UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií, Katedra Veřejné a sociální politiky

Bc. Vladimíra Červenková

Financování služeb sociální péče pro seniory v ČR – současné problémy a výzvy

Diplomová práce

Praha 2013

Autor práce: **Bc. Vladimíra Červenková**

Vedoucí práce: **Ing. Mgr. Pavla Mašková, PhD.**

Rok obhajoby: 2013

Bibliografický záznam

ČERVENKOVÁ, Vladimíra. *Financování služeb sociální péče pro seniory v ČR – současné problémy a výzvy.* Praha, 2013. 160 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce Ing. Mgr. Pavla Mašková, PhD.

Abstrakt

Předmětem diplomové práce s názvem „Financování služeb sociální péče pro seniory v ČR – současné problémy a výzvy“ je analýza systému služeb sociální péče pro seniory vzhledem k tomu, že současné nastavení systému financování je předmětem kritiky pro jeho neefektivitu. Cílem této práce je kriticky reflektovat změny ve způsobu poskytování a financování služeb sociální péče pro seniory v ČR po roce 2007 v kontextu současných výzev týkajících se dlouhodobé sociálně-zdravotní péče.

Práce se ve svém úvodu nejprve zabývá formulací výzkumného problému, představuje dílčí cíle, výzkumné otázky a použité metody sběru dat, kterými jsou metody tvorby a analýzy veřejné politiky a kvalitativní výzkumné metody. Dále se věnuje teoretickému zakotvení sociálních služeb a jejich financování. V další kapitole práce pojednává o vývoji systému sociálních služeb a představuje změny v poskytování a financování služeb sociální péče, ke kterým došlo v souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Následující část se zabývá rozborem systému financování služeb sociální péče z hlediska finančních zdrojů a problémů financování prostřednictvím příspěvku na péči a dotací ze státního rozpočtu, a vzájemným propojením systému sociálních služeb a zdravotní péče v kontextu dlouhodobé sociálně-zdravotní péče. Součástí této kapitoly je analýza zúčastněných aktérů a prezentace výsledků vlastního výzkumného šetření. Závěrečná část práce je zpracovaná na základě analýzy datových zdrojů a poznatků vlastního výzkumného šetření mezi vybranými aktéry. Výstupem této části je SWOT analýza, na kterou navazuje kritická reflexe současného systému financování služeb sociální péče. V samotném závěru diplomové práce jsou shrnuty výsledky zkoumání a je odkazováno na realizaci nezbytných opatření ke zlepšení fungování systému financování sociálních služeb v ČR.

Abstract

The thesis "Financing of Social Care services for the Elderly in the Czech Republic - Current Problems and Challenges" deals with analysis of system of social care services for the elderly in view of the fact that the current financing form is subject to criticism for its inefficiency. The aim of this thesis is to critically reflect changes in the provision and financing of social care services for the elderly in the Czech Republic after 2007 in the context of current challenges related to long-term social care and health care.

The thesis in its introduction first deals with the formulation of the research problem, deals with particular targets, research questions and the methods of data collection, which are the methods of analysis and public policy making and qualitative research methods. It also discusses the theoretical background of social services and their financing. The next chapter of the thesis deals with the system development of social services and changes in the provision and financing of social care services, which occurred in connection with the adoption of Act No. 108/2006 Coll., On social services. The following chapter deals with analysis of the financing form of social care services in terms of financial resources and problems of financing these services through the care allowance and subsidies from the state budget, and the interconnection of the system of social services and health care in the context of long-term social and health care. This chapter is analysis of stakeholders and presents the results of my survey research. The final part of the thesis is based on an analysis of data sources and results of my survey research among the selected stakeholders. The output of this part is SWOT analysis, which is connected to critical reflection of the current system of financing social services. In conclusion, the thesis summarizes the results of research and reference is made to implement the necessary measures to improve the functioning of the system of financing social services in the Czech Republic.

Klíčová slova

Sociální služby, služby sociální péče, financování sociálních služeb, zákon o sociálních službách, poskytovatelé sociálních služeb, příspěvek na péči, dotace ze státního rozpočtu, dotační politika, senioři, dlouhodobá péče

Keywords

Social services, social care services, financing of social services, law on social services, social services providers, care allowance, subsidy from state budget, grant policy, elderly, long-term care

Rozsah práce: 270 588 znaků

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne …...…… Bc. Vladimíra Červenková.……

Poděkování

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala své vedoucí práce Ing. Mgr. Pavle Maškové, PhD. za odborné vedení, podnětné připomínky a vstřícný přístup při zpracování této diplomové práce. Rovněž bych velmi ráda poděkovala své rodině za jejich podporu a trpělivost.

Institut sociologických studií, Katedra Veřejné a sociální politiky
Teze diplomové práce

Předpokládaný název diplomové práce:

Financování služeb sociální péče pro seniory v ČR – současné problémy a výzvy

Konzultant: Ing. Mgr. Pavla Mašková, PhD.

1. Vymezení předmětu zkoumání a strukturace výzkumného tématu

Česká republika čelí mnohým výzvám s ohledem na demografický vývoj obyvatel – stárnutí populace, a to nejen v oblasti systému důchodového pojištění, ale i v oblasti poskytování a financování sociálních služeb a zdravotní péče. Se zvyšujícím se počtem seniorů roste i poptávka po kvalitních a finančně dostupných sociálních službách, je upřednostňována péče v přirozeném prostředí komunity před institucionální péčí a vyvstává potřeba propojování sociálních a zdravotních služeb. Sociální služby představují významnou pomoc při zajištění potřebné pomoci seniorům, protože se zvyšujícím se věkem vzrůstá i potřeba pomoci jiné osoby vzhledem ke ztrátě samostatnosti a soběstačnosti z důvodů somatického nebo psychického onemocnění. Z tohoto důvodu jsou senioři nejpočetnější cílovou skupinou, která sociální služby využívá. Mezi sociální služby pro seniory patří pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služby, denní stacionář a taktéž pobytové služby – domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Vzhledem k širokému spektru sociálních služeb a specifickým cílovým skupinám, kterým jsou služby poskytovány, se bude diplomová práce věnovat oblasti financování služeb sociálních služeb pro cílovou skupinu „senioři“. Zároveň by poskytování sociálních služeb mělo navazovat či být doplněno zdravotními službami, jelikož se stárnutím populace se budou zvyšovat požadavky na propojení systému sociální a zdravotní péče.

V ČR dne 1. ledna 2007 vstoupil v účinnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který do oblasti sociálních služeb vnesl řadu změn, které podstatným způsobem ovlivňují fungování a financování systému sociálních služeb. Těmito změnami jsou například nová typologie sociálních služeb a jejich cenová regulace, registrační povinnost subjektu poskytujícího sociální služby, vymezení požadavků na vzdělání pracovníků v sociálních službách, zavedení nového nástroje financování služeb sociální péče – příspěvek na péči vedle poskytování dotací ze státního rozpočtu registrovaným poskytovatelům sociálních služeb.

Současné nastavení systému financování sociálních služeb je předmětem kritiky pro neefektivitu a nehospodárnost vynakládání veřejných finančních prostředků, které do systému sociálních služeb směřují. Systém financování „služeb sociální péče“ je považován za nevyhovující z několika důvodů: V důsledku zavedení nového nástroje financování služeb sociální péče prostřednictvím příspěvku na péči se každoročně výrazně zvyšují výdaje ze státního rozpočtu určené na výplatu tohoto příspěvku, avšak značná část takto vyplacených

finančních prostředků se nevrací zpět do systému sociálních služeb tak, jak se původně předpokládalo. Taktéž je zmiňován každoroční pokles objemu finančních prostředků ze státního rozpočtu určený k přímé podpoře poskytovatelů sociálních služeb v rámci dotačního programu MPSV. O efektivitě financování sociálních služeb se taktéž diskutuje v souvislosti s poskytováním dotací ze státního rozpočtu prostřednictvím dotačního řízení MPSV, kdy toto dotační řízení nemá dostatečně nastavená pravidla pro poskytování dotací pro jednotlivé druhy sociálních služeb, dosud nebyl vydán prováděcí předpis upravující bližší podmínky poskytování těchto dotací a dále skutečnost, že dotace jsou poskytovány v jednoročním intervalu a na poskytnutí dotace neexistuje právní nárok, což je zdrojem existenční nejistoty pro poskytovatele sociálních služeb a jejich uživatele. Dalším problémem je snižování podílu územně samosprávných celků na financování sociálních služeb na lokální úrovni. S otázkou financování sociálních služeb do jisté míry souvisí i financování zdravotních služeb, jelikož sociální služby přesahují do oblasti zdravotní péče vzhledem k zhoršené soběstačnosti osob v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. V pobytovém zařízení sociálních služeb je uživatelům poskytována ošetřovatelská a rehabilitační zdravotní péče, které je financována z veřejného zdravotního pojištění, avšak tato péče není hrazena v plné výši ze strany zdravotních pojišťoven a musí být financována z běžných provozních nákladů poskytovatelů sociálních služeb. Ve vztahu k propojování sociálních a zdravotních služeb je uplatňován tzv. koncept dlouhodobé péče, který je postaven na integraci sociálních služeb a zdravotní péče. V ČR oblast sociálně zdravotní péče nebyla dosud dlouhodobě řešena, systém této péče není zajištěn jediným systémem. Sociální služby jsou v kompetenci MPSV a upravuje je zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kdy služby jsou hrazeny jejich uživateli, dotacemi ze státního rozpočtu a rozpočtu územních samosprávných celků. Zatímco zdravotní péče je upravena zejména zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, spadá do kompetence Ministerstva zdravotnictví a je hrazena ze systému veřejného zdravotního pojištění.

2. Teoretická východiska

Z teoretických východisek budou použity následující teorie a koncepty:

- Koncept lidských a sociálních práv
- Koncept kvality života a Koncept aktivního stárnutí
- Sociální a zdravotní politika
- Teorie sociálního začleňování
- Koncept nestátního neziskového sektoru
- Ekonomický koncept sociálních služeb
- Koncept dlouhodobé péče

3. Cíle diplomové práce

Cílem diplomové práce je ***kriticky reflektovat změny ve způsobu poskytování a financování služeb sociální péče pro seniory po roce 2007 v kontextu současných výzev týkajících se dlouhodobé sociálně-zdravotní péče.***

Dílčími cíli jsou:

- identifikovat příčiny problémů financování služeb sociální péče pro seniory a problémy provázející souběh poskytování a financování sociální a zdravotní péče
- vysvětlit změny v právním rámci systému poskytování a financování sociálních služeb v ČR
- analyzovat postoje, zájmy a kompetence jednání jednotlivých klíčových aktérů z oblasti financování sociálních služeb

4. Výzkumné otázky

Pro dosažení cíle diplomové práce budou položeny tyto výzkumné otázky:

- Jaké jsou hlavní problémy v oblasti systému financování sociálních služeb a sociálně-zdravotní (dlouhodobé) péči?
- S jakými problémy financování služeb sociální péče se nejčastěji setkávají poskytovatelé sociálních služeb pro seniory?
- V čem je spatřována neefektivita systému financování služeb sociální péče pro seniory?
- Kteří klíčoví aktéři a s jakými zájmy vystupují v rámci systému financování sociálních služeb? Jak hodnotí současné nastavení systému financování sociálních služeb a financování zdravotně-sociální péče? Jaká navrhují možná řešení?

5. Metody a prameny

Pro zpracování diplomové práce bude zvolen jako výzkumná strategie kvalitativní výzkumný přístup, který zahrnuje řadu rozdílných postupů a snaží se porozumět zkoumanému problému. Jako základní metoda bude použita *kvalitativní analýza dat a dokumentů*[1], a to *obsahová analýza dokumentů*, zejména legislativních norem, odborné literatury a časopisů, veřejně politických dokumentů, výzkumných zpráv a studií, strategických a koncepčních dokumentů na národní a evropské úrovni; taktéž bude použita *sekundární analýza dat*, které se vztahují k problematice poskytování a financování sociálních služeb a sociálně-zdravotní (dlouhodobé) péče. Pro vymezení a formulaci výzkumného problému budou použity *metody tvorby a analýzy veřejné politiky*[2], a to pro strukturaci problému *metoda stromu problému*, která je vizualizací klíčových příčin a důsledků daného problému; *metoda analýzy aktérů*, prostřednictvím které jsou identifikováni klíčoví aktéři vstupující do jednotlivých oblastí daného

---

[1] DISMAN, Miloslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost.* Praha: Karolinum, 2009.
[2] VESELÝ, Arnošt, NEKOLA, Martin. *Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe.* Praha: Slon, 2007.

problému; a dále *metoda SWOT analýzy* pro reflexi fungování systému financování sociálních služeb. Výše uvedené metody budou doplněny *rozhovory*[3] *s vybranými klíčovými aktéry*, kterými budou například registrovaní poskytovatelé služeb sociální péče služeb pro seniory, příjemci příspěvku na péči a další aktéři systému sociálních služeb a sociálně-zdravotní (dlouhodobé) péče.

Vzhledem k složitosti celého systému sociálních služeb, včetně jeho financování, bude diplomová práce zpracována jako *případová studie*[4] *analyzující hlavní zdroje financování služeb sociální péče pro cílovou skupinu „senioři“* v ČR.

6. Předpokládaná struktura diplomové práce

1. *Úvod*
2. *Cíle, výzkumné otázky*
3. *Metody*
4. *Teoretická východiska*
5. *Analytická část:* analýza změn ve způsobu poskytování a financování sociálních služeb v ČR po roce 2007, analýza koncepčních přístupů k sociálním službám a službám dlouhodobé péče z hlediska jejich financování
6. *Analýza zainteresovaných aktérů jejich kompetencí, zájmů*
7. *Výzkum postojů uživatelů i poskytovatelů sociálních služeb (rozhovory)*
8. *Kritická reflexe*
9. *Závěr*
10. *Seznam literatury*
11. *Seznam příloh*
12. *Přílohy*

7. Základní literatura k tématu

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice. 1.vyd. Praha: MPSV ČR, 2010. 83 s. ISBN 978-80-7421-021-1.

DISMAN, Miloslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost.* 3. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 347 s. ISBN 978-80-246-0139-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace.* 2.vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

KREBS, Vojtěch. et al. *Sociální politika.* 5.vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 544 s. ISBN 978-80-7357-585-4.

MATOUŠEK, Oldřich et. Al. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení.* 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 183 s. ISBN 987-80-7367-310-9.

Národní program přípravy na stárnutí 2008 až 2012 : Kvalita života ve stáří. 1.vyd. Praha: MPSV ČR, 2008. 54 s. ISBN 978-80-86878-65-1.

Národní plán rozvoje sociálních služeb pro období 2011-2016. MPSV, 2011. [online]. [cit. 2011-05-03]. Dostupné z www: http://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/kpss/narodni_plan_rozvoje_soc.sluzeb_2011-2016.doc

[3] HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace.* Praha: Portál, 2008.
[4] HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace.* Praha: Portál, 2008.

POTŮČEK, Martin et. Al. *Veřejná politika.* 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 2005. 396 s. ISBN 978-80-86429-50-2.

PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb.* 2.vyd. Praha: ASPI, 2007. 179 s. ISBN 978-80-7357-255-6.

PRŮŠA, Ladislav et al. *Poskytování ošetřovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. 1.vyd. Praha: VÚPSV, 2009. 87 s. ISBN 978-80-7416-030-1.

TOMEŠ, Igor. (Ed.) *Sociální správa: Úvod do teorie a praxe.* 2.vyd. Praha: Portál, 2009. 304 s. ISBN 978-80-7367-483-0.

VESELÝ, Arnošt, NEKOLA, Martin. *Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe.* 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 2007. 407 s. ISBN 978-80-86429-75-5.

Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči. Praha: MPSV, 2010. [online], [cit. 2011-05-16]. Dostupné z www: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf

Právní předpisy

Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 128/2000 Sb., o krajích, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 129/2000 Sb., o obcích, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 131/2000 Sb., o hlavním městě Praze, ve znění pozdějších předpisů

Ostatní zdroje

Časopis *FÓRUM sociální politiky.* Časopis *Kontakt*. Časopis *Rezidenční péče*.

Registr poskytovatelů sociálních služeb.

www.mpsv.cz; www.mzcr.cz; www.vupsv.cz

V Praze dne 10. 06. 2011

Konzultant:: Ing. Mgr. Pavla Mašková, PhD. Diplomant: Bc. Vladimíra Červenková

Obsah

ÚVOD **1**

1. FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU **3**

2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY **8**

2.1 CÍLE PRÁCE **8**

2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY **8**

3. POUŽITÉ METODY A SBĚR DAT **9**

4. TEORETICKÁ VÝCHODISKA **11**

4.1 TEORETICKÉ VYMEZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A JEJICH VÝZNAM **11**

4.2 KONCEPT LIDSKÝCH A SOCIÁLNÍCH PRÁV **12**

4.3 KONCEPT KVALITY ŽIVOTA **12**

4.4 KONCEPT AKTIVNÍHO STÁRNUTÍ **13**

4.5 SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ POLITIKA **15**

4.6 TEORIE SOCIÁLNÍHO ZAČLEŇOVÁNÍ **18**

4.7 KONCEPT NESTÁTNÍHO NEZISKOVÉHO SEKTORU **19**

4.8 EKONOMICKÝ KONCEPT SOCIÁLNÍCH SLUŽEB **22**

4.9 KONCEPT DLOUHODOBÉ PÉČE **24**

5. ANALÝZA PRÁVNÍHO RÁMCE SYSTÉMU POSKYTOVÁNÍ A FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČR **27**

5.1 VÝVOJ PRÁVNÍ ÚPRAVY SYSTÉMU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB OD ROKU 1990 DO ROKU 2006 ..... **27**

5.2 ZMĚNY V SYSTÉMU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PO ROCE 2007 ..... **30**

5.2.1 STRUKTURA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB 31

5.2.2 REGISTRACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB 32

5.2.3 SYSTÉM KONTROLY POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽEB 33

5.2.5 PROPOJENÍ SOCIÁLNÍCH A ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB 36

5.3 ZMĚNY V SYSTÉMU FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB **38**

5.3.1 ZDROJE FINANCOVÁNÍ SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE 42

5.3.1.1 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI 42

5.3.1.2 DOTACE ZE STÁTNÍHO ROZPOČTU 44

5.3.1.3 DOTACE Z ROZPOČTŮ ÚZEMNĚ SAMOSPRÁVNÝCH CELKŮ 47

5.3.1.4 ÚHRADY ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN 47

5.3.1.5 OSTATNÍ ZDROJE FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB 48

6. PŘÍPADOVÁ STUDIE – FINANCOVÁNÍ SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE PRO SENIORY **49**

6.1 ANALÝZA DATOVÝCH ZDROJŮ O ČERPÁNÍ A VYUŽÍVÁNÍ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI **49**

6.2 ANALÝZA DATOVÝCH ZDROJŮ K POSKYTOVÁNÍ DOTACÍ Z VEŘEJNÝCH ROZPOČTŮ ... **57**
6.2.1 DOTACE ZE STÁTNÍHO ROZPOČTU ... 59
6.2.2 DOTACE Z ROZPOČTŮ ÚZEMNĚ SAMOSPRÁVNÝCH CELKŮ ... 62
6.3 AKTÉŘI SYSTÉMU FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ... **63**
6.3.1 AKTÉŘI ODPOVĚDNÍ ZA SOCIÁLNÍ SLUŽBY ... 63
6.3.2 KLÍČOVÍ AKTÉŘI FINANCOVÁNÍ SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE ... 64
6.3.3 VEŘEJNÁ SPRÁVA ... 64
6.3.3.1 MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR ... 65
6.3.3.2 MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR ... 66
6.3.3.3 ÚŘAD PRÁCE ČESKÉ REPUBLIKY ... 67
6.3.3.4 KRAJE A OBCE ... 68
6.3.4 POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ... 71
6.3.5 JEDNOTLIVCI A NEFORMÁLNÍ POSKYTOVATELÉ POMOCI ... 72
6.3.6 ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ... 73
6.3.7 DALŠÍ AKTÉŘI ... 74
6.3.8 SHRNUTÍ KOMPETENCÍ A ROLÍ AKTÉRŮ FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ... 75
6.4 VLASTNÍ ŠETŘENÍ MEZI VYBRANÝMI AKTÉRY SYSTÉMU FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ... **78**
6.4.1 VLASTNÍ TERÉNNÍ ŠETŘENÍ – PŘÍJEMCI PŘÍSPĚVKU NA PÉČI ... 78
6.4.1.1 POZNATKY ZÍSKANÉ ZE ŠETŘENÍ MEZI PŘÍJEMCI PŘÍSPĚVKU ... 79
6.4.1.2 SHRNUTÍ POZNATKŮ Z REALIZOVANÉHO ŠETŘENÍ ... 84
6.4.2 VLASTNÍ ŠETŘENÍ – ROZHOVORY S POSKYTOVATELI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ... 86
6.4.2.1 VYHODNOCENÍ ROZHOVORŮ S POSKYTOVATELI SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE ... 87
6.4.2.2 SHRNUTÍ POZNATKŮ Z ROZHOVORŮ S POSKYTOVATELI ... 97
6.4.3 DALŠÍ DOTAZOVANÍ AKTÉŘI ... 99
6.5 SOUČASNÉ VÝZVY TÝKAJÍCÍ SE DLOUHODOBÉ (SOCIÁLNĚ-ZDRAVOTNÍ) PÉČE ... **106**
7. KRITICKÁ REFLEXE ... **112**
ZÁVĚR ... **122**
RESUME ... **125**
SUMMARY ... **126**
SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ ... **127**
SEZNAM SCHÉMAT, TABULEK A GRAFŮ ... **134**
SEZNAM PŘÍLOH ... **135**
PŘÍLOHY ... **136**

ÚVOD

Sociální služby jsou specifickou oblastí naší společností, jelikož hrají v lidském životě klíčovou roli. Sociální služby představují významnou část aktivit, státu, samosprávy a neziskových subjektů, protože pomáhají řešit problémy jednotlivců, rodin, skupin občanů, a tím ovlivňují sociální klima společnosti.[5] Sociální služby představují významnou pomoc při zajištění potřebné péče zejména seniorům, protože se zvyšujícím se věkem vzrůstá i potřeba na pomoci jiné osoby vzhledem ke ztrátě samostatnosti a soběstačnosti z důvodů somatického nebo psychického onemocnění. Sociální služby by současně měly být provázány se zdravotními službami, jelikož v souvislosti se stárnutím populace se budou zvyšovat požadavky na propojení systému sociální a zdravotní péče.

Vzhledem k široké škále sociálních služeb a složitosti systému sociálních služeb, se diplomová práce zabývá *oblastí financování služeb sociální péče pro cílovou skupinu „senioři“*. Hlavní podstatou služeb sociální péče je napomoci jedincům zajistit si fyzickou a psychickou soběstačnost a zapojit se v maximální možné míře do každodenních činností a jejich specifikem je finanční úhradu ze strany samotného uživatele. Do kategorie těchto služeb můžeme zahrnout terénní a ambulantní služby (osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služby, denní stacionář) tak i pobytové služby (domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem). Cílem této diplomové práce je *kriticky reflektovat změny ve způsobu poskytování a financování služeb sociální péče pro seniory po roce 2007 v kontextu současných výzev týkajících se dlouhodobé sociálně-zdravotní péče*. Diplomová práce je tematicky rozčleněna do jednotlivých kapitol, které přinášejí komplexní pohled na zkoumanou oblast. První kapitola se zabývá formulací výzkumného problému, kterému se diplomová práce podrobně věnuje. Následující kapitoly představují dílčí cíle a výzkumné otázky, kterými se tato práce zabývá, a rovněž představují použití metody sběru dat. Čtvrtá kapitola se věnuje teoretickým východiskům, která byla použita pro zpracování práce a jsou významné pro teoretické zakotvení výzkumného problému. Pátá kapitola podává stručný přehled o vývoji systému sociálních služeb a jeho změnách, ke kterým došlo

[5] WILDMANNOVÁ, Mirka. *Postavení poskytovatelů v sociálních službách*. 2007. [online]. [cit. 2012-26-01]. Dostupné z www: <http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/38546/1/WildmannovaM_PostaveniPoskytovatelu_2007.pdf>.

v souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v oblasti služeb sociální péče a jejich financování. Šestá kapitola se zabývá rozborem systému financování služeb sociální péče pro seniory z hlediska problémů financování těchto služeb prostřednictvím příspěvku na péči a dotací ze státního rozpočtu a dále analýzou zúčastněných aktérů tohoto systému. Součástí této kapitoly je prezentace výsledků vlastního výzkumného šetření mezi vybranými aktéry. Následující, sedmá kapitola s využitím SWOT analýzy reflektuje problémy poskytování a financování služeb sociální péče a nastavení současného systému financování sociálních služeb v ČR.

1. Formulace výzkumného problému

Sociální služby prošly v posledních 20 letech řadou významných změn. V rámci českého systému sociálních služeb došlo k zakotvení mnoha nových principů – decentralizace, pluralizace financování a poskytování sociálních služeb, změna postavení jedince při poskytování sociálních služeb; převedení zřizovatelských kompetencí k zařízením sociálních služeb ze státní působnosti do samostatné působnosti krajů a v neposlední řadě byl schválen nový zákon upravující jednotlivé oblasti systému sociálních služeb.(Průša 2009b:7)

V r. 2007 v ČR vstoupil v platnost *zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*, který do systému sociálních služeb vnesl řadu významných změn, které podstatným způsobem ovlivnily fungování a financování tohoto systému. Těmito změnami jsou nová typologie sociálních služeb, cenová regulace sociálních služeb. Dále byla zavedena registrační povinnost subjektu poskytujícího sociální služby do centrálního registru poskytovatelů těchto služeb a těmto registrovaným poskytovatelům byla uložena povinnost uzavřít s uživatelem smlouvu o poskytování služeb. Současně zákon vymezil nezbytné předpoklady k výkonu povolání pracovníků v sociálních službách. V neposlední řadě došlo k zavedení více-zdrojového financování sociálních služeb, a to zavedení nové dávky „příspěvek na péči“, jejímž cílem je přispět nesoběstačným osobám na zajištění potřebné péče a taktéž poskytováním dotací ze státního rozpočtu registrovaným poskytovatelům sociálních služeb.

Současný systém financování sociálních služeb v ČR upravuje *zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* a je založen na *více-zdrojovém financování*, tj. sociální služby jsou financovány z více nepřímo závislých zdrojů dle základních typů sociálních služeb. Zdroji financování služeb sociální péče jsou *příspěvek na péči, úhrada uživatelů z vlastních příjmů, dotace ze státního rozpočtu a z rozpočtů územně samosprávných celků, příspěvky zřizovatele, úhrady zdravotních pojišťoven za poskytnutou zdravotní péči, dary, sponzorství, příjmy z vedlejší hospodářské činnosti*.[6]

Nastavení systému financování služeb sociální péče je **předmětem dlouhodobé kritiky pro neefektivitu a nehospodárnost vynakládání finančních prostředků**, které do systému směřují a z hlediska dlouhodobé ekonomické neudržitelnosti systému

[6] MPSV. *Právní analýza II. Rozbor právního systému České republiky v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k právu Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu*. 20-21 s.

sociálních služeb. Současný systém financování „služeb sociální péče“ je považován za nevyhovující z následujících důvodů:

Příspěvek na péči, který byl zaveden jako nový nástroj financování služeb sociální péče, v praxi výrazným způsobem limituje efektivnost celého systému financování sociálních služeb, a to s ohledem na **zvyšující se výdaje ze státního rozpočtu** na výplatu tohoto příspěvku a na skutečnost, že **značná část vyplaceného příspěvku na péči se nevrací zpět do systému** sociálních služeb tak, jak se očekávalo. (Průša 2008:17-18) Po roční účinnosti zákona č. 108/2006 Sb. stav využívání příspěvku na péči MPSV komentovalo takto: „*příjemci příspěvku na péči v mnoha případech vnímají nesprávně účel dávky a považují jej za odškodnění za jejich zdravotní stav a zvýšení příjmu. Poskytovatelé služeb jsou i nadále odkázáni na dotace z veřejných rozpočtů*“.[7] V této souvislosti stát stále hledá cesty, jak se přiblížit k původnímu záměru použití příspěvku na péči, a to na nákup sociálních služeb. Avšak situace využívání příspěvku se v následujících letech nezměnila, protože z dostupných dat MPSV vyplývá, že k prosinci 2010 u příjemců příspěvku převažovalo zajištění péče prostřednictvím neregistrovaného poskytovatele.[8] Skutečnost, že se finanční prostředky v podobě příspěvku nevrací zpět do systému sociálních služeb, vede k **existenčním problémům řady poskytovatelů** sociálních služeb, zejména terénních služeb, a to jak z řad nestátních neziskových organizací, tak i příspěvkových organizací obcí a měst, které provoz sociálních služeb dofinancují ze svých rozpočtů.[9]

Určitým aspektem, který limituje efektivní financování sociálních služeb z pohledu poskytovatelů, je tzv. ochranný prvek ve smyslu úhradové regulace stanovené ze strany státu prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb., která stanoví maximální výši úhrady za ubytování a stravu v pobytových zařízeních sociálních služeb a maximální výši úhrad za jednotlivé úkony terénních a ambulantních služeb. Avšak **maximální výše těchto úhrad neodpovídá výši skutečně vynaložených nákladům** na provoz služby a současně předpokládá finanční participaci dalších subjektů na úhradě nákladů například formou státních dotací. (Průša 2010:3; Horecký[10])

---

[7] MACELA, Miloslav. Diskuze nad novelou zákona o sociálních službách. *Deník veřejné správy*. [online]. [cit. 2012-02-27]. Dostupné z www: <http://www.dvs.cz/clanek.asp?id=6324060>.
[8] Několik údajů o příspěvku na péči. *Rezidenční péče.* 2011, roč. 7, č. 3. Speciální příloha.
[9] PRŮŠA, Ladislav. Příspěvek na péči – černá díra reformy sociálního systému. *Fórum sociální politiky.* 2009, roč. 3, č. 3/2009. 28 s.
[10] HORECKÝ, Jiří. *Návrhy na změnu výplaty a použití příspěvku na péči 2012*. [online]. [cit. 2012-12-27]. Dostupné z www: <www.apsscr.cz/files/files/Prispevek_na_peci_JH_finalup.pdf>. 8 s.

Kromě příspěvku na péči a vlastních finančních prostředků uživatele jsou dalším zdrojem úhrady nákladů služeb **dotace ze státního rozpočtu** (kapitola MPSV) poskytované registrovaným poskytovatelům sociálních služeb **prostřednictvím rozpočtu krajů.** Zákon č. 108/2006 Sb. v jednotlivých ustanoveních o financování sociálních služeb odkazuje na prováděcí předpis, jenž by stanovil bližší podmínky pro poskytnutí státních dotací, avšak tento **předpis nebyl dosud vydán** a poskytování dotací se řídí metodikou MPSV.[11] Dalším omezením je skutečnost, že dotace jsou poskytovány v rámci **jednoletého dotačního programu a na poskytnutí dotace neexistuje právní nárok** (Průša 2010:3), což je pro poskytovatele určitým způsobem limitující, protože jednoroční poskytování dotací nedává dostatečný prostor pro rozvoj sociálních služeb[12], a to ve svém důsledku vede ke stagnaci celého systému. Na základě provedených analýz výsledků dotačních řízení bylo shledáno, že v rámci dotačního řízení docházelo k nerovnému přístupu všech poskytovatelů sociálních služeb k dotacím, protože míra přiznané dotace byla **výrazně diferencována podle typu organizace a jejího zřizovatele**, a v domovech pro seniory existovaly výrazné **regionální rozdíly** mezi výší přiznané dotace na jedno lůžko.[13]

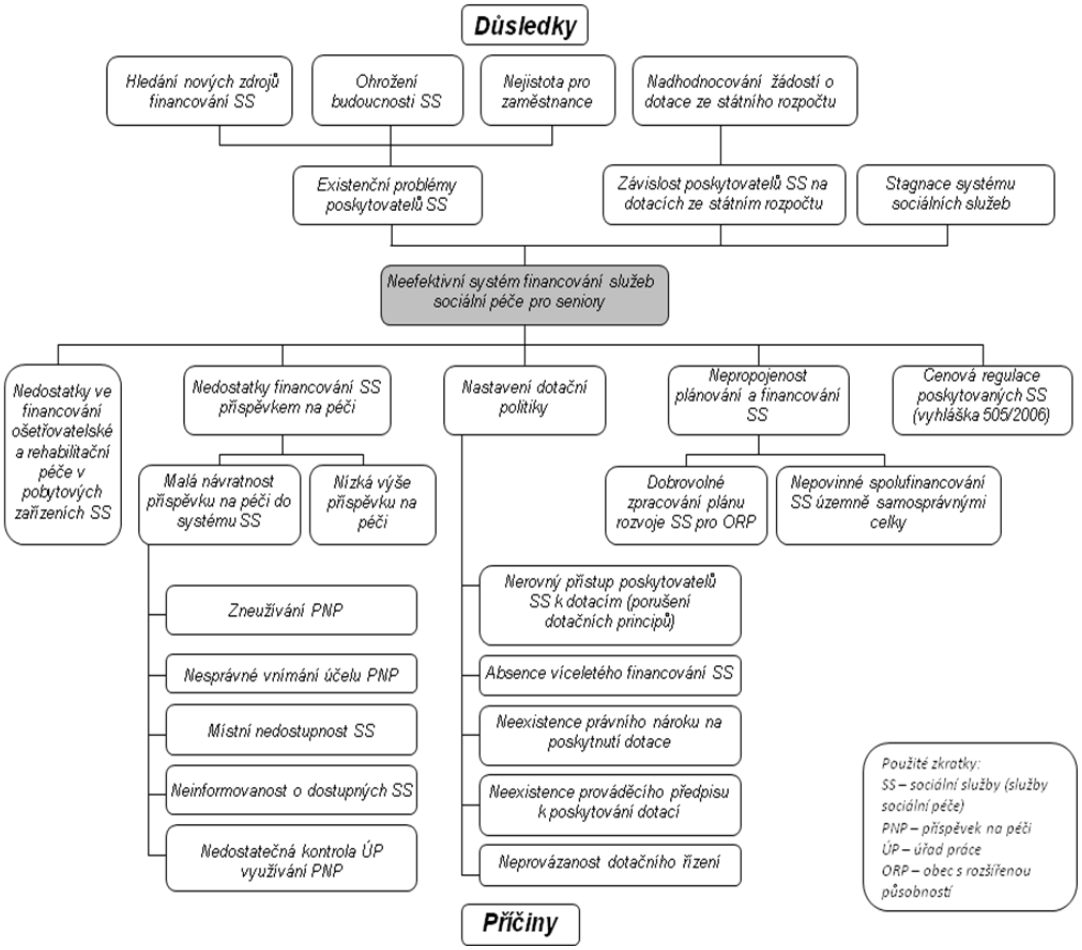
S otázkou zajištění sociálních služeb souvisí i poskytování a **financování zdravotní péče uživatelům v pobytových** zařízeních sociálních služeb. K legislativnímu ukotvení ošetřovatelské péče v pobytových zařízeních došlo přijetím zákona č. 108/2006 Sb., který v § 36 stanoví povinnost poskytovatele zajistit zdravotní péči svým uživatelům. Z realizovaného šetření v r. 2008 bylo zjištěno, že zdravotní pojišťovny hradily pouze část vykázané zdravotní péče a poskytovatelé tak byli nuceni zbytek dofinancovat z běžných provozních nákladů.[14] Horecký k této problematice uvádí, že dochází k nesystémovému a neefektivnímu financování sociálně-zdravotní péče. Zdravotní péče v sociálních službách je nedostatečně hrazena ze strany zdravotních pojišťoven, ve zdravotnických zařízeních dochází k minimální úhradě

[11] MPSV. *Právní analýza II. Rozbor právního systému České republiky v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k právu Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu*. 26-27 s.
[12] Tamtéž 37 s.
[13] PRŮŠA, Ladislav. Dotace ze státního rozpočtu jako klíčový důvod stagnace sociálních služeb. *Rezidenční péče.* 2011. Roč. 7, č. 3. 8-9 s.
[14] PRŮŠA, Ladislav. Financování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. *Kontakt.* 2009. Roč. 2009, č. 2. 385 s.

sociálních služeb a skrytým hospitalizacím ze sociálních důvodů, které vedou ke zvýšení nákladů na zdravotní péči.[15]

Vzhledem k výše uvedenému lze konstatovat, že současný **systém financování služeb sociální péče je neefektivní**, jelikož se velká část finančních prostředků nevrací zpět do systému sociálních služeb, poskytovatelé se stávají **závislými na poskytování státních dotací**, současně dochází k **porušení principů dotační politiky**, a dále k **nedostatečné úhradě nákladů ošetřovatelské zdravotní péče** u uživatelů pobytových služeb. Tyto příčiny vedou ke **stagnaci celého systému sociálních služeb** v ČR. Následující schéma č. 1 Strom problémů graficky znázorňuje hlavní příčiny a důsledky neefektivního systému financování služeb sociální péče pro seniory.

Schéma č. 1 Strom problémů



Zpracování: Autorka.

[15] HORECKÝ, Jiří. *Efektivní financování sociálních služeb*. APSS ČR. [online]. [cit. 2013-02-27]. Dostupné z www: <http://cz.hartmann.info/images/Efektivni_financovani_socialnich_sluzeb.pdf>.

V souvislosti se zpracováním této diplomové práce je nezbytné upozornit na skutečnost, že problematice poskytování a financování služeb sociální péče pro seniory se v ČR komplexně a dlouhodobě věnuje výhradně Ladislav Průša a kolektiv Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí v Praze (dále jen VÚPSV). Od účinnosti zákona č. 108/2006 Sb. VÚPSV provedl řadu výzkumů, které se zabývaly problematikou financování služeb sociální péče pro seniory. Mezi stěžejní studie patří: V r. 2007 zpracovaná **úvodní studie**[16] orientovaná na problematiku efektivnosti systému sociálních služeb, jejímž cílem byla analýza prvních zkušeností s aplikací nového zákona v praxi. V r. 2008 byla zpracována **monografie**[17] zabývající se **analýzou efektivity financování služeb sociální péče v domovech pro seniory**. V závěru této studie bylo konstatováno, že systém financování sociálních služeb v těchto zařízeních je neefektivní. V následujícím roce, v r. 2009 byla uvedena **studie**[18], jejímž cílem bylo zpracování analýzy a prognózy potřeby poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Výstupem studie byl soubor opatření nejenom v oblasti financování služeb sociální péče, který by měl **odstranit závislost poskytovatelů na přiznání státních dotací, jelikož tato vazba je hlavním důvodem stagnace celého systému a přispívá k neefektivnosti systému financování sociálních služeb**. Taktéž v tomto roce byla provedena další **studie**[19] zabývající se problémy poskytováním a financováním ošetřovatelské a rehabilitační **zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb**. Cílem studie bylo zmapovat rozsah této péče a navrhnout efektivní změny souběhu poskytování zdravotní a sociální péče. Dále v předminulém roce, r. 2011 byla zpracována tematická **monografie**[20], která zhodnocuje současný stav poskytování a financování **sociálních a zdravotních služeb v kontextu dlouhodobé péče**. Monografie navazuje na předešlé výzkumné činnosti a dříve zjištěné poznatky a na základě připravované právní úpravy o dlouhodobé péči kvantifikuje očekávané ekonomické dopady navrhovaného řešení dlouhodobé sociálně-zdravotní péče a přináší odhad vývoje potřeby služeb tohoto typu péče do r. 2025.

