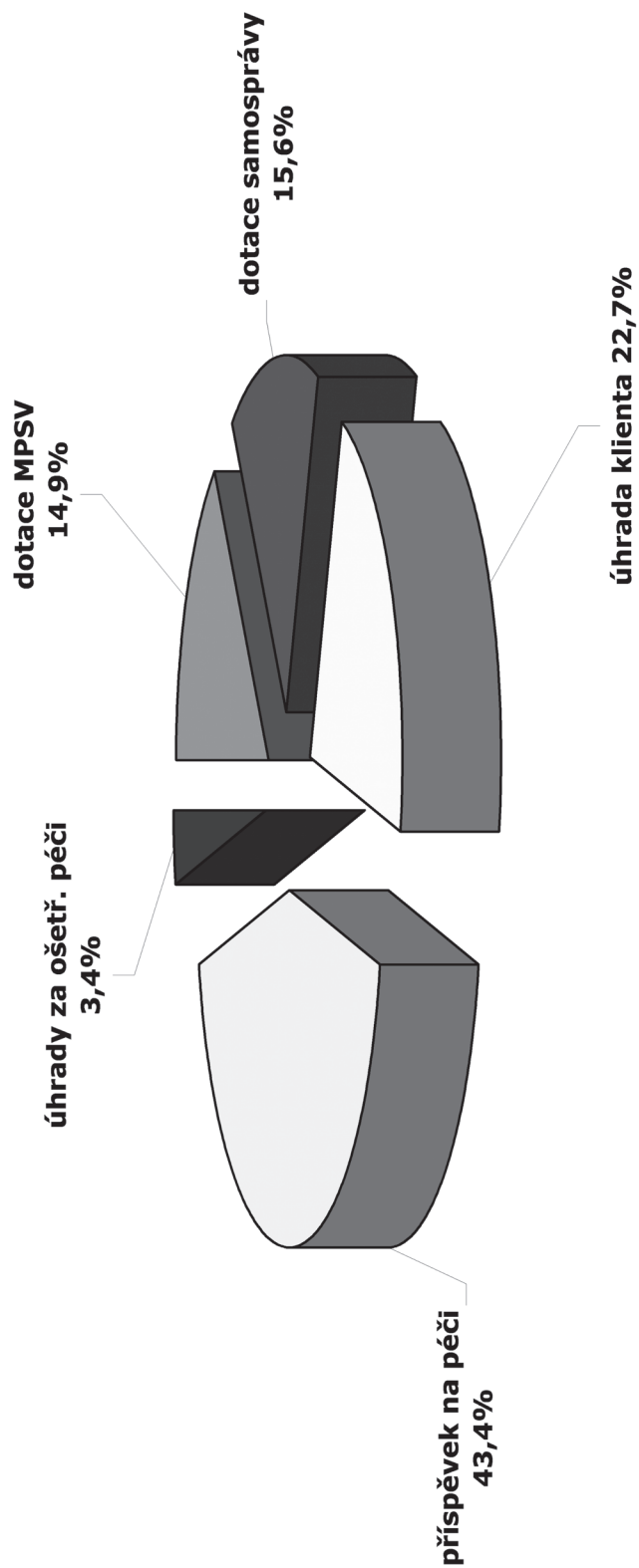
Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1995 - 2011



Příloha č. 2 Vývoj výdajů na sociální služby a jejich podíl na HDP



Struktura financování sociálních služeb v r. 2011



Příloha č. 4 Průměrná měsíční výše platových složek v roce 2011

Zaměstnanci zdravotnických služeb	Průměrná platová třída	Měsíční průměr na 1 zaměstnance v Kč						Odměny za pracovní pohotovost	PLAT CELKEM
		Platové tarify	Příplatky celkem	Platy za práci přesčas vč. příplatků	Odměny	Platové náhrady	Odměny za pracovní pohotovost		
sanitáři	3,9	11 096,0	3 705,8	63,2	1 116,6	1 853,4	5,2	17 840,2	
maséři	5,0	11 670,2	1 690,3	9,9	907,7	1 968,6	0,0	16 246,9	
ošetřovatelé	5,6	12 693,5	3 970,2	62,0	937,9	2 130,1	1,2	19 794,9	
zdravotní asistenti (praktická sestra)	8,1	14 263,3	3 552,1	50,0	1 142,5	2 255,2	0,0	21 263,1	
všeobecné sestry	9,8	18 077,1	4 627,6	101,7	1 115,6	2 913,3	7,6	26 842,9	
nutriční terapeuti	8,9	16 510,4	2 583,0	18,9	1 620,1	2 400,6	2,9	23 135,9	
ergoterapeuti	9,0	14 289,5	1 922,2	2,9	1 005,9	2 469,2	0,0	19 689,7	
fyzioterapeuti	9,5	16 499,3	1 786,8	11,1	1 024,7	2 781,6	0,4	22 103,9	
lékaři	13,0	25 817,8	3 732,3	0,0	1 062,5	3 698,8	0,0	34 311,4	

Zdroj: MPSV ČR. 2012. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2011*. Praha: MPSV ČR, 2012. ISBN 978-80-7421-049-5

Slovo o autorech

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA, (1978) je prezidentem Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR a Unie zaměstnavatelských svazů ČR. V sociálních službách působí od roku 1999. Nejprve jako ředitel Farní charity Tábor, od roku 2004 byl ředitelem G-centra Tábor. Je členem Rady vlády pro seniory a stárnutí populace, několika pracovních, resp. expertních skupin na Ministerstvu práce a sociálních věcí. Od roku 2011 je soudním znalcem v oblasti financování sociálních služeb. V roce 2013 se stal poradcem ministra práce a sociálních věcí. Je držitelem ceny Osobnost roku 2007 v sociálních službách.

Prof. Ing. Vojtěch Krebs, CSc., (1950) je profesorem na Národohospodářské fakultě Vysoké školy ekonomické a na Vysoké škole finanční a správní. Je proděkanem NF, byl vedoucím katedry sociální politiky, prorektorem VŠE, zastupujícím prorektorem VŠFS. V letech 1991–1997 byl náměstkem ředitele Institutu zahraničního obchodu. Je předním českým expertem na sociální politiku, vedl autorský kolektiv opakovaně vydávané učebnice Sociální politika. Na VŠFS se věnuje především vědecké práci a řízení kolektivu vědeckých pracovníků, založil Centrum pro ekonomické studie a analýzy. Byl vedoucím řešitelem více než 10 větších grantových projektů. Je zván na zahraniční stáže, na významné mezinárodní i tuzemské vědecké konference. Je aktivní i v dozorčích radách soukromých investičních fondů, pět let byl předsedou dozorčí rady Spořitelny privatizační – Všeobecného investičního fondu. Je členem vícero vědeckých rad vysokých škol a ústavů, jakož i redakčních rad odborných časopisů.

Ing. Jan Mertl, Ph.D., (1977) je odborným asistentem na katedře financí Vysoké škole finanční a správní od roku 2008; vyučuje zde mj. předměty Český zdravotnický systém, Sociální zabezpečení, Fiskální teorie a politika, Daňová teorie a politika a Public Finance. Je absolventem oboru hospodářská politika na Vysoké škole ekonomické v Praze. Předtím pracoval na katedře sociální politiky na VŠE, na Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví a na Institutu zdravotní politiky a ekonomiky. Publikoval více než 10 článků v recenzovaných časopisech, autorsky se podílel na několika odborných monografiích a učebnicích.

Ing. Jiří Procházka (1968) je ředitelem Palaty – domova pro zrakově postižené v Praze 5. Vystudoval Vysokou školu zemědělskou v Brně. Pracoval na pozici ekologa, správce budov. V sociálních službách pracuje od roku 2001. Čtyři roky pracoval na pozici vedoucího ekonomicko-provozního úseku, od roku 2005 vykonává funkci ředitele Palaty – domova pro zrakově postižené.

Doc. Ing. Ladislav Průša, CSc., (1958) je ředitelem Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí. V letech 1993–2000 pracoval v různých funkcích na Ministerstvu práce a sociálních věcí, dlouhodobě pedagogicky působí na řadě vysokých škol v České republice. Ve své profesní praxi se věnuje především otázkám financování a plánování sociálních služeb a důsledkům demografického vývoje na potřebu veřejných služeb. Je autorem řady odborných monografií a statí a členem několika vědeckých rad vysokých škol a redakčních rad odborných recenzovaných časopisů.

Prof. Ing. Jaroslav Vostatek, CSc., (1945) je profesorem a vedoucím pracovníkem na Vysoké škole finanční a správní od roku 2007; vyučuje zde mj. magisterský předmět Sociální teorie a politika a na doktorském studiu Teorii veřejných financí a Pojistnou teorii a politiku. Je též garantem oboru Sociální politika. Svou odbornou kariéru zahájil na Vysoké škole ekonomické po absolvování oborů Finance a Ekonomicko-matematické výpočty v roce 1967. Habilitoval v oboru Finance na téma Pojistná teorie a politika, na VŠE rozvinul výuku pojišťovnictví. V Prognostickém ústavu (1984–1990) se podílel na zpracování Souhrnné prognózy rozvoje Československa do roku 2010. Po revoluci byl mj. náměstkem ministra hospodářství ČSFR, vedl divizi průmyslové a energetické politiky. Založil Katedru veřejných financí na VŠE, přednášel zde Sociální a soukromé pojištění (učebnice z roku 1996 a 2000). Dlouhodobě vyučoval pojištění osob na oboru Pojišťovnictví na Hospodářské fakultě TU v Liberci. V letech 1999–2007 byl předsedou představenstva a generálním ředitelem životní pojišťovny Wüstenrot. Dnes je mj. též členem vědecké rady Fakulty financí a účetnictví VŠE.