---

[16] PRŮŠA, Ladislav. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. Praha: VÚPSV, 2007.

[17] PRŮŠA, Ladislav. *Efektivnost financování soc. služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, 2008.

[18] PRŮŠA, Ladislav. *Poskytování soc. služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením: závěrečná zpráva o řešení projektu Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením ZVZ 209*. Praha: VÚPSV, 2009.

[19] PRŮŠA, Ladislav a kol. *Poskytování ošetřovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnic. zařízeních.* Praha: VÚPSV, 2009.

[20] PRŮŠA, Ladislav. *Model efektiv. financování a poskytování dlouhodobé péče.* Praha: VÚPSV, 2011.

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cílem diplomové práce je ***kriticky reflektovat změny ve způsobu poskytování a financování služeb sociální péče pro seniory po roce 2007 v kontextu současných výzev týkajících se dlouhodobé sociálně-zdravotní péče.***

Dílčími cíli jsou:

- identifikovat příčiny problémů financování služeb sociální péče pro seniory a problémy provázející souběh poskytování a financování sociální a zdravotní péče
- vysvětlit změny v právním rámci systému poskytování a financování sociálních služeb v ČR
- analyzovat postoje, zájmy a kompetence jednání jednotlivých klíčových aktérů z oblasti financování sociálních služeb

2.2 Výzkumné otázky

Pro dosažení cíle diplomové práce **byly položeny** tyto výzkumné otázky:

- Jaké jsou hlavní problémy v oblasti systému financování sociálních služeb a sociálně-zdravotní (dlouhodobé) péči?
- S jakými problémy financování služeb sociální péče se nejčastěji setkávají poskytovatelé sociálních služeb pro seniory?
- V čem je spatřována neefektivita systému financování služeb sociální péče pro seniory?
- Kteří klíčoví aktéři a s jakými zájmy vystupují v rámci systému financování sociálních služeb? Jak hodnotí současné nastavení systému financování sociálních služeb a financování sociálně-zdravotní péče? Jaká navrhují možná řešení?

3. Použité metody a sběr dat

Pro zpracování této diplomové práce byl zvolen jako základní výzkumná strategie **kvalitativní výzkumný přístup**, jelikož zahrnuje řadu rozdílných postupů a snaží se porozumět zkoumanému problému. (Reichel 2009:40) Disman (2008:285) tento výzkum charakterizuje jako *„nenumerické šetření a interpretaci sociální reality,* jehož cílem *je odkrýt význam pokládaný sdělovaným informacím.“* Dle významného metodologa Creswella: *„kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“* (Hendl 2008:48)

V rámci kvalitativního výzkumu bylo použito několik metod sběru dat – metoda **kvalitativní analýzy dat a dokumentů**, která zahrnuje obsahovou analýzu[21] úředních a veřejných dokumentů, zejména legislativních norem, odborné literatury a odborných časopisů, monografií, veřejně politických dokumentů, výzkumných zpráv a studií, strategické a koncepční dokumenty; a taktéž sekundární analýzu dat[22] vztahujících se k problematice financování služeb sociální péče a sociálně-zdravotní péče, zejména statistické údaje k příspěvku na péči a dotacím ze státního rozpočtu. Výše uvedené metody byly doplněny o další metodu sběru dat, a to **dotazování**, jejíž podstatou je kladení otázek ve formě mluvené nebo písemné. (Reichel 2009:99) V rámci této práce bylo provedeno vlastní terénní šetření technikou individuálních **rozhovorů s vybranými klíčovými aktéry**, a to strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami[23] a rozhovor pomocí návodu[24]. (Hendl 2008:164-190, Reichel 2009:110-112) Tyto dva

[21] Obsahová analýza (context analysis) je analýza dokumentů a textů s cílem odkrýt jejich vlastnosti s ohledem na položenou otázku. (Hendl 2008:388)

[22] Sekundární analýza (secondary analysis) je analýza dat ze studie, kterou provedl někdo jiný, nebo nová analýza těchto dat za jiným účelem, tj. představuje další využívání údajů, například analýzu publikovaných statistických informací či výsledků výzkumu, datových souborů získaných z jiných i zahraničních zdrojů. (Hendl 2008:392, Reichel 2009:168)

[23] Strukturovaný, tj. řízený, rozhovor s otevřenými otázkami je rozhovor, v němž jsou pečlivě formulovány otázky, které je třeba položit danému respondentovi. Tento typ rozhovoru se použije v případech, kdy je nutné minimalizovat variaci otázek kladených respondentovi, čímž je redukována pravděpodobnost, že data získaná v jednotlivých rozhovorech se budou výrazně strukturně lišit, tj. získaná data se lépe vyhodnocují, protože mají vzájemně srovnatelnou tematickou strukturu i rozsah. (Hendl 2008:173, Reichel 2009:112)

[24] Rozhovor pomocí návodu, tj. částečně řízení – polo-strukturovaný rozhovor, se vyznačuje tím, že má předem připravený seznam témat či otázek, které je nutné v rámci rozhovoru probrat, aniž by bylo striktně stanoveno jejich pořadí. Je pouze na tazateli, jakým způsobem a v jakém pořadí získá informace, které

typy rozhovorů byly zvoleny s ohledem na tematické zaměření diplomové práce a vybrané aktéry systému financování sociálních služeb. Vybranými aktéry jsou příjemci příspěvku na péči v seniorském věku, registrovaní poskytovatelé služeb sociální péče pro seniory a další aktéři systému z řad zástupců veřejné správy.

Pro vymezení a formulaci výzkumného problému byly použity **metody tvorby a analýzy veřejné politiky,** a to pro vymezení a strukturaci výzkumného problému **metoda stromu problému**, která je univerzální metodou identifikace a grafické vizualizace klíčových příčin a důsledků zkoumaného problému. Dále **metoda analýzy aktérů**, prostřednictvím které jsou identifikováni klíčoví aktéři (jednotlivci, skupiny, organizace či instituce), kteří vstupují do jednotlivých oblastí zkoumaného problému, mají určitý zájem na problému, jsou daným problémem postiženi nebo mají aktivní i pasivní vliv na řešení či rozhodování týkající se problému. (Veselý, Nekola 2007:218-219; 225-226) Taktéž byla použita **metoda SWOT analýzy**[25], jejíž pomocí byly identifikovány silné a slabé stránky systému financování sociálních služeb, příležitosti k dalšímu směřování a vymezeny možná ohrožení fungování tohoto systému ve vztahu k jeho financování.

Diplomová práce je zpracována jako **případová studie analyzující hlavní zdroje financování služeb sociální péče pro seniory v ČR.** Případová studie jako základní přístup[26] kvalitativního výzkumu byla zvolena vzhledem k tomu, že výzkum pomocí případové studie se zaměřuje na podrobný popis a rozbor případu, dlouhodobý a hlubší výzkum případu. Hendl (2008:102, 110) případovou studii charakterizuje takto: *„V případové studii jde o detailní studium jednoho nebo několika málo případů,* kdy *sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců* a kde primárně *jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti“*. Předností případové studie je, že *„pouze případová studie nám pomůže porozumět důležitým aspektům problematické oblasti výzkumu“*.

---

osvětlí daný problém. Tazateli zůstává i volnost formulovat otázky a pokládat doplňující otázky podle situace. (Hendl 2008:174-175, Reichel 2009:111-112)

[25] SWOT analýza je metoda, jejíž pomocí lze identifikovat silné (ang. Strengths) a slabé (ang. Weaknesses) stránky, příležitosti (ang. Opportunities) a hrozby (Ang. Threats) určité organizace/systému apod. Jedná se o metodu analýzy užívanou především v marketingu, ale také při analýze a tvorbě politik. Účelem této analýzy není pouze určit silné a slabé stránky, příležitosti a ohrožení, ale komplexně vyhodnotit fungování organizace/systému, nalézt problémy nebo nové možnosti vývoje. http://cs.wikipedia.org/wiki/SWOT

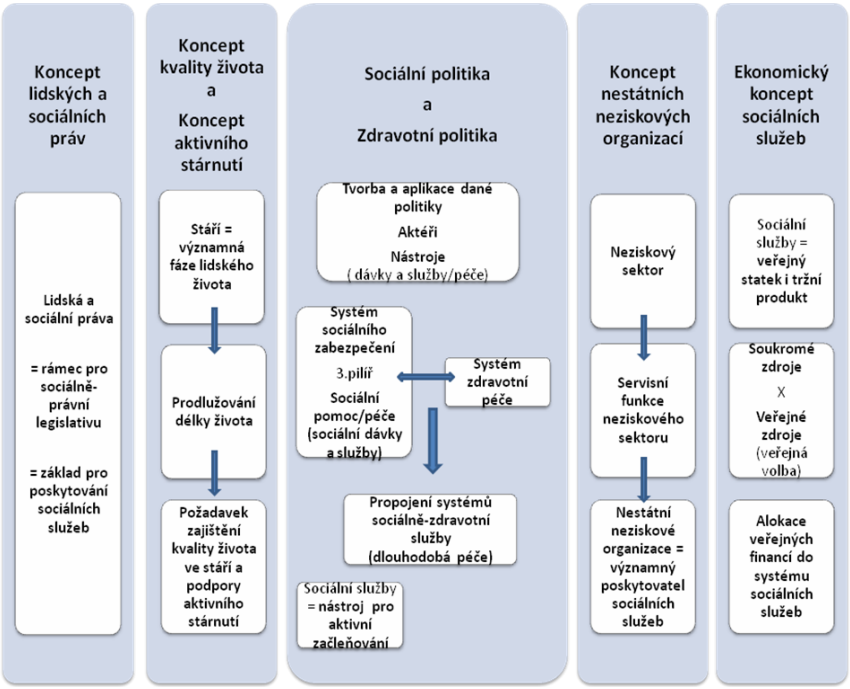
[26] S kvalitativním výzkumem je spojováno několik přístupů, které mají v této oblasti své místo a považují se za základní – výzkum pomocí *případové studie*, etnografického přístupu, zakotvené teorie (grounded theory), fenomenologického výzkumu, biografický přístupu, zkoumání dokumentů a dalších přístupů. (Hendl 2008:102)

4. Teoretická východiska

4.1 Teoretické vymezení sociálních služeb a jejich význam

Pojem sociální služby je v odborné literatuře používán v několika souvislostech. Podle Tomeše (2001:29) je používán pro druh sociální péče poskytované konáním státní/obecní instituce či sociální „odborná“ práce profesionálů konaná ve prospěch osob v sociální nouzi nebo v širším pojetí jako činnosti vykonávané ve prospěch občanů poskytované přímo soukromoprávní/veřejnoprávní institucí anebo soukromoprávní institucí za podpory veřejnoprávní instituce. Matoušek (2007:9) sociální služby vnímá v širší kategorii veřejných služeb poskytovaných v zájmu veřejnosti, financovaných z veřejných rozpočtů, upravených legislativou, čímž jsou závislé na politickém rozhodování státu/krajů/obcí. Definuje je takto: *„Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.“* Následující podkapitoly se věnují teoriím a konceptům, které jsou významné pro celistvý přístup k problematice a byly použity pro zpracování této práce. Uvedené schéma č. 2 znázorňuje přehled teorií a konceptů vztahujících se k oblasti sociálních služeb.

Schéma č. 2 Přehled vybraných teorií a konceptů



Zpracování: Autorka.

4.2 Koncept lidských a sociálních práv

Moderní demokratické společnosti jsou založeny na hodnotách, kterými jsou úcta k lidským, občanským a politickým právům a svobodám občanů, respekt k zákonům. (Skovajsa 2010:62) Lidská práva jsou zakotvena v ústavních pořádcích a právních systémech jednotlivých demokratických zemích. V ČR jsou základní lidská práva garantována Ústavou ČR a Listinou základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku ČR a dále řadou již ratifikovaných mezinárodních smluv a úmluv.

Význam lidských práv není jen v jejich samotném deklarování, ale i v jejich praktickém vymáhání. Jak uvádí Potůček, *„lidská práva vytvářejí jakési kriteriální jádro mnoha prakticky provozovaným veřejným politikám“*. (Potůček 2010:24) V této souvislosti lze říci, že mezinárodní i národní dokumenty, formulující nezadatelná lidská práva, tvoří základní rámec pro formulování cílů sociálních politik. (Tomeš 2010:163)

Součástí lidských práv jsou *„sociální práva zaručovaná občanům orgány státu, která jim mají umožnit důstojný život bez ohledu na jejich majetek, příjmy a společenskou pozici“*. (Matoušek 2003:213-214) Sociální práva definují sociální záruky důstojné lidské existence, dávají jednotlivci právo na minimální sociální zabezpečení a jsou předmětem sociálního zabezpečení poskytovaného státem. Mezi základní sociální práva patří – právo na práci (včetně práva na vzdělání), právo na uspokojivé pracovní podmínky, právo na přiměřenou životní úroveň, právo na rodinu, právo na sociální zabezpečení a právo na svobodu sdružování, jež slouží ke zprostředkování a hájení práv jedinců. (Tomeš 2010:157-161)

Stáří a nesoběstačnost, závislost na pomoci druhé osoby nemohou být důvodem pro omezování lidských a sociálních práv, které jsou zakotveny v českém právním řádu a uznávány mezinárodními dokumenty. V příloze č. 1 je uveden přehled oficiálních dokumentů, jejichž úkolem je ochrana lidských a sociálních práv a lze je vztáhnout k oblasti poskytování sociálních služeb seniorům.

4.3 Koncept kvality života

Koncept kvality života je obecným konceptem, který odkazuje k lidským právům, důstojnosti a uspokojování potřeb jednotlivce. Definice kvality života vychází

z Maslowovy teorie potřeb[27], tj. jde o naplnění základních fyziologických potřeb až k uspokojování vyšších potřeb. Vlivem prodlužování délky života, jenž je výsledkem zvyšování kvality lidského života, životní úrovně a zlepšování zdravotního stavu populace, se období stáří stává významnou fází lidského života, jelikož stále větší část dospělého života budeme prožívat právě ve stáří. *„Dožívání se vyššího věku je komplexní proces, který se promítá jak do života jednotlivých seniorů, tak do celé společnosti a zahrnuje mnoho vztahů a oblastí.“*[28]

Pro zajištění kvality života ve stáří je nezbytné přizpůsobit sociální a zdravotní péči situaci zvýšení počtu starších osob se specifickými potřebami. Systém péče o nesoběstačné seniory je poskytován prostřednictvím zdravotních a sociálních služeb, avšak tyto služby nejsou doposud provázány, což má z dlouhodobého hlediska za následek snížení kvality péče a tedy i snížení kvality života.[29] Proto veškerá opatření zdravotní a sociální politiky, vztahující se k péči o seniory, by měly přispívat ke zvýšení kvality života ve stáří a měly by adekvátně reagovat na výzvy spojené s demografickým stárnutím populace. Například dokument MPSV, Kvalita života ve stáří – Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012 (2008:13-16) stanovuje, že přístup ke starším osobám a stárnutí populace by měl vycházet z principů, které podporují komplexní přístup k těmto osobám a stárnutí populace – například celoživotní přístup, partnerství vlády a samosprávy, mezigenerační vztahy a soudržnost společnosti, důstojnost, odpovědnost jednotlivce i společnosti (podrobněji viz příloha č. 2).

4.4 Koncept aktivního stárnutí

Koncept aktivního stárnutí (active ageing) je konceptem reagujícím na demografické změny ve společnosti (zvyšující se míra dožití, stárnutí populace), přičemž se snaží tyto změna vnímat pozitivně. Koncept přináší změny v uvažování nad tím, co znamená stárnout a upozorňuje na to, že je nezbytné prodloužit produktivní období života, ale zároveň však řešit rozsáhlé problémy, se kterými se lidé po dosažení padesáti let potýkají (například při snaze nalézt práci). *„Starší lidé by neměli být*

[27] Podle Maslowovy teorie potřeb má každý jedinec 5 základních potřeb – (1) fyziologické potřeby; (2) potřeba bezpečí, jistoty; (3) potřeba lásky, přijetí, sounáležitosti; (4) potřeba uznání, úcty; (5) potřeba seberealizace. Potřeby seřazené od nejnižších po nejvyšší potřeby, tvoří pomyslnou pyramidu potřeb. *Maslowova pyramida.* [online]. [cit. 2012-10-03]. Dostupné z www: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida>.
[28] MPSV. *Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období 2013 – 2017. (18. 6. 2012).* 1 s.
[29] Tamtéž 24 s.

považováni za skupinu populace, o kterou se musí zbytek společnosti postarat, ale mělo by se k nim přistupovat jako k aktivním občanům, kteří přinášejí zkušenost, moudrost, vyrovnanost, kteří mohou mladší generaci nabídnout oporu a porozumění.“[30] V pojetí Světové zdravotnické organizace (WHO) aktivní stárnutí je *„proces optimalizace příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečí zaměřený na zvýšení kvality života v průběhu stárnutí“.* Aktivní stárnutí je tedy celoživotní proces formovaný různými faktory, které přispívají k vytváření podmínek pro stárnutí ve zdraví, participaci, bezpečí a důstojnosti ve vyšším věku, tj. jde o to, aby se i starší osoby mohli nadále podílet na všech společenských aktivitách.[31] Aktivně stárnout znamená stárnout ve zdraví jako plnohodnotný člen společnosti, cítit uspokojení z práce, být v každodenním životě nezávislý, možnost angažovat se ve veřejných záležitostech a věk by neměl být omezujícím faktorem, který brzdí využitelný potencionál v pokročilejším věku.[32] V souvislosti s přístupem „aktivní stárnutí“ byl loňský rok vyhlášen *„Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity 2012*“, který se snaží podporovat aktivní stárnutí ve třech oblastech: „aktivní stárnutí a zaměstnanost“, „aktivní účast ve společnosti“ a „nezávislý život“. Poslední zmíněná oblast „nezávislý život“ se zaměřuje na podporu zdraví a preventivní zdravotní péči (s ohledem na zhoršující se zdraví se zvyšujícím se věkem) prostřednictvím opatření, které zvýší počet let prožitých ve zdraví a předejdou závislosti starších lidí na jejich okolí, taktéž zdůrazňuje potřebu vytvářet prostředí (bydlení a veřejné budovy, doprava, sociální a zdravotní služby apod.), které bude přátelštější ke starším lidem a umožní jim dlouhodobou nezávislost na pomoci druhých. Hlavní cílem tohoto Evropského roku bylo podpořit tvůrce politik a další zainteresované aktéry, aby si v oblasti aktivního stárnutí stanovily konkrétní závazky a podnikli kroky k uskutečnění cílů v oblasti aktivního stárnutí.[33] V ČR v oblasti aktivního stárnutí jsou klíčovými koncepčními dokumenty *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012* a navazující dokument *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 – 2013,* který obsahuje 7

---

[30] BOČKOVÁ, Lenka, HASTRMANOVÁ, Šárka, HAVRDOVÁ, Elge, VOJTKOVÁ, Michaela. *Závěrečná zpráva z výzkumu 50+ aktivně.* Praha, listopad 2010. Respekt institut, o.p.s. [online]. [cit. 2013-04-04]. Dostupné z www: <www.respektinstitut.cz/wp.../50plus_aktivne_zaverecne_studie.pdf>.

[31] *Globální města přátelská seniorům: Průvodce.* (překlad MPSV 2009). Ženeva: WHO, 2007. [online]. [cit. 2013-04-04]. Dostupné z www: <www.mpsv.cz/files/clanky/7980/WHO_age_friendly_cities_cz.pdf>.

[32] *Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity. 2012.* [online]. [2013-05-04]. Dostupné z www: <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=cs>.

[33] *Evropský rok aktivního stárnutí a solidarity mezi generacemi.* [online]. [2013-05-04]. Dostupné z www: <www.mzcr.cz/Unie/obsah/evropsky-rok-aktivniho-starnuti-a-solidarity-mezi_generacemi_2511_8.html>.

strategických priorit týkající se této oblasti, a to priorita „zdravé stárnutí“ a „péče o nejkřehčí seniory s omezenou soběstačností“. Z uvedeného konceptu by měly vycházet navrhovaná sociálněpolitická opatření a programy, které budou nejen zlepšovat zdraví, ale budou i podporovat sociální vztahy, mezigenerační solidaritu a participaci nesoběstačných osob na společenském dění.

4.5 Sociální a zdravotní politika

V úvodu je nezbytné konstatovat, že sociální politika ani zdravotní politika nemají univerzálně uznávanou definici. ***Sociální politika*** je obecně pojímána jako politika primárně orientovaná na člověka, na rozvoj a kultivaci jeho životních podmínek, rozvoj jeho osobnosti a kvality života. (Žižková in Krebs 2010:17) Je vymezována jako *„soubor aktivit, které cíleně směřují ke zlepšení základních životních podmínek obyvatelstva jako celku k zabezpečení a udržení sociální suverenity, bezpečí a k omezování nepříznivých sociálních událostí a ohrožování“* v rámci daných hospodářských a politických možností země. (Čabanová in Potůček 2010:246) V současné době je v ČR pojetí sociální politiky založeno na 2 přístupech. Z hlediska širšího pojetí lze sociální politiku vymezit *„jako konkrétní jednání zejména státu, ale i ostatních subjektů, kterými je ovlivňována sociální sféra společnosti. Sociální politika je vnímána jako aktivity vážící se bezprostředně k životním podmínkám lidí.“* V užším pojetí sociální politika reaguje na sociální rizika a jejich negativní důsledky (například stáří, nemoc, invalidita) a eliminuje sociální tvrdosti doprovázející fungování tržního mechanismu (například nezaměstnanost, chudoba). (Žižková in Krebs 2010:24-25)

Zdravotní politika je považována za výraz zájmu státu na zdravotním stavu obyvatelstva, úzce souvisí s hospodářskou politikou státu a je zahrnována jako ***nedílná součást sociální politiky*** státu společně se vzdělávací, bytovou a rodinou politikou. V současném pojetí zdravotní politiku lze vymezit jako *„cílevědomou činnost státu zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva“*, kdy takto definovaná politika zahrnuje aktivity zaměřené k léčení (politika ex post) a aktivity zaměřené na ochranu, podporu a prevenci zdraví (politika ex ante). (Mertl in Krebs 2010:335) V užším pojetí zahrnuje aktivity prevence a léčení chorob, které jsou zabezpečeny výlučně systémem zdravotní péče. V tomto smyslu zdravotní péče zahrnuje *„zdravotnické služby ve smyslu nemateriálních činností a s nimi související materiální spotřebu a uskutečňuje se v rámci zdravotnického systému“,* který tvoří organizační

celek uspořádaných vztahů mezi příjemci péče, poskytovateli péče, financujícími subjekty a orgány reprezentujícími vládní politiku. (Mertl in Krebs 2010:342-343)

Sociální politika i zdravotní politika jsou chápány jako *teoretické disciplíny* s multidisciplinárním přístupem k ostatním disciplínám (hospodářská politika, sociologie, politologie, demografie, veřejná správa, správní právo apod.), z jejichž poznatků vycházejí a aplikují je při tvorbě a realizaci svých cílů. Současně jsou obě politiky chápány jako *společenská praxe*, která řeší prostřednictvím svých nástrojů konkrétní situace, tj. středem zájmu jsou uznané sociální události, které je třeba řešit pomocí státních zásahů. (Čabanová in Potůček 2010:247,256; Háva in Potůček 2010:314)

Na realizaci těchto politik se podílí celá *řada institucí, jednotlivců i sociálních skupin, tj. různí aktéři* na nadnárodní, národní, regionální i lokální úrovni. V rámci *sociální politiky* někteří autoři rozlišují subjekty a objekty sociální politiky, přičemž subjekt koncipuje, připravuje, realizuje sociální politiku a za objekt jsou považováni jednotlivci/sociální skupiny, na které jsou opatření zacílena. (Žižková in Krebs 2010:50-52) Potůček (2010:257-258) hovoří o aktérech sociální politiky, za které považuje občana, rodinu, sousedy, církve, organizace občanského sektoru, obce, kraje a stát, politické strany, mezinárodní organizace i instituce apod., tj. aktéry mohou být jak příjemci, tak i poskytovatelé sociálně politických opatření. Samozřejmě i *zdravotní politika* má své aktéry – subjekty podílející se na tvorbě a realizaci této politiky. Podle Mertla (in Krebs 2010:336) vedle státu jako hlavního subjektu zdravotní politiky se podílejí ostatní státní i nestátní subjekty, které vytvářejí své aktivity v rámci odvětví zdravotnictví (například zdravotní pojišťovny, komory, asociace, síť zdravotnických zařízení, nadace), ale i další subjekty stojící mimo rámec tohoto odvětví, a to obce, podnikatelé, zaměstnavatelé, občanské iniciativy, občané a rodiny. Taktéž do tvorby této politiky vstupují politické strany, různé zájmové a lobbistické skupiny.

Sociálně politická opatření těchto politiky se realizují *pomocí nástrojů*, za které se považují prostředky, jimiž subjekt rozvíjí potencionál objektu, řeší jeho sociální události a taktéž pozitivně či negativně působí na jiné subjekty. (Tomeš 2010:331) Konkrétním typem nástroje sociální politiky jsou *dávky* (obligatorní či fakultativní, věcné a peněžité) a *sociální služby* (těmi se rozumí činnosti, kterými subjekt pomáhá objektu tím, že mu poskytne radu či v jeho prospěch vykoná službu). Sociální služby dělíme dle potřeby, kterou uspokojují – informační služby, intervenující, podporující a

pečovatelské (reagující na vzniklou potřebu péče osoby). (Tomeš 2010:339-348) V případě vzniku nesoběstačnosti jedince je možné využívat sociální služby pečovatelského a asistenčního typu poskytované v domácnosti či ambulantní služby, popřípadě pobytové služby, které zahrnují poskytnutí pečovatelských služeb, ošetřovatelské a zdravotní péče, včetně ubytování a stravy.

Ve vztahu k systému sociálních služeb a jeho financování je důležité zmínit *principy a funkce* uplatňované v sociální politice. Na základě hodnot, které společnost preferuje, je kladen důraz na různé *principy* určující a promítající se do konkrétních opatření sociální politiky. Podle Průši se jedná o *principy subsidiarity, uniformity a variability*, které se vztahují k systému sociálních služeb. *Princip subsidiarity* je v rámci sociální politiky definován jako rozvrstvení solidarity ve společnosti, kdy každou konkrétní sociální aktivitu by měl vykonávat ten subjekt/aktér, který má k řešení daného sociálního problému nejblíže a současně má pro jeho řešení k dispozici adekvátní nástroje. (Průša 2007a:111) Podle tohoto principu není nezbytné mobilizovat solidaritu všech občanů, pokud se daný problém vyřeší na úrovni kraje/obce (tj. jde o komunitní princip řešení problému). *Princip uniformity* vychází z toho, že určité aktivity je nezbytné zabezpečovat na území celého státu podle stejných pravidel, jelikož prostřednictvím těchto aktivit se realizuje zájem státu (například sociální ochrana, garance životního minima). *Princip variability* úzce souvisí s principem uniformity, protože vedle aktivit, které zabezpečuje stát na celém území stejně, musí být i realizovány aktivity odrážející místní a regionální potřeby. Mezi tyto aktivity lze řadit sociální služby, které patří do kompetence územně samosprávných celků.[34]

Mezi nejdůležitější *funkce sociální politiky*, které by systém financování sociálních služeb měl naplňovat, patří tyto: O*chranná funkce,* která je historicky nejstarší a tvoří stabilní prvek sociální politiky. Smyslem této funkce je ochrana jedince v sociální nouzi, zmírnění či odstranění důsledků vzniklých sociálních událostí.[35] Současně i *rozdělovací a přerozdělovací funkci*, která je nejvýznamnější funkcí sociální politiky a netýká se jen finančního přerozdělování, ale i rozdělávání šancí a začleňování jedinců do společnosti prostřednictvím rozdělování prostředků, podmínek a předpokladů sloužících ke zkvalitnění jejich života. Smyslem *homogenizační funkce* je

[34] PRŮŠA, Ladislav. Odpovídají sociální služby v ČR současným evropským trendům? *Fórum sociální politiky*. 2007, roč. 1, č. 2/2007. 2 s.
[35] PRŮŠA, Ladislav. Příspěvek na péči – černá díra reformy sociálního systému. *Fórum sociální politiky.* 2009, roč. 3, č. 3/2009. 27 s.

směřovat ke zmírnění či odstranění sociálních rozdílů v životních podmínkách sociálních subjektů.[36] Tato funkce se projevuje například poskytováním peněžitých dávek v rámci systému sociální pomoci nízkopříjmovým skupinám obyvatelstva, ale i poskytováním pomoci handicapovaným jedincům. (Žižková in Krebs 2010:59,63,72) Obecným posláním *stimulační funkce* je podporovat a podněcovat žádoucí sociální jednání jedinců a sociálních skupin v ekonomické i sociální oblasti prostřednictvím přiměřených nástrojů. V neposlední řadě jde o *preventivní funkci,* která směřuje k odstraňování příčin různých nepříznivých sociálních situací, jenž brání v integraci jedince do společnosti. Nástrojem této funkce je systém sociální ochrany a ve vztahu k tématu diplomové práce se jde o 3. pilíř tohoto systému – pilíř sociální pomoci, který se mimo jiné zaměřuje na rozvíjení sociálních služeb a poradenství. (Čabanová in Potůček 2010:248)

4.6 Teorie sociálního začleňování

Sociální začleňování je relativně nový pojem, který je používán jako jeden z ideálů sociální politiky. V české praxi je tento pojem chápán jako proces *„vytvořený z mnoha vztahů a intervencí, kde stěžejní část tvoří sociální služby“* a zaměřený na *„posilování okolností umožňujících jedinci využívání běžných společenských zdrojů posílením jeho kompetencí, schopností a dovedností“*. Jedná se o časově ohraničený proces, jehož výstupem je změna sociální situace jedince. Protipólem je sociální vyloučení, které *„znamená situaci jedince s řadou různých možných překážek a komplikací, které mu brání nebo zcela zamezují, aby žil způsobem, který je ve společnosti běžný.* (Malíkové 2011:42-43)

Významným nástrojem sociálního začleňování jsou právě sociální služby a v tomto smyslu je definována jejich role v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a dalších strategických dokumentech MPSV. V terminologii zákona je sociální začlenění *„proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim pomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný“.*[37] V souvislosti s touto definicí lze stanovit, že k obecným cílům sociálního začleňování patří: (1) zajištění účasti v zaměstnání a

[36] Tamtéž 27 s.
[37] § 3 písm. e) a f) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

rovného přístupu ke všem zdrojům, právům, zbožím a službám; (2) prevence rizika sociálního vyloučení; (3) pomoc nejvíce zranitelným a (4) mobilizace všech relevantních aktérů. Osobami ohroženými sociálním vyloučením jsou (mimo jiné skupiny) zdravotně postižené osoby, osoby pečující o závislé členy rodiny. Proto sociální služby jsou jedním z nástrojů sociální ochrany v oblasti sociálního začleňování, protože zajišťují pomoc a podporu těmto osobám za účelem jejich sociální začlenění do společnosti nebo prevence sociálního vyloučení.[38]

Pojem sociální začleňování představuje nejdůležitější pojem, který má na oblast sociálních služeb zásadní dopad a společně s pojmem sociálního vyloučení hrají při koncipování, plánování a poskytování sociálních služeb důležitou roli. Sociální služby by měly přispívat k podpoře nezávislosti a samostatnosti jedince/uživatele a zapojení do běžného života.[39] Bílá kniha v sociálních službách (2003:10) charakterizuje sedm základních principů poskytování sociálních služeb, které by měly tvořit základ všech sociálních služeb a mezi tyto principy patří i *„princip začlenění a integrace“* do společnosti na rozdíl od sociálního vyloučení. Tento princip spočívá v tom, že sociální služby pomáhají jedincům udržet si své místo ve společnosti, dělat běžné každodenní činnosti, zapojit se do života komunity a chrání je před sociálním vyloučením.

4.7 Koncept nestátního neziskového sektoru

Neziskový sektor je důležitou součástí ekonomického, politického a sociálního prostředí společnosti, jelikož *„aktivity v neziskovém sektoru slouží k zajištění potřebných druhů služeb a k rozvíjení angažovanosti občanů, tj. k vytváření občanské společnosti.“* (Šiklová in Tomeš 2009:134) O neziskovém sektoru *(dále jen NS)* se často hovoří jako o *občanském sektoru* (je zdůrazněna spojitost neziskových organizací s občanskou společností a občanský rozměr aktivit probíhající v tomto sektoru) nebo o *třetím sektoru* (sektor aktivně působící mezi sektorem státu a trhu, tj. při rozdělení ekonomiky na tři sektory – trh, stát a NS). Méně často je NS označován za *dobrovolnický* (sektor založený na dobrovolné činnosti organizací) nebo *nevládní – nezávislý sektor* či *nestátní organizace*, kdy tyto termíny označují oblast fungující

[38] MPSV. *Dlouhodobá vize resortu práce a sociálních věcí pro oblast sociálního začleňování.* Květen 2012. [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13031/vize_SZ.pdf>.

nezávisle na vládě/státu. (Frič, Bútora in Potůček 2010:154-155) Uvedené termíny, užívané pro neziskovou oblast společnosti, označují v podstatě *„stejný sociální prostor, ale zdůrazňují jen jedno hledisko nebo se zaměřují pouze na určitý výsek“* tohoto sektoru. (Skovajsa 2010:31) Podle Šiklové (in Tomeš 2009:127-128) NS *„je a má být jakousi protiváhou, přirozenou bariérou proti mocenské rozpínavosti státních organizací a vládnoucích politických stran, má vyrovnávat dravosti sektoru politicko-mocenského a ziskového“*, který především vydělává peníze v tvrdé soutěži na trhu a nemůže si dovolit poskytovat služby specifickým sociálním skupinám.

Pro organizace působící v NS je charakteristické, že splňují alespoň 5 znaků tzv. *strukturálně-operacionální definice* neziskových organizací/organizací občanské společnosti podle Salmona a Anheiera. Těmito znaky jsou: (1) organizovanost, (2) soukromý charakter a nezávislost na státu, (3) Zásada nerozdělování zisku (neziskovost), (4) Samosprávnost a (5) Dobrovolnost.[40] Ve vztahu k tématu diplomové práce je nezbytné upozornit na skutečnost, že organizace NS jsou dále členěny na 2 základní skupiny, a to *státní a nestátní neziskové organizace*. Státní neziskové organizace zahrnují *rozpočtové (tj. organizační složky státu, kraje či obce) a příspěvkové organizace*, jejichž zřizovateli mohou být orgány státní správy, kraje nebo obce, a působí v oblasti školství, sociální a zdravotní péče, kultury. Základním rozdílem mezi těmito typy organizací je míra jejich financování ze státního rozpočtu nebo rozpočtů regionálních samospráv. (Frič, Bútora in Potůček 2010:155, 158-159) Některé z těchto organizací se svou činností blíží nestátním neziskovým organizacím, avšak podle výše uvedené definice neziskových organizací splňují pouze znaky organizovanosti, samosprávnosti a neziskovosti. Nestátní neziskové organizace (dále jen NNO) jsou organizace nezřízené státem či jeho organizačními složkami, na státu nezávislé organizace, jejichž posláním je prospěšná činnost. Podle Škarabelové

---

[39] *Standardy kvality sociálních služeb. Výkladový sborník pro poskytovatele.* 1.vyd. MPSV. Říjen 2008. [online]. [cit. 2012-27-10]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/cs/5962.>. 9-10 s.

[40] (1) *Organizovanost* – Organizace NS mají institucionální strukturu, tj. jsou formálně zřízeny jako právnické osoby. Neformální, dočasné skupiny nejsou podle této definice považovány za součást NS, i když ve společnosti hrají velmi důležitou roli. (2) *Soukromý charakter a nezávislost na státu* – Organizace nejsou součástí státu ani nejsou řízeny státem, avšak tato nezávislost na státu nevylučuje přijímání finančních prostředků k činnosti ze státního rozpočtu. (3) *Zásada nerozdělování zisku (neziskovost)* – Organizace mohou vykonávat činnosti za účelem tvorby zisku, avšak vytvořené prostředky musí použít pro rozšíření či zlepšení činnosti, za jejímž účelem byly zřízeny. (4) *Samosprávnost* – Organizace jsou schopné se samy spravovat, mají interní pravidla. (5) *Dobrovolnost* – Organizace se vyznačují určitým znakem „dobrovolnosti“, tj. vykonávají činnost za spoluúčasti dobrovolníků, buď formou účasti na konkrétních aktivitách, ve vedení organizace, anebo mohou být podporovány dobrovolnými dary. (Skovajsa 2010:39-42; Frič, Bútora in Potůček 2010:156)

existence NNO vychází *„z principu sebeřízení společnosti, což představuje schopnost určitého společenství lidí žijících a spolupracujících ve vymezeném prostoru, organizovat se a vzájemně usměrňovat své jednání“*.[41] V české praxi podle výše uvedené definice působí v oblasti sociálních služeb čtyři formy NNO – občanská sdružení, nadace a nadační fondy, obecně prospěšné společnosti, evidované právnické osoby církví a náboženských společností.[42]

Působení NNO ve společnosti posiluje *„povědomí občanské odpovědnosti, spoluodpovědnosti a solidarity při řešení konkrétních, místně a časově determinovaných sociálních problémů“*, zefektivňuje *„sociální činnosti zvýšením jejich adresnosti a snižováním jejich nákladů“* a často svou činností pomáhají naplňovat veřejný zájem. (Tomeš 2009:87-88) NS (zejména nestátní) prostřednictvím svých organizací vykonává celou řadu rozmanitých činností a plní různé funkce, mezi které patří tyto: *servisní funkce* – poskytování služeb v ekonomickém systému, *advokační funkce* – prosazování a obhajování zájmů různých skupin osob v politickém systému a *komunitní a demokratizační funkce* – budování komunity (vytváření vztahů v místních a zájmových společenství, vztahů mezi jednotlivci nebo mezi jednotlivci a organizacemi). (Skovajsa 2010:42; Frič, Bútora in Potůček 2010:168-170) V případě servisní funkce jsou NNO významnými poskytovateli služeb v situacích, kdy tyto služby neposkytuje stát ani trh, popřípadě je stát poskytuje v nedostatečné kvalitě. (Skovajsa 2010:42) Taktéž mohou spolupracovat s orgány místní správy tak, že mapují potřeby a sociální problémy v regionu, neboť citlivěji reagují na individuální potřeby občanů a přinášejí nové alternativní přístupy a postupy při řešení sociálních problémů. V systému sociálních služeb NNO zaujímají velmi významné místo, jelikož jejich činností vzniká různorodá síť poskytovatelů služeb. V oblasti sociální péče a sociálních služeb je jejich role jako společenského aktéra nezastupitelná, přičemž hlavním aktérem zůstává i stát, který chrání své občany tím, že *činnost v sociální sféře povoluje, dohlíží na ně formou akreditací (tj. ověřováním profesní způsobilosti k sociálním činnostem), činnosti spolufinancuje a taktéž kontroluje formou inspekcí.* (Tomeš 2009:88)

---

[41] ŠKARABELOVÁ, Simona. *Vymezení pojmu nestátní nezisková organizace*. [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z www: <http://www.e-cvns.cz/soubory_diskuse/vymezeni_nno.pdf>. 4 s.

[42] Neziskové organizace působící v sociální oblasti:

- *občanská sdružení* zřízené podle zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů
- *nadace a nadační fondy* zřízené podle zákona č. 227/1997 Sb., o nadacích a nadačních fondech
- *obecně prospěšné společnosti* zřízené podle zákona č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech

4.8 Ekonomický koncept sociálních služeb

Na sociální služby lze pohlížet také z ekonomického hlediska, jelikož mají ekonomický rozměr; jsou financovány veřejnými financemi; systém sociálních služeb je ekonomickým systémem, jehož funkčnost nelze zajistit bez financí z veřejných zdrojů; vede se diskuze o ekonomické udržitelnosti systému financování sociálních služeb a efektivním vynakládání veřejných financí v oblasti sociálních služeb.

Sociální služby vykazují obecné *ekonomické charakteristiky*, které jsou vlastní „klasickým“ službám, které jsou nehmotným produktem směňovaným přímo mezi poskytovatelem a zákazníkem bez uplatňování autorských práv, tj. jde o aktivity naplňující určitý cíl a mohou být orientované buď na člověka, nebo na předmět činnosti (opravárenské služby). Avšak trh sociálních služeb (obdobně i zdravotních služeb) je odlišný od klasického trhu komerčních služeb. Základními rozdíly odlišujícími sociální služby od komerčních služeb jsou: *„způsob financování, závislost na politických rozhodnutích, vazba na legislativu, provázanost se sítěmi existujícími v místní komunitě, intimní povaha služeb, významná role rodiny či jiných neformálních společenství, etická a hodnotová dimenze“*. (Molek 2009:8-10) *„Sociální služby mohou být jak veřejným statkem, tak i tržním produktem. Poskytovatelem sociálních služeb mohou v zásadě být dva typy organizací: organizace neziskového sektoru* nebo *organizace ziskové* poskytující sociální služby na tržním principu.“ (Molek 2009:18)

„Sociální služba má specifické ekonomické charakteristiky (částečně se shodují s ekonomickými specifiky zdravotní péče) a její spotřeba je důsledkem objektivního stavu jednotlivce a vývoje společnosti.“ (Mertl 2007:7) Sociální služby patří svým charakterem mezi veřejné statky, tj. jde o smíšené veřejné statky fakultativního typu – občan sám rozhodne, zda a nakolik bude či nebude veřejný statek (sociální a zdravotní služby) využívat. (Molek 2009:102-103) „*V rámci tržní ekonomiky jsou sociální služby ekonomickým (vzácným) statkem s nenulovou cenou produkce“* a podle institucionálního kritéria je lze členit z hlediska jejich financování na netržní, nečistě tržní a čistě tržní statky, kdy toto členění umožňuje rozlišit charakter statku z hlediska financování (alokace). V případě existence tržní ceny vzniklé interakcí nabídky a poptávky na konkurenčním trhu a financováním ze soukromých zdrojů je tento statek

- *církevní právnické osoby* (evidované právnic. osoby církví a náboženských společností) zřízené podle zákona č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností

chápán jako čistě tržní, v opačném případě jde o netržní statek. Podle tohoto kritéria lze sociální služby řadit do všech tří kategorií. Netržní statky zastupují například domovy pro seniory ve veřejném vlastnictví a financované z veřejných zdrojů. Nečistými tržními statky mohou být služby domácí zdravotní péče, které jsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, tj. klient služby objednává, nestátní subjekt poskytuje a stát reguluje cenu služby. Příkladem čistě netržních statků jsou služby poskytované mimo státem regulovaný systém sociálních služeb. (Mertl 2007:16-17)

V souvislosti s ekonomickým pohledem na sociální služby je nezbytné zmínit základní rozdělení výdajů na sociální služby – *výdaje soukromé a výdaje veřejné*. Každý z těchto typů výdajů vykazuje odlišné charakteristiky. *„Výdaje soukromé jsou závislé na odpovědnosti a přístupu jednotlivce ke své sociální situaci,“* a současně i jeho tzv. rozpočtovém omezení, kde *„jedinec musí toto rozpočtové omezení respektovat i v případě odůvodnění potřeby sociálních služeb. I to je jeden z důvodů pro realizaci výdajů veřejných“*. Výdaje veřejné jsou součástí koncepce sociální politiky – politiky sociálních služeb a *„jsou realizovány na základě principů a postupů veřejné ekonomie“*. Veřejné výdaje spadají do oblasti veřejných financí. V ekonomické terminologii pojem veřejné finance označuje *„specifické finanční vztahy a operace probíhající v rámci ekonomického systému mezi orgány a institucemi na straně jedné a ostatními subjekty na straně druhé (tj. občany, domácnostmi, firmami, neziskovými organizace).“* Obsahem těchto vztahů a operací je: veřejné zabezpečení veřejných statků (tj. jejich produkce a poskytování), profinancování různých transferů (zejména sociálního rázu), stimulace ekonomických subjektů k určitému chování prostřednictvím dotací, pokut či daní. Aby výše uvedené činnosti mohly být financovány, vzniká fiskální systém (veřejná rozpočtová soustava), jehož hlavním účelem je vytvořit dostatečný objem veřejných příjmů k profinancování tzv. veřejných výdajů. (Hamerníková 2010:11) Ve vztahu k veřejným výdajům je důležité zmínit, že je podstatné, zda stát sám poskytuje sociální služby nebo garantuje jejich dostupnost prostřednictvím alokace veřejných prostředků a tvorby legislativních pravidel pro jejich poskytování. Avšak veřejné výdaje na sociální služby jsou limitovány objemem veřejných rozpočtů, proto v rámci úsporných opatření mohou být tyto výdaje redukovány pod adekvátní míru nebo mohou být vynakládány dostatečné prostředky efektivním způsobem. (Mertl 2007:17-18)

Sociálními službami se lze také zabývat z hlediska jejich ekonomické efektivnosti. V ekonomické teorii podle Samuelsona efektivnost znamená *„absenci*

plýtvání neboli co nejefektivnější užívání zdrojů ekonomiky k uspokojování potřeb a přání lidí, je to takové použití ekonomických zdrojů, které přináší maximální úroveň uspokojení dosažitelnou při daných vstupech a technologiích".[43] S přihlédnutím k Samuelsonovu pojetí efektivnosti lze vyslovit tezi, že efektivní (z pohledu státu i zřizovatele) je taková sociální služba, kdy výše úhrady od všech zainteresovaných subjektů pokryje náklady daného typu sociální služby. (Průša 2009b:149)

4.9 Koncept dlouhodobé péče

Pro současný demografický vývoj v celé Evropě je charakteristické stárnutí populace a v souvislosti s tím je zmiňována potřeba existence systému *„dlouhodobé péče"*. Pod pojmem „dlouhodobá péče" rozumíme komplex služeb (sociálních a zdravotních), které potřebují osoby s dlouhodobě omezenou soběstačností. V rámci Evropské unie existují různé definice této péče. Materiály EU dlouhodobou péči pojímají jako péči poskytovanou lidem, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný, ale na tolik neuspokojivé úrovni, že tyto osoby nejsou soběstační a potřebují jak zdravotní, tak i sociální služby.[44] Dokumenty OECD definují dlouhodobou péči jako *„průřezové politické téma, které spojuje služby pro osoby závislé na pomoci při základních každodenních činnostech (ADLs) po delší dobu. Prvky dlouhodobé péče zahrnují rehabilitaci, základní zdravotnické služby, domácí ošetřování, sociální péči, bydlení, dopravní služby, stravování, zaměstnanecké a zplnomocňovaní aktivity a také pomoc s instrumentálními každodenními aktivitami (IADLs)."*[45] OECD zdůrazňuje potřebu rozlišovat mezi zdravotní péčí a ostatními službami dlouhodobé péče, které definuje jako sociální služby. Důvod rozlišování je zřejmý, jelikož zdravotní péče má jasně definovaný kurativní charakter a jejím cílem je zlepšení zdravotního stavu. Cílem dlouhodobé péče, tj. ostatních služeb, včetně sociálních služeb, je kompenzace trvající nesoběstačnosti. Oba typy péče lze odděleně definovat, ale v praxi je není možné

---

[43] MPSV. *Analýza ekonomické efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči.* [online]. [cit. 2012-27-11]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13763/analyza.pdf>. 8 s.
[44] *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Praha: MPSV., 2010. 22 s.
[45] *Long-Term Care in the European Union.* Brussels: European Commission. [online]. [cit. 2012-26-01]. Dostupné z www: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en>. 3 s.
ADLs: *Activities of Daily Living* – tj. Aktivitami každodenního života jsou základní sebe-obslužné aktivity, které osoba musí provádět denně, a to: koupání, oblékání, krmení, mobilita, použití toalety a kontinence. IADLs: *Instrumental Activities of Daily Living* – tj. Instrumentálními aktivity každodenního života jsou aktivity směřující k soběstačnosti a nezávislosti osoby a zahrnují přípravu jídla, hospodaření s penězi, nakupování, vedení domácnosti a telefonování.
V příloze č. 3 je uveden podrobný přehled jednotlivých oblastí ADLs a IADLs.

oddělit, jelikož nesoběstačnost je výslednicí zhoršeného zdravotního stavu osoby. V širším evropském pojetí služby dlouhodobé péče jsou komplexem zdravotních služeb a také pomocných „sociálních“ služeb, avšak využívá-li osoba pouze tyto pomocné sociální služby, podle OECD se nejedná o klienta dlouhodobé péče.[46]

Podle Colombové dlouhodobá péče – long-term care (dále jen LTC), je rozrůstající se, ale relativně malý sektor ekonomiky, který zahrnuje převážně osoby nad 65 let, které potřebují asistenci s každodenními aktivitami po delší časové období. Přestože senioři nejsou jediná cílová skupina služeb LTC, poptávka po těchto službách se zvyšuje s věkem. LTC je také vnímána jako sektor trhu práce zahrnující formální pracovní sílu, ale i neformální rodinné pečující (především ženy). V rámci jednotlivých států OECD se organizace a financování systému LTC značně odlišuje. Převážná část výdajů na LTC pochází z veřejných zdrojů, a pokud jsou na úhradu této péče poskytovány příspěvky, mohou být poskytovány v naturáliích nebo jako peněžité dávky určené neformálním pečujícím anebo přímo příjemci péče, který si zvolí typ péče s ohledem na své potřeby. LTC může být poskytována v domácnosti, institucích nebo denních centrech a tuto péči mohou zajišťovat veřejní (státní/obecní), neziskoví a ziskoví poskytovatelé s různými službami od systémů tísňové péče k osobní péči (24hod/7dní). V posledním desetiletí mnoho států OECD zavádí a dále rozvíjí politiky zaměřující se na zvyšující se potřebu LTC nebo se zabývají změnami rozsahu poskytování a financování LTC. Do budoucnosti lze očekávat rostoucí tlaky na dlouhodobou péči z několika důvodů: (1) Demografické změny budou zvyšovat poptávku po LTC v celé společnosti. (2) Změny ve společenských modelech (zmenšující se velikost rodiny, změny v bytovém soužití postižených osob, rostoucí účast žen na trhu práce) přispívají k poklesu dostupnosti neformálních pečujících, což povede ke zvýšení potřeby placené péče. (3) Jednotlivci vyžadují kvalitnější a zodpovědnější sociální systém péče, který je orientovaný na jednotlivce a může zajistit dobře koordinovanou péči. (Colombo 2011:59,43-44,37-39)

V rámci ČR je dlouhodobá péče definována Národním programem přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012 (2008:37-38) v článcích 6.13 až 6.17, kde je vymezena takto: *„Dlouhodobá péče je péče zdravotní i sociální. Zdravotní a sociální potřeby jsou u části starých osob neoddělitelné. Tyto osoby potřebují jak zdravotní, tak sociální péči. Systém dlouhodobé péče musí vycházet z integrace zdravotních a*

[46] *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Praha: MPSV, 2010. 22-23 s.

sociálních služeb ústavních, ambulantních a poskytovaných v domácnosti.“ Současně by koncepce rozvoje systému dlouhodobé péče měla „*vycházet z priorit stanovených v „Koncepci podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporujících sociální začlenění uživatele do společnosti“, která vymezuje rizika a bariéry deinstitucionalizace sociálních služeb.“* Taktéž dokument upozorňuje na skutečnost, že jednou z největších výzev v oblasti dlouhodobé péče je právě integrace zdravotních a sociálních služeb, jelikož různorodost poskytovatelů těchto služeb, rozdělení kompetencí a financování mezi několik systémů ztěžuje kontinuitu a komplexnost dlouhodobé péče a vede k nepřehlednosti systému pro klienty i poskytovatele a taktéž k neefektivní koordinaci poskytování služeb.

V současném českém pojetí dlouhodobá péče pojímá širokou oblast podpůrných zdravotních a sociálních služeb, pro které je charakteristická závislost příjemce péče na cizí pomoci z důvodu dlouhodobě nežádoucího zdravotního stavu, tj. pro ztrátu soběstačnosti z důvodu věku, zdravotního postižení anebo z jiných závažných důvodů, kdy osoby nejsou samostatně schopné zabezpečit a uspokojit své životní potřeby bez pomoci jiné osoby. V rámci těchto služeb je poskytována pomoc při hygieně, zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a také při nakupování, návštěvě lékaře, placení účtů a užívání léků apod.[47] Dlouhodobá péče je poskytována na rozhraní zdravotních a sociálních služeb a je poskytována osobám s tělesným nebo mentálním postižením, seniorům a dalším skupinám osob, které potřebují pomoc při výkonu každodenních životně důležitých aktivit.[48] Tato péče je poskytována jak v institucích, tak i v domácnostech. Cílem dlouhodobé péče je „*umožnit těmto lidem v co nejvyšší míře zapojení do běžného života a v případech, kdy to vylučuje jejich skutečný stav, jim zajistit důstojné prostředí a zacházení“.*[49]

V souvislosti s výše uvedenými definicemi dlouhodobé péče na mezinárodní i národní úrovni lze konstatovat, že obecný koncept dlouhodobé péče významným způsobem zahajuje do oblasti rozvoje a poskytování sociálních služeb, jelikož systém péče o nesoběstačné seniory musí respektovat vzájemné propojení oblasti sociálních služeb a zdravotní péče.

---

[47] *Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice.* Praha: MPSV, 2006. 2 s.
[48] PRŮŠA, Ladislav. Determinanty efektivního systému financování a poskytování dlouhodobé péče. *Rezidenční péče.* 2011, roč. 7, č. 4/2011. 8 s.
[49] *Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice.* Praha: MPSV, 2006. 2 s.

5. Analýza právního rámce systému poskytování a financování sociálních služeb v ČR

Následující kapitola podává stručný přehled o vývoji systému sociálních služeb v ČR, zabývá se změnami tohoto systému, ke kterému došlo v souvislosti s přijetím stěžejního zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v oblasti poskytování a financování sociálních služeb, podrobně se zaměřuje na zdroje financování služeb sociální péče.

5.1 Vývoj právní úpravy systému sociálních služeb od roku 1990 do roku 2006

Sociální služby prošly od devadesátých let 20. století řadou významných změn. Určitým přelomovým rokem u nás byl r. 1989, kdy společenské změny odstartovaly rozvoj sociálních služeb. Začaly vznikat terénní sociální služby i zcela nové služby a začaly být více využívány okrajové metody a formy sociální práce při řešení do té doby skrytých sociálních problémů (například drogové závislosti, bezdomovectví). Velkým přínosem pro rozvoj sociálních služeb bylo taktéž zapojení uživatelů a jejich rodin do vlastního poskytování a organizování služeb. Avšak tyto změny sociálních služeb se nepromítly do legislativy a i nadále byl v platnosti zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení. (Jabůrková 2007:11) Oblast sociální péče byla upravena těmito zákony a jejich prováděcími vyhláškami.

- zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení
- zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení
- vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti ČR v sociálním zabezpečení
- vyhláška MPSV č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče
- vyhláška MPSV č. 83/1993 Sb., o stravování v zařízení sociální péče
- vyhláška MPSV č. 31/1993 Sb., o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních

Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení definoval „sociální péči“, jejímž prostřednictvím stát zajišťoval pomoc občanům, jejichž životní potřeby nebyly dostatečně zabezpečeny příjmy z výdělečné činnosti, dávkami důchodového a

nemocenského pojištění či jinými příjmy, dále občanům, kteří potřebují pomoc vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku anebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci.[50] Tato definice se vztahovala i k poskytování sociálních služeb až do r. 2007. Do doby účinnosti nového zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách byly sociální služby poskytovány primárně státem – MPSV nebo okresními úřady. V rámci sociální péče byly poskytovány dávky či služby pouze 5 cílovým skupinám (rodiny s dětmi, občané těžce zdravotně postižení, staří občané, občané potřebující zvláštní pomoc a občané společensky nepřizpůsobivý) a legislativně bylo upraveno pouze 5 druhů služeb sociální péče (výchovná a poradenská péče, ústavní sociální péče, péče v ostatních zařízeních sociální péče, pečovatelská služba, stravování). Obsah služeb a stanovení úhrady za jejich poskytování bylo upraveno jednotlivými prováděcími vyhláškami. Tento systém sociální péče byl považován za nedostatečný s ohledem na nevhodnou stigmatizující kategorizaci osob, kterým služby sociální péče byly určeny, úzkou škálu definovaných služeb, které byly výrazně orientované na celodenní ústavní péči a neodpovídaly tak moderním trendům směřujícím k poskytování terénních a ambulantních služeb. Vzhledem k těmto nedostatkům volala odborná veřejnost po změně a reformě celého systému sociální péče. (Matoušek 2007:36-39)

Výše uvedený zákon taktéž upravoval podmínky nároku příspěvku při péči o osobu blízkou nebo jinou, který byl poskytován osobě pečující celodenně o osobu s potřebou dlouhodobé pravidelné pomoci při běžných životních úkonech, které bylo přiznáno zvýšení důchodu pro převážnou, úplnou bezmocnost anebo o osobu starší 80 let částečně bezmocnou. Nárok na příspěvek vznikl pouze pečující osobě, jejíž příjem nedosahoval určité výše a samotná výše příspěvku byla stanovena dle částek životního minima.[51] V r. 2007 tento příspěvek zanikl a byl nahrazen novou sociální dávkou – příspěvek na péči.

Do r. 2006 byly sociální služby financovány podle ustáleného modelu poměrně stabilních a zaručených dotací na lůžko, dotací krajům a obcím na výkon zřizovatelských funkcí, a prostřednictvím specifických finančních toků na provoz ústavů sociální péče zřizovaných MPSV. Taktéž existoval poměrně nestabilní a nejistý systém dotací NNO poskytujícím sociální služby. Vedle těchto dotací do systému

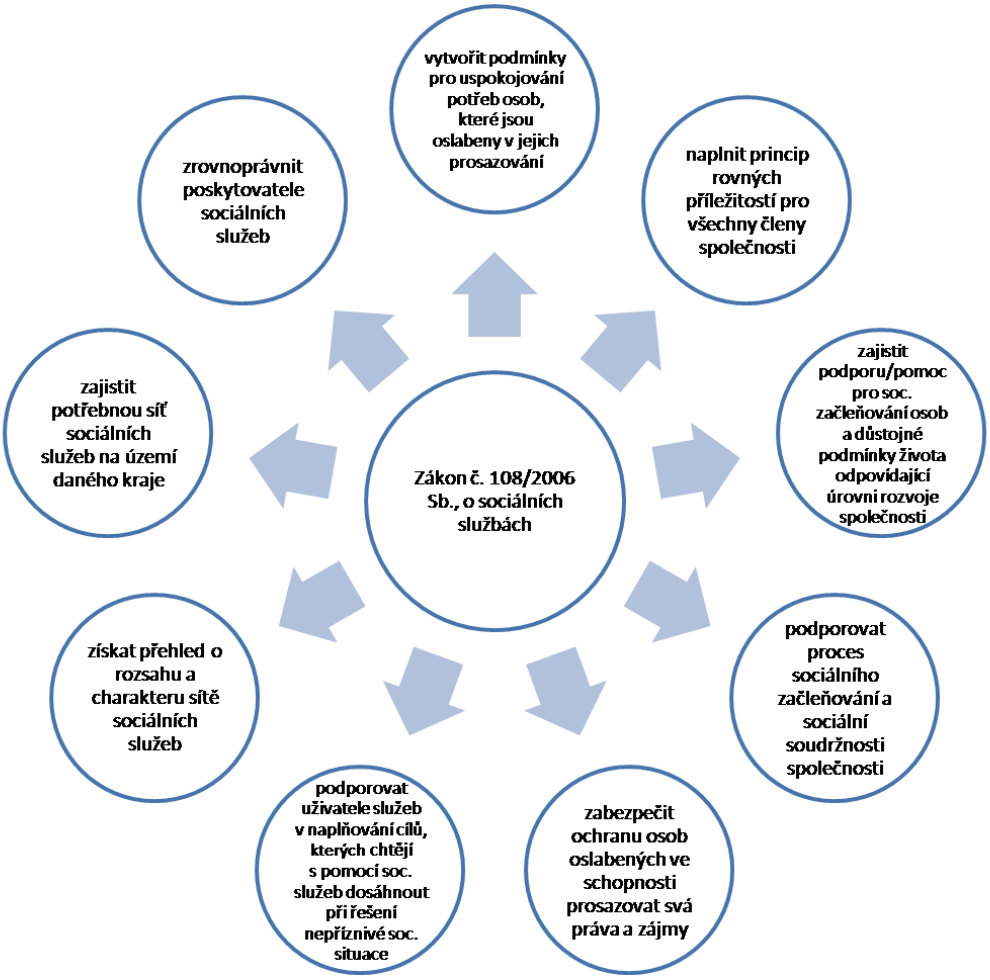
[50] § 73 zákona č. 100/1988, o sociální zabezpečení, ve znění předchozích předpisů (stav do 31. 12. 2006)
[51] § 80-83 zákona č. 100/1988, o sociální zabezpečení, ve znění předchozích předpisů (stav do 31. 12. 2006)

směřovaly úhrady od uživatelů a sponzorské dary. Roztříštěnost a nerovnovážnost financování MPSV považovalo za neperspektivní dalšího rozvoje. (Jabůrková 2007:47-48) Z důvodové zprávy k návrhu zákona o sociálních službách vyplývá, že dosavadní systém financování byl považován za značně roztříštěný, protože některé zdroje plynuly obcím a krajům, jiné přímo poskytovatelům sociálních služeb. Poskytovatelé neměli rovný přístup ke zdrojům, což nebylo v souladu s efektivním rozvojem služeb a v zájmu uživatelů. Vzhledem k těmto skutečnostem bylo nezbytné provést změny vedoucí k vytvoření jednotného rámcového systému sociálních služeb (včetně financování) za podmínek, že tento systém bude schopen reagovat na místní potřeby uživatelů služeb.[52]

Práce na návrzích nového systému sociální péče byly započaty již v r. 1993, následně bylo připravováno několik návrhů věcných záměrů zákona o sociální pomoci či sociálních službách, které byly upravovány dle aktuální politické situace, avšak nebyly projednány či se ani nedočkaly paragrafového znění. Teprve v červenci 2005 byl Vládou ČR schválen zákon o sociálních službách a následně byl tento zákon předložen Parlamentu ČR, který zákon schválil a po podpisu prezidenta republiky byl dne 14. 3. 2006 zveřejněn ve Sbírce zákonů jako zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jehož účinnost byla stanovena od 1. 1. 2007. Následovalo přijetí prováděcí vyhlášky, tj. Vyhláška MPSV ČR č. 505/2006 Sb., která byla zveřejněna ve Sbírce zákonů dne 15. 11. 2006. Nová legislativa přinesla významnou změnu koncepce systému sociálních služeb prostřednictvím nových prvků systému sociálních služeb – přijetí nové kategorizace sociálních služeb, stanovení registrační povinnosti poskytovatele sociálních služeb, zavedení smluvního principu při poskytování sociálních služeb či zavedení nové dávky – příspěvek na péči apod. Snahou MPSV bylo prostřednictvím nového zákona reagovat na vývoj a trendy v poskytování sociálních služeb (Jabůrková 2007:11-12), proto k naplnění těchto trendů byly v důvodové zprávě definovány cíle, kterých by měl nový systém sociálních služeb dosáhnout (viz schéma č. 3).[53]

[52] *Důvodová zpráva k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ze dne 14. 3. 2006*. 51 s.
[53] *Analýza zákona o sociálních službách z pohledu uživatelů a poskytovatelů*. SKOK 2006. s. 10-11

Schéma č. 3 Cíle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách



Zdroj: *Analýza zákona o sociálních službách z pohledu uživatelů a poskytovatelů*. SKOK 2006. s. 10-11

5.2 Změny v systému sociálních služeb po roce 2007

Jak již bylo výše uvedeno, dne 1. ledna 2007 nabyl účinnosti zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který přinesl do systému sociálních služeb zásadní změny, jelikož *„opustil dosavadní praxi paternalisticko-direktivního modelu a vytvořil prostředí pro rozvoj vztahů mezi poskytovateli sociálních služeb a jejich uživateli, založené na rovnoprávnosti, dobrovolnosti, důsledně individuálním přístupu, na úsilí o nevyčleňování adresátů sociálních služeb z přirozeného prostředí a ze společnosti, se zvláštním důrazem též na spolupráci mezi poskytovateli, uživateli i osobami blízkými s cílem mobilizovat uživatele sociálních služeb k převzetí spoluodpovědnosti na řešení jejich nepříznivé sociální situace a závislosti na poskytování sociálních služeb,“* a to s důrazem na respektování základních lidských a sociálních práv, lidské důstojnosti

uživatelů sociálních služeb.[54] Nový systém sociálních služeb do praxe uvedl zcela nová pravidla a celkové pojetí jednotlivých druhů sociálních služeb, forem a podmínek jejich poskytování, taktéž změnil způsob jejich financování. Do systému byly zavedeny nové instituty – například registrace poskytovatele sociálních služeb, smlouva o poskytování služeb a některým již v minulosti používaným dal nový obsah i název – institut bezmocnosti byl nahrazen stupněm závislosti na pomoci druhé osoby. Vzhledem k zaměření diplomové práce se následující podkapitoly se budou zabývat jen některými stěžejními prvky nového systému, které je nezbytné zmínit, protože úzce souvisí se samotným systém financování služeb sociální péče.

5.2.1 Struktura sociálních služeb

Současná právní úprava dělí sociální služby z hlediska funkce, kterou ve společnosti plní, do tří základních skupin podle typu služeb – *sociální poradenství, služby sociální prevence a služby sociální péče,* dále podle formy poskytování sociálních služeb – *pobytové, ambulantní a terénní služby* (viz schéma č. 4), rovněž definuje jednotlivé druhy sociálních služeb, včetně charakteristiky základních činností a rozsahu úkonů těchto základních činností dané služby. Taktéž tato právní úprava zavádí *cenovou regulaci sociálních služeb,* tj. upravuje maximální výši úhrady nákladů za poskytnutí sociálních služeb – bez úhrady, za částečnou/plnou úhradu. Maximální výše této úhrady (zejména za služby sociální péče) je stanovena vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (dále jen vyhláška č. 505/2006 Sb.).[55]

Dalším novým institutem systému sociálních služeb je zavedení *smluvního principu* při poskytování služeb sociální péče. Smluvní princip je založen na povinnosti poskytovatele s uživatelem uzavřít smlouvu o poskytování sociální služby. Povinnost uzavřít smlouvu je vnímáno pozitivně, protože prostřednictvím tohoto institutu dochází

---

[54] *Pečovatelská služba v České republice.* Tábor: APSS ČR, 2010. 102 s.

[55] § 71-77 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláška č. 505/2006 Sb. (stav k 1. 1. 2013)
Za pobytové služby uživatelé hradí úhradu za péči a ubytování/stravu, jejíž maximální výše úhrady činí 200 Kč denně za ubytování a 160 Kč denně zajištění celodenní stravy. Při poskytování pobytových služeb po úhradě ubytování a stravy musí uživateli zůstat alespoň 15% z jejich příjmu. Úhrada za péči se stanoví ve výši přiznaného příspěvku.
Za poskytování terénních a ambulantních služeb definovaných v § 75 hradí uživatel úhradu za základní činnosti v rozsahu stanoveném smlouvou, kdy maximální výše úhrady je stanovena prováděcí vyhláškou.
Podle § 71 odst. 3 se poskytovatel může dohodnout na spoluúčasti na úhradě nákladů s jinou fyzickou nebo právnickou osobou osobě, které jsou sociální služby poskytovány, a tato osoba nemá vlastní příjem nebo její příjem nepostačuje na úhradu nákladů.

k posílení role uživatele služby v pozici „zákazníka“, vztah poskytovatele a uživatele služby je přehlednější z hlediska jejich vzájemných práv a povinností. (Matoušek 2007:45-46)

Schéma č. 4 Členění sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb.

Sociální poradenství

- je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb, kterou má poskytovatel sociálních služeb povinnost zajistit vždy;
- je poskytováno bezplatně;
- je realizováno prostřednictvím *základního sociálního poradenství a odborného sociálního poradenství*, které je poskytováno v jednotlivých typech poraden;
- hlavním cílem je poskytnout osobě informace přispívající k řešení její nepříznivé sociální situace. (Průša 2007:64)

Služby sociální prevence

- přispívají k eliminaci jevů a situací vedoucích k sociálnímu vyloučení osoby;
- jsou orientovány na změnu nepříznivých sociálních podmínek vedoucích ke vzniku šíření sociálně patologických jevů;
- jsou poskytovány (s výjimkami) bezplatně. (Molek 2009:12)

Služby sociální péče

- napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost;
- cílem je umožnit osobám zapojení do každodenních činností co v nejvyšší možné míře a v případě, kdy to vylučuje jejich nepříznivý zdravotní stav nebo vysoký věk, je cílem těchto služeb zajistit jim důstojné prostředí;
- jednotlivé služby jsou poskytovány za úhradu. (Průša 2007:64-65)

Formy poskytování sociálních služeb:

- **pobytové služby** (služby spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb)
- **ambulantní služby** (služby, za kterými osoba dochází či je dopravována do zařízení sociálních služeb, součástí služby není zajištění ubytování)
- **terénní služby** (služby poskytované osobě v přirozeném sociálním prostředí)

(§ 33 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Zpracování: Autorka.

5.2.2 Registrace poskytovatelů sociálních služeb

Dalším stěžejním prvkem systému je *registrační povinnost* při poskytování sociálních služeb, tj. od ledna 2007 lze sociální služby poskytovat pouze na základě *oprávnění k poskytování sociálních služeb*, které vzniká rozhodnutím o registraci vydané příslušným krajským úřadem podle místa sídla právnické osoby nebo místa trvalého či hlášeného pobytu fyzické osoby poskytující sociální služby. V případě, že péči zajišťují fyzické osoby (osoba blízká nebo jiná fyzická osoba[56]) není vyžadována registrace a rovněž se registrace nevyžaduje u zahraniční fyzické a právnické osoby sídlící v jiném členském státě EU, která poskytuje sociální služby na území ČR dočasně a ojediněle.[57]

Podmínky registrace jsou stanoveny v § 79 zákona č. 108/2006 Sb. a naplněním těchto podmínek poskytovatel osvědčí splnění hygienického, technického, materiálního,

[56] V terminologii zákona č 108/2006 Sb. jiná fyzická osoba, poskytující pomoc osobě závislé na pomoci druhé fyzické osoby, je od 1. 1. 2012 podle §83 označena za asistenta sociální péče, přičemž tato osoba tuto pomoc nesmí vykonávat jako podnikatel podle obchodního zákoníku.

[57] § 78-84 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

personálního i odborného zajištění provozu z hlediska požadovaného rozsahu a kvality služby.[58] Součástí každé registrační žádosti musí být (mimo jiné) i finanční rozvaha, která kvantifikuje strukturu nákladů nezbytných k zajištění provozu daného typu sociální služby či zařízení. (Průša 2007a:92)

Poskytovatelé, kterým bylo vydáno rozhodnutí o registraci, dále zahraniční subjekty poskytující služby ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., poskytovatelé sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (§ 52), speciální lůžková zařízení hospicového typu a dětský domov, jsou vedeni v centrálním *registru poskytovatelů sociálních služeb*. Tento registr spravují krajské úřady v listinné podobě a MPSV v elektronické podobě. Zavedení tohoto registru je základním předpokladem k získání přehledu o rozsahu, dostupnosti a charakteru sítě sociálních služeb na území celé ČR a v členění dle jednotlivých krajů. (Jabůrková 2007:24) V elektronické podobě je registr veřejným informačním systémem, který je dostupný přes webové stránky MPSV. Tento veřejný informační systém obsahuje základní informace o dostupných sociálních službách pro zájemce v členění dle různých kritérií (například vyhledávacím kritériem je daný kraj, druhy služby, cílová skupina uživatelů aj.).[59]

5.2.3 Systém kontroly poskytování sociální služeb

Pro zajištění poskytování kvalitních a efektivních sociálních služeb je u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb prováděna *inspekce poskytování sociálních služeb*, jejímž předmětem je plnění povinností uložených zákonem č. 108/2006 Sb. a kontrola kvality sociálních služeb. Inspekci provádí krajská pobočka Úřadu práce ČR. Inspekce se řídí zákonem o státní kontrole[60] a je prováděna v místě poskytování sociálních služeb.[61]

Inspekce poskytování sociálních služeb je institut vytvořený k tomu, aby stát, který je hlavním garantem sociálních služeb v ČR a současně sociální služby rozhodujícím způsobem financuje, mohl důsledně kontrolovat, zda registrovaní poskytovatelé řádně plní své povinnosti a naplňují požadavky předmětného zákona. Základním nástrojem ověření plnění těchto podmínek ze strany poskytovatele jsou *standardy kvality sociálních služeb.* Tyto standardy jsou souborem kritérií stanovených jako norma kvality poskytované sociální služby, jejichž prostřednictvím je definována

[58] *Pečovatelská služba v České republice.* Tábor: APSS ČR, 2010. 103 s.
[59] § 85-87 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
[60] Zákon č. 552/1991 Sb., o státní kontrole, ve znění pozdějších předpisů

úroveň kvality služby v oblasti personálního a provozního zabezpečení služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a uživatelem, tj. standardy jsou rozděleny na personální, provozní a procedurální standardy. V případě nedostatečného plnění stanovených podmínek může kontrolující orgán poskytovateli uložit sankci nebo v nejzávažnějších případech zrušit registraci k poskytování sociálních služeb.[62] Plné znění standardů kvality je uvedeno v příloze č. 2 Vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb.

5.2.4 Služby sociální péče pro seniory

Služby sociální péče jsou službami, které napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit těmto osobám zapojení do běžných denních činností v co největší možné míře. Jednotlivé služby sociální péče jsou poskytovány ve všech třech formách a jsou poskytovány za úhradu osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje péči jiné fyzické osoby. Výčet základních činností jednotlivých druhů služeb sociální péče je stanoven vyhláškou č. 505/2006 Sb. Těmito základními činnostmi jsou: pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně; poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; poskytnutí ubytování; pomoc při zajištění chodu domácnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; pomoc při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí apod.[63] Výše uvedené příklady základních (převážně asistenčních) činností jsou obsahem 14 druhů služeb sociální péče (podrobněji příloha č. 4), avšak v rámci této diplomové práce je pozornost věnována pouze vybraným službám sociální péče, které jsou poskytované cílové skupině „senioři“ (viz následující tabulky č. 1 a č. 2).

[61] § 97-99 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
[62] *Pečovatelská služba v České republice.* Tábor: APSS ČR, 2010. 104-105 s.
[63] § 35-52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Tabulka č. 1 Vybrané služby sociální péče pro seniory podle zákona č. 108/2006 Sb.

Služby sociální péče	**Forma sociální služby**			**Popis sociální služby**	**Maximální výše úhrady** (vyhláška č. 505/2006 Sb.)
	terénní	ambulantní	pobytová		
Osobní asistence §39	x			Služba je poskytována bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí a při činnostech, které osoba potřebuje. Jedná se o pomoc zvládat péči o vlastní osobu a zapojit se do běžných denních činností.	120 Kč/hod.
Pečovatelská služba §40	x	x		Služba je poskytována ve vymezeném čase v domácnostech a v zařízeních sociálních služeb. Pracovníci pečovatelské služby nesoběstačným osobám pomáhají s péčí o vlastní osobu a domácnost.	120 Kč/hod. *oběd 75 Kč dovoz/ donáška 25 Kč*
Odlehčovací služby §44	x	x	x	Odlehčovací služby jsou služby poskytované osobám, o které je pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem této služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.	120 Kč/hod. *pobytová forma: denně 200 Kč za ubytování a 160 Kč za stravu*
Denní stacionáře §46		x		Denní stacionář poskytuje komplexní služby ve specializovaném zařízení seniorům, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.	120 Kč/hod.
Domovy pro seniory §49			x	V domovech pro seniory jsou poskytovány celoroční pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba je určena osobám, které dále nemohou setrvávat ve vlastním sociálním prostředí.	výše úhrady za péči je stanovena ve výši přiznaného (vypláceného) příspěvku na péči *denně 200 Kč za ubytování a 160 Kč za stravu*
Domovy se zvláštním režimem §50			x	V domovech se zvláštním režimem jsou poskytovány celoroční pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění anebo osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.	
Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče §52			x	Ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče jsou poskytovány pobytové služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem k zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné osoby a současně nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení do doby, než jim je zajištěna pomoc jinou osobou nebo prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb. Služba je pojítkem mezi ukončenou zdravotní péčí a zahájením poskytování sociálních služeb.	

V příloze č. 5 je uveden přehled základních činností výše uvedených vybraných druhů služeb sociální péče pro seniory.
Zdroj: *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláška č. 505/2006 Sb.*
Zpracování: Autorka.

Tabulka č. 2 Vývoj počtu vybraných služeb sociální péče pro seniory

Počet registrovaných služeb sociální péče pro cílovou skupinu *„mladší senioři 65-80 let“ a starší senioři nad 80 let“* podle registru poskytovatelů sociálních služeb			
	Stav k 31. 3. 2012	Stav k 31. 12. 2012	Stav k 1. 4. 2013
Osobní asistence §39	107	117	115
Pečovatelská služba §40	584	596	595
Odlehčovací služby §44	203	197	196
Denní stacionáře §46	107	109	111
Domovy pro seniory §49	481	495	498
Domovy se zvláštním režimem §50	205	217	217
Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče §52	123	-*	-*

** Pro druh „Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče“ podle §52 zákona č. 108/2006 Sb., není údaj počtu registrovaných sociálních služeb tohoto druhu k datu 31. 12. 2012, ani k datu 1. 4. 2013 zveřejněn.*

Zdroj: *Registr poskytovatelů sociálních služeb*, [online]. Dostupné z www: <http://iregistr.mpsv.cz/>.
Zpracování: Autorka.

5.2.5 Propojení sociálních a zdravotních služeb

Vzhledem ke specifickým potřebám některých uživatelů služeb sociální péče mají **sociální služby přesah do systému zdravotní péče**. Propojení sociálních a zdravotních služeb napomáhá k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob, které nepotřebují akutní lůžkovou péči (s ohledem na jejich zdravotní stav je ambulantní forma zdravotní péče dostačující), ale potřebují pomoc při každodenních činnostech. Komplex sociálně-zdravotních služeb jsou poskytován v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo lůžkových zdravotnických zařízeních. Poskytování této sociálně-zdravotní péče podléhá úhradě, tj. za služby sociální péče ze strany uživatele a za ošetřovatelské úkony z fondů veřejného zdravotního pojištění.[64] Ve vztahu k sociálně-zdravotní péči zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, do praxe uvedl **tzv. institut sociálně-zdravotního lůžka**, který částečně zlepšuje koordinaci poskytování zdravotních a sociálních služeb, jelikož upravuje *poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb* a taktéž *poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče*. V neposlední řadě k provázanosti poskytování sociálních služeb a zdravotní péče v domácím prostředí dochází u osob, které současně využívají pečovatelskou službu a *tzv. domácí zdravotní péči* (home care).

[64] *Sociální služby.* [online]. [cit. 2012-10-03]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/cs/9>.

- ***Zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb***

Zákon č. 108/2006 Sb. v § 36 ukládá poskytovatelům sociálních služeb povinnost zajistit **zdravotní péči uživatelům pobytových služeb** v zařízení typu týdenní stacionář, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Rozsah, podmínky zabezpečení a hrazení zdravotní péče upravují zdravotnické právní předpisy. Tato zdravotní péče je poskytována formou zvláštní ambulantní péče podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění:

a. prostřednictvím zdravotnického zařízení anebo

b. jde-li o ošetřovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím zaměstnanců výše uvedených pobytových zařízení sociálních služeb, přičemž tyto zaměstnanci musí splňovat odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a rozsah této péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění je stanoven příslušnou vyhláškou. (Průša 2009a:22) Podle navazujícího zákona č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, uzavře příslušná zdravotní pojišťovna za účelem plnění uvedeného § 36 zvláštní smlouvu s tímto zařízením, pokud o uzavření této smlouvy zařízení požádá a současně prokáže, že ošetřovatelská a rehabilitační péče (ordinovaná na základě ošetřujícího lékaře) bude poskytována profesionálními zdravotnickými pracovníky zařízení, tj. zdravotnickými pracovníky způsobilými k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu[65]. Na základě této uzavřené smlouvy by poskytování vykázaných úkonů zdravotní péče mělo být hrazeno příslušnou zdravotní pojišťovnou uživatele.[66]

- ***Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče***

Ve zdravotnickém zařízení ústavní (lůžkové) péče podle § 52 zákona č. 108/2006 Sb. jsou poskytovány pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu jsou závislé na pomoci jiné osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení do doby, než jim bude zabezpečena pomoc fyzickou osobou nebo poskytovatelem terénních, ambulantních či pobytových sociálních služeb. Osoba nacházející se v této situaci

---

[65] *Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně souvisejících zákonů*

[66] § 17a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
MPSV. *Finanční toky ve veřejných a soukromých rozpočtech v dlouhodobé péči.* Listopad 2011. 13 s.

přechází ze systému zdravotní péče do systému sociálních služeb, avšak náklady vzniklé další hospitalizací osoby ze sociálních důvodů nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou, ale již jsou v režimu úhrady sociálních služeb dle vyhlášky č. 505/2006 Sb.[67]

- ***Domácí zdravotní péče***

Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí (tj. domácí zdravotní péče) zahrnuje poskytování ošetřovatelské péče, léčebně rehabilitační péče a paliativní péče.[68] Konkrétně ošetřovatelská péče v domácím prostředí pacienta je poskytována na základě doporučení registrujícího praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře ve vlastním sociálním prostředí a je hrazena z fondů veřejného zdravotního pojištění anebo přímou platbou pacienta, který není pojištěn, nebo poskytnuté výkony nejsou nehrazené ze zdravotního pojištění anebo u pacientů, u kterých jeho zdravotní pojišťovna nemá smluvní vztah se zdravotnickým zařízením poskytujícím domácí péči, pokud si pacient vědomě toto nesmluvní zařízení zvolil. Cílem této péče je udržení, podpora, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti.[69]

V současnosti je domácí zdravotní péče běžně poskytována v kombinaci s pečovatelskou službou, což je výsledkem toho, že mnoho uživatelů pečovatelské služby je zároveň i indikováno k ošetřovatelským výkonům domácí zdravotní péče. V případě, že poskytovatel pečovatelské služby disponuje i nabídkou služeb domácí zdravotní péče dochází k propojení sociálních a zdravotních služeb ve prospěch uživatelů, kteří tak mohou setrvat v přirozeném prostředí.[70]

5.3 Změny v systému financování sociálních služeb

S poskytováním kvalitních a efektivních sociálních služeb přímo souvisí oblast financování sociálních služeb, tj. vyvstávají zásadní otázky – z jakých zdrojů budou hrazeny náklady na zajištění provozu sociálních služeb a kdo se na jejich úhradě bude podílet. Jak již bylo zmíněno v kapitole číslo 5.1, do doby účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách byl dosavadní systém financování sociálních služeb značně roztříštěný, jelikož některé finanční prostředky plynuly přímo krajům a obcím, další

[67] MPSV. *Finanční toky ve veřejných a soukromých rozpočtech v dlouhodobé péči.* 2011. s. 12-13
[68] § 10 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách
[69] Metodické opatření č. 13/2004 Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR – Koncepce domácí péče.
[70] *Pečovatelská služba v České republice.* Tábor: APSS ČR, 2010. 16-17 s.

přímo poskytovatelům služeb, přičemž tyto poskytovatelé neměli zajištěn rovný přístup k těmto finančním prostředkům. Hlavními zdroji financování služeb byly:[71]

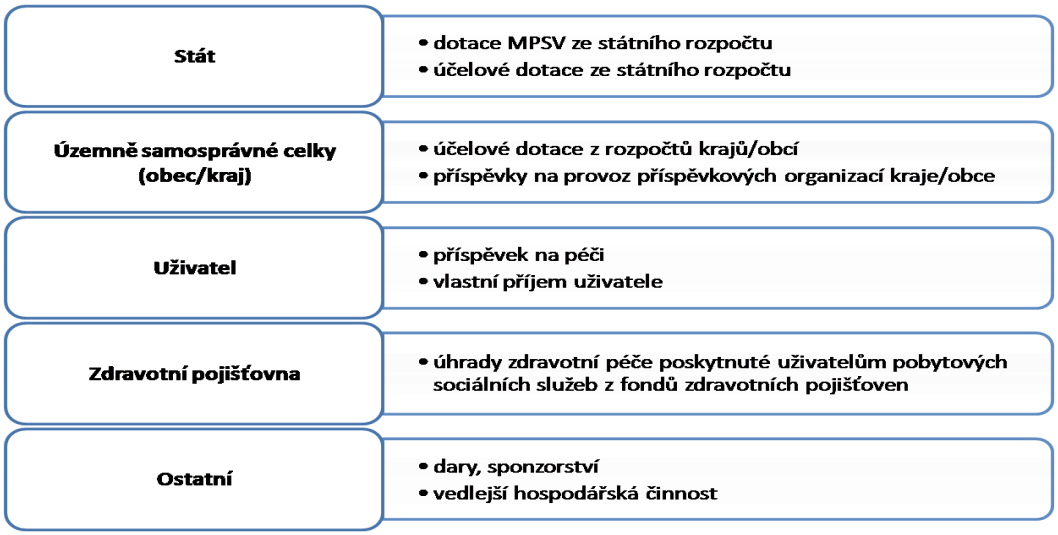
- dotace na lůžko,
- dotace krajům a obcím na výkon zřizovatelských funkcí,
- dotační řízení MPSV v oblasti sociálních služeb,
- příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou a zvýšení důchodu pro bezmocnost
- výdaje ústavů sociální péče zřízených ministerstvem,
- náklady na vybrané typy služeb a příjmy z úhrad,
- příjmy a výdaje krajů a obcí v oblasti sociálních služeb.

S ohledem na roztříštěnost dosavadního systému sociálních služeb byla provedena reforma celého systému poskytování a financování sociálních služeb, která vyústila v přijetí zákona č. 108/2006 Sb., který zásadním způsobem změnil oblast financování sociálních služeb.

Obecně lze říci, že současný systém financování sociálních služeb je založen na ***vícezdrojovém financování***, což znamená, že sociální služby jsou hrazeny z více jednotlivých na sobě nepřímo závislých zdrojů a jednotlivé subjekty systému sociálních služeb na financování těchto služeb participují, přičemž skladba zdrojů financování přímo souvisí s konkrétním druhem sociální služby, tj. zda je služba poskytována bezplatně/za úhradu a podle toho na jaké životní situace se sociální služby zaměřují (poskytnutí služby zahrnuje i ubytování a stravu). Schéma č. 5 představuje základní zdroje financování sociálních služeb a tabulka č. 3 přináší přehled stěžejních právních úprav, které upravují oblast financování sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že se diplomová práce zabývá problematikou financování služeb sociální péče pro seniory, následující kapitoly se budou věnovat jednotlivým zdrojům financování tohoto typu služeb. V porovnání s ostatními základními typy sociálních služeb – *specifickým zdrojem financování služeb sociální péče je úhrada samotného uživatele služby* a dále platby z veřejného zdravotního pojištění při zajištění zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb. Následující schéma č. 6 graficky znázorňuje strukturu financování služeb sociální péče v ČR.

[71] *Důvodová zpráva k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ze dne 14. 3. 2006*. 51-58 s.

Schéma č. 5 Základní zdroje financování sociálních služeb v členění podle subjektu

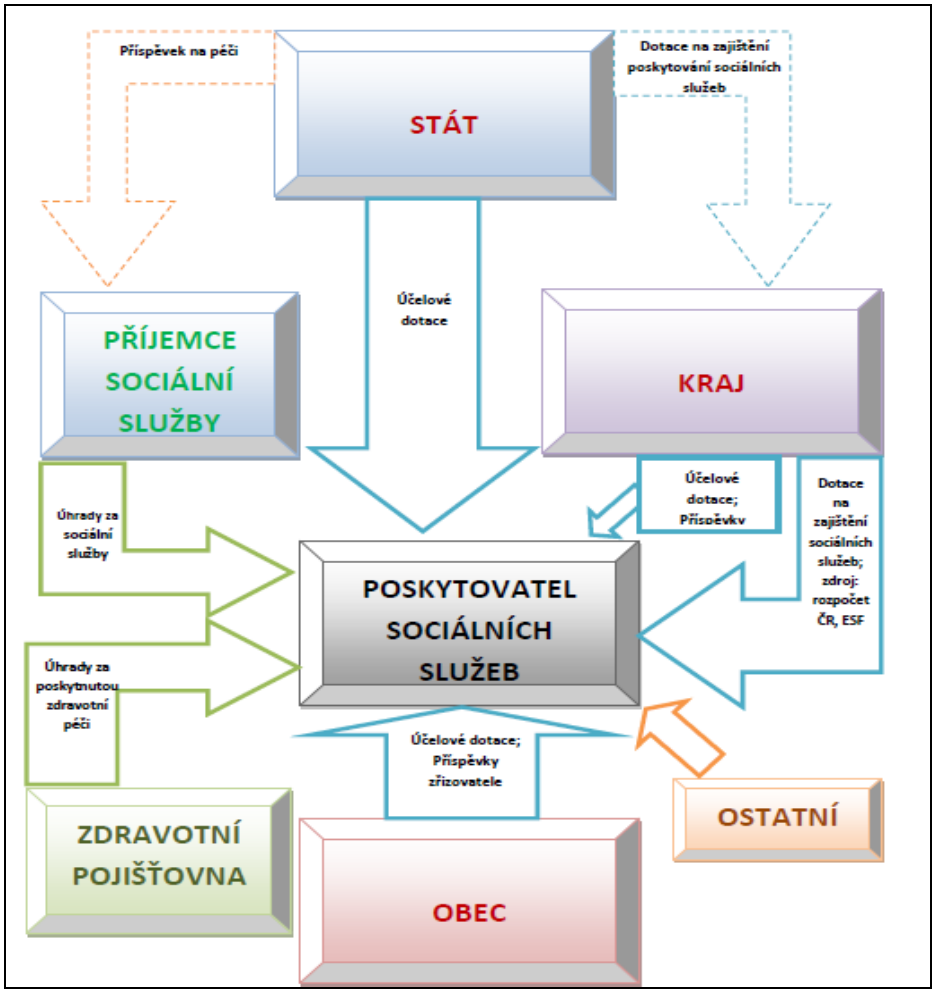


Zdroj: MPSV. *Právní analýza II. Rozbor právního systému České republiky v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k právu Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu.* 20-21 s. Zpracování: Autorka.

Tabulka č. 3 Přehled stěžejních právních úprav pro oblast financování sociálních služeb

• *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* • *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*
• *Zákon č. 218/2000 Sb., rozpočtová pravidla* • *Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů* • *Vyhláška č. 52/2008 Sb., kterou se stanoví zásady a termíny finančního vypořádání vztahů se státním rozpočtem, státními finančními aktivy nebo Národním fondem*
• *Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích* • *Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích* • *Zákon č. 131/2000 Sb., o hlavním městě Praze*
• *Metodika MPSV ČR pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb a posouzení žádostí o dotaci ze státního rozpočtu v oblasti podpory poskytování sociálních služeb*

Schéma č. 6 Současná struktura financování služeb sociální péče v ČR



Zdroj:MPSV. *Právní analýza II. Rozbor právního systému ČR v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu.* 22 s.

5.3.1 Zdroje financování služeb sociální péče

5.3.1.1 Příspěvek na péči

Koncipování a zavedení příspěvku na péči do systému financování sociálních služeb bylo jednou z nejvýznamnějších změn, kterou zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách přinesl do praxe. Příspěvek na péči představuje zcela nový nástroj financování sociálních služeb, jehož účelem je *„přispět osobám, které jsou pro svou nepříznivou sociální situaci závislé na pomoci jiné osoby, na zajištění potřebné pomoci zejména prostřednictvím služeb sociální péče“.*[72] Prostřednictvím tohoto příspěvku se stát spolupodílí na financování zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládání životních potřeb nesoběstačných osob. Jak uvádí Jabůrková (2007:48-49) stát těmto osobám dává možnost volby, jakou pomoc využijí. Buď využijí příspěvek na krytí ušlého zisku pečujících rodinných příslušníků či jiných osoby poskytujících pomoc, anebo na úhradu profesionálních sociálních služeb. Cílem zavedení příspěvku jako nového nástroje financování sociálních služeb bylo zabezpečit svobodnou volbu způsobu zajištění služeb (tj. přechod od pasivního závislého pacientství k aktivnímu klientství) a prostřednictvím příspěvku, určeného na krytí zvýšených nákladů vyvolaných potřebou zvýšené péče, posílit příjem osoby tak, aby si službu mohl koupit a tím se spolupodílet na řešení vlastní sociální situace. Současně se při koncipování příspěvku jako nového nástroje financování potřebné péče předpokládalo, že na úhradě této péče budou využity i jiné zdroje osoby (vlastní příjem/důchod, úspory) či rodinných příslušníků, i další veřejné zdroje (příspěvky zřizovatelů). (Průša 2007a:74-75)

Příspěvek na péči jako účelová sociální dávka je vyplácena přímo osobě závislé na pomoci a určená k zajištění pomoci při zvládání definovaných životních potřeb[73], které osoba v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat, pokud tuto pomoc poskytuje osoba blízká, tzv. asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, speciální zdravotnické zařízení hospicového typu atd. Příspěvek nahradil jiné dávky, a to příspěvek při péči o osobu

[72] Důvodová zpráva k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ze dne 14. 3. 2006. 48 s.

[73] Dle § 9 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby: a) mobilita, b) orientace, c) komunikace, d) stravování, e) oblékání a obouvání, f) tělesná hygiena, g) výkon fyziologické potřeby, h) péče o zdraví, i) osobní aktivity, j) péče o domácnost.
Bližší vymezení schopností zvládat potřeby a způsob jejich hodnocení stanoví Vyhláška č. 505/2006 Sb.
V období let 2007 – 2011 se při posuzování stupně závislosti hodnotilo 18 úkonů péče o vlastní osobu a 18 úkonů soběstačnosti.

blízkou nebo jinou a zvýšení důchodu pro bezmocnost, které bylo vypláceno nesoběstačným osobám současně s dávkami důchodového pojištění.[74] O příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce ČR[75], která vychází z posouzení zdravotního stavu osoby, jejž zpracovává lékařská posudková služba okresní správy sociálního zabezpečení. Náklady na výplatu příspěvku se hradí ze státního rozpočtu. Příspěvek je poskytován ve 4 stupních závislosti a jeho výše je odstupňovaná dle přiznaného stupně závislosti a dle věku. Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné osoby, pokud není schopna zvládat zákonem definovaný počet základních životních potřeb. Z níže uvedené tabulky č. 4 je zřejmé členění jednotlivých stupňů závislosti dle věku, výše příspěvku a definovaný počet nezvládnutých životních potřeb pro přiznání daného stupně závislosti.[76]

Tabulka č. 4 Přehled výše příspěvku na péči

stupeň závislosti	Výše příspěvku na péči (Kč/měsíc)	počet nezvládnutých potřeb pro přiznání příspěvku	Výše příspěvku na péči (Kč/měsíc)	počet nezvládnutých potřeb pro přiznání příspěvku
	pro osobu mladší 18 let*		pro osobu starší 18 let	
I. – lehká závislost	3.000,-	min. 3	800,-	min. 3-4
II. – středně těžká závislost	6.000,-	4-5	4.000,-	5-6
III. – těžká závislost	9.000,-	6-7	8.000,-	7-8
IV. – úplná závislost	12.000,-	8-9	12.000,-	9-10

** Ve výše uvedeném přehledu výše příspěvku na péči pro osoby mladší 18 let nejsou uvedeny další podmínky, při jejichž splnění je příspěvek zvýšen o 2.000,- Kč.*
Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (stav k 1. 1. 2013).
Zpracování: Autorka.

[74] V souvislosti s přechodem na nový systém financování sociálních služeb prostřednictvím příspěvku na péči (dále jen PNP), který nahradil příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou (dále jen POBO) a zvýšení důchodu pro bezmocnost, kdy toto zvýšení pobíralo velké množství osob a jejich nové posouzení zdravotního stavu pro účely překlopení na PNP by nebylo snadné, byla v předmětném zákoně upravena přechodná ustanovení, které obsahovaly opatření týkající se stávajících příjemců zvýšení důchodu pro bezmocnost. Tj. od počátku r. 2007 osoby částečně bezmocné byly považovány za osoby závislé na pomoci jiné osoby v I. stupni, osoby převážně bezmocné ve II. stupni a osoby úplně bezmocné ve III. stupni závislosti. Současně u těchto příjemců zvýšení důchodu, o které pečovala fyzická osoba, jež měla z titulu celodenní péče přiznaný POBO, došlo k navýšení výše PNP, tj. u osob částečně bezmocných starších 80 let, o které se staral příjemce POBO, náležel PNP ve výši podle stupně II. a u osob s převážnou bezmocností za splnění výše uvedené podmínky pečující osoby náležel po dobu 2 let od účinnosti zákona PNP ve výši podle stupně III. (Průša 2007:72-73)
[75] V období r. 2007 do r. 2011 o příspěvku rozhodovaly obce s rozšířenou působností.
[76] § 7-29 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (stav k 1. 1. 2013)

5.3.1.2 Dotace ze státního rozpočtu

Financování sociálních služeb formou dotací ze státního rozpočtu je upraven šestou částí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kdy ze státního rozpočtu jsou poskytovány dotace registrovaným poskytovatelům sociálních služeb (§ 101 a § 104), a dále krajům (§ 102) a obcím s rozšířenou působností (§ 103) k plnění povinností uložených tímto zákonem, (podrobněji tabulka č. 5). V návaznosti na uvedená ustanovení a zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech MPSV vytvořilo *„Metodiku pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb a posouzení žádosti o dotaci ze státního rozpočtu v oblasti podpory poskytování sociálních služeb“*, která upravuje pravidla podmínky pro poskytnutí dotace, postup pro podání žádostí, pravidla posouzení žádostí, hodnocení rozpočtu, hodnocení požadavku na dotaci a stanovení maximální výše dotace. Na realizaci poskytování dotací ze státního rozpočtu – dotační řízení se podílejí vedle zaměstnanců MPSV i zaměstnanci krajských úřadů a MHMP. Celkový objem finančních prostředků určený na podporu sociálních služeb je dán objemem finančních prostředků, které jsou vyčleněny ve státním rozpočtu v kapitole MPSV pro příslušný rok. Obecně se dotace ze státního rozpočtu poskytují k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním základních druhů a forem služeb pro příslušný druh sociální služby, kdy podporovaná sociální služba musí být v souladu se zpracovaným střednědobým *plánem rozvoje sociálních služeb příslušného kraje*[77], tj. potřebnost konkrétní sociální služby je vyjádřena v tomto plánu, výjimku tvoří sociální služby s celostátní působností.[78]

---

[77] *Plán rozvoje sociálních služeb* je výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob žijících na daném území a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů. Obsahem plánu je popis a analýza existujících zdrojů a potřeb osob, analýza ekonomického vyhodnocení, strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb, povinnosti zúčastněných subjektů, způsob sledování a vyhodnocování plnění plánu a způsob, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb. Kraj zpracovává střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a uživateli sociálních služeb.
§ 3 písm. h) a § 95 písm. d) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

[78] Metodika MPSV ČR pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb a posouzení žádostí o dotaci ze státního rozpočtu v oblasti podpory poskytování sociálních služeb. Příloha č. 1 k Příkazu ministra č. 13/2011. 1-2 s.

Specifickými pravidly pro poskytnutí státní dotace podle uvedené metodiky jsou:[79]

- *Na dotaci ze státního rozpočtu není právní nárok*. Dotace jsou poskytovány na základě § 14 zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech.
- O dotaci může žádat pouze *registrovaný poskytovatel sociálních služeb anebo poskytovatel zapsaný v centrálním registru* podáním elektronické žádosti.
- Dotaci lze poskytnout pouze poskytovatelům, kteří nemají závazky po lhůtě platnosti vůči orgánům státní správy, samosprávy a zdravotním pojišťovnám.
- Z dotace *lze hradit pouze tzv. uznatelné náklady/výdaje* (osobní a provozní náklady).
- Dotaci lze *použít v období od 1. 1. do 31. 12. kalendářního roku, na který je dotace poskytnuta.*
- Financování sociálních služeb je více-zdrojové, proto se *při stanovení výše dotace zohledňuje úhrada ze strany uživatele sociálních služeb a výše finančních transferů poskytovaných z rozpočtů samospráv a dalších zdrojů.*

[79] Metodika MPSV ČR pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb a posouzení žádostí o dotaci ze státního rozpočtu v oblasti podpory poskytování sociálních služeb. Příloha č. 1 k Příkazu ministra č. 13/2011. 4-7 s.

Tabulka č. 5 Přehled dotací ze státního rozpočtu na financování sociálních služby[80]

(1) Dotace na financování sociálních služeb místního či regionálního charakteru (program podpory A) - Dotace poskytované k financování sociálních služeb *místního či regionálního charakteru, které jsou v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb příslušného kraje.* - Proces poskytování dotace: poskytovatel sociálních služeb podá *žádost o poskytnutí dotace na příslušném krajském úřadě*, který jeho žádost posoudí na základě věcných a formálních kritérií. Na základě podaných žádostí krajský úřad vypracuje *tzv. souhrnnou žádost o dotaci za příslušný kraj*, kterou předkládá MPSV. Tato souhrnná žádost obsahuje požadovanou výši dotace na příslušný rozpočtový rok, dále zpracovaný střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, jehož součástí je ekonomická analýza v plánu identifikovaných potřeb a jejich finančního zajištění.[81] Výše dotace pro jednotlivé kraje je MPSV stanovena na základě následujících kritérií: a) celkového ročního objemu finančních prostředků rozpočtovaných v závazném ukazateli pro příslušný rozpočtový rok, b) zpracovaného střednědobého plánu rozvoje služeb kraje, c) počtu vyplácených příspěvků a jejich finančního objemu, d) počtu poskytovatelů sociálních služeb zapsaných v registru a jejich kapacit, e) kapacit sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. - Dotace je poskytována *prostřednictvím rozpočtů krajů v rámci přenesené působnosti.*
(2) Účelové dotace ze státního rozpočtu (program podpory B) - Účelové dotace jsou MPSV poskytovány za účelem podpory níže uvedených sociálních služeb či souvisejících činností: *a) na podporu sociálních služeb celostátního či nadregionálního charakteru,* b) *na podporu činností rozvojové povahy,* zejména na vzdělávání pracovníků v sociálních službách, *na podporu kvality sociálních služeb a zpracování střednědobých plánů krajů a obcí* v oblasti sociálních služeb, c) *na mimořádné situace* (živelná pohroma apod.). - Jednotlivé *žádosti jsou předkládány přímo MPSV*.
(3) Dotace krajům a obcím - Dotace poskytována přímo krajům a obcím k plnění povinností stanovených tímto zákonem:[82] a) *kraji* (§ 102 zákona č. 108/2006 Sb.) k zajištění sociálních služeb v případě, že některý poskytovatel ukončil poskytování služeb z důvodu zrušení jeho registrace či pozbytí platnosti a uživatelé těchto služeb, se nacházejí v bezprostředním ohrožení práv a zájmů a nejsou si schopny zajistit následné služby samy. (§ 93 písm. a) Jedná se o *neprůtokovou dotaci poskytovanou na základě rozhodnutí hejtmana*. b) *obci s rozšířenou působností* (§ 103 zákona č. 108/2006 Sb.) k zabezpečení povinnosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností (podle § 92 písm. a) – v případě, kdy osobě nejsou poskytovány sociální služby a jejich neposkytnutí či jiné formy pomoci by ohrozilo její život nebo zdraví. Jedná se o *průtokovou dotaci, určenou pro konkrétní obec, poskytnutou na základě rozhodnutí příslušného kraje prostřednictvím rozpočtu kraje*.

Zpracování: Autorka.

[80] § 101 - § 104 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

[81] MPSV. *Právní analýza II. Rozbor právního systému České republiky v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k právu Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu.* 27-28 s.

[82] Tamtéž 29-30 s.

5.3.1.3 Dotace z rozpočtů územně samosprávných celků

Dalším zdrojem financování sociálních služeb mohou být *účelové dotace poskytované z vlastních rozpočtů obcí a krajů* v souladu se zákonem č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů.[83]

Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích ve svých ustanoveních vymezuje pravomoci rady a zastupitelstva obce ve vztahu k poskytování dotací. Rada a zastupitelstvo obce rozhodují o poskytování dotací, přičemž zastupitelstvo rozhoduje o poskytování dotací přesahujících částku 200.000,- Kč občanským sdružením, humanitárním organizacím a jiným fyzickým nebo právnickým osobám působících mimo jiné i v oblasti sociálních služeb, podpory rodiny, zdravotnictví apod.[84] Taktéž zákon č. 129/2000 Sb., o krajích stanovuje pravomoci rady a zastupitelstva kraje, kdy rada kraje rozhoduje o poskytování dotací výše uvedeným subjektů působícím v oblasti sociálních služeb, zdravotnictví atd., avšak výše dotace pro jeden subjekt nesmí přesáhnout výši 200.000,- Kč, v případě rozhodnutí o poskytnutí vyšší částky je kompetentní zastupitelstvo kraje.[85]

Územně samosprávné celky mohou poskytovat dotace z vlastních rozpočtů subjektům působícím v sociální oblasti v rámci vlastních programů finanční podpory, ale i současně mohou být samy *zřizovateli příspěvkových organizací*, jejichž hlavní činností je poskytování sociálních služeb. Tyto příspěvkové organizace hospodaří s finančními prostředky získanými vlastní činností a finančními prostředky z rozpočtu svého zřizovatele (tj. příspěvek zřizovatele na provoz), taktéž se svěřeným majetkem zřizovatele.[86]

5.3.1.4 Úhrady zdravotních pojišťoven

Při poskytování pobytových služeb v zařízeních sociálních služeb jsou poskytovatelé povinni zajistit zdravotní péči uživatelům těchto služeb. Rozsah a podmínky hrazení této zdravotní péče jsou upraveny zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Úhrady zdravotní pojišťovny jsou přesně danými platbami za poskytnutou zdravotní péči, tj. za úkony[87] ošetřovatelské a rehabilitační zdravotní péče poskytované pojištěncům-uživatelům pobytových sociálních služeb zdravotnickými pracovníky, kteří ve většině případů jsou vlastními zaměstnanci těchto

[83] § 105 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
[84] § 85 písm. c, zákona č. 128/2000 Sb., o obcích
[85] § 59 odst. 2 písm. a, § 36 odst. 1 písm. c, zákona č. 129/2000 Sb., o krajích
[86] § 23-28 zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů

poskytovatelů.[88] Přestože úhrady zdravotních pojišťoven nejsou považovány za součást systému financování sociálních služeb, jsou podstatnou složkou financování poskytované péče[89], zejména pokud zdravotní pojišťovny využívají nedostatečného rozhraní mezi sociální a zdravotní péči, a tuto péči nehradí v plné výši a poskytovatelé jsou nuceni náklady na tuto péči financovat z běžných provozních nákladů. (Průša 2009a:23) V příloze č. 6 je uveden vývoj výdajů zdravotních pojišťoven na ošetřovatelskou zdravotní péči poskytovanou v rámci domácí zdravotní péče, při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních (§52) a v pobytových sociálních zařízeních.

5.3.1.5 Ostatní zdroje financování sociálních služeb

Dále se na financování sociálních služeb podílejí resorty státní správy – resortní ministerstva, Úřad vlády, Úřad pro lidská práva a menšiny; strukturální fondy – v případě sociálních služeb z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, Operačního programu Praha Adaptabilita, Operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost a taktéž se podílí Regionální operační programy aj.

---

[87] Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. § 17 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

[88] § 36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
§ 13 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

[89] MPSV. *Právní analýza II. Rozbor právního systému České republiky v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k právu Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu.* 23 s.

6. Případová studie – financování služeb sociální péče pro seniory

V r. 2007 se v ČR podstatným způsobem změnil systém sociálních služeb, včetně jeho financování a poskytování finanční podpory nesoběstačným osobám. Nový systém financování sociálních služeb – služeb sociální péče je postaven na *vícezdrojovém financování.* Primárními finančními zdroji jsou *platby uživatelů sociálních služeb a dotace ze státního rozpočtu.* Platby samotných uživatelů sociálních služeb jsou významným zdrojem, který zahrnuje platbu za poskytnutou péči (a to nejčastěji s využitím *příspěvku na péči*) a druhou složku platby tvoří částka související s pobytem a stravováním uživatele při poskytování pobytových sociálních služeb. Vedle těchto zdrojů jsou sekundární zdroje financování, kterými jsou *vedlejší hospodářská činnost, příspěvek zřizovatele, dary, příjmy za fakultativní služby, příspěvky a účelové dotace územně samosprávných celků, příjmy z veřejného zdravotního pojištění a další.*

Následující část diplomové práce se zabývá **příčinami problémů financování služeb sociální péče v ČR, pro které je systém financování považován za neefektivní**, a taktéž jsou **reflektovány změny ve způsobu financování služeb sociální péče pro seniory po r. 2007.** Následující část je tedy případovou studií hlavních zdrojů financování služeb sociální péče – zejména příspěvek na péči a dotace ze státního rozpočtu, zpracovanou na základě analýzy příslušných dat, výzkumných zpráv a studií v oblasti financování sociálních služeb a vlastního terénního šetření.

6.1 Analýza datových zdrojů o čerpání a využívání příspěvku na péči

Příspěvek na péči je sociální dávka, která představuje nový nástroj financování sociálních služeb zavedený zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Příspěvek na péči je určen osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který omezuje zvládání základních životních potřeb. Smyslem této dávky je zlepšit kvalitu života těchto osob a zajistit jim větší volnost při rozhodování, jaký druh pomoci a péče zvolí pro zajištění vlastních potřeb.

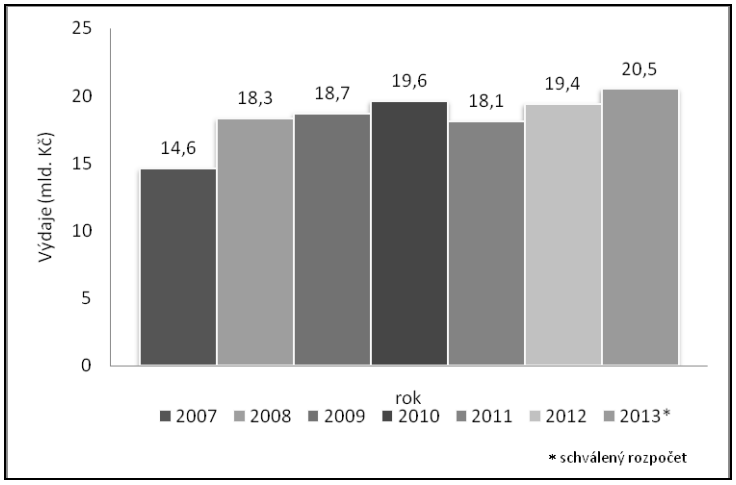
V současné době v systému financování služeb sociální péče pro seniory je příspěvek na péči nejvýznamnějším zdrojem financování těchto služeb, vedle dotací ze státního rozpočtu poskytovaných registrovaným poskytovatelům sociálních služeb. K

zavedení příspěvku na péči do praxe Průša uvádí, že „tato sociální dávka, vyplácená v peněžitém vyjádření, *představuje zcela nový prvek financování sociálních služeb, jehož realizace v praxi významným způsobem limituje efektivnost celého systému financování sociálních služeb*“.[90] Toto tvrzení lze dát do přímé souvislosti se zvyšujícími nároky na státní rozpočet zejména v oblasti výplaty tohoto příspěvku a skutečnost, že značná část vyplaceného příspěvku se dle původních předpokladů nevrací zpět do systému sociálních služeb.

Z analýzy dostupných datových zdrojů k příspěvku na péči vyplývá, že od počátku 90. let se obecně dlouhodobě zvyšují výdaje na sociální služby[91] a od r. 2007 **zavedením příspěvku na péči došlo k velmi výraznému navýšení státních výdajů** na zajištění nového systému sociálních služeb. Graf č. 1 znázorňuje vývoj výdajů státního rozpočtu na výplatu příspěvku na péči za období 2007 – 2013. Z tohoto grafu je zřejmé, že od r. 2007 se každoročně zvyšovaly státní výdaje prostřednictvím výplaty příspěvku na péči. K mírnému poklesu těchto výdajů došlo v r. 2011 v souvislosti s úspornými opatřeními, tj. novelizací zákona č. 108/2006 Sb. byl příspěvek na péči v I. stupni závislosti u příjemců starší 18 let snížen z 2.000 Kč na 800 Kč. Následující tabulka č. 6 zobrazuje strukturu příjemců příspěvku na péči v členění podle stupně příspěvku a formy využití příspěvku v letech 2007 – 2010. K prosinci 2010 příspěvek pobíralo celkem 304.842 osob. Z tohoto celkového počtu tvořilo nejvíce příjemců s I. stupněm závislosti tj. 38%, dále 30% osob s přiznaným II. stupněm, 19,6% se III. stupněm a nejméně osob s přiznaným IV. stupněm závislosti tj. 12,4%. V příloze č. 8 je uveden vývoj výdajů a počtu příspěvků na péči v letech 2007 – 2011.

[90] PRŮŠA, L. Příspěvek na péči – černá díra reformy sociálního systému. *Fórum sociální politiky.* 2009, roč. 3, č. 3/2009. s. 26-29.
[91] Srovnej r. 1992 – 4,4 mld. Kč, r. 1997 – 8,8 mld. Kč, r. 2002 – 14,9 mld. Kč, r. 2006 – 15,9 mld. Kč, r. 2007 – 24,3 mld. Kč z toho příspěvek na péči 14,6 mld. Kč. (Podrobněji příloha č. 7)

Graf č. 1 Přehled celkových výdajů na příspěvek na péči za období 2007 – 2013



Zdroj: *Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2007 – 2011*.
Schválený rozpočet ÚP ČR na r. 2013. [online]. [2013-05-04]. Dostupné z www: <http://portal.mpsv.cz/upcr/gr/rozpocet>.
Zpracování: Autorka.

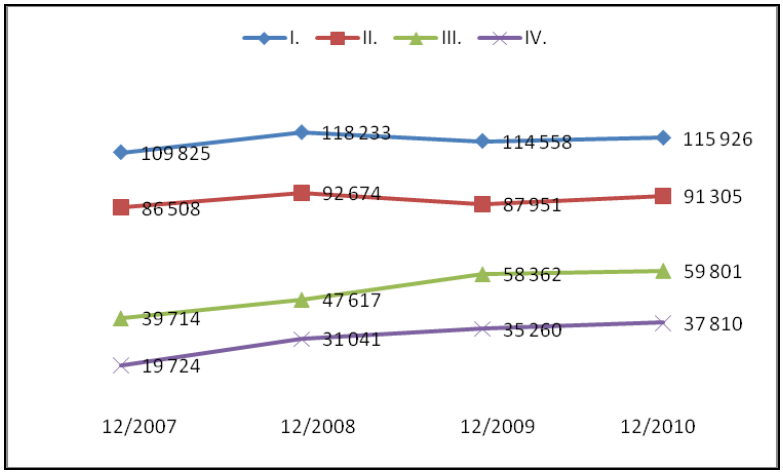
Tabulka č. 6 Struktura příjemců příspěvku na péči v členění podle přiznaného stupně závislosti a formy využití příspěvku na péči v letech 2007 – 2010

Měsíc /Rok	stupeň příspěvku na péči	forma péče			žádný registrovaný poskytovatel	celkem
		pobytové služby	ambulantní služby	terénní služby		
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 2008	I.	13 206	5 595	11 467	87 965	118 233
	II.	15 345	3 526	6 114	67 689	92 674
	III.	10 342	1 578	2 632	33 065	47 617
	IV.	11 470	883	1 476	17 212	31 041
	celkem	**50 363**	**11 582**	**21 689**	**205 931**	**289 565**
Prosinec 2009	I.	11 764	5 617	11 710	85 467	114 558
	II.	15 187	3 651	6 914	62 199	87 951
	III.	12 589	2 070	3 371	40 332	58 362
	IV.	13 277	1037	1 794	19 152	35 260
	celkem	**52 817**	**12 375**	**23 789**	**207 150**	**296 131**
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	1242	2 158	19 891	37 810
	celkem	**55 470**	**13 617**	**25 676**	**210 079**	**304 842**

Zdroj: HORECKÝ, Jiří. *Návrhy na změnu výplaty a použití příspěvku na péči 2012*. 10-11 s. [online]. [cit. 2012-12-27]. Dostupné z www: <www.apsscr.cz/files/files/Prispevek_na_peci_JH_finalup.pdf>.
Zpracování: Autorka.

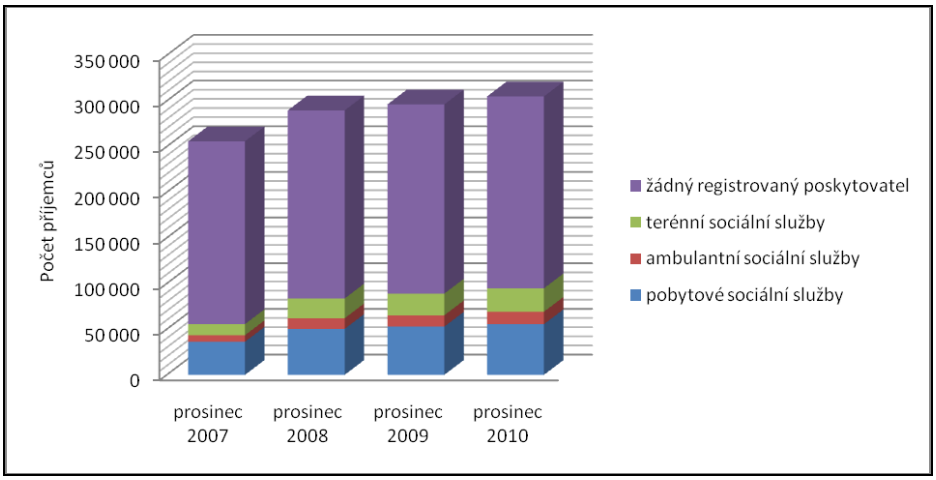
Grafy č. 2 a č. 3 vycházejí z údajů výše uvedené tabulky č. 6 a znázorňují vývoj počtu příjemců příspěvku na péči podle stupně závislosti a strukturu příjemců podle formy využití příspěvku v letech 2007 – 2010. Z grafu č. 2 je patrné, že v období let 2007 až 2010 vzrostl podíl příjemců příspěvku na péči ve III. a IV. stupni závislosti. Naopak pokles počtu příjemců příspěvku v I. a II. stupni závislosti lze zaznamenat mezi roky 2008 a 2010.

Graf č. 2 Vývoj počtu příjemců příspěvku podle přiznaného stupně závislosti



Zpracování: Autorka.

Graf č. 3 Struktura příjemců podle formy využití příspěvku



Zpracování: Autorka.

Z grafu č. 3 je zřejmé, že příjemci tento příspěvek **nejvíce využívají nikoliv na nákup sociálních služeb, ale na zajištění tzv. neformální péče** (tj. prostřednictvím osob blízkých a jiných fyzických osob). Z grafického znázornění údajů o formě využití příspěvku na péči je patrné, že v porovnání mezi prosincem 2007 a 2010 vzrostl podíl

příjemců příspěvku, kteří využívají služby registrovaných poskytovatelů jak v pobytových, tak i terénních a ambulantních sociálních služeb, ale přesto lze konstatovat, že **část finančních prostředků vyplacených jako příspěvek na péči se nevrací do systému registrovaných sociálních služeb,** protože jsou tyto finanční prostředky použity k zajištění pomoci jinou formou péče, než využíváním registrovaných sociálních služeb.

Od účinnosti zákona č. 108/2006 Sb. je vedena odborná diskuze o efektivitě využívání příspěvku na péči na zajištění pomoci, o čem svědčí i skutečnost, že tento zákon byl mnohokrát novelizován. Z dosavadních poznatků o čerpání a využití příspěvku na péči lze **identifikovat níže uvedené příčiny problémů, které ve svém důsledku vedou k tvrzení, že systém financování služeb sociální péče prostřednictvím příspěvku na péči je neefektivní**.

- *„Nenaplnění původních očekávání při zavedení příspěvku na péči do praxe“ a „zvyšující se výdaje ze státního rozpočtu na jeho výplatu“*

Při přípravě návrhu zákona o sociálních službách se předpokládalo, že *„příspěvek na péči bude vyplácen cca 175 tis. osob, celkové náklady na jeho výplatu měly činit cca 8 mld. Kč“*. Avšak jak se po prvním roce fungování systému ukázalo, situace byla zcela jiná. Rozšířil se okruh osob s nárokem na příspěvku na péči, protože o přiznání příspěvku si požádal značný počet osob, které dříve žádnou ze sociálních služeb nevyužívaly, ani nebyly evidovány jako čekatelé na umístění do pobytového zařízení nebo na zavedení pečovatelské služby, ale přičemž tyto osoby splnily podmínky pro jeho přiznání.[92] Taktéž došlo k tomu, že příjemci zvýšení důchodu pro bezmocnost, jimž byl v rámci přijetí přechodných ustanovení zákona č. 108/2006 Sb. automaticky přiznán příspěvek v nejnižším stupni, požádali o zvýšení příspěvku a podmínky pro zvýšení splnili.[93] Vzhledem k těmto skutečnostem se výrazně zvýšil počet příjemců příspěvku (viz tabulka č. 6), čímž se zvýšily i celkové výdaje ze státního rozpočtu na výplatu příspěvku (viz graf č. 1).

---

[92] PRŮŠA, Ladislav. Příspěvek na péči – černá díra reformy sociálního systému. *Fórum sociální politiky.* 2009, roč. 3, č. 3/2009. 27 s.

[93] PRŮŠA, Ladislav. *Příspěvek na péči v letech 2007 – 2010. Relik 2011; Praha, 5. a 6. 12. 2011.* [online]. [cit. 2013-05-16]. Dostupné z www: <http://kdem.vse.cz/resources/relik11/sbornik/download/pdf/196-Prusa-Ladislav-paper.pdf>.

• *„Nevyužívání příspěvku na péči na registrované sociální služby“*

Z dostupných dat (graf č. 3) vyplývá, že od zavedení příspěvku na péči značná část finančních prostředků vyplacených prostřednictvím tohoto příspěvku se nevrací zpět do systému sociálních služeb. V případě, že tyto finanční prostředky jsou příjemcem skutečně použity k zajištění reálné neformální péče (zejména v rámci rodiny), je tento stav žádoucí. V opačném případě, kdy tyto finanční prostředky neslouží k danému účelu, jsou použity jinak, například jako prostředek ke zvýšení vlastní životní úrovně či životní úrovně své rodiny/dětí, dochází k zneužití příspěvku.[94] Průša (2007b:24) k nevyužívání příspěvku uvádí, že na počátku r. 2007 v důsledku nedostatečné informační kampaně ze strany MPSV docházelo k tomu, že řada příjemců přestávala využívat sociální služby, neboť poskytnutí příspěvku chápala jako prostředek ke zvýšení rodinného rozpočtu. MPSV po roční účinnosti zákona využívání příspěvku na péči komentovalo takto: *„příjemci příspěvku na péči v mnoha případech vnímají nesprávně účel dávky a považují jej za odškodnění za jejich zdravotní stav a zvýšení příjmu.* A proto jsou poskytovatelé sociálních služeb *i nadále odkázáni na dotace z veřejných rozpočtů“*.[95] Avšak situace využívání příspěvku na péči ani v následujících letech nezměnila. Z dostupných dat MPSV vyplývá, že k prosinci 2010 u příjemců příspěvku převažovalo zajištění péče prostřednictvím neregistrovaného poskytovatele sociálních služeb.[96] Horecký k problematice využívání příspěvku na úhradu neformální péče uvádí, že *„odhadem se jedná o částku 10-11 mld. Kč, které jsou používány na zajištění neformální péče,* avšak *„u příspěvku na péči, který je vyplácen osobě blízké nebo jiné osobě, lze jen kvalifikovaně odhadnout, jaký objem těchto prostředků je používán jako kompenzace za čas strávený zajištěním potřebné péče a jaká část je používána jako tzv. odškodnění za zhoršený zdravotní stav.“* Tyto odhady se mohou lišit u jednotlivých stupňů, zatímco u příspěvku ve IV. stupni by procento zneužití, tj. využívání příspěvku v rozporu s platnou legislativou, mohlo být mezi 5-15%, naopak u příspěvku v I. stupni lze odhadnout zneužívání v 70-90%.[97] Podle Průši k efektivnosti využívání příspěvku také nepřispívá skutečnost, že příslušníci odboje, kterým jsou podle

[94] MPSV. *Právní analýza II. Rozbor právního systému České republiky v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k právu Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu*. 30 s.
[95] MACELA, M. Diskuze nad novelou zákona o sociálních službách. Deník veřejné správy. [online]. [cit. 2012-02-27]. Dostupné z www: <http://www.dvs.cz/clanek.asp?id=6324060>.
[96] Několik údajů o příspěvku na péči. *Rezidenční péče.* 2011, roč. 7, č. 3.Speciální příloha.
[97] HORECKÝ, Jiří. *Návrhy na změnu výplaty a použití příspěvku na péči 2012*. [online]. [cit. 2012-12-27]. Dostupné z www: <www.apsscr.cz/files/files/Prispevek_na_peci_JH_finalup.pdf>.12 s.

příslušných zákonů poskytovány některé sociální služby bezplatně[98], *„mohou být příjemci příspěvku na péči, čímž dochází v zásadě ke dvojímu plnění jejich nároků, resp. ke zneužívání příspěvku.“*[99]

Skutečnost, že se finanční prostředky v podobě příspěvku na péči nevrací zpět do systému sociálních služeb, vede k **existenčním problémům řady poskytovatelů** sociálních služeb, zejména terénních služeb, a to jak z řad nestátních neziskových organizací, tak i z řad příspěvkových organizací obcí a krajů, které provoz služeb financují ze svých rozpočtů.[100] A následně pak dochází k jejich závislosti na poskytování dotací ze státního rozpočtu a ke zvyšujícím se požadavkům právě na poskytování těchto dotací.[101]

- *„Časté novelizace zákona č. 108/2006 Sb. ve vztahu k úpravám nastavení příspěvku na péči a jeho výplaty s cílem stabilizovat systém financování sociálních služeb“*

Jak již bylo výše zmíněno, zákon č. 108/2006 Sb. byl mnohokrát novelizován. Některými novelizacemi byly do zákona vneseny zásadní změny ve vztahu k příspěvku na péči a ostatní novelizace byly přijaty v souvislosti se změnou jiných zákonů. **N**ovelizace zákona vztahující se právě k úpravě nastavení příspěvku na péči a jeho výplaty se konkrétně týkaly oblasti vymezení nároku a způsobu použití příspěvku, a to s odůvodněním, že aplikace stávajícího znění zákona má především těžké ekonomické dopady na státní rozpočet a navrhované změny mají za cíl efektivně regulovat použití veřejných prostředků v rámci systému sociálních služeb.[102] V tabulce č. 7 je uveden přehled legislativních opatření (významných pro účely diplomové práce) vztahující se k příspěvku na péči a jeho využívání, která byla realizována v zájmu stabilizace systému financování služeb sociální péče.

---

[98] § 75 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

[99] PRŮŠA, Ladislav. Je nový systém financování sociálních služeb pro staré občany efektivní? *Národohospodářský obzor. Ročník IX.* Roč. 9, č. 3/2009. [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z www: < https://is.muni.cz/do/1456/soubory/aktivity/obzor/6182612/9182126/JE_NOVY_SYSTEM.pdf>.148 s.

[100] PRŮŠA, Ladislav. Příspěvek na péči – černá díra reformy sociálního systému. *FÓRUM sociální politiky*. Roč. 3, č. 3. 2009. 28 s.

[101] PRŮŠA, Ladislav. K problematice střetu zájmů při poskytování sociálních služeb. *Fórum sociální politiky*. 2011, roč. 5, č. 2/2011. 19-20 s.

[102] Tj. návrhy novel tohoto zákona byly předkládány s cílem upravit systém sociálních služeb tak, aby byly zohledněny poznatky z praxe a provedených analýz, jež odhalily některé neefektivní a nehospodárné postupy upravené ve stávajícím znění předmětného zákona, a to především v oblasti jasného vymezení nároku a způsobu použití příspěvku na péči, a následně i v oblasti zajištění efektivního způsobu výplaty tohoto příspěvku. *Důvodové zprávy k novelám zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.*

Tabulka č. 7 Přehled legislativních opatření ve vztahu k efektivitě využívání PNP

Příslušná novela zák. č.108/2006 Sb.	Opatření	Popis a účel opatření	Účinnost
Zákon č.206/2009 Sb., kterým se mění zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách a některé další zákony	**Změna podmínek vzniku nároku na PNP – doplněna podmínka péče (§7)**	Nově stanovena další podmínka pro vznik nároku na PNP, který vzniká, pokud potřebnou pomoci poskytuje osoba blízká nebo jiná fyzická osoby, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, popř. hospic. Tj. povinnost uvést kým a jakým způsobem je poskytována pomoc. Účelem této změny mělo být zajištění, že péče bude odpovídajícím způsobem poskytována, čímž dojde k naplnění účelu PNP.	**1. srpna 2009**
	Stanovení kritérií kontroly způsobu využití PNP (§29)	Obsah a rozsah kontroly využívání PNP byl rozšířen a upřesněn tak, aby se zvýšila efektivnost kontroly, tj. zaměření, zda je PNP využíván za účelem péče apod.	
	Zvýšení PNP ve stupni IV	PNP ve stupni IV byl zvýšen z 11.000 Kč na 12.000 Kč měsíčně tak, aby výše PNP odpovídala náročnosti péče.	
	Změna způsobu výplaty PNP ve stupni I pro osoby starší 18 let – zavedení tzv. kombinovaného způsobu výplaty (§18a)	Nově byl zaveden **tzv. kombinovaný způsob výplaty PNP** (vč. výjimek použití tohoto způsobu). Nově příjemci PNP staršímu 18 let ve stupni I se mělo 1.000 Kč vyplácet peněžně a další 1.000 Kč formou poukázky nebo formou elektronického platebního prostředku určeného k úhradě za sociální služby poskytnuté registrovaným poskytovatelem sociálních služeb. Toto opatření bylo zaměřeno na situaci využívání PNP mimo zákonem stanovený účel s cílem podpořit princip „sdílené péče“, tj. sdílení rozsahu péče mezi neformální péčí a poskytovateli sociálních služeb.	**1. ledna 2010**
Zákon č.347/2010 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti MPSV	**Snížení PNP ve stupni I a zrušení tzv. kombinovaného způsobu výplaty (§18a)**	PNP ve stupni I byl snížen z 2.000 Kč na 800 Kč vzhledem k nutnosti snížit schodek státního rozpočtu na r. 2011 a současně k zajištění správného využití PNP s ohledem na odpovídající náročnost a intenzitu péče. Realizací opatření bylo dosaženo úspory ve výdajích státního rozpočtu ve výši cca 1,5 mld. Kč. S ohledem na toto snížení PNP byl zrušen tzv. kombinovaný způsobu výplaty, který měl být zaveden od 1. ledna 2010.	**1. ledna 2011**
	Pozn.: Ústavní soud zákon zrušil uplynutím dne 31. prosince 2011. Navazuje zákon č. 364/2011 Sb., kterým se mění zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti MPSV.		
Zákon č.366/2011 Sb., kterým se mění zákon č.111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, **zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách,** zákon č.117/1995 Sb., o státní sociální podpoře a další související zákony	**Změna působnosti – o PNP rozhoduje a vyplácí ÚP ČR**	K převodu kompetencí v rozhodování a výplaty PNP z obecních úřadů ORP na ÚP ČR došlo v souladu se sjednocením výplatního místa (nepojistných) dávkových agend v rámci Sociální reformy I.	**1. ledna 2012**
	Výplata PNP prostřednictvím „karty sociálních systémů“	Zajištění výplaty PNP prostřednictví karty sociálních systémů, a to využitím platební funkce karty nebo převodem na platební účet anebo v hotovosti. Zavedením této karty se předpokládala úspora provozních nákladů souvisejících s výplatou sociálních dávek.	
	Institut „asistent sociální péče“ (§83)	Byl zaveden institut „asistenta sociální péče“, tj. jiné, než blízké osoby, která není registrovaným poskytovatelem sociálních služeb. Účelem tohoto opatření vymezit vztah poskytování pomoci, vč. rozsahu pomoci a výše úhrady, mezi neformálním pečujícím a příjemcem pomoci.	

Vysvětlivky: PNP – příspěvek na péči. ORP – obec s rozšířenou působností. ÚP – Úřad práce ČR.
Zdroj: *Zákon č. 108/2006 Sb.; Zákon č. 206/2009 Sb.; Zákon č. 347/2011 Sb.; Zákon č. 364/2011 Sb.; Zákon č. 366/2011 Sb. Důvodové zprávy k novelám zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.*
Zpracování: Autorka.

6.2 Analýza datových zdrojů k poskytování dotací z veřejných rozpočtů

Služby sociální péče jsou sociálními službami, které jsou financovány vícezdrojově. Významným finančním zdrojem na zajištění těchto služeb je úhrada od uživatele sociální služby a druhým významným zdrojem jsou finanční prostředky poskytované z veřejných zdrojů, a to zejména **dotace ze státního rozpočtu, dotace z rozpočtů krajů a obcí**. Poskytování dotací ze státního rozpočtu a dotací z rozpočtů krajů a obcí se podrobněji věnovala kapitola 5.3. Následující část této kapitoly se zaměřuje analýzu datových zdrojů k poskytování dotací z veřejných rozpočtů a problémům při poskytování státních dotací na služby sociální péče.

Výdaje na sociální služby, které zahrnují dotace ze státního rozpočtu a ostatních veřejných rozpočtů a výdaje státního rozpočtu na agendu nepojistných dávkových systému (ve vztahu k sociálním službám jde o příspěvek na péči), představují významnou část veškerých výdajů na zajištění veřejných „sociálních“ služeb obyvatelstvu a jejich význam trvale roste. Jak uvádí Potůček, jejich význam stále poroste zejména v souvislosti se stárnutím populace a dalšími sociálními jevy (změny ve struktuře rodiny, nezaměstnaností, zadlužováním domácností a výskytem dalších sociálně patologických jevů).[103]

Jak již bylo výše uvedeno, od počátku 90. let náklady na sociální služby zvyšují (viz příloha č. 7) a rovněž došlo ke změnám v míře participace jednotlivých subjektů na krytí nákladů na sociální služby. K 1. 1. 2003 došlo ve struktuře výdajů na sociální služby k významným změnám v souvislosti s převodem zřizovatelských kompetencí z okresních úřadů na kraje a současně s tímto na krajské úřady přešlo i spolufinancování sociálních služeb. V letech 2003 a 2004 došlo k poklesu celkového objemu výdajů na sociální služby, o čem svědčí skutečnost, že pro jednotlivá krajská zastupitelstva nebyly sociální služby významnou prioritou. K nejvýznamnějšímu nárůstu těchto výdajů došlo v r. 2007 v souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., kdy se zavedením nového systému sociálních služeb finanční vstupy do tohoto systému vzrostly o cca 50% a současně se změnil podíl jednotlivých subjektů na krytí nákladů sociálních služeb.

[103] POTŮČEK, Martin. *Sociální služby – otloukánek politiků a úředníků. Veřejná přednáška, ProAlt. Městská knihovna Praha, 5. března 2012.* [online]. [cit. 2013-03-20]. Dostupné z www: <http://www.martinpotucek.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=190&Itemid=88&lang=cs>.

Podstatným způsobem vzrostl podíl státu i jednotlivých uživatelů na úhradu nákladů poskytnutých sociálních služeb. (Průša 2008:9-11)

V r. 2010 v ČR na zajištění sociálních služeb bylo z různých zdrojů poskytnuto cca 27 mld. Kč. Celkový přehled finančního zajištění sociálních služeb v ČR je přílohou č. 9. Z uvedených dat vyplývá, že nejvýznamnějšími zdroji financování jsou právě *dotace ze státního rozpočtu* (41,76%) a *úhrady od uživatelů* (37,29%). Významný podíl financování představovaly i *příspěvky zřizovatelů – krajů a obcí* (9,74%), *dotace od krajů a obcí* (3,56%). Dalšími zdroji (*fondy zdravotních pojišťoven, strukturální fondy, resorty státní správy, úřady práce aj.*) bylo zajištěno 7,65%. Z tohoto celkového objemu skutečně vynaložených finančních prostředků na zajištění sociálních služeb v r. 2010 byly vynaloženy cca 2/3 na pobytové služby (tj. domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem), a nejvíce financovanou terénní službou byla pečovatelská služba, přestože poskytovatelé provozující tyto služby se potýkají s problémy při finančním zajištění jejich provozu.[104]

Následující tabulka č. 8 znázorňuje podíl jednotlivých zdrojů financování sociálních služeb v ČR v r. 2010 v členění podle základních druhů sociálních služeb. Z těchto dat je patrné, že v r. 2010 se na financování služeb sociální péče, které jsou předmětem této diplomové práce, nejvíce podílely úhrady od uživatelů ve výši 49,13%, dále dotace MPSV tvořily pouze 27,5% z celkového objemu finančních prostředků, následovaly příspěvky zřizovatelů – krajů a obcí ve výši 12,48%, neméně významnou položkou byly také platby z fondů zdravotních pojišťoven ve výši 4,95% a další zdroje.

[104] KOZLOVÁ, Lucie, FRANCOVÁ, Hana, NOVOTNÝ, Aleš, KLUFOVÁ, Renata. *Zpráva o stavu poskytování sociálních služeb v České republice v roce 2010 „Validační studie“. 3. července 2012.* [online]. [cit. 2013-04-04]. Dostupné z www: <http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/02/studie_2010.pdf>. 60-61 s.

Tabulka č. 8 Podíl zdrojů na financování sociálních služeb v r. 2010

Zdroje financování	Celkový součet	Celkem v %	služby sociální péče	služby sociální prevence	služby sociálního poradenství
Dotace MPSV 2010	6 657 714 000	29,27%	27,50%	43,49%	56,03%
Příspěvky od úřadů práce	78 026 989	0,34%	0,25%	1,26%	1,11%
Dotace od obcí	589 966 448	2,59%	1,90%	9,37%	8,86%
Příspěvek zřizovatele - obce	1 647 673 022	7,24%	7,77%	1,70%	3,95%
Příspěvek zřizovatele - kraje	1 019 892 383	4,48%	4,71%	1,47%	5,51%
Úhrady od uživatelů	10 192 162 329	44,81%	49,13%	4,27%	0,67%
Fondy zdravotních pojišťoven	1 023 975 222	4,50%	4,95%	0,26%	0,14%
Resorty státní správy celkem	156 635 999	0,69%	0,06%	7,35%	4,41%
Dotace od krajů	407 849 291	1,79%	0,93%	10,53%	8,31%
Strukturální fondy	112 772 843	0,50%	0,09%	4,73%	2,82%
Jiné zdroje	860 652 008	3,78%	2,71%	15,57%	8,18%
Celkem	**22 747 320 534**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Kromě uvedeného zdroje financování Dotace MPSV 2010, který je údajem o rozhodnuté výši dotací MPSV na poskytování sociálních služeb k 30. 4. 2010, jsou ostatní zdroje pouze uvedeným předpokladem zdrojů financování v roce 2010, který poskytovatelé na základě svých zkušeností uvedli v žádostech o dotaci.

Zdroj: *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči*. Praha: MPSV, 2010

V r. 2012 celkové náklady systému sociálních služeb v ČR činily přibližně 26 mld. Kč, tj. přibližně 0,72 % HDP, podobně jako v r. 2010. Na celkových nákladech se uživatelé sociálních služeb svými úhradami podíleli ve výši 35%, územní samosprávy ve výši 25%, státní rozpočet ve výši 30% a fondy veřejného zdravotního pojištění 3% při souběhu zdravotní a sociální péče v domovech pro seniory apod.[105]

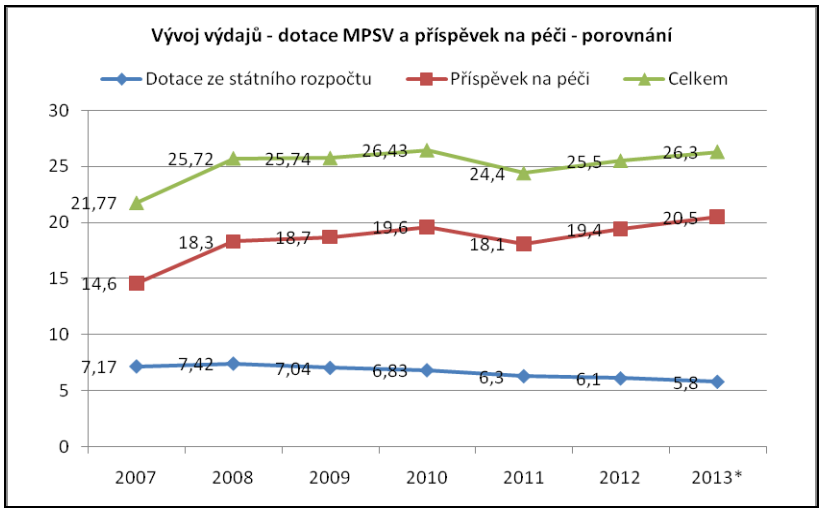
6.2.1 Dotace ze státního rozpočtu

Celkové výdaje na sociální služby se od r. 2007 zvyšují, ale objem dotací ze státního rozpočtu poskytnutých v rámci dotačního řízení MPSV klesá, což je patrné z grafu č. 4, který znázorňuje vývoj celkových výdajů na sociální služby v období 2007 – 2013, tj. objem finančních prostředků poskytnutých formou dotací MPSV má klesající tendenci, přičemž objem vyplaceného příspěvku na péči se zvyšuje. Setrvalý pokles objemu státních dotací je částečně dofinancován ze zdrojů ESF – OP LZZ[106], avšak tento program v r. 2013 skončí. Následující tabulka č. 9 přináší přehled výše dotací poskytnutých v rámci dotačního řízení MPSV na vybrané služby sociální péče pro seniory v letech 2007-2013.

[105] Tisková zpráva MPSV. Setkání na MPSV na téma „aktivní politika zaměstnanosti v sociálních službách.: Praha, 6. května 2013. [online]. [cit. 2013-05-10]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/15174/TZ_setkani.pdf>.

[106] Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost, programové období 2007-2013. http://www.esfcr.cz/07-13/oplzz

Graf č. 4 Vývoj celkových výdajů na sociální služby v letech 2007 – 2013 (porovnání dotace MPSV a PNP)



** výpočet podle schváleného rozpočtu ÚP na r. 2013 a výsledků 1. kola dotačního řízení MPSV v r. 2013*

Zdroj: Tiskové zprávy MPSV. Výsledky dotačního řízení MPSV pro r. 2012 a r. 2013. Zpracování: Autorka.

Tabulka č. 9 Přehled dotací MPSV na vybrané služby sociální péče v letech 2007-2013

Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Dotace MPSV (v mld. Kč)	7,17	7,42	7,04	6,83	6,30	6,10	5,80
z toho vybrané služby sociální péče (v mil. Kč)							
Denní stacionář	194,6	222,4	*(výsledky dotačního řízení MPSV pro r. 2009 nelze třídit a dále zpracovat)*	241,6	229,4	233,7	*služby sociální péče celkem 4,7 mld.*
Domov pro seniory	2 852,7	2 511,9		2 209,6	1 999,8	1 771,2	
Domov se zvláštním režimem	525,5	591,9		628,2	596,8	542,6	
Odlehčovací služby* (terénní i pobytová forma)	62,5	112,8		81,8	75,8	66,6	
Osobní asistence*	89,9	134,4		163,4	167,7	172,3	
Pečovatelská služba	310,5	331,5		458,3	327,4	479,0	
Sociální služby ve zdravotnickém zařízení §52	100,7	88,5		83,7	70,2	59,0	

** do celkové výše poskytnuté dotace pro daný druh sociální služby jsou zahrnuty všechny cílové skupiny uživatelů, kterým je tato služba poskytována*

Zdroj: Vlastní výpočty na základě *výsledků dotačního řízení MPSV v letech 2007-2013*. [online]. Dostupné z www: http://www.mpsv.cz/cs/740.

Podle § 101 zákona č. 108/2006 Sb. jsou dotace ze státního rozpočtu poskytovány registrovaným poskytovatelům v rámci dotačního řízení MPSV. Avšak

z provedené analýzy výsledků dotačního řízení v oblasti služeb sociální péče pro seniory v letech 2007 a 2008 (podrobněji příloha č. 10) vyplývá, že:

- Míra přiznané podpory byla výrazně diferencována podle právní formy poskytovatele. V r. 2007 nejvyšší dotaci v porovnání s výší uplatněných požadavků získaly příspěvkové organizace zřízené kraji a nejnižší vykázaly obchodní společnosti.[107]
- Na jednotlivé druhy služeb sociální péče existovaly značné regionální rozdíly ve výši poskytnuté dotace. Při analýze výsledků byla pozornost věnována hodnocení rozdílů ve výši poskytovaných dotací připadající na jedno lůžko v rezidenčním zařízení sociálních služeb a na základě této analýzy bylo shledáno, že výše dotace na jedno lůžko poskytnutá v jednotlivých krajích skutečně vykazuje diametrální rozdíly.[108]

Uvedené rozdíly lze identifikovat v i v následujících letech 2009 – 2011. Tato zjištění svědčí o tom, že v rámci tohoto dotačního řízení dochází po celou dobu jeho realizace k porušení stanovených principů[109] dotační politiky. Rozdíly ve výši poskytnuté dotace na rezidenční služby poukazují na to, že byl porušen „princip rovných podmínek pro všechny příjemce služeb“, neboť existující rozdíly ve výši poskytnuté dotace mezi jednotlivými kraji (viz tabulka č. 10) se mohou projevovat v rozdílné výši úhrady uživatele při čerpání srovnatelného typu služby. Taktéž došlo k porušení „principu rovných podmínek pro všechny poskytovatele služeb“ vzhledem k tomu, že výše poskytnutých dotací se výrazně liší v závislosti na právní formě poskytovatele. (Víšek, Průša 2012:61-63)

---

[107] PRŮŠA, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty.* 1.vyd. Praha: VÚPSV, 2007.

[108] PRŮŠA, Ladislav. Je nový systém financování sociálních služeb pro staré občany efektivní? *Národohospodářský obzor. Ročník IX.* Roč. 9, č. 3/2009. [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z www: <https://is.muni.cz/do/1456/soubory/aktivity/obzor/6182612/9182126/je_novy_system.pdf>. 148-149 s.

[109] Za základní obecné principy dotační politiky lze považovat ty, které byly deklarovány již koncem 90. let minulého století v souvislosti s upřesněním dotačního řízení MPSV směrem k NNO při poskytování sociálních služeb. Jedná se především o principy: ***(1) princip rovných podmínek pro všechny poskytovatele i příjemce veřejných „sociálních“ služeb;*** (2) princip efektivního vynakládání veřejných prostředků; (3) princip transparentního systému financování a (4) princip stabilního systému financování apod. (Víšek, Průša 2012:61)

V r. 2012 MPSV vytyčilo konkrétně pro dotační řízení poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb r. 2013 několik základních priorit a principů poskytování dotací. Mezi základní principy patří – „***vyloučení střetu zájmu a rovný přístup ke všem poskytovatelům“***. Těchto principů mělo v rámci dotačního řízení dosaženo prostřednictvím *stanovení a zveřejnění exaktního způsobu výpočtu optimálního a reálného návrhu dotace u všech druhů služeb a všech poskytovatelů sociálních služeb v jednotlivých krajích*. Přičemž stanovení kritérií návrhu dotace nemusela být jednotná v rámci celé ČR, protože jednotlivé kraje pracují s různými metodami určení cenových hladin služeb. Krajské úřady byly povinny tato kritéria odeslat zároveň se souhrnnou žádostí o dotaci na MPSV, které tato kritéria následně zveřejní pro zvýšení transparentnosti rozdělování dotací.

Tabulka č. 10 Porovnání výše dotace poskytnuté MPSV v přepočtu na jedno lůžko v domovech pro seniory v letech 2007 - 2010 (v Kč měsíčně)

kraj	r. 2007	r. 2008	r. 2009	r. 2010	2010/2007 (v %)
hl. město Praha	4 444	2 793	2 765	2 867	64,5
Středočeský	6 345	4 290	4 463	4 827	76,1
Jihočeský	5 839	5 363	4 408	5 671	97,1
Plzeňský	9 015	5 324	4 381	5 398	59,9
Karlovarský	5 567	5 178	4 280	6 473	116,3
Ústecký	5 223	4 024	3 647	4 289	82,1
Liberecký	10 131	5 498	4 480	5 822	57,5
Královéhradecký	6 068	5 031	4 716	4 479	73,8
Pardubický	5 421	4 932	5 218	5 614	103,6
Vysočina	6 612	5 339	4 706	5 502	83,2
Jihomoravský	3 588	2 933	3 729	4 269	119,0
Olomoucký	6 051	5 540	4 616	5 732	94,7
Zlínský	7 163	5 454	4 555	5 052	70,5
Moravskoslezský	5 986	4 273	4 606	5 027	84,0
ČR	5 901	4 497	4 281	4 911	83,2

pramen: vlastní zpracování na základě interních údajů MPSV

Zdroj: PRŮŠA, Ladislav. Dotace ze státního rozpočtu jako klíčový důvod stagnace sociálních služeb. *Rezidenční péče.* 2011. Roč. 7, č. 3. 8 s.

6.2.2 Dotace z rozpočtů územně samosprávných celků

Pro zajištění potřeb občanů žijících na daném území obce a kraje jsou důležitým zdrojem finanční prostředky poskytnuté **z rozpočtů územních samosprávných celků**. Níže uvedená tabulka č. 11 znázorňuje vývoj výdajů územně samosprávných celků na sociální služby v letech 2006 – 2009. Z uvedených dat vyplývá, že od r. 2006 celkové výdaje na sociální služby z rozpočtů těchto subjektů mírně zvyšují, tj. v r. 2006 celkové výdaje na sociální služby činily 4,868 mil. Kč (z toho 4,677 mil. Kč služby sociální péče), přičemž v r. 2009 to již bylo přibližně 7,472 mil. Kč (z toho 6,487 mil. Kč služby sociální péče). Tento celkový nárůst výdajů je patrný u všech tří základních typů sociálních služeb, avšak od r. 2007 v souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb. výdaje z rozpočtů obcí klesly zejména u služeb sociální péče (r. 2007 4,2 mil. Kč – r. 2009 3,8 mil. Kč), ale naproti tomu výdaje na tyto služby z rozpočtů krajů se mírně zvýšily (r. 2007 471 tis. Kč – r. 2009 2,676 mil. Kč).

Principy a priority dotačního řízení na podporu poskytování sociálních služeb v roce 2013. MPSV.

Tabulka č. 11 Výdaje územních rozpočtů na sociální služby v letech 2006-2009

Rok	Výdaje územních rozpočtů	Celkem	Obce a DSO	Kraje
2006	Služby sociální péče	4 677 474	4 205 860	471 614
	Služby sociální prevence	182 031	151 225	30 806
	Sociální poradenství	8 226	5 231	2 995
2007	Služby sociální péče	5 597 331	3 737 056	1 860 275
	Služby sociální prevence	493 468	400 874	92 594
	Sociální poradenství	68 974	55 484	13 490
2008	Služby sociální péče	5 803 082	3 703 184	2 099 898
	Služby sociální prevence	537 479	419 017	118 462
	Sociální poradenství	87 819	67 747	20 072
2009	Služby sociální péče	6 487 793	3 809 432	2 676 242
	Služby sociální prevence	914 579	429 614	484 546
	Sociální poradenství	68 939	50 107	18 832

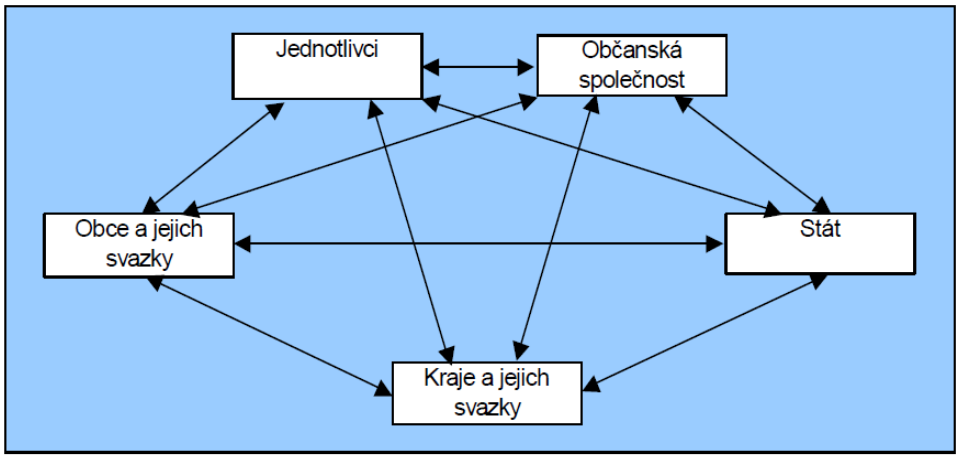
Zdroj: *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči*. Praha: MPSV, 2010

6.3 Aktéři systému financování sociálních služeb

6.3.1 Aktéři odpovědní za sociální služby

Konzultační dokument Bílá kniha v sociálních službách (2003:12,17-18) k sociálním službám uvádí, že mohou být poskytovány efektivně, pouze pokud existuje partnerství – spolupráce mezi všemi sektory společnosti. Do nedávné doby byla veškerá odpovědnost za poskytování sociálních služeb výhradně v kompetenci *státu*, ale v současné době odpovědnost za sociální služby mají i další aktéři, kterými jsou *jednotlivci, obce/komunity, kraje a občanská společnost*. Každý z uvedených aktérů má v systému sociálních služeb svoji roli, definované kompetence a úkoly. Následující schéma č. 7 zobrazuje vztahy mezi jednotlivými aktéry a příloha č. 11 popisuje úkoly těchto aktérů zodpovědných za sociální služby v obecné rovině.

Schéma č. 7 Aktéři zodpovědní za sociální služby (pětistranné partnerství)



Zdroj:*Bílá kniha v sociálních službách* (2003:17)

6.3.2 Klíčoví aktéři financování služeb sociální péče

Hlavními aktéry systému sociálních služeb jsou veřejná správa, poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb. Jednotliví aktéři – *stát, kraje a obce* prostřednictvím dotací a *uživatelé sociálních služeb* formou úhrady nákladů za poskytované sociální služby, se významně podílejí na financování sociálních služeb – služeb sociální péče. Samozřejmě do celého systému vstupují i další aktéři, jejichž roli lze spatřovat v advokační funkci, tj. obhajují zájmy svých členů či různých sociálních skupiny v oblasti poskytování a financování sociálních služeb. Následující podkapitoly se věnují jednotlivým aktérům a jejich kompetencím vztahujícím se k financování sociálních služeb. Na závěr je uvedeno shrnutí kompetencí a rolí těchto aktérů.

6.3.3 Veřejná správa

Nejvýznamnějšími aktéry systému financování sociálních služeb je skupina aktérů obecně označována za „veřejnou správu". Veřejnou správu lze chápat jako správu veřejných záležitostí, jde o *„správní činnost související s poskytováním veřejných služeb, řízením veřejných záležitostí na místní i centrální úrovni a zajišťováním záležitostí ve veřejném zájmu"*.[110] V současné době je veřejná správa členěna z hlediska organizačního do 2 základních subsystémů[111] – státní správa (tj. orgány státu) a samospráva (tj. veřejnoprávní korporace, jako jsou kraje a krajské úřady, obce a obecní úřady, veřejnoprávní fondy, veřejnoprávní oborové a zájmové organizace). (Tomeš 2009:23)

---

[110] *Veřejná správa*. [online]. [cit. 2013-02-03]. Dostupné z www: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ve%C5%99ejn%C3%A1_spr%C3%A1va>.

[111] **Státní správa** je činnost státu prováděná přímo *státními orgány* anebo je její výkon svěřen *jiným orgánům na základě zmocnění*, tj. v rámci přenesené působnosti například na územně samosprávné celky. Státní správa plní 2 základní funkce: (1) aplikace zákonů, rozhodování o právech a povinnostech subjektů při výkonu správy; (2) provádění státní politiky a sledování státních zájmů. **Samospráva** je výkon veřejné správy uskutečňované jinými veřejnoprávními subjekty než státem (přenesená působnost), taktéž představuje způsob řízení určitého celku, kdy daný subjekt rozhoduje o některých záležitostech samostatně (samostatná působnost) v souladu s platnými právními předpisy. Samosprávu vykonávají volení zástupci. Samosprávu lze členit na územní a zájmovou. **Územní samospráva** je prostorově vymezený funkční celek (územní samosprávní celky – obce/kraje), který rozhoduje samostatně o záležitostech na své území. **Zájmová samospráva** představuje právo na samostatné rozhodování o záležitostech svěřených subjektům, které spojuje určitý společný zájem. Tato samospráva zahrnuje zájmové či profesní sdružení osob (např. profesní komory) a jejím úkolem je dát prostor posuzování její odborné úrovně, dohled na dodržování etických principů, provádění disciplinárního řízení.
(Tomeš 2009:25-29)

6.3.3.1 Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (dále jen MPSV) je tedy ústředním orgánem státní správy pro oblast pracovněprávních vztahů a zaměstnanosti, sociálního pojištění, sociální péče/služeb, péče o specifické sociální skupiny obyvatelstva, kteří potřebují zvláštní ochranu a pomoc, a pro další otázky sociální politiky. Konkrétně zajišťuje (mimo jiné) agendu v oblasti sociálních služeb a dotační politiky v oblasti poskytování dotací územně správním celkům, dalších mandatorních výdajů a dotací na sociální služby atd. (Tomeš 2009:90-91) Dalšími podstatnými úkoly ministerstva je předkládat za resort podklady potřebné pro sestavení návrhu státního rozpočtu; vytvářet zákony a jiné právní předpisy; metodiky řídit úřady práce, krajské a kompetentní obecní úřady a orgány činné v oblasti sociálních dávek, sociálních služeb a dávek zaměstnanosti; taktéž řídí zařízení sociální péče zřízená ministerstvem a kontrolovat výkon sociálních služeb v těchto zařízeních. (Tomeš 2009:93-95)

V rámci působnosti v oblasti sociálních služeb je MPSV významným aktérem, který plní funkci **garanta** celého systému sociálních služeb, čím chrání své občany, protože zajišťuje jednotný přístup všech zainteresovaných aktérů k sociálním službám. MPSV určuje a zasahuje do **legislativního rámce poskytování a financování** sociálních služeb, rovněž i **určuje národní standardy** pro poskytování sociálních služeb. Podle § 96 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách **řídí a kontroluje výkon státní správy** v této oblasti. Taktéž by měl **zpracovávat střednědobý národní plán rozvoje** sociálních služeb, a to za účasti krajů, zástupců poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb. Nově podle §96a zákona č. 108/2006 Sb. může být **zřizovatelem zařízení** sociálních služeb ve formě státní příspěvkové organizace. Současně MPSV s dalšími partnery realizuje individuální projekty postihující oblast sociálních služeb, jejich dostupnost, kvalitu a systém kontroly, jejich financování.[112]

Ve vztahu k financování sociálních služeb MPSV **stanovuje pravidla pro financování sociálních služeb**, tj. zákon č. 108/2006 Sb. definuje jednotlivé zdroje financování sociálních služeb – úhrada ze strany uživatele (§ 71), dotace ze státního

rozpočtu (§ 101 a § 104), dotace z rozpočtů krajů a obcí (§ 105) a určuje cenovou politiku sociálních služeb tím, že **reguluje maximální výši úhrady** za poskytnuté služby a související náklady na ubytování a stravy ze strany uživatele (vyhláška č. 505/2006 Sb.). Prostřednictvím **Úřadu práce ČR zajišťuje výplatu příspěvku na péči** osobám závislým na péči, čímž se podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiné formy pomoci těmto osobám, a zároveň se **finančně podílí na provozu** sociálních služeb prostřednictvím poskytování **dotací ze státního rozpočtu na sociální služby**, čímž se role tohoto aktéra stává nezastupitelnou v rámci fungování celého systému financování sociálních služeb. Tedy MPSV disponuje významným nástrojem pro financování služeb, a to **dotační politikou**, prostřednictvím které poskytuje **dotace ze státního rozpočtu** registrovaným poskytovatelům sociálních služeb (§101 a §104), dotace krajům a obcím s rozšířenou působností k zajištění jejich zákonných povinností souvisejících se zajištěním sociálních služeb ve specifických případech (§ 102 a § 103).

Zájmem tohoto aktéra v oblasti financování je zvýšit efektivnost a hospodárnost veřejných prostředků, které směřují do oblasti sociálních služeb a zároveň dlouhodobá ekonomická udržitelnost systému sociálních služeb. Snahou MPSV je změnit systém poskytování dotací ze státního rozpočtu tím, že by byla tato kompetence MPSV převedena do samostatné působnosti jednotlivých krajů ČR, tj. podle § 101a zákona č. 108/2006 Sb., avšak účinnost tohoto paragrafu je stále odkládána.

6.3.3.2 Ministerstvo zdravotnictví ČR

Ministerstvo zdravotnictví ČR je ústředním orgánem státní správy pro oblast zdravotní péče a ochrany zdraví, *„řídí výkon státní správy v ochraně veřejného zdraví a odpovídá za tvorbu a uskutečňování národní politiky na úseku ochrany veřejného zdraví“*.[113] V rámci své působnosti ministerstvo *„zajišťuje a garantuje adekvátní zdravotní péči v celé populaci bez ohledu na sociální, etnická či jiná hlediska, zajišťuje speciální programy zlepšení a posílení zdraví vybraných skupin obyvatel.“* (Tomeš 2009:103-104, 232, 238)

---

[112] *Individuální projekty MPSV: Inovace systému kvality sociálních služeb. Transformace sociálních služeb. Podpora procesů v sociálních službách*. Poslední zmíněný projekt „*Podpora procesů v sociálních službách*“ je zacílen na podporu dostupnosti sociálních služeb vůči jejich uživatelům prostřednictvím efektivního a transparentního prostředí řízení, distribuce a monitoringu finančních prostředků z veřejných rozpočtů do sociálních služeb. Projekt se také zaměřuje na oblast nastavení systému efektivní distribuce finančních prostředků poskytovatelům sociálních služeb. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/cs/9749>.

[113] §80 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů

V oblasti zdravotní péče poskytované v rámci systému sociálních služeb je ministerstvo zdravotnictví významným aktérem, který se podílející na tvorbě právního rámce zdravotní péče a stanovení pravidel financování zdravotní péče, tj. určuje **legislativní rámec poskytování zdravotní péče a stanovuje zákonná pravidla financování zdravotní péče,** kterými zdravotní pojišťovny mají povinnost se řídit, taktéž ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami a profesních sdružení poskytovatelů služeb **stanovuje výši úhrady hrazených služeb ze zdravotního pojištění** atd. (tj. úhradová vyhláška).[114]

6.3.3.3 Úřad práce České republiky

Úřad práce ČR je správním úřadem s celostátní působností, který řídí MPSV a je jeho nadřízeným správním úřadem. V oblasti sociálních služeb Úřad práce ČR vykonává státní správu tím, že prostřednictvím svých krajských poboček[115] **rozhoduje a vyplácí příspěvek na péči**, který je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby při splnění podmínek stanovených zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Krajské pobočky Úřadu práce také mají za úkol **kontrolovat,** zda je vyplácený příspěvek na péči využíván příjemci v souladu s výše uvedeným zákonem, v případě zjištění nedostatků zajištění péče může krajská pobočka výplatu příspěvku zastavit nebo příspěvek odejmut. Dále krajská pobočka Úřadu práce provádí u poskytovatelů **inspekci poskytování sociálních služeb**, jejímž předmětem je kontrola plnění povinností poskytovatelů stanovených výše uvedeným zákonem v ustanoveních § 88 a § 89, a kvality poskytovaných sociálních služeb.[116]

V období od 1. ledna 2007 do 31. prosince 2011 o příspěvku na péči **rozhodovaly obecní úřady obce s rozšířenou působností**, od 1. ledna 2012 byla tato kompetence převedena na Úřad práce ČR v souladu se sjednocením výplatního místa (nepojistných) dávkových agend v rámci Sociální reformy I.[117]

Ve vztahu k zajištění dostupnosti a financování sociálních služeb **Úřad práce ČR** nemá žádné povinnosti uložené zákonem č. 108/2006 Sb., jeho role spočívá pouze **v rozhodování o příspěvku na péči, vyplácení a kontrolování jeho využívání** dle

[114] §17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
[115] §1 - §4 zákona č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky. Tj. krajské pobočky a pobočka pro hlavní město Prahu. Dále jen „krajské pobočky Úřadu práce“.
[116] §7 – §30, § 97 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
[117] http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/2

uvedeného zákona. Ve vztahu k registraci poskytovatelů sociálních služeb vystupuje Úřad práce ČR v kontrolní roli, protože provádí inspekci poskytování sociálních služeb.

6.3.3.4 Kraje a obce

• **Kraje a krajské úřady**

Kraje podle zákona č. 129/2006 Sb., o krajích, jsou územním společenstvím občanů s právem na samosprávu, také jsou veřejnoprávními korporacemi. Kraj pečuje o všestranný rozvoj svého území a potřeby svých občanů. Do samostatné působnosti kraje patří záležitosti v zájmu kraje a jeho občanů, zejména předkládání návrhů zákonů parlamentu a Ústavnímu soudu, vydávání vyhlášek (§ 35); zakládání a zřizování právnických osob a organizačních složek kraje (tj. zřizovatel poskytovatele sociálních služeb, kterému na provoz poskytuje příspěvky z rozpočtu kraje); poskytování dotací právnickým a fyzickým osobám působícím na území kraje v oblasti sociálních služeb, zdravotnictví a dalších oblastech, poskytování dotací obcím z rozpočtu kraje (§ 36).[118]

Zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách byly krajům v samostatné působnosti vymezeny následující kompetence vztahující se k oblasti plánování, zajištění dostupnosti a financování sociálních služeb:

- kraj zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb na svém území (§ 95 písm.a);
- zpracovává střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb (§ 95 písm. d), přičemž by jednotlivé krajské plány měly definovat sítě sociálních služeb tak, aby odpovídaly zjištěným potřebám občanů a zároveň finanční prostředky nezbytné pro zajištění fungování těchto sociálních služeb;
- sleduje a vyhodnocuje plnění plánu rozvoje sociálních služeb za účasti zástupců obcí, poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb (§ 95 písm. e), informuje ministerstvo o plnění plánu rozvoje sociálních služeb (§ 95 písm. f);
- zajišťuje dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb (§ 95 písm. g);
- současně může poskytnout ze svého rozpočtu účelové dotace podle zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů k financování

[118] §1, §14, §35, §36, §59 zákona č. 129/2006 Sb., o krajích

běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb registrovaných poskytovatelů sociálních služeb (§ 105).

Krajský úřad v systému sociálních služeb hraje dvě důležité role. Za prvé je **registrujícím orgánem poskytovatelů** a jejich sociálních služeb. Za druhé se **podílí na realizaci dotačního řízení MPSV** v rámci přenesené působnosti.

Od r. 2007 lze sociální služby poskytovat pouze na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, toto oprávnění vzniká registrací poskytovatele sociálních služeb. Podle § 78 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách o **registraci rozhoduje příslušný krajský úřad** (dále jen KÚ) podle místa trvalého/hlášeného pobytu fyzické osoby nebo sídla právnické osoby, výjimku tvoří zařízení sociálních služeb zřízená MPSV, v tomto případě je registrujícím orgánem ministerstvo. V souvislosti s registrací poskytovatelů KÚ kontroluje plnění podmínek stanovených pro registraci u již registrovaných poskytovatelů sociálních služeb, popřípadě vede řízení o správních deliktech poskytovatelů v rozsahu své působnosti. Postup při této kontrole se řídí zákonem č. 552/1991 Sb., o státní kontrole.[119]

KÚ v přenesené působnosti se **podílí na realizaci dotačního řízení MPSV podle § 101 zákona č. 108/2006 Sb.,** kdy příslušný KÚ přijímá žádosti o dotaci ze státního rozpočtu poskytovatelů sociálních služeb, na jehož území je sociální služba poskytována. Na základě posouzení těchto žádostí KÚ zpracovává tzv. souhrnnou žádost o dotaci, která obsahuje návrh výše dotace na příslušné sociální služby poskytované na území kraje. Poté KÚ tuto žádost předkládá MPSV, kterou následně s ministerstvem projednává, přičemž konečné rozhodnutí o dotaci je pouze v kompetenci MPSV, tj. poskytovatele dotace. Současně se KÚ podílí na finanční kontrole využití dotací poskytnutých ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb.[120] Taktéž KÚ rozesílá splátky dotace jednotlivým poskytovatelům (tj. příjemcům dotace) a provádí finanční vypořádání dotace v souladu s vyhláškou č. 52/2008 Sb., kterou se stanoví zásady a termíny finančního vypořádání vztahů se státním rozpočtem.[121] Podle § 101 odst. 8 výše uvedeného zákona se při poskytování dotací ze státního rozpočtu postupuje tímto způsobem do 31. prosince 2013, poté by

[119] §78 - §84, §82a, §106 - §108 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
[120] §101 odst. 6 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
[121] Metodika Ministerstva práce a sociálních věcí ČR pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb a posouzení žádostí o dotaci ze státního rozpočtu v oblasti podpory poskytování sociálních služeb. Příloha č. 1 k Příkazu ministra č. 13/2011. 1-2 s.

k rozhodování o dotacích ze státního rozpočtu registrovaným poskytovatelům sociálních služeb podle § 101a měly být v samostatné působnosti kompetentní jednotlivé kraje, avšak účinnost tohoto ustanovení je stále odkládána.

- **Obce a obecní úřady**

Podle zákona č. 128/2000 Sb., o obcích, obec tvoří územní celek, který je vymezen hranicí území obce, ale obec není pouze vymezené území, ale především základní samosprávné společenství občanů na tomto území žijící. Toto společenství lze v kontextu sociální politiky a oblasti poskytování sociálních služeb označit komunitou. Obce mají velmi obecně vymezené povinnosti v sociální oblasti v § 35 odst. 2 uvedeného zákona. *„Obec v samostatné působnosti ve svém územním obvodu dále pečuje v souladu s místními předpoklady a s místními zvyklostmi o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů.“* Avšak toto vymezení ve vztahu k sociálním službám nemůže být interpretováno jako uložená povinnost obcí zřizovat sociální služby nebo alespoň se podílet na jejich financování. Přičemž zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve svém ustanovení § 105 definuje další zdroje financování sociálních služeb a to, že obec může poskytnout ze svého rozpočtu účelové dotace k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb poskytovatelům. Obce v rámci samostatné působnosti mohou zakládat a zřizovat právnické osoby a organizační složky obce[122] (tj. zřizovatel poskytovatele sociálních služeb, kterému na provoz poskytuje příspěvky z vlastního rozpočtu). Obce zřizují především terénní sociální služby pro seniory, zejména pečovatelskou službu a rezidenční zařízení sociálních služeb. (Tomeš 2009:111-113)

Obcím v samostatné působnosti (stejně jako krajům) byly zákonem č. 108/2006 Sb. v oblasti sociálních služeb vymezeny následující kompetence:

- obec zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb osobám na svém území (§ 94 písm. a) a dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb na svém území (§ 94 písm. b);
- může zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s krajem, poskytovateli na území obce a za účasti uživatelů sociálních služeb (§ 94 písm. d);

[122] §35a zákona č. 128/2000 Sb., o obcích

- spolupracuje s krajem při přípravě a realizaci střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje a za tímto účelem sděluje příslušnému kraji informace o potřebách poskytování sociálních služeb na území obce a možnostech uspokojování těchto potřeb prostřednictvím sociálních služeb a o jejich dostupných zdrojích (§ 94 písm. e);
- současně může poskytnout ze svého rozpočtu účelové dotace podle zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb registrovaných poskytovatelů sociálních služeb (§ 105).

• **Shrnutí kompetencí krajů a obcí**

Kraje a obce jako součást státu jsou povinny garantovat určitý standard sociálních služeb v rozsahu daném sociální politikou státu. (Tomeš 2009:112) Stěžejní pravomoci a povinnosti krajů a obcí v jejich samostatné i přenesené působnosti jsou konkrétně definovány zákonem č. 108/2006 Sb., a to v oblasti **registrace** poskytovatelů sociálních služeb, **zajištění dostupnosti, plánování** a **financování** sociálních služeb. Kraje a obce jsou **odpovědné za zajištění sociálních služeb** tak, aby odpovídaly zjištěným potřebám občanů a místním podmínkám. Kraje ve vzájemné spolupráci s obcemi a poskytovateli sociálních služeb stanovují a vytvářejí **krajské střednědobé strategie** v oblasti poskytování sociálních služeb a uspokojování potřeb prostřednictvím střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb. Kraje a obce se podílejí na **financování provozu sociálních služeb z titulu zřizovatele** a současně mohou poskytovat účelové dotace dalším poskytovatelům sociálních služeb působících na jejich území v rámci **vlastního dotačního řízení**. Přičemž krajské úřady se **podílejí na realizaci dotačního řízení MPSV**, avšak jejich role spočívá v administraci a zpracování žádostí poskytovatelů o dotace ze státního rozpočtu, zpracování souhrnné žádosti o dotaci za příslušný kraj a posléze jsou v roli distributora finančních prostředků jednotlivým poskytovatelům na základě rozhodnutí MPSV.

6.3.4 Poskytovatelé sociálních služeb

Poskytovatelé sociálních služeb jsou subjekty, které nabízejí a poskytují sociální služby definované zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Podle § 6 tohoto zákona poskytovateli sociálních služeb jsou při splnění zákonných podmínek územní

samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby, ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu, tj. poskytovatelem je fyzická nebo právnická osoba, které bylo vydáno rozhodnutí o registraci podle § 78 a § 79 a dále právnická a fyzická osoba uvedená v § 84 odst. 5, u které se nevyžaduje registrace podle uvedeného zákona. Poskytovatelům je zákonem uložena řada povinností související s poskytováním sociálních služeb. Jednou z těchto povinností je uzavřít s uživatelem smlouvu o způsobu a rozsahu poskytování sociální služby, včetně výše úhrady a způsob jejího placení (§ 91). Poskytovatelé mohou žádat o dotace ze státního rozpočtu, mohou jim být poskytnuty účelové dotace z rozpočtu krajů a obcí, taktéž musí požadovat úhradu nákladů po uživateli terénních a ambulantních sociální služby. V případě poskytování pobytových sociálních služeb náleží poskytovateli úhrada za poskytnutou péči ve výši přiznaného příspěvku na péči a dále náleží úhrada za ubytování a stravu ze strany uživatele (§73).

Registrovaní **poskytovatelé sociálních služeb** jsou důležitými aktéry, protože **vytvářejí síť sociálních služeb a bez nich by systém sociálních služeb nemohl vůbec fungovat.** Hlavním zájmem tohoto aktéra je poskytovat kvalitní sociální služby za předpokladu jejich ekonomické udržitelnosti.

6.3.5 Jednotlivci a neformální poskytovatelé pomoci

Jednotlivci, osoby v nepříznivé sociální situaci, osoby závislé na pomoci druhé fyzické osoby, do systému sociálních služeb vstupují za účelem uspokojení svých potřeb a v tomto systému zastávají několik podstatných rolí.

Za prvé jsou v **roli tzv. rozhodovatele,** protože je pouze na jejich vlastním rozhodnutí, zda využijí registrované sociální služby za cenu určenou poskytovatelem těchto služeb a kterého konkrétního poskytovatele upřednostní (a tedy vstoupí do systému sociálních služeb jako uživatelé placených sociálních služeb) nebo zda využije neformální pomoci ze strany rodiny či jiných fyzických osob. A v neposlední řadě je na jejich rozhodnutí, jakou částku (buď z příspěvku na péči, nebo jiných vlastních finančních zdrojů) použijí k zajištění vlastních potřeb. Jeho hlavním zájmem je uspokojení vlastních potřeb.

Za druhé jsou v **pozici zákazníka,** který si vybírá konkrétní druh sociální služby od konkrétního registrovaného poskytovatele sociálních služeb, čímž se dostává do **role uživatele sociálních služeb**, který však má povinnost **podílet se na úhradě** nákladů.

Uživatelé sociálních služeb se podílejí na úhradě nákladů za poskytnuté služby sociální péče i nad rámec výše přiznaného příspěvku na péči a v případě poskytování pobytových služeb v zařízeních sociální péče má povinnost se podílet také na úhradě nákladů spojených s ubytováním a stravou, přičemž při poskytování pobytových služeb (typu domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem apod.) musí uživateli po úhradě těchto souvisejících nákladů zůstat alespoň 15 % jeho příjmu.[123]

Za třetí jsou tito jednotlivci **v roli příjemců příspěvku na péči**, který je poskytován osobám závislým na pomoci jiné osoby, přičemž příjemci příspěvku jsou povinni využívat k zajištění potřebné pomoci **registrovaným poskytovatelem sociálních služeb**, ale mohou ho také využít k zajištění pomoci ze strany **osob blízkých** – rodinných příslušníků **nebo jiných fyzických osob**[124]. Příjemci tohoto příspěvku nejsou zákonem omezováni ve volbě způsobu pomoci/péče a mohou způsoby péče kombinovat (například využívat neformální rodinou péči nebo současně se službami registrovaného poskytovatele, či využívat služeb více poskytovatelů).[125]

Neformální poskytovatelé pomoci z řad rodinných příslušníků a jiných fyzických osob taktéž v systému sociálních služeb zastávají určitou roli, a to zejména v situacích kdy příjemci příspěvku na péči si dobrovolně zvolí jejich pomoc na místo registrovaných poskytovatelů sociálních služeb. Avšak v některých případech neformální pečující suplují registrované sociální služby, pokud v dané lokalitě tyto sociální služby nejsou dostupné (kapacitní důvody, neexistence registrovaného poskytovatele sociálních služeb).

V neposlední řadě je důležité zmínit, že na úhradě nákladů za sociální služby se také mohou **podílet osoby blízké, popřípadě jiné fyzické osoby nebo právnické osoby**, pokud osoba, které jsou sociální služby poskytovány, nemá vlastní příjem nebo její příjem nepostačuje na úhradu nákladů. Tuto spoluúčast na úhradě nákladů definuje § 71 odst. 3 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

6.3.6 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovna je veřejnoprávní subjekt i finanční instituce, jejímž úkolem je provádět zákonné veřejné zdravotní pojištění, jehož způsob a rozsah je dán platnými

[123] §73 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

[124] V terminologii zákona č 108/2006 Sb. jiná fyzická osoba, poskytující pomoc osobě závislé na pomoci druhé fyzické osoby, je podle §83 označena za asistenta sociální péče, přičemž tato osoba tuto pomoc nesmí vykonávat jako podnikatel podle obchodního zákoníku.

právními předpisy. (Tomeš 2009:240) Zdravotní pojišťovny jsou povinny svým pojištěncům zajistit dostupnost zdravotní péče prostřednictvím smluvních zdravotních poskytovatelů. Podle § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění za účelem zajištění poskytování hrazených služeb pojištěncům uzavírají zdravotní pojišťovny smlouvy s poskytovateli o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb. Přičemž § 17a uvedeného zákona stanovuje, že „za účelem zajištění poskytování ošetřovatelské péče pojištěncům umístěným v pobytovém zařízení sociálních služeb uzavírají příslušné pojišťovny zvláštní smlouvy s poskytovateli sociálních služeb. *Příslušná zdravotní pojišťovna zvláštní smlouvu uzavře, pokud o to poskytovatel sociálních služeb požádá a současně prokáže, že ošetřovatelská péče bude poskytována zdravotnickými pracovníky poskytovatele sociálních služeb, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání.“* V souladu s § 40 odst. 2 uvedené zákona jsou *„zdravotní pojišťovny povinny uhradit poskytovatelům zdravotních služeb, popřípadě jiným subjektům, kteří v souladu s tímto zákonem poskytli hrazené služby pojištěncům, tyto poskytnuté služby ve lhůtách sjednaných ve smlouvě podle § 17 odst. 1.“* Z uvedeného je patrné, že zdravotní pojišťovny hrají v systému financování služeb sociální péče **specifickou roli tím, že podílejí na úhradě zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb** v případech, kdy poskytovatelé sociálních služeb jsou v pozici smluvního poskytovatele zdravotních služeb. Problémová situace nastává, když zdravotní pojišťovny těmto poskytovatelům nehradí poskytnuté zdravotní služby v plné výši a poskytovatelé jsou nuceni tuto péči dofinancovat ze zdrojů určených na provoz sociálních služeb.

6.3.7 Další aktéři

V neposlední řadě je nezbytné zmínit skupinu aktérů, která do systému sociálních služeb vstupuje tím, že se podílí na **formování právního rámce systému** prostřednictvím připomínkování zákonů, vyhlášek a dalších právních předpisů, reflektováním aktuálních problémů v nastavení systému sociálních služeb a podáváním návrhů případných změn, čímž plní **tzv. advokační funkci**, tj. hájí zájmy svých členů (například poskytovatelů sociálních služeb) nebo různých sociálních skupin obyvatelstva (například osoby se zdravotním postižením a senioři). Taktéž tato skupina aktérů zahrnuje **odbornou společnost**, kdy zástupci jednotlivých organizací mohou být

[125] §7, §21, §71 a §83 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

členy různých komisí, expertních a pracovních skupin zabývajících se sociálními službami z různých hledisek. Tímto aktérem je například Asociace poskytovatelů sociálních služeb v České republice a Národní rada osob se zdravotním postižením České republiky

6.3.8 Shrnutí kompetencí a rolí aktérů financování sociálních služeb

V předchozích podkapitolách byli představeni významní aktéři systému financování sociálních služeb. Byly prezentovány jejich základní pravomoci a povinnosti, které jim ukládá zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v oblasti zajištění dostupnosti, plánování a financování sociálních služeb. Je velmi důležité zmínit, že uvedení aktéři nemohou svěřené pravomoci a uložené povinnosti plnit izolovaně, jejich vzájemná spolupráce je nezbytnou podmínkou fungování celého systému sociálních služeb tak, aby bylo naplněno základní poslání sociálních služeb – pomoci osobám v nepříznivé sociální situaci. Následující tabulka č. 12 přináší přehled stěžejních rolí jednotlivých aktérů ve vztahu k financování sociálních služeb – služeb sociální péče pro seniory.

Tabulka č. 12 Analýza aktérů financování služeb sociální péče pro seniory

Aktér	Právní rámec (oblast sociálních služeb)	Kompetence (pravomoci a povinnosti) aktéra ve vztahu k financování sociálních služeb (role aktéra)
Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR	• Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných orgánů státní správy • Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách • Vyhláška č. 505/2006 Sb.	• tvorba a realizace právního rámce poskytování a financování sociálních služeb – **legislativní role, role garanta systému sociálních služeb** • **dotační politika** – dotace ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb (§101 a §104) dotace na agendu příspěvku na péči (§7) – **role poskytovatele dotací ze státního rozpočtu** • **cenová regulace sociálních služeb** (vyhláška č. 505/2006 Sb.) • zpracování národního plánu rozvoje sociálních služeb
Úřad práce ČR – krajské pobočky	• Zákon č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce ČR • Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách • Vyhláška č. 505/2006 Sb.	• rozhodování, vyplácení a kontrola využívání příspěvku na péči – **role: rozhodování o příspěvku na péči** • kontrola kvality poskytování sociálních služeb – **role inspektora**
Ministerstvo zdravotnictví ČR	• Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných orgánů státní správy • Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění • Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví • Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách	• tvorba a realizace právního rámce poskytování a úhrady zdravotní péče – **legislativní role a role garanta systému zdravotní péče** • **stanovení výši úhrady hrazených služeb ze zdravotního pojištění** (úhradová vyhláška) ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami
Kraje a krajské úřady	• Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích • Zákon č.131/2000 Sb., o hlavním městě Praze • Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	• **dotační politika MPSV – role: podílí se na realizaci dotačního řízení MPSV a role distributora finančních prostředků** v rámci tohoto dotačního řízení • **vlastní dotační politika** – účelové dotace poskytovatelům sociálních služeb (§105) – **role poskytovatele dotací z rozpočtu kraje** • **zřizovatelský titul** (např. zařízení sociálních služeb, pečovatelská služba) **– příspěvky na provozu** • registrace poskytovatelů sociálních služeb na území kraje – **role registrujícího orgánů** • role: **střednědobé plánování sociálních služeb na krajské úrovni** ve spolupráci s obcemi, zástupci poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb – definování sítě sociálních služeb a finančních prostředků k zajištění fungování této sítě na krajské úrovni
Obce a obecní úřady	• Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích • Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	• **vlastní dotační politika** – účelové dotace poskytovatelům sociálních služeb (§105) – **role poskytovatele dotací z rozpočtu obce** • zřizovatelský titul (např. zařízení sociálních služeb, pečovatelská služba) – příspěvky na provozu • **role: střednědobé plánování rozvoje sociálních služeb** – obec může zpracovat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb; spolupracuje při tvorbě a realizaci krajského plánu rozvoje sociálních služeb

Aktér	Právní rámec (oblast sociálních služeb)	Kompetence (pravomoci a povinnosti) aktéra ve vztahu k financování sociálních služeb (role aktéra)
Poskytovatelé sociálních služeb	• Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách • Vyhláška č. 505/2006 Sb.	• **povinnost registrace** dle zákona č. 108/2006 Sb. • **role poskytovatelů sociálních služeb – vytváří síť sociálních služeb**
Jednotlivci a neformální poskytovatelé pomoci	• Zákon č. 108/2006 Sb. (v roli příjemce příspěvku na péči a uživatele sociálních služeb) –	**Jednotlivci:** • **role tzv. rozhodovatele** – vlastní rozhodnutí vstup do systému sociálních služeb jako uživatel sociálních služeb či žadatel, posléze příjemce příspěvku na péči • **role příjemců příspěvku na péči** – ve vztahu k využití příspěvku – (rozhodnutí) zajištění potřeb prostřednictvím registrovaného poskytovatele sociálních služeb nebo neformálních poskytovatelů • **role uživatelů sociálních** služeb – úhrada poskytnutých sociálních služeb dle uzavřené smlouvy poskytovatel sociálních služeb-klient **Rodinní příslušníci** (osoby blízké) a **jiné fyzické osoby** (tzv. asistenti sociální péče) • **role neformálních poskytovatelů pomoci příjemcům příspěvku na péči** • **spoluúčast na úhradě nákladů** za sociální služby (uživatel s nedostatečným příjmem)
Zdravotní pojišťovny	Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách	• **role: úhrada zdravotní „ošetřovatelské“ péče poskytnuté v pobytových zařízeních sociálních služeb** • **role: spoluurčují výši úhrady hrazených služeb ze zdravotního pojištění**
Další aktéři – APSS ČR NRZP ČR aj.	–	• **advokační funkce** – obhajoba zájmů svých členů nebo sociálních skupin obyvatelstva • **odborná společnost – garance odbornosti** – spolupráce s orgány veřejné správy při formování systému poskytování a financování sociálních služeb

Zpracování: Autorka.

6.4 Vlastní šetření mezi vybranými aktéry systému financování sociálních služeb

6.4.1 Vlastní terénní šetření – příjemci příspěvku na péči

Cílem realizovaného vlastního terénního šetření mezi příjemci příspěvku na péči z řad seniorů bylo ***zjistit, jakým způsobem příjemci tento příspěvek využívají k zajištění potřebné péče.*** Soubor respondentů tvoří skupina seniorů – příjemců příspěvku na péči, protože senioři jsou nejpočetnější skupinou příjemců a jsou významnými aktéry systému financování služeb sociální péče, jelikož pobírají tento příspěvek a podílejí se na úhradě nákladů za poskytnuté služby.

Pro získání potřebných dat byla zvolena technika kvalitativního dotazování – strukturovaný **rozhovor s otevřenými otázkami**. Za účelem sběru potřebných dat byl předem sestaven seznam otevřených otázek týkající se zkoumané oblasti. První část rozhovoru zahrnovala otázky zaměřené na současné zajištění péče (kdo je poskytovatel péče a v jakém rozsahu péči poskytuje) a druhá část rozhovoru se týkala finančního zajištění poskytnuté péče. Seznam otázek, tj. záznamový arch k rozhovoru je přílohou č. 12 této diplomové práce.

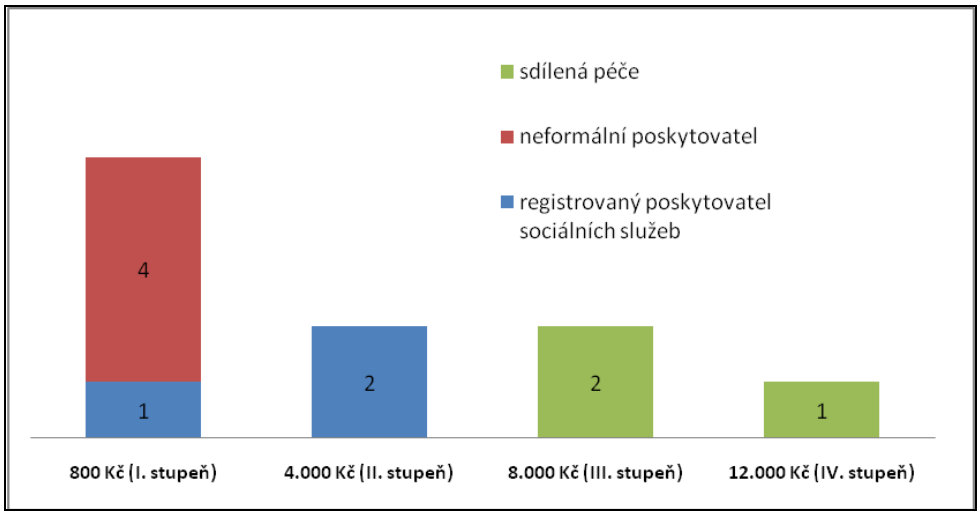
Soubor respondentů tvoří příjemci příspěvku na péči ve věku nad 65 let[126]. Sběr dat probíhal v období od dubna 2012 do července 2012 na území hlavního města Prahy (Praha 2) mezi příjemci příspěvku na péči, kteří žijí v přirozeném prostředí (vlastní domácnosti). Jednotlivé rozhovory byly provedeny přímo s příjemcem příspěvku, kromě jednoho rozhovoru, který byl proveden s příjemcem ve spolupráci s rodinným příslušníkem, který rozhovor doplňoval. Rozhovory trvaly přibližně 30 – 45 minut. Na počátku rozhovoru byli respondenti seznámeni s využitím rozhovoru, tj. získané informace budou využity pouze pro účely diplomové práce, že se nejedná o kontrolu využívání příspěvku.

Celkový počet respondentů byl **10 příjemců příspěvku na péči** ve věku 65 – 97 let, z toho 3 muži a 7 žen. Z tohoto celkového počtu respondentů bylo 5 respondentů příjemcem příspěvku na péči v nejnižším stupni – příspěvek ve výši 800 Kč, 2 respondenti byli příjemci příspěvku ve výši 4.000 Kč, taktéž další 2 respondenti byli příjemci příspěvku ve výši 8.000 Kč a 1 respondent pobíral příspěvek v nejvyšším

[126] Vzhledem k tomu, že pojem „senior“ není právní ani statistickou kategorií, je tento pojem chápán jako sociologická kategorie. Proto pro účely této diplomové práce je *„senior“ definován jako osoba ve věku nad 65 let*. O věku 65 let se hovoří jako o počínajícím stáří a za počátek kalendářního stáří se v hospodářsky vyspělých zemích považuje právě tato věková hranice. (Kalvach, Onderková 2006:9-10)

stupni – příspěvek ve výši 12.000 Kč. Příloha č. 13 přináší základní charakteristiky dotazovaných respondentů a formu péče, včetně určení rozsahu poskytované péče. Graf č. 5 znázorňuje strukturu respondentů podle přiznaného příspěvku a formy péče. Z uvedených dat je patrné, že z hlediska formy poskytované péče v souboru 10 respondentů zejména u příjemců příspěvku ve výši 800 Kč převažuje zajištění péče prostřednictvím neformální péče a se zvyšujícím se stupněm závislosti je využívána tzv. sdílená péče, tj. zajištění péče kombinací neformální péče a registrovaných sociálních služeb.

Graf č. 5 Struktura respondentů podle formy poskytované péče



Zdroj: Vlastní terénní šetření.

6.4.1.1 Poznatky získané ze šetření mezi příjemci příspěvku

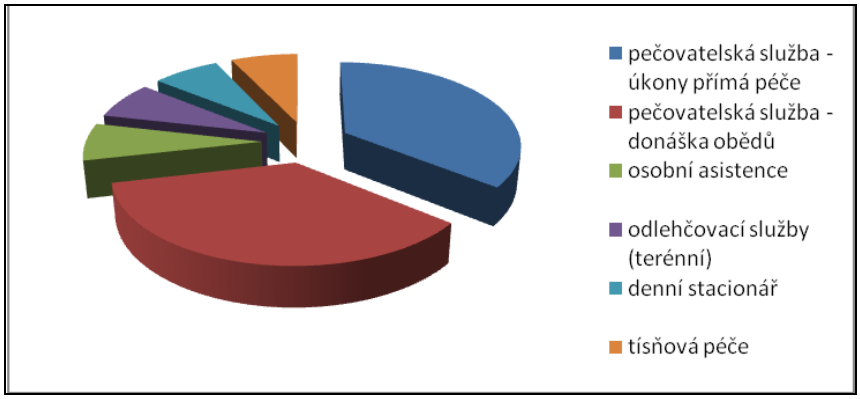
V rámci péče zajištěné pouze prostřednictvím **neformální péče**, zejména ze strany rodiny, respondenti nejčastěji využívají pomoc se zajištěním stravy (vaření), chodu a úklidu domácnosti, nakupováním a obstaráváním osobních záležitostí (vyzvedávání receptů či zajištění dopravy k lékaři, vyřizování úředních záležitostí apod.). V tomto souboru při poskytování neformální péče jsou hlavími pečovateli – manželé (tj. 2x manželka), děti (4x dcera a 2x syn), občasně pravnoučata (1x vnuk). Pouze jeden respondent s přiznaným příspěvkem v I. stupni uvedl, že mu péči poskytuje jiná osoba[127], protože nemá širší rodinu. V rámci profesionální péče **registrovaných poskytovatelů sociálních služeb** respondenti nejčastěji využívají úkony související se

[127] V terminologie zákona č. 108/2006 Sb. je jiná fyzická osoba označena za asistenta sociální péče, který má povinnost s příjemcem péče uzavřít písemnou smlouvu o poskytování služeb.

zajištěním stravy (donáška obědů a nákupy), pomoc s hygienou a oblékáním, pomoc se vstáváním a přesunem z/na lůžko apod. V případě zajištění péče **tzv. sdílenou péčí** lze vysledovat, že neformální pečující zajišťují činnosti související s chodem a vedením domácnosti (nákupy, úklid aj.) a taktéž obstarávání osobních záležitostí, naopak úkony registrovaných sociálních služeb jsou převážně zaměřeny na péči o vlastní osobu respondenta jako pomoc s hygienou a oblékáním, pomoc se vstáváním a přesunem z/na lůžko apod., zajištěním stravy (donáška obědů). Formu sdílené péče využívají celkově 3 respondenti s III. a IV. stupněm závislosti na pomoci.

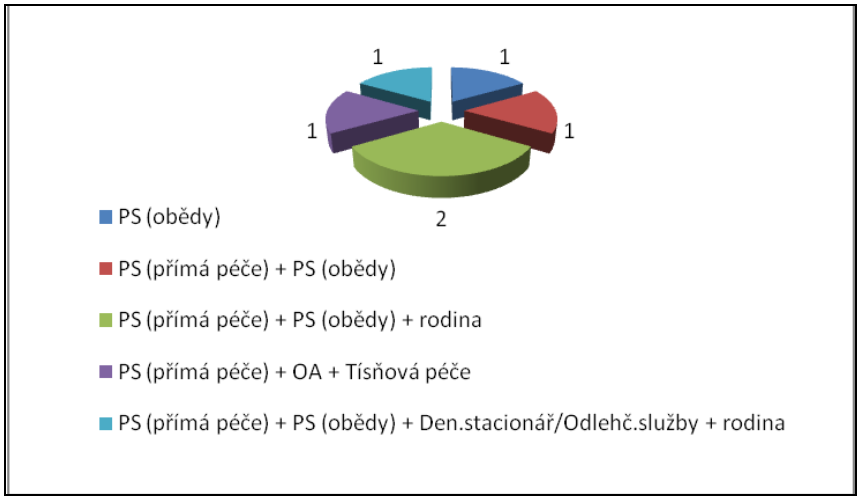
V souboru respondentů, kteří využívají registrované sociální služby (viz graf č. 6), je nejvíce zastoupena **pečovatelská služba**, a to v rozsahu péče od 2,5 hodin 1x za týden až po 3,5 hodin denně 5x týdně a donášky obědů až 7x týdně. Pečovatelskou službu využívá 6 respondentů, z toho 1 respondent využívá pouze donášku obědů. Respondenty jsou využívány i další terénní služby, a to *osobní asistence, tísňová péče, odlehčovací služby* nebo ambulantní služba – *denní stacionář.* Tyto služby jsou využívány v kombinaci s pečovatelskou službou či neformální péčí rodiny (konkrétně graf č. 7).

Graf č. 6 Zastoupení využívaných registrovaných služeb sociální péče



Poznámka: Pečovatelská služba je rozdělena na úkony přímé péče o uživatele a donášku obědů.
Zdroj: Vlastní terénní šetření.

Graf č. 7 Zajištění péče podle druhu registrované služby a další formy péče



Vysvětlivky: PS – pečovatelská služba. OA – osobní asistence. Den. stacionář – denní stacionář. Odlehč. služby – terénní odlehčovací služby.
Zdroj: Vlastní terénní šetření.

V druhé části rozhovoru byly respondentům položeny otázky týkající se finančního zajištění péče, a to jaká je průměrná měsíční výše úhrady poskytnuté péče a z jakých zdrojů respondent tuto péči hradí a další doplňující otázky. **Soubor respondentů lze z hlediska finančního zajištění péče rozdělit na dvě skupiny,** první skupina respondentů má pravidelné měsíční výdaje související s úhradou poskytnuté péče, buď registrovaným poskytovatelem sociálních služeb, nebo jinou fyzickou osobou, naopak druhé skupině péči poskytuje neformální pečující (člen rodiny) a respondenti tuto péči nehradí, popřípadě ji hradí nepravidelně, jak je patrné z citací rozhovorů s jednotlivými respondenty.

„Manželce nic neplatím, máme společné peníze.“ (respondent1)

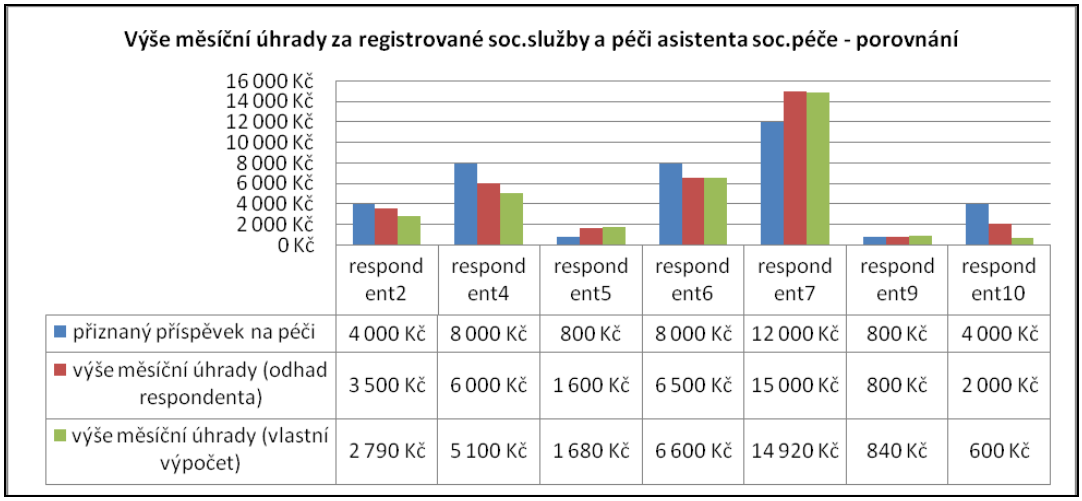
„Máme dva důchody, z toho platíme všechno …“ (respondent3)

„Rodině nic nedávám, nikdy si nic nevzali.“ (respondent4)

„Dcera nic nechce, ale vnukovi dávám, když se mnou jezdí k doktorovi nebo když přijde a něco mi tady opraví…“ (respondent8)

Následující graf č. 8 zahrnuje data týkající se finančního zajištění péče. Uvedená data jsou zpracována na základě respondentem sděleného odhadu výše měsíční úhrady za péči a vlastních výpočtů výdajů na zajištění péče prostřednictvím registrovaného poskytovatele nebo asistenta sociální péče podle sděleného rozsahu péče respondentem. Uvedený graf znázorňuje výši přiznaného příspěvku na péči v porovnání se odhadem výše měsíční úhrady podle respondenta a vlastním výpočtem výdajů na péči.

Graf č. 8 Přehled měsíční úhrady za poskytnutou péči



	respondent2	respondent4	respondent5	respondent6	respondent7	respondent9	respondent10
přiznaný příspěvek na péči	4 000 Kč	8 000 Kč	800 Kč	8 000 Kč	12 000 Kč	800 Kč	4 000 Kč
výše měsíční úhrady (odhad respondenta)	3 500 Kč	6 000 Kč	1 600 Kč	6 500 Kč	15 000 Kč	800 Kč	2 000 Kč
výše měsíční úhrady (vlastní výpočet)	2 790 Kč	5 100 Kč	1 680 Kč	6 600 Kč	14 920 Kč	840 Kč	600 Kč

Poznámka:
Vlastní výpočet výdajů byl proveden na základě uvedeného časového rozsahu péče a ceny za poskytnuté sociální služby konkrétního poskytovatele sociálních služeb, tj. cena pečovatelské služby – 85 Kč/hod za úkony péče a 20 Kč/den za donášku oběda (uvedené ceny jednotlivých úkonů jsou shodné pro všechny poskytovatele sociálních služeb, které poskytují své služby respondentům v tomto souboru); osobní asistence – 100 Kč/hod; terénní odlehčovací služby – 100 Kč/hod; denní stacionář – 100 Kč/hod; tísňová péče – 400 Kč měsíčně. Ceny jsou uvedeny podle platného ceníku konkrétního poskytovatele sociálních služeb (stav k červenci 2012).
Zdroj: Vlastní terénní šetření.

Výše uvedeného **grafu č.** 8 je patrné, že:

- u 4 respondenti (respondent2,4,6,10) je **rozdílná výše průměrné měsíční úhrady za poskytnutou péči podle odhadu respondenta a vlastního výpočtu výdajů.** Tento rozdíl lze vysvětlit tím, že tito respondenti do celkové úhrady zahrnují i cenu samotného obědu (55 Kč) a nikoli pouze cenu úkonů – donáška oběda (20 Kč). V případě pečovatelské služby úkon „poskytnutí stravy“ (tj. samotného oběda) nelze považovat za úkon této služby, protože tento úkon není zahrnut v základních činnostech dané služby. Za úkon pečovatelské služby je považován „dovoz nebo donáška jídla“. Přestože tito respondenti do průměrné výše úhrady za péči zahrnují i výdaje na stravu (oběd), tak i **nevyužívají příspěvek na péči v celé jeho výši na zajištění potřebné péče.** V případě 2 respondentů (respondent4,6) lze se domnívat, že potřebná péče v rozsahu stanoveným stupněm závislosti na péči jiné osoby je doplněna prostřednictvím neformální péče rodiny, kdy tato péče rodiny není hrazena a je vykonávána v rámci tzv. rodinné solidarity. V případě zbývajících respondentů, kteří využívají pouze registrované sociální služby, je situace jiná a lze se domnívat, že **část příspěvku na péči není využívána v souladu s platnou legislativou,** tj. dochází k jeho zneužití.

- 3 respondenti (respondent5,7,9) hradí poskytnuté **registrované sociální služby ve vyšší výši než je výše přiznaného příspěvku,** tj. k úhradě péče využívají i jiné finanční zdroje než příspěvek na péči.

Všichni respondenti se ve svých odpovědích shodují, že poskytnutou péči **hradí z příspěvku na péči, a pokud tato částka nepostačuje, hradí ji z dalších finančních zdrojů**, jako je starobní důchod, úspory (konkrétně respondent5) nebo se na úhradě podílejí ostatní rodinní příslušníci vlastními finančními prostředky (respondent7).

„Z toho příspěvku, než mi ho snížili. Měla jsem ty 2 tisíce. Teď mám 800 korun a doplácím z důchodu. Taky mám nějaké úspory, prodala jsem chalupu po rodičích. Už jsem tam dlouho nejezdila.“ (respondent5)

(doplňuje dcera) „Pokud je maminka doma padne celý příspěvek na služby, někdy i doplácíme. Když je v zařízení na pobytu, většinou na tři týdny, tak doplácíme my.“ (respondent7)

Respondentům, kteří poskytnutou péči nehradí či při její úhradě nevyčerpají celou výši přiznaného příspěvku, byla položena otázka **k dalšímu způsobu využití příspěvku na péči**. Respondenti sdělili, že finanční prostředky z příspěvku, vedle úhrady péče, nejčastěji používají na úhradu léků nebo nákladů spojených s bydlením, dále zajištění dopravy.

„No, léky a bydlení. Máme strašně malé důchody, manželka šla do předčasného, aby o mě mohla pečovat. ... Mám základní důchod. ... mám hodně léků a ty jsou drahé.“ (respondent1)

„Máme dva důchody, z toho platíme všechno. Máme vysoký nájem a taky hodně doplatků za léky. Ty máme oba drahé…. Dáváme 2-3 stovky tomu známému na benzín. “ (respondent3)

„Pak platím léky a věci do domácnosti.“ (respondent6)

„… vnukovi dávám, když se mnou jezdí k doktorovi nebo … něco mi tady opraví.“ (respondent8)

„Platím z toho ty obědy, taky léky a dávám na stranu na nájem.“ (respondent10)

Další doplňující otázka byla zaměřena na **hodnocení výše přiznaného příspěvku na péči**. Přestože někteří respondenti nevyužívají příspěvek jako zdroj úhrady za poskytnutou péči, protože v jejich případě jde o neformální neplacenou péči nebo z jiných důvodů nevyčerpají celou výši měsíčního příspěvku na úhradu péče, **většina (subjektivně) hodnotí výši příspěvku jako nedostačující vzhledem k nízkému důchodu a vysokým doplatkům za léky.** Taktéž někteří respondenti argumentují tím, že **cena za poskytnuté služby je příliš vysoká.** Pouze 2 respondenti uvedli, že výše příspěvku je dostačující s ohledem na aktuální potřebu péče.

„Možná, kdybych měl příspěvek vyšší, tak bychom si najali paní na úklid, aby to nemusela dělat manželka. Myslím si, že ty služby za 85 Kč jsou dost drahé.“ (respondent1)

„Nějak vyjdu. Kdybych měla vyšší příspěvek, mohla by pečovatelka chodit častěji. (respondent2)
„Kdybychom dostávali ty 4 tisíce, tak bychom si objednali ty obědy, aby manželka nemusela tolik vařit.“ (respondent3)
„Kdybych neměl příspěvek v téhle výši, bych nemohl pečovatelku v takovém rozsahu.“(respondent4)
„Přijde mi, že ty služby jsou drahé, 85 Kč za hodinu a co udělá za hodinu, pečovatelka přijde, dám jí seznam s nákupem, vrátí se za půl hodiny, uklidí nákup a je hodina pryč, druhá při úklidu. Prý se budou zdražovat, až na 100 Kč, to bude peněz.“ (respondent5)
(doplňuje dcera) „Ale ty služby se pořád zdražují. Příspěvek máme v té nejvyšší výši. Ale maminka ty služby potřebuje, protože my chodíme do práce. (respondent7)
„… jsem předtím pobírala 2 tisíce, pak to snížili (na 800 Kč), co z toho zaplatím, nic.“ (respondent8)

„Příspěvek je dostačující, pokryji veškeré náklady na péči. V případě, že bych potřebovala víc pomoc, musela bych si požádat o zvýšení.“ (respondent6)
„Takto mi to vyhovuje.“ (respondent10)

Na závěr rozhovoru respondenti, kteří nevyužívající registrované sociální služby, ani v kombinaci s neformální péčí rodiny, byli dotazováni na **jejich důvody preference zajištění péče pouze prostřednictvím neformální péče**. Tito respondenti preferují neformální péči z řad rodinných příslušníků nebo jiné nepříbuzné osoby, protože jim tato forma péče vyhovuje z hlediska potřeby péče a taktéž z důvodu ceny registrovaných sociálních služby. V jednom případě respondent není ochoten akceptovat péči jiné – pro něho cizí osoby (tj. pečovatelky).

„Že by párkrát přišla pečovatelka, a co pak. Stejně by musela nastoupit manželka.“ (respondent1)
„Manželka to zvládá. Chtěli jsme si nechat dovážet obědy, ale je to drahé – 80 korun za oběd a my jsme dva, to by bylo hodně peněz.“ (respondent3)
„Rodina na všechno stačí. Nechci žádnou pečovatelku. Nechci, aby k nám chodil někdo cizí.“ (respondent8)
„Nevím, kdo jiný by se mohl o mě starat. Paní je jako moje vlastní, nikoho už nemám. Děti jsme neměli. Všichni okolo už umřeli.“ (respondent9)

6.4.1.2 Shrnutí poznatků z realizovaného šetření

Z hlediska formy poskytované péče u **příjemců příspěvku na péči v nejnižším stupni závislosti převažuje zajištění péče neformální péčí rodiny a se zvyšujícím se stupně závislosti jsou více využívány registrované sociální služby nebo sdílená péče.** Mezi využívanými registrovanými službami sociální péče je nejvíce zastoupena pečovatelská služba, a to v rozsahu od pravidelné donášky obědů až po přímou péči. Pečovatelská služba je ve většině případů využívána v kombinaci s dalšími službami sociální péče – osobní asistence, denní stacionář, odlehčovací služby (3 respondenti) nebo péčí rodiny (3 respondenti).

Na základě respondenty sděleného odhadu výše jejich měsíční úhrady za péči a vlastních výpočtů výdajů na zajištění péče lze obecně konstatovat, že **respondenti využívají příspěvek na péči na zajištění potřebné péče** o jejich osobu, avšak **4 ze 7**

respondentů podílejících se na úhradě péče tento příspěvek využívají v nižší výši než ve výši přiznaného (vypláceného) příspěvku, a to buď nevyčerpají celou výše tohoto příspěvku na úhradu péče, protože využívají registrované sociální služby v kombinaci s neformální neplacenou péčí rodiny, anebo do celkových výdajů na péči zahrnují i výdaje na stravu při využívání úkonu pečovatelské služby – donáška obědů. U respondentů, kteří **využívají pouze registrované sociální služby a nevyčerpají celou výši příspěvku, lze konstatovat, že tento příspěvek není využíván v souladu s platnou legislativou,** tj. lze říci, že dochází k jeho zneužívání.

Respondenti, kteří poskytnutou péči nehradí či při její úhradě nevyčerpají celou výši přiznaného příspěvku, **hradí z tohoto příspěvku nejčastěji léky, náklady spojené s bydlením nebo dopravou.** Naopak respondenti, kterým příspěvek nepostačuje k celkové úhradě poskytnuté péče, doplácí úhradu péče z dalších finančních zdrojů (starobní důchod, úspory), popřípadě se finančně podílí ostatní rodinní příslušníci.

Většina respondentů (8 z 10 respondentů) hodnotí, že **výše přiznaného příspěvku je nedostačující vzhledem k nízkému důchodu respondenta, popřípadě nízkému příjmu dalšího člena domácnosti, k vysokým doplatkům na léky a také k vysoké ceně sociálních služeb**.

Důvodem pro nevyužívání registrovaných sociálních služeb a preferování zajištění péče prostřednictvím neformální péče (zejména rodiny) je spokojenost s touto formou péče, cena sociálních služeb a neochota akceptovat péči cizí osoby (pečovatelky).

6.4.2 Vlastní šetření – rozhovory s poskytovateli sociálních služeb

Vlastní terénní šetření, rozhovory s poskytovateli sociálních služeb registrovanými podle zákona č. 108/2006 Sb., bylo zaměřeno na oblast financování služeb sociální péče poskytovaných cílové skupině „senioři“. Cílem rozhovorů bylo ***identifikovat oblasti problémů, se kterými se poskytovatelé setkávají při zajištění poskytování sociálních služeb ve vztahu k jejich financování a zjistit, jak hodnotí současné nastavení systému financování sociálních služeb v ČR***.

Pro získání potřebných dat byla použita metoda **rozhovor pomocí návodu-scénáře,** který je přílohou č. 14 této diplomové práce. Každý rozhovor byl uveden krátkým představením diplomové práce a cíle rozhovoru, ze strany dotazovaného poskytovatele krátkým představením poskytovaných služeb sociální péče pro seniory a dalších doplňkových služeb. Dále následoval samotný rozhovor na dané téma. Rozhovor byl částečně řízení podle předem připraveného návodu/scénáře s připravenými otázkami a taktéž byly pokládány doplňující otázky.

Soubor respondentů tvoří **4 různí poskytovatelé služeb sociální péče pro seniory, kteří tyto služby poskytují na území hlavního města Prahy.** Celkem bylo osloveno 7 poskytovatelů sociálních služeb pro seniory působících na území hlavního města Prahy, ale s poskytnutím rozhovoru souhlasili 4 poskytovatelé. Mezi těmito dotazovanými poskytovateli byla 1x příspěvková organizace městské části *(označení poskytovatel1)* a dále nestátní neziskové organizace v zastoupení 1x církevní organizace *(poskytovatel2)*, 1x občanské sdružení *(poskytovatel3)* a 1x obecně prospěšná společnost *(poskytovatel4)*. Dotazovaní poskytovatelé poskytují všechny formy služeb sociální péče – terénní, ambulantní i pobytové služby, a to konkrétně tyto druhy – pečovatelská služba, osobní asistence, denní stacionář, odlehčovací služby, domov pro seniory a sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení (§ 52). Dvě z dotazovaných organizací, kromě registrovaných sociálních služeb, nabízejí zdravotní služby – domácí zdravotní péči, hospicovou péči, zdravotní pobyty v rámci zdravotnického zařízení (LDN). V příloze č. 15 je uveden přehled základních charakteristik dotazovaných poskytovatelů.

Sběr dat byl realizován v období od dubna 2012 do srpna 2012 na území hlavního města Prahy. Jednotlivé rozhovory trvaly přibližně 25 – 50 minut a byly se souhlasem dotazovaného poskytovatele nahrávány na mp3 přehrávač. V případě

jednoho rozhovoru oslovený poskytovatel z důvodu velké pracovní vytíženosti odpověděl na zaslané otázky písemnou formou a až následně byl proveden krátký osobní rozhovor, kde byly položeny doplňující otázky pro objasnění písemného vyjádření. Tento rozhovor nebyl nahráván.

Z nahraných rozhovorů s dotazovanými poskytovateli byly vytvořeny přepisy vybraných částí rozhovorů. Následně tyto přepisy a písemné vyjádření poskytovatele, včetně poznámek z osobního rozhovory, byly analyzovány pomocí kódování, tj. systematickým prohledáváním dat s cílem nalézt pravidelnosti a klasifikovat jejich jednotlivé části, přičemž výsledky této analýzy jsou interpretovány jako jeden celek (Hendl 2008:226, 246-248).

6.4.2.1 Vyhodnocení rozhovorů s poskytovateli služeb sociální péče

V následující části diplomové práce jsou prezentovány data zjištěná prostřednictvím rozhovorů se zástupci poskytovatelů výše uvedených služeb sociální péče pro seniory. Získaná data reflektují situaci financování sociálních služeb z pohledu konkrétní organizace, tj. jde tedy o individuální pohledy těchto **zástupců k finančnímu zajištění provozu poskytovaných sociálních služeb**, přičemž je nezbytné poznamenat, že tito poskytovatelé neposkytují zcela identické druhy služeb a nejsou organizacemi stejné právní formy, proto získaná data nejsou srovnávána.

Po úvodním představení byly poskytovatelům položeny otázky týkající se financování poskytovaných služeb sociální péče pro seniory – *z jakých finančních zdrojů jsou tyto služby financovány a v jakém poměru jsou tyto zdroje; s jakými problémy při finančním zajištění se poskytovatelé setkávají a jak hodnotí současné nastavení systému financování sociálních služeb v ČR.*

Všichni poskytovatelé uvedli, že velký podíl finančních prostředků na zajištění provozu sociálních služeb tvoří **úhrady od uživatelů**, dále finanční prostředky získané formou **dotací z MPSV** (viz příloha č. 16), popřípadě z **MHMP a některých městských částí.** V případě příspěvkové organizace *(poskytovatel1)* jde také o **příspěvek zřizovatele**, který se ve více než z 50% podílí na financování provozu sociálních služeb. Jako další zdroj finančních prostředků dále poskytovatelé zmiňovali **sponzorské dary**.

„Úhrady od klientů jsou tak 30%-40% možná, ono taky rok od roku, když dostaneme dotaci, tak se to upraví poměrem, ale když nedostaneme dotaci, tak ten zbytek musí dotáhnout klienti.“ (poskytovatel1)

„Takže ten rozdíl mezi tou 100 korunou, kterou dostaneme od toho klienta, tak těch zbylých dofinancuje stát, ať už prostřednictvím MPSV nebo to co oni rozdělí na ty jednotlivé městské části. Menší část je financovaná od klientů, větší část je financována od těch jednotlivých zdrojů.“ (poskytovatel3)

„Když odhlédneme od darů, které nutně potřebujeme, abychom zvládli provoz, …“ (poskytovatel2)

„… na hodinu osobní asistence potřebujeme 100 korun od klienta a 200 korun od státu.“ „Máme čtyři poměrně velké sponzory, zajímají se o naší práci … bez nich by to nešlo.“ (poskytovatel4)

Mezi nejčastěji zmiňovanými problémy, se kterými se dotazovaní poskytovatelé setkávají při finančním zajištění služeb, byl zmiňován ***nedostatek finančních prostředků na zajištění provozu sociálních služeb,*** a to v souvislosti s **nemožností rozšířit kapacitu nabízených služeb** s ohledem na pořadníky zájemců o poskytnutí dané služby (zejména pobytového charakteru); **nezbytným zdražováním ceny služby; navýšením provozních nákladů** (vysoké náklady na energie a vyšší počet personálu přítomného na směně) **z důvodu provozování tohoto zařízení v nevhodných prostorách;** případným **omezením poskytování sociálních služeb ke konci kalendářního roku**; **nízkým platovým ohodnocením pracovníků v přímé péči** (v uváděném případě – osobních asistentů).

„Navíc máme pořadníky, kdybychom měli peníze tak, rozšíříme … nicméně populace stárne a tudíž bylo by potřeba rozšiřovat, ale vzhledem k financím to vypadá, že budeme muset redukovat.“ „… nicméně v plánu je od 1. 1. 2013, budeme zdražovat. Ale to je v souvislosti s navyšováním cen.“ (poskytovatel1)

„… naprostá většina asistentek bere 100 korun na hodinu, což v skutku není mnoho na celkovém platu, protože je to poměrně náročná služba.“… „V případě, že zájem o osobní asistenci v Praze bude takto pokračovat, tak nám tato částka nebude postačovat a budeme muset ke konci roku snižovat počty klientů, čili nevyhovíme všem klientům.“ (poskytovatel4)

V souvislosti se zmiňovaným nedostatkem finančních prostředků dále poskytovatelé upozorňovali na skutečnost, že **dotace ze státního rozpočtu** (přestože jsou významným zdrojem financování vedle úhrad od uživatelů) **nepokryjí potřebnou část nákladů na sociální služby**, a proto poskytovatelé musí hledat a využívat **další finanční zdroje i z jiných než veřejných rozpočtů,** tj. sponzorské dary a veřejné sbírky. Avšak jeden poskytovatel podotkl, že přijmutí sponzorských darů se sebou nese určité požadavky ze strany sponzorů.

„Dotace v souhrnu nepokryjí potřebnou část nákladů – z aktuálního přehledu vidím, že nám na lůžko a den pro klienta na sociálním odlehčovacím pobytu chybí 400,-Kč, stejně tak na lůžku sociálně-zdravotním!!! Tam jsou dotace ještě nižší. Je to absolutně nejméně výhodné lůžko. Když odhlédneme od darů, které nutně potřebujeme, abychom zvládli provoz, máme provoz sociálně-zdravotních lůžek pokryt zdroji z rozpočtu pouze 66, 73%, provoz odlehčovacích sociálních pobytů pouze ze 70,12%. Na rok 2012 nám chybí k dofinancování těchto dvou služeb přes 2 miliony Kč.“ (poskytovatel2)

„Dotační zdroje v žádném případě nepokryjí tu činnost, musí být dofinancována na straně jedné a na straně druhé ale ti velcí donátoři,… sponzoři, vyžadují, abychom prokázaly, že jsme dotováni státem a

samozřejmě k tomu přichází, že jsme auditováni výsledky účetnictví, ale i využití dotací a darů je kontrolováno nezávislým auditorem. … sponzoři naši vyžadují, abychom měli audit, aby měli jistotu, že jejich peníze nejsou použity k jinému účelu."(poskytovatel4)

Taktéž podle poskytovatele pobytových odlehčovacích služeb finanční problémy organizace také souvisí s nestabilním zdravotním stavem uživatelů služeb, kteří v důsledku hospitalizací nevyužívají v plném rozsahu sociální služby daného zařízení, přičemž zařízení tomuto uživateli drží „lůžko" za rezervační poplatek při jeho hospitalizaci.

„… V důsledku to může znamenat časté hospitalizace, překládání seniorů do jiného typu zařízení, jestliže při těchto změnách drží odlehčovací služby seniorovi místo, prohlubují finanční ztrátu zařízení. Přitom finanční problémy i pro seniora samotného – v nemocnici platí regulační poplatek, v sociálním zařízení platí rezervační poplatek – a dokud není trvale umístěn v domově pro seniory, platí nájem." (poskytovatel2)

Následně se poskytovatelé vyjadřovali k problémům financování konkrétněji, a to zejména ve **vztahu k poskytování dotací MPSV, také poukazovali na problematické oblasti samotného procesu dotačního řízení MPSV** a současně se i **vyjadřovali k celkovému nastavení systému financování sociálních služeb v ČR**.

Jeden z poskytovatelů jako problematické vidí to, že některé jejich organizací poskytované sociální služby nejsou dlouhodobě **finančně podporovány v rámci dotačního řízení MPSV**, přestože tyto služby jsou poskytovány poměrně velkému počtu uživatelů nebo jsou **podporovány nepravidelně**, což je patrné z přílohy č. 16. Poskytovatel dále uvedl, že vzhledem k těmto skutečnostem musí být poskytované sociální služby z velké části dofinancovány z příspěvku zřizovatele, a díky tomuto příspěvku jejich organizace se nepotýká s existenčními problémy.

„Na příští rok (2013) ten rozpočet nevypadá vůbec pěkně. Dotaci jsme letos (2012´) obdrželi na pobytové služby z MPSV, nicméně předešlý rok (2011) ne, na příští rok (2013) to taky vypadá bídně. Na terénní služby, na pečovatelskou služba nedostáváme vůbec. Kryjeme to z příspěvku zřizovatele a úhrad klientů a tam je ten příspěvek zřizovatele daleko větší. … existenční problémy zatím nemáme. Ale je to díky tomu, že nás dotuje zřizovatel." (poskytovatel1)

Další dva poskytovatelé kritizovali **rozdílné výše poskytnutých státních dotací při poskytovaní srovnatelných druhů sociálních služeb**. Tito poskytovatelé hodnotí rozdělování dotací jako nespravedlivé a argumentují tím, že některým poskytovatelům osobní asistence, kteří vykazují nižší počet hodin poskytnutých sociálních služeb, popřípadě mají vyšší cenu služby, je v rámci dotačního řízení poskytnuta mnohonásobně vyšší dotace.

„Vím, že existují organizace, které odvádějí ani ne polovinu služeb a dostávají více než dvojnásobnou dotaci. … a považuji to za hluboce nespravedlivé.“ (poskytovatel4)

„Většina organizací, se kterými se utkáváme na poli nejenom poli osobní asistence, má tu cenu mnohonásobně vyšší jako například příspěvkové organizace, které čerpají dotace mnohonásobně vyšší, přestože vykazují nižší počet hodin.“ (poskytovatel3)

S tímto přímo souvisí i **negativní postoj některých poskytovatelů k principům hodnocení žádostí o dotaci na poskytování sociálních služeb** v rámci dotačního řízení MPSV. Jeden poskytovatel osobní asistence poukazoval na to, že **údaje uváděné do žádostí o státní dotaci nemohou poskytovat objektivní pohled na poskytnutou péči v předchozím roce a cenu, za kterou byly služby poskytovány,** přičemž na základě těchto dat nemohou být ani objektivně porovnány ceny, za nichž jsou stejné druhy služeb sociální péče poskytovány.

„Žádost o dotaci neposkytuje skutečnost poskytnuté péče v roce předchozím a navíc neposkytuje objektivní porovnání ceny jednotlivých služeb. … Já osobně si myslím, že by MPSV, že by měla být vyhlášena nějaká průměrná cena jedné hodiny osobní asistence a potom by se výše dotace měla odvíjet od této průměrné ceny. A ty co mají ceny vyšší, buď se jim podaří cenu snížit, nebo zaniknou. A ty co mají cenu nižší tak budou moci službu rozšířit.“ „Můj osobní názor je, že by se dotace měly poslat například podle počet hodin osobní asistence udělaných v předchozím roce.“ (poskytovatel4)

Naopak druhý poskytovatel osobní asistence, který při poskytování této služby nemá přesně stanovenou kapacitu sociální služby (tj. kapacita služby je dána počtem reálně odsloužených hodin, což v souhrnu je přibližně až 7tisíc asistenčních hodin měsíčně) upozorňoval na **problém reálného odhadu počtu hodin přímé péče v následujícím roce,** který musí být uváděn do žádosti o dotaci a má přímý vliv na posouzení žádosti a stanovení návrhu výše státní dotace. Problém reálného odhadu péče poskytovatel zdůvodnil tím, že pokud do žádosti bude uveden nižší počet hodin asistenčních služeb, než bude skutečně poskytnut, **každá hodina poskytnutá nad uvedený počet bude pro organizaci ztrátová.** Na druhou stranu tento poskytovatel konstatoval, že požadavek uvedení konkrétního počtu hodin přímé péče zprůhlednil proces rozdělování dotací jednotlivým žadatelům.

„Další věc je ta, když my žádáme o dotace, oni po nás chtějí vlastně zhruba odhadnout jako ten objem hodin. Což je věštění … když mám v loni červenci odhadnout, kolik letos bude klientů … oni chtějí nástřel hodin, na kolik přispívají, ale to nese riziko, když vy těch hodin řeknete moc a pak to nenaplníte, tak další rok vám na to konto dají míň. Ale když řeknete nějaký počet a pak se s klienty roztrhne pytel tak, my budeme celý rok podfinancovaný. Čím víc těch hodin máme nad ten limit, než jsme nahlásili, tak tím je to horší, protože každá ta hodina víc je ztrátová.“ (poskytovatel3)

„… to ještě dobrý, že to oni vůbec chtějí vědět, když dokud tohle vědět nechtěli, tak nejsem schopná říct, podle jakého klíče ty peníze přidělovali. Tohle s to je malé zprůhlednění toho procesu, kdo kolik dostane.“ (poskytovatel3)

Taktéž někteří poskytovatelé nepřímo poukazovali na **politické vlivy při rozdělování dotací na krajské úrovni** a na další problémové skutečnosti, a to: **MPSV a krajské úřady podílející se na realizaci tohoto dotačního řízení nemají povinnost odůvodňovat výši poskytnuté či neposkytnutí dotace a dále na skutečnost, že na poskytnutí dotace není právní nárok a v neposlední řadě na administrativní zátěž** spojenou s každoročním duplicitním vykazováním statistických údajů, výhledů týkajících se jejich organizace a poskytovaných sociálních služeb do elektronické žádosti o dotaci v rámci aplikace MPSV.

„Oni nemají povinnost odůvodňovat, proč nedali. Nicméně my jsme tam byli a pod čarou nám bylo řečeno, že nevyužíváme maximální ceny z vyhlášky a plus máme vysoké provozní náklady. My se prostě nedostáváme do těch jejich přihrádek k podpoře…. Letos dostali jsme jenom na pobytovky, ale to jen pod čarou díky politice." (poskytovatel1)

„… není na ně nárok. Stačí, aby byl někdo nepohodlný nebo … může se stát, že příští rok nikdo nic nedostane a nikdo to nemusí vysvětlovat proč."(poskytovatel3)

… ty dotační řízení byť jsou roční, jsou ok, jsou nesmyslně udělaný, protože každý rok se musí vyplňovat ty samý tabulky, ten systém není takový, že by se dalo natáhnout, musí se každý rok pořád vyplňovat x-let zpětně, x-let dopředu výhledy, otrocká práce v 21. století. … my to uvádíme to statistik MPSV apod., ale pořád to tam musíme ťukat. (poskytovatel1)

Naopak jiný poskytovatel, ale v souvislosti s dotacemi z rozpočtu městské části, uvedl **administrativní zátěž spojenou se samotným vyúčtováním poskytnutých finančních prostředků z rozpočtu** tohoto subjektu, a to zejména v případech obdržení velmi nízké dotace, přestože poskytovatel v této městské části doplňuje nabídku chybějících služeb.

„V rámci dotačního řízení se občas setkáme, že městská část, kde poskytujeme velmi velké množství hodin a dokrýváme v podstatě chybějící služby od pečovatelské služby, tak nás trošku bojkotuje. … Někdy ta částka, kterou dostaneme je někdy tak směšně nízká, že ta práce kolem toho vyúčtovat, administrativně projít, tak jak oni potřebují, tak je ve finále víc práce než užitku." (poskytovatel3)

V souvislosti s financováním provozu sociálních služeb na následující kalendářní rok a také v souvislosti s celkovým nastavením systému financování služeb poskytovatelé kritizovali **délku dotačního řízení MPSV – velmi dlouhé lhůty realizace dotačního řízení**, tj. od podání žádosti přes obdržení rozhodnutí o poskytnutí dotace až po uskutečněnou výplatu poskytnutých finančních prostředků příjemcům. Poskytovatelé upozorňovali na související problémy finančního zajištění **provozu služeb na počátku nového kalendářního roku a s tím spojená finanční nejistotou** pro poskytovatele a jeho zaměstnance.

„…veškeré peníze, které se dostávají, ať už to je z MPSV, magistrátu, tak chodí pozdě. … ty peníze přijdou koncem dubna, začátkem května. To znamená, že ta organizace od ledna žije tím způsobem, že

jako že z čeho? My už od února víme, že nějaké peníze dostaneme, ale furt je nemáme na účtu" (poskytovatel3)

„V září, říjnu roku vůbec nevíme, kolik budeme mít peněz na příští rok. Což nám dělá obrovské komplikace, jak mít zaměstnané na trvalý pracovní poměr, když nevím, jestli ho od ledna budu moci platit. ... podle zákoníku práce ... když nemáme pro zaměstnance práci ... musíme jim platit 60% mzdy. A my nemáme žádné zdroje." ... „Sponzorská firma, která nás zafinancovala a věděli jsme to již v listopadu (500 tis.) to je takový základ toho, že víme, že na leden máme." (poskytovatel4)

Jako nejméně problematickou délku dotačního řízení spatřuje příspěvková organizace, která za prvé na následující rok sestavuje rozpočet organizace bez ohledu na případně poskytnutou dotaci MPSV a za druhé v průběhu celého kalendářního roku jí zřizovatel poskytuje poměrnou část příspěvku zřizovatele.

„ ... Navíc mi rozpočtujeme tak na rok následující jako bychom nic nedostali. Musíme počítat s variantou, že nic nedostaneme. Ale jsou organizace, které počítají s dotacemi. ... V březnu dostaneme rozhodnutí, ale prachy přijdou až v červnu. A tam si dovedu představit, že je průšvih, u nás tomu tak není. Protože nám zřizovatel posílá pravidelně jednu dvanáctinu." (poskytovatel1)

Podobně jako u dotačního řízení MPSV poskytovatelé kriticky zmiňovali **poskytování dotací z rozpočtů městských částí, které v průběhu celého kalendářního roku vyhlašují své programy finanční podpory sociálních služeb**. Avšak poskytovatelé spatřují problém v tom, že jedním z běžných pravidel poskytnutí této finanční podpory je vyčerpání poskytnutých finančních prostředků do konce kalendářního roku, ve kterém byly poskytnuty, a to i v případě jejich poskytnutí až ve 3. nebo 4. čtvrtletí kalendářního roku.

„ dávají to prvního nebo druhého května do zastupitelstva dotaci na letošní rok. To bychom vůbec nemohly fungovat." (poskytovatel4)

„ Spousta městských částí nám vyplácí dotaci až v září třeba, ale do konce roku je musíte dočerpat." (poskytovatel3)

S problémem délky dotačního řízení MPSV velmi úzce souvisí současné nastavení celého systému financování ze strany MPSV, které je postaveno na **jednoletém dotačním programu podpory**. Někteří poskytovatelé spatřují v **jednoletém financování limitující faktor pro poskytování služeb, uvítali by zavedení víceletého dotačního programu podpory**, který by přispěl k větší existenční jistotě poskytovatele při finančním zajištění provozu sociálních služeb a plánování rozvoje organizace v delším časovém výhledu. Na druhou stranu poskytovatel pobytových sociálních služeb k této problematice sdělil, že víceleté financování by jejich organizaci usnadnilo administrativu (tj. každoroční podávání žádosti o dotaci a následné vyúčtování poskytnuté dotace), ale bylo by pro organizaci omezující z hlediska úpravy kapacity poskytovaných pobytových služeb dle aktuální potřeby.

„ Samozřejmě, že bychom vítali dlouhodobé dotační projekty, protože by nám dali jistotu. My jako o.p.s. jsme financovány pouze dotacemi a dary. Bohužel náš zřizovatel je nesmírně chudý, nemá žádné finanční prostředky … zřídili nás, ale nemohou nás sponzorovat. … až proběhnou církevní restituce, značnou část finančních prostředků věnují do hlavních charitativních projektů … Pak bychom měli dlouhodobý zdroj financování.„ (poskytovatel4)

„Hodně to souvisí s tím procesem, přijde mi ne moc logické, že to financování není víceleté. Problém je v tom, že většina organizací, pokud nejsou příspěvkové, fungují na bázi neziskových … Problém je v tom, že ta organizace neví, jestli bude rok od roku ten další rok fungovat. Na to, že dotace nejsou nárokové, to znamená, že nelze uplatňovat žádný právní nárok na to, že my ty peníze chceme a máme je nárok dostat. Myslím si, že výhledově to tříleté financování by vyřešilo spoustu, by přineslo spoustu pozitiv." (poskytovatel3)

„Ta situace se za rok může rapidně změnit. Podívejte se na nás, loni jsme měli 20 lůžek odlehčovacích služeb a 44 lůžek domovy pro seniory a letos to máme obráceně, máme 10 lůžek odlehčovacích a všechno to ostatní domovy pro seniory. Všechno se to úplně proměnilo, proto ten rok je asi rozumnej." „Takhle, pro nás by to bylo jednodušší, nemuseli bychom každý rok psát žádosti, vyúčtování, bylo by to jednoduší, ale z hlediska kontroly a všeho tohohle, chápu proč je to roční." (poskytovatel1)

Poskytovatelé, jež v rámci pobytových služeb zajišťují zdravotní péči svým uživatelům, poskytují sociálně-zdravotní péči (§ 52) nebo vedle registrovaných sociálních služeb provozují zdravotnické zařízení, se také vyjadřovali k financování zdravotní a sociálně-zdravotní péče v rámci systému sociálních služeb.

V souvislosti s povinností uloženou § 36 zákona č. 108/2006 Sb. zajistit zdravotní péči při poskytování v pobytovém zařízení sociálních služeb tento poskytovatel spatřuje problém v tom, že v r. 2012 došlo k systémové změně úhrad ze strany zdravotní pojišťovny za provedené úkony zdravotní péče jejich uživatelům. Tj. do r. 2011 (včetně) byly poskytnuté úkony zdravotní péče propláceny na základě vystavené faktury, avšak od r. 2012 jsou tyto úkony propláceny zálohově, což podle poskytovatele je problematické, protože zde dochází **k finančním ztrátám, které musí být dofinancovány z jiných finančních zdrojů.**

„Nyní to funguje tak, že nám posílají zálohu a říkají, že teoreticky v prosinci to bude vyúčtovaný. Ale nikdo to nezaručí. Takže my měsíčně přicházíme o nějakých 70 tisíc. V loňském roce (2011) to bylo lepší, to fungovalo, co jsme vyfakturovali, to nám zaplatili. … Ještě navíc oni vycházejí ze skutečností z roku 2010 a ne roku 2011. Nám vypočetli tu měsíční zálohu strašně malou. My jsme měsíčně fakturovali 200tisíc a máme 130tisíc zálohu." (poskytovatel1)

Zákon č. 108/2006 Sb. do praxe zavedl tzv. institut sociálně-zdravotního lůžka, který by měl usnadnit koordinaci poskytování zdravotních a sociálních služeb, avšak poskytovatel poskytující tento typ lůžek ve zdravotnickém zařízení podle §52 k finančnímu zajištění uvedl, že tato **sociálně-zdravotní lůžka jsou nedostatečně financované ze strany státu**, a proto pro zdravotnická zařízení jsou nevýhodná z ekonomického hlediska a jsou zřizována jen v malém počtu lůžek. Taktéž tento poskytovatel upozorňoval na postoj zdravotních pojišťoven, které tlačí zdravotnická

zařízení k propuštění pacienta do zařízení sociálních služeb v případech, kdy pacient díky stabilizovanému zdravotnímu stavu již nepotřebuje zdravotní péči, ale neobejde se bez další sociální péče. Ale právě zde nastává problémová situace – ve většině případů okamžitý přesun do zařízení sociálních služeb není možný; tito pacienti nemají přiznaný příspěvek na péči, protože při hospitalizaci je řízení o přiznání přerušeno a také s ohledem na skutečnost, že pobytová zařízení si nemohou dovolit opět z ekonomického hlediska výhodné přijímat klienta bez přiznaného příspěvku a jediným možným řešením je přesun na sociálně-zdravotní lůžko v rámci zdravotnického zařízení.

„ … Pokud se zdravotní stav seniora stabilizuje v takové míře, že dále nepotřebuje zdravotní lůžko, tlačí pojišťovny na propuštění do sociálního zařízení – to však bez příspěvku na péči není možné. Současným řešením je přesun na lůžko sociálně-zdravotní v rámci zdravotnického zařízení. To je však natolik nedostatečně financované (nízké dotace), že se zdravotnická zařízení brání je zřizovat, a pokud jsou k tomu donuceny pojišťovnou, pak v malém počtu, protože jsou velmi ztrátová.“ „Sociální zařízení si nemůže dovolit přijímat seniory bez přiznaného příspěvku na péči, dotace se stále snižují a náklady stále rostou a nezajistily by kvalitní péči.“ (poskytovatel2)

V odpovědích dotazovaných poskytovatelů k **hodnocení současného nastavení systému financování sociálních služeb v ČR** zazněla řada připomínek, ale spíše než k celkovému nastavení systému, tak **poskytovatelé poukazovali na jednotlivé problematické prvky tohoto systému.**

„… my než byl zákon (108/2006 Sb.), tak všechno fungovalo naprosto bez problémů, my jsme velmi spolupracovali se sponzory, to financování bylo daleko jednoduší a zároveň praktičtější. Teď je velký problém „cash flow“, jak tečou peníze.“ (poskytovatel3)

„… celkově celý systém sociálních služeb v ČR moc nechápu. Byla jsem půl roku v Estonsku … tam jsou primárně podporovány všechny terénní služby, náklady jsou podstatně nižší, podporují to jednotlivá města, tady u nás se podporují pobytové, protože tam se dají dobře utopit peníze. (poskytovatel3)

Mezi problematické prvky systému řadili – **nastavení příspěvku na péči a jeho využití v praxi, cenovou regulaci sociálních služeb ze strany státu a systémové nastavení poskytování dotací ze státního rozpočtu (kompetence jednotlivých aktérů)**, a také poukazovali na výše zmíněné **jednoleté financování sociálních služeb ze strany MPSV či délku dotačního řízení MPSV.**

Ve vztahu k systému přiznávání příspěvku od poskytovatelů zazněli kritické připomínky, zejména v souvislosti s **nastavením kritérií a hodnocením nároku na příspěvek**, dále k příliš dlouhým **lhůtám pro vyřízení** příspěvku a **nemožností žádat o příspěvek při hospitalizaci**, což může být limitujícím pro přijetí do pobytového zařízení sociálních služeb. Jeden z poskytovatelů se záporně vyjádřil k **převodu působnosti k příspěvku** z obcí s rozšířenou působností **na Úřad práce ČR**, také

k samotné **výši a výplatě příspěvku** s ohledem na to, že u většiny uživatelů osobní asistence je příspěvek hlavním finančním zdrojem úhrady poskytnutých služeb.

„Hodnocení spočívá na lékařské zprávě lékaře, který pacienta nevidí, a na hodnocení pracovnice ÚP … Hodnocení je do velké míry ovlivněno subjektivním přístupem.“ (poskytovatel2)

„Náš systém přidělování těchto dávek není dobrý. … Jsem přesvědčen, že 20-30% poskytování těchto dávek je zmanipulováno…“ (poskytovatel4)

„… u příspěvku se rozhoduje na základě nějakých kritérií, který mi přijdou dost postavený na hlavu. Vím, že je potřeba nastavit nějaké mechanismy, které by byly plošně použitelný, … v terénu pak se člověk setkává s tím, že by ty lidi měli mít nárok na vyšší příspěvek, ale tabulkově ho nedostanou. (poskytovatel3)

„… Ale pro přijetí do domovů pro seniory hraje roli přiznání a výše příspěvku.“ (poskytovatel2)

„… průšvih strašný to snížení příspěvku (snížení příspěvku v I. stupni v r. 2011) … ty lidi jsou úplně zoufalý. Zároveň ten přechod, kdy to teda administruje ne sociální odbor jednotlivých městských částí, ale administruje je to úřad práce, který vůbec neví, co má dělat… Nehledě na to, že ta výše toho příspěvku je naprosto směšná …“ (poskytovatel3)

„… aby naprosto spolehlivě fungovalo vyplácení příspěvku. V momentě, kdy ten člověk opustí zařízení a má nárok ten příspěvek pobírat, tak aby maximálně do týdne ten příspěvek dostal a ne aby čtyři měsíce čekal. … je pěkný, že ten příspěvek vyplatí zpětně ke dni podání žádosti, ale ten člověk čtyři měsíce má dělat, co …“ (poskytovatel3)

Rovněž poskytovatelé negativně hodnotili **nevyužívání příspěvku na péči** k danému účelu a s tím spojené nehospodárné využívání finančních prostředků primárně určených na sociální služby či jiné zajištění potřebné péče. Poskytovatelé konstatovali, že mnohdy příjemci příspěvek neinvestují do sociálních služeb ani na zajištění péče, ale slouží jim ke zvýšení vlastního rozpočtu nebo rozpočtu jeho rodiny. Taktéž upozorňovali na **nedostatečnou kontrolu ze strany krajských poboček Úřadu práce.**

„Ještě jedna věc mě napadla, kontrola využívání příspěvku, to taky nefunguje. Je spousta lidí, který ten příspěvek mají, a dostanou ho a koupí si za něj pračku, živí za něj děti, vnoučata, přestože o ně nikdo nepečuje. … pokud je v tom formuláři napsáno, že péči poskytuje rodinný příslušník nebo sousedka, tak by měl někdo vážně kontrolovat, jestli je ta péče poskytována v nějaké požadované úrovni … poskytovatelé jsou vázáni zákonem a ty podmínky jsou tvrdý…“ (poskytovatel3)

Jeden z poskytovatelů také poukazoval na **nepoměr objemu finančních prostředků vyplacených na příspěvku na péči a poskytnutých formou dotací poskytovatelům sociálních služeb**. Přičemž navrhoval, že například polovina z příspěvku by měla být využita na sociální služby, a to například formou poukázky.

„… že ty peníze by byly určeny, že ten který je pobírá, je nebude dávat svým vnukům a já nevím komu … že to bude sloužit na pomoci při jeho bezmocnosti, tak v ten okamžik by to uživilo všechny organizace, které poskytují sociální služby v republice. Protože do toho jde kolem 10 mld. (tazatel 20 mld.), zatím co rozděluje 6 mld. na všechny sociální služby, které existují … vedle těch 20 mld. Vidím v tom, že by to usnadnilo rozvoj těchto organizací, které poskytují služby, významným způsobem.“ (poskytovatel4)

Nebudu říkat aby, jenom na registrované sociální služby, ale pokud by bylo povinností, že minimálně 50% toho příspěvku by muselo být využito například tím, že by to nebyly peníze na ruku, ale poukázka na pečovatelskou službu nebo asistenci. (poskytavatel4)

Podle některých poskytovatelů **sporným prvkem systému financování sociálních služeb je cenová regulace služeb**, kdy stát prostřednictvím prováděcí vyhlášky k zákonu č. 108/2006 Sb. stanoví maximální výši úhrady za poskytované sociální služby a související úhrady za ubytování a stravu. Nastavení maximální výše úhrady je považováno za sporné z těchto důvodů: Za prvé, podle jednoho poskytovatele je tato cenová regulace nevyhovující z hlediska **vytvoření konkurenčního prostředí na trhu** sociálních služeb a za druhé stanovená **hranice maximální výše úhrady uživatele nepokryje ani určitou část provozních nákladů** na sociální službu.

„Si myslím, že stanovení toho stropu má své úskalí v tom, že se vlastně ničí konkurenční prostředí. Já si myslím, že lidi budou využívat ty služby, se kterýma jsou spokojený. Samozřejmě u těch seniorů je to hodně ovlivněný těma financema, že si to někdy nemohou dovolit a vyberou si to, co je levnější.“(poskytovatel3)

„… když to vezmu v důsledku, tak ta úhrada od toho klienta, … ani ne zcela pokryje plat toho asistenta.“ (poskytovatel3)

Za třetí, další poskytovatel poukázal na skutečnost, že současný systém financování je postaven na využívání maximální možné výše úhrady za služby ze strany poskytovatelů a podotkl, že **nevyužívání maximální výše úhrady** uživatele, za kterou může být služba poskytována, hraje podstatnou roli při rozhodování o poskytnutí státní dotace.

„… a pod čarou nám bylo řečeno, že nevyužíváme maximální ceny z vyhlášky a plus máme vysoké provozní náklady. My se prostě nedostáváme do těch jejich přihrádek k podpoře.“ (poskytovatel1)

V neposlední řadě, v souvislosti s nevyužíváním maximální výše úhrady ze strany uživatelů tento poskytovatel upozornil na **omezené finanční možnosti jednotlivých uživatelů služeb**. Taktéž v souvislosti s úhradou ubytování a stravy při poskytování pobytových služeb byl poskytovateli **zmíněn problematický 15% zůstatek z příjmu/důchodu uživatele,** který musí ze zákona uživateli těchto služeb zůstat. Poskytovatelé k tomuto uvedli, že případné navýšení těchto úhrad na maximální možnou výši by nevedlo ke zvýšení jejich příjmu, a to s ohledem na celkové příjmy uživatelů, které nejsou v takové výši, aby z nich mohly být uhrazeny náklady na ubytování a stravu v maximální výši stanovené vyhláškou a zároveň aby těmto uživatelům zůstalo povinných 15% z příjmu.

„Systém financování, z mého pohledu není zas tak blbě nastavený. Ono vychází z toho, že nemáš-li maximální výše úhrady, co ti umožňuje vyhláška tak, proč bychom tě dotovali. Což má svoji logiku. Proč by ten stát někam měl cpát prachy, když vlastně není využito maximálních z možných cen. Otázkou je co to udělá s klienty, kdybychom nastavili maximální ceny z vyhlášky, tak tady polovinu klientů mít nemůžeme. Protože prostě na to mít nebudou. … Je pravdou, že kdybychom měli maximální ceny tak, stejně v domovech pro seniory podle zákona musí lidem zůstat 15% z příjmu, takže by nám stejně ti lidí neplatili, co by měli, protože mi jim musíme nechat těch 15%.“ (poskytovatel1)

„… při platbě uživatele za sociálně-zdravotní služby nebo za domov pro seniory musí zbýt uživateli cca 15% příjmu z důchodu. Ve skutečnosti to u většiny seniorů není možné, zvláště pak jestliže jim nebyl přiznán příspěvek na péči. Spoluúčast rodiny jako řešení je dobrá, ale jen v případě, že je rodina ochotna se zapojit; pro ty, jež rodina nemá zájem se zapojit nebo pro osamělé seniory je to v současném systému, tak jak je nastaven nevhodné; toto nutí poskytovatele obcházet zákon – rodina se formálně zaručí za financování sociální služby, ale ve skutečnosti si službu platí senior sám a z důchodu mu stejně 15% příjmu nezůstane. (poskytovatel2)

K zlepšení fungování systému financování sociálních služeb by, mimo výše uvedeného, podle poskytovatelů přispělo **zavedení víceletého financování na úrovni MPSV, taktéž na krajské úrovni a úrovni obcí s rozšířenou působností,** které mají programy finanční podpory sociálních služeb; **či převedení kompetencí rozhodování o rozdělování dotací ze státního rozpočtu na sociální služby na jednotlivé obce,** protože právě obce mohou kompetentně rozhodnout o podpoře konkrétních druhů sociálních služeb s ohledem na aktuální potřeby občanů žijících na území obce.

„Ale aby to líp fungovalo, tak je to určitě víceleté financování. … veškerý … jak jednotlivý městský části, magistrát, MPSV.“ (poskytovatel3)

„To víte, že by se mi to líbilo, kdyby to přešlo na obce a ne na MPSV. … To by bylo ideální. Kdo o té obcí ví nejvíc, na obci. … Ta obec ví, že potřebuje mít tolik pečovatelské služby, tolik domovů pro seniory. Tak říct, podle demografických údaj, že na jednoho obyvatele v obci připadne 20 halířů krát počet obyvatel, tak tolik máte peněz, rozdělte si to podle potřeb a tak. Rozhodovala obec, to by bylo ideální podle mého, protože ta ví, jaké jsou potřeb, ale ne ministerský úředník. Jak ministerský úředník od stolu může rozhodnout, jestli dá na domovy pro seniory Praze 2 nebo Praze 4 anebo jestli dám na domovy pro seniory nebo terénní pečovatelskou službu. Tady ta Praha, tady to jde přes Magistrát, tady to ještě jde jakžtakž,… Ale když vezmu jihočeský kraj, ten sídlí v Budějovicích, jak má vědět, že v kotěhůlkách tamhle to, to prostě ten ministerský úředník neví. Na to ministerstvo to jde nějak zpracovaný, a co ministerstvo udělá, většinou to schválí, jak to přežvýká kraj. … Máme za zády toho zřizovatele, kdyby byl nějaký průšvih, tak věřím tomu, že nás nenechá položit.“ (poskytovatel1)

6.4.2.2 Shrnutí poznatků z rozhovorů s poskytovateli

V rámci tohoto terénního šetření mezi poskytovateli služeb sociální péče pro seniory poskytující služby na území hl. m. Prahy, byly získány tyto klíčové poznatky:

Mezi hlavní zdroje financování provozu sociálních služeb patří **úhrady od uživatelů, finanční prostředky poskytnuté formou dotací MPSV a prostřednictvím dotačních programů finanční podpory sociálních služeb MHMP a jednotlivých městských částí Prahy,** a v případě příspěvkové organizace je hlavním finančním zdrojem **příspěvek zřizovatele** této organizace. Poskytovatelé shledali, že dotace ze státního rozpočtu nepokryjí potřebnou část nákladů na sociální služby (vedle samotných úhrad od uživatelů služeb), a proto dalšími významnými zdroji jsou **sponzorské dary, veřejné sbírky** apod.

Dotazovaní poskytovatelé konstatovali, že ve vztahu k financování sociálních služeb je největším problémem **nedostatek finančních prostředků na zajištění provozu poskytovaných sociálních služeb,** který je limitující při dalším rozšíření kapacity služeb či může být důvodem pro omezení kapacity poskytování služeb zejména ke konci kalendářního roku a taktéž je důvodem nízkého platového ohodnocení pracovníků v přímé péči, přestože přímá péče o klienta je velice náročná profese. Poskytovatelé zajišťující zdravotní péči v rámci poskytování pobytových služeb nebo sociálně-zdravotní lůžka uvedli, že zajištění této péče je **ekonomicky nevýhodné vzhledem k nutnosti dofinancovat tuto péči z jiných finančních prostředků z důvodu nedostatečné úhrady zdravotních pojišťoven a taktéž vzhledem k tomu, že sociálně-zdravotní péče není dostatečně podporovaná ze strany státu**.

Další problémy financování sociálních služeb dotazovaní poskytovatelé spatřují v několika oblastech financování. V **oblasti poskytování dotací v rámci dotačního řízení** MPSV zmínili nesrozumitelnost a nejasnost hodnocení žádostí o dotaci na sociální služby vzhledem k neodůvodněné nepravidelnosti poskytování dotací konkrétním poskytovatelům či poskytování rozdílných výší dotací na srovnatelné druhy sociálních služeb různými poskytovateli, politické vlivy při rozdělování dotací na krajské úrovni, administrativní zátěž spojenou s jednoletým dotačním programem a v neposlední řadě délka dotačního řízení v souvislosti se zajištěním provozu služeb na počátku kalendářního roku. V oblasti samotného nastavení systému financování sociálních služeb poukazovali na **problematické nastavení příspěvku na péči, jeho zneužívání některými příjemci a nedostatečnou kontrolu ze strany ÚP**, nepoměr objemu finančních prostředků vyplacených na příspěvku na péči a poskytnutých formou státních dotací. Dále poukázali na **cenovou regulaci sociálních služeb ze strany státu a její reálné možnosti využití v praxi** (tj. vytvoření konkurenčního prostředí na trhu sociálních služeb, nereálné stanovení stropu maximální výše úhrady ve vztahu k celkovým nákladům na provoz služeb, omezené finanční prostředky uživatelů služeb, povinný zůstatek 15% příjmu uživatele pobytových a vliv stanovení výše úhrady ze strany poskytovatele na přiznání dotace v rámci dotačního řízení MPSV.

Vzhledem k výše uvedenému dotazovaní poskytovatelé systém financování sociálních služeb hodnotili spíše kriticky a ke zlepšení fungování tohoto systému by podle nich přispělo – **zavedení víceletého financování na státní, krajské i obecní úrovni; převedení kompetencí rozdělování státních dotací na sociální služby na**

základní územně samosprávné celky – obce, které mají nejblíže potřebám občanů; **změna systému hodnocení žádostí o dotaci,** a to poskytovat dotace na základě stanovení průměrné ceny jedné hodiny poskytování dané služby a počtu hodin péče poskytnutých v předchozím roce; dále **zavedení povinnosti využívat příspěvek na péči na registrované sociální služby alespoň z určité části** například formou poukázek na služby.

6.4.3 Další dotazovaní aktéři

Dalšími oslovenými aktéry systému financování sociálních služeb byli aktéři veřejné správy, a to *referentky krajských poboček Úřadu práce ČR; zástupce*[128] *zřizovatele příspěvkové organizace městské části*, která poskytla rozhovor v rámci šetření mezi poskytovateli služeb sociální péče pro seniory (poskytovatel1); a *pracovník krajského úřadu*, který je současně *členem pracovních skupin či komisí*[129] *pro oblast plánování sociálních služeb*. Cílem těchto rozhovorů bylo získat pohled těchto aktérů na systém financování sociálních služeb jako doplňující informací k informacím získaných v rámci terénního šetření mezi poskytovateli a příjemci příspěvku na péči. V rámci dotazování byl realizován osobní rozhovor pouze s pracovníkem krajského úřadu, ostatní oslovení aktéři se vyjádřili písemnou formou, tj. těmto aktérům byla položena otázka – *Jak hodnotíte současné nastavení systému financování sociálních služeb v ČR?* Získaná data byla analyzována stejným způsobem jako data získaná z rozhovorů s poskytovateli služeb sociální péče pro seniory, tj. byly analyzovány pomocí kódování. V následující části jsou uvedeny významné poznatky získané z vyjádření těchto aktérů.

Referentky krajských poboček Úřadu práce ČR hodnotily nastavení systému financování sociálních služeb z pohledu výkonu agendy příspěvku na péči, kterou od 1. ledna 2012 zpracovávají jednotlivé krajské pobočky ÚP ČR. Na základě vlastní praxe referentky shledaly, že **vyplácení příspěvek na péči zejména v nižších stupních závislosti není efektivní, protože příspěvek není využíván na zajištění péče, natož na nákup sociálních služeb**.

„V současné době je příspěvek na péči naprosto neefektivně vyplácen. Nemusíme se bavit o prokazatelnosti využívání příspěvku v rámci poskytovatelů sociálních služeb, ale pokud se jedná o fyzické osoby, a to nejen rodinu, tak to je jiná věc. I přesto, že klient musí doložit smlouvu o poskytování péči jinou fyzickou osobou (mimo rodinu), tak je to z mého pohledu pouze formalita“ (referentka1)

[128] *Vedoucí sociálního odboru Úřadu městské části Praha x*
[129] *Člen pracovní skupiny na aktualizaci Střednědobého plánu sociálních služeb hl. m. Prahy a člen komise Rady hl. m. Prahy pro plánování sociálních služeb*

„Příspěvek na péči v I. stupni není dle mého názoru efektivně využíván k zajištění pomoci. Většina lidí, kteří mají tento stupeň dávky přiznaný, ho berou jako přilepšení k důchodu, případně jinému příjmu. Většina těchto lidí na tom není natolik špatně a pomáhá jim rodina. ... Tato forma pomoci by měla fungovat v rámci rodinné solidarity." (referentka2)

V souvislosti s kontrolou využívání příspěvku obě referentky poukazovaly na **nedostatečné kontrolní mechanismy použitelné při zjištění nevyužívání příspěvku v souladu s platnou legislativou a také nedostatečný počet pracovníků zpracovávajících agendu příspěvku na péči** (včetně kontroly využívání příspěvku) v poměru s k velkému počtu příjemců příspěvku na péči.

„Sice zákon přikazuje provádění kontrol, ale pokud je zjištěna nedostatečná péče, tak stejně neexistuje způsob, který by efektivně zjednal nápravu. Není problém ani tak u vyšších stupňů ..., ale jako u I. a II. stupně, kam ovšem spadá valná většina příjemců. Tedy opět se vrací otázka využívání státních financí. Samozřejmě, že i kdyby byl nastaven lepší kontrolní systém, tak by jej nebylo možné dodržovat, neboť současná personální obsazenost ÚP je nedostačující a jiným než osobním kontaktem s klientem ... není možné kontroly provádět."(referntka1)

„Sociálních pracovníků by mělo být víc. Mohli by pak více navštěvovat klienty v jejich přirozeném sociálním prostředí a zjišťovat jejich potřeby, kontrolovat příspěvek." (referentka2)

Ve vztahu k efektivnímu využívání příspěvku na péči referentky navrhovaly různá opatření, a to například **zavést povinnost využívat alespoň jeden druh registrovaných sociálních služeb,** čím by se podle jedné z referentek zjednodušila kontrola využívání a byla zajištěna efektivita vyplácených státních prostředků, naopak druhá referentka by **příspěvek v I. stupni vyplácela pouze osobám využívající registrované sociální služby** nebo by **změnila kritéria posuzování stupně závislosti či výše jednotlivých stupňů příspěvku na péči.**

„... jestli by bylo řešením povinné využívání alespoň jedné sociální služby. ... by byla jednodušší kontrola využívání a určitě zajištěna finanční efektivita vynakládaných prostředků."(referentka1)

„Příspěvek na péči v I. stupni bych přiznala lidem, kteří využívají sociální službu, Pokud člověk využívá sociální službu, která zlepšuje kvalitu jeho života, je podle mého názoru oprávněné poskytovat příspěvek. ... Změnila bych kritéria pro určení stupně závislosti. Možná bych změnila i výši jednotlivých stupňů příspěvku, aby odpovídala skutečným nákladům na péči. (referentka2)

Zástupce zřizovatele příspěvkové organizace městské části k současnému nastavení systému financování sociálních služeb uvedl, že zavedením příspěvku na péči v r. 2007 došlo k významné průlomové změně, ale poukazuje na **nesprávné původní záměry autorů zákona, kteří předpokládali, že tento příspěvek bude hlavní zdrojem financování sociálních služeb.** Dále poukazuje na skutečnost, že autoři zákona vycházeli **z chybných propočtů a mylných odhadů MPSV, které ve svém důsledku významně zvýšily celkové náklady na příspěvek na péči**. Taktéž podotýká,

že přechodná ustanovení předmětného zákona vytvořila skupinu příjemců v I. stupni, která před účinností zákona nepotřebovala a nyní nepotřebuje příspěvek využívat na nákup sociálních služeb. Podle tohoto zástupce se toto mělo MPSV předpokládat vzhledem k tomu, že do té doby 80% péče o závislé seniory zajišťovali fyzické osoby.

„… bude to hlavní zdroj financování služeb. Byla to sice opravdu změna k lepšímu oproti letům předchozím … ale zároveň autoři zákona vycházeli při kalkulaci nákladů z některých mylných předpokladů a propočtů, což se v následujících letech projevilo v plné síle. Především bylo MPSV velmi překvapeno, že celkový objem peněz na příspěvek na péči je v reálu o hodně a hodně vyšší než předpokládalo. No, nevím, čemu se divilo, když je jasné, že zejména v případě nižších stupňů závislosti na pomoci druhých je postižený často zabezpečován rodinou, dalšími blízkými osobami, sousedy, známými. … MPSV to asi netušilo, protože má za to, že tyhle peníze jsou zneužívány a vynakládány na „přilepšení" ke starobní penzi a hbitě tuhle demagogii využilo pro snížení PnP v I. stupni (ve skutečnosti nutně potřebovalo zbrzdit nárůst nákladů). Ano, praxe skutečně potvrdila existenci skupiny příjemců příspěvku v I. stupni, kteří tento příspěvek nepotřebují nezbytně využívat na nákup služeb." (zřizovatel poskytovatele1)

Dále zástupce zřizovatele vytýká systémovému nastavení financování sociálních služeb to, že se již **při zavádění tohoto systému příliš spoléhalo na to, že náklady na sociální služby budou kryty právě z tohoto příspěvku, a tím se budou moci snížit přímé dotace poskytovatelům, ale v praxi se tomu tak nestalo,** protože při projednávání nového systému financování služeb bylo **odkazováno na podhodnocené odhady finanční náročnosti systému.**

„Dalším hlubokým omylem, vycházejícím ze špatných (úmyslně?) propočtů MPSV, byla kalkulace o vysoké míře pokrytí nákladů na služby z PnP. MPSV deklarovalo, že organizace poskytující sociální služby zabezpečí jako zdroj financování PnP víc, než je možné, a bude moci dojít k výraznému snížení přímých dotací ze státního rozpočtu. (Ostatně celý problém financování se rodil už při projednávání zákona, … provázeno podhodnocenými odhady finanční náročnosti.)" (zřizovatel poskytovatele1)

Rovněž tento zástupce kriticky hodnotí to, že stát určuje podmínky pro poskytování sociálních služeb, ale **snaží se odpovědnost za zajištění potřebné sítě sociálních služeb přesunout na kraje a obce, aniž by těmto subjektům zaručil dostatečné finanční prostředky na realizaci.** Taktéž upozornil skutečnost, že stát při rozdělování státních dotací na sociální služby **spoléhá na to, že příspěvkové organizace obce budou dofinancovány z rozpočtu jejich zřizovatele**.

„Při neustále se snižujících státních dotacích stát nadále určuje podmínky pro poskytování sociálních služeb, odpovědnost za zajišťování potřebné sítě však zcela přesouvá na kraje a obce, aniž jim zaručuje dostatečné finanční prostředky na realizaci. Spoléhá přitom na to, že příspěvkové organizace obcí jejich zřizovatel dofinancuje, což se promítá ve způsobu rozdělování státních dotací. … Do dneška nebyl vytvořen funkční nástroj, který by objektivním a validním způsobem dokázal vyhodnocovat efektivnost a hospodárnost poskytovaných služeb." (zřizovatel poskytovatele1)

Pracovník krajského úřadu (dále jen pracovník KÚ) hodnotil současné nastavení systému sociálních služeb a jeho financování z pohledu pracovníka, který se v letech 2010 a 2011 podílel na realizaci dotačního řízení MPSV pro r. 2011 a r. 2012 jako zpracovatel a hodnotitel žádostí poskytovatelů sociálních služeb o dotaci; krajského koordinátora plánování rozvoje sociálních služeb a současně člena pracovní skupiny a komise zabývající se oblastí plánování sociálních služeb na úrovni hlavního města Prahy. Tento pracovník KÚ se k hodnocení českého systému financování sociálních služeb vyjadřoval z několika hledisek, a to z hlediska **cenové regulace** sociálních služeb ze strany státu, **dotačního řízení MPSV** a z hlediska **plánování a financování sociálních služeb na úrovní stát – kraj – obce**.

K **cenové regulaci** sociálních služeb, tj. k případnému zrušení maximální výše úhrady za sociální služby a související náklady při poskytování pobytových služeb, o kterém se již diskutuje, se vyjádřil negativně vzhledem k tomu, že se **zrušením maximální výše úhrady by došlo k omezení dostupnosti sociálních služeb pro všechny příjemce** péče/potřebné občany a současně dodal, že pobytové služby by se staly dostupnými pouze pro vysoko-příjmové rodiny nebo by uživatelům těchto služeb nezůstaly žádné finanční prostředky na úhradu léků a osobních záležitostí, popřípadě by uživatelé vyčerpali veškeré úspory, byli by nuceni prodat byt, čímž by se stali zajatci těchto služeb, protože kraj by neměl žádné jiné možnosti, jak se o tyto osoby postarat.

„Regulace u sociálních služeb musí být. Vnímám sociální služby jako služby ve veřejném zájmu a moje filosofie je, že stát se musí o ty lidi, co potřebují, postarat.“ (pracovník KÚ)

Problematické fungování systému financování sociálních služeb tento pracovník KÚ spatřuje zejména v **nastavení dotační politiky MPSV**, a to konkrétně v procesu dotačního řízení a nastavení kompetencí zainteresovaných subjektů MPSV-kraj. V rámci **procesu dotačního řízení MPSV** pracovník KÚ vidí problém v tom, že celý proces rozdělování finančních prostředků je **velmi zdlouhavý**, ale přičemž krajské úřady mají **velmi krátkou lhůtu (běžně 2-3 týdny) pro zpracování a vyhodnocení podaných žádostí poskytovatelů** působících na území daného kraje, což s ohledem na počet vyčleněných pracovníků krajského úřadu a počet podaných žádostí poskytovatelů je lhůta nedostatečná pro kvalitní vyhodnocení jednotlivých žádostí. V této souvislosti poukazoval na rozdílnost počtu registrovaných sociálních služeb působících na území jednotlivých krajů, zejména nepoměr hlavní město Praha a Středočeský kraj v porovnání s ostatními kraji ČR. Taktéž upozorňoval na problematický **termín**

dotačního řízení, tj. dotační řízení je realizováno v době (září – říjen), **kdy kraj dosud nezná rozpočet na následující rok,** který je schvalován na konci roku nebo až na počátku nového kalendářního roku. Přičemž tato **nemožnost finančního výhledu na sociální služby na následující rok komplikuje hodnocení jednotlivých žádostí, protože i krajský rozpočet se významně podílí na financování sociálních služeb**. V souvislosti s hodnocením žádostí upozorňoval na běžnou praxi v **nadhodnocování požadavků o dotaci ze strany poskytovatelů a uvádění nereálných pracovních úvazků na zaměstnance**, kteří mají pracovní úvazek rozložený do více registrovaných sociálních služeb jednoho poskytovatele, což v důsledku navyšuje požadavek na dotaci.

„… každý poskytovatel, protože je zvyklý, nadsazuje svoje požadavky minimálně o 20-30 %. Tak teoreticky, když se sníží o 20 %, tak v 90 % případů se dostane jeho reálný požadavek … protože vědí, že se jim 100 % nikdy nedá.“ (pracovník KÚ)

V souvislosti s procesem dotačního řízení tento pracovník KÚ uvedl připomínky ve vztahu k samotnému nastavení kompetencí MPSV a krajů podílejících se na realizaci dotačního řízení. Zejména upozorňoval na skutečnost, že **MPSV nemusí akceptovat návrhy krajských úřadu o výši dotací na jednotlivé sociální služby,** přestože **krajské úřady jsou kompetentnější k rozhodování s ohledem na znalost potřeb sociálních služeb a finanční možnosti kraje než samotné ministerstvo.** Taktéž upozornil na možný střet zájmů – priority MPSV nemusejí přesně reflektovat priority kraje v oblasti sociálních služeb a jejich financování či na úrovni dotační komise může docházet k různým tlakům ze strany dalších aktérů, kteří se podílejí na hodnocení žádostí *(„…tlaky od nějakých poskytovatelů, kteří se dotační komise účastní …“ (pracovník KÚ)).*

„… problém, že kraj navrhuje nějakou dotaci, ale jeho návrh nemusí být akceptovatelný ministerstvem. … když by byla představa, že kraj dobře a velmi kvalitně plánuje, zná služby, finanční nákladovost, zaznamenaný vývoj, má demografické údaje, takže může doopravdy objektivně zhodnotit, kolik ty služby stojí teď a kolik budou stát příští rok, ví kolik je schopen dopředu dát ze svého rozpočtu a ten zbytek prostě potřebuje, aby doplatil stát.“(pracovník KÚ)

V neposlední řadě tento pracovník KÚ zmínil skutečnost, že **kraj není informován o výsledku dotačního řízení ze strany MPSV**, kraje se samy informují prostřednictvím oficiálních podkladů zveřejněných na webu ministerstva. Přičemž kraj je v poslední fázi dotačního řízení **v roli distributora** poskytnutých finančních prostředků na základě rozhodnutí MPSV jednotlivým příjemcům-poskytovatelům sociálních služeb, což ve svém důsledku **prodlužuje celý proces dotačního řízení**.

„Pro kraj je to průtoková dotace …kdy státní rozpočet to pošle na kapitolu ministerstva, ministerstvo to přepošle (na kraje), jde to ve třech splátkách ty dotační prostředky pro poskytovatele. To pošle jako velký balík sem na účet kraje … ekonomka musí službu po službě rozklíčovat z celkového objemu. To je

zbytečný, ať to rovnou posílají poskytovatelům. Kraj to má ze zákona přeposlat, ale je to zbytečná administrativa. Zbytečně je ten proces delší … potřebují se na to další finanční prostředky na lidi, kteří to administrují.“ (pracovník KÚ)

K příspěvku na péči jako nástroji úhrady za sociální služby tento pracovník KÚ uvedl, že **přiznávání příspěvek nereflektuje aktuální potřebu péče** s ohledem na velmi dlouhou délku řízení o přiznání příspěvku. Pracovník KÚ odkazoval na systém poukázek na sociální služby fungující v Anglii, kdy obec proplácí skutečně poskytnutou péči na základě poukázky konkrétnímu poskytovateli, se kterým má uzavřenu smlouvu.

„Jak dlouho trvá, než se vyřídí příspěvek na péči, přes půl roku je běžná praxe … nereflektuje to ty potřeby klienta, ten člověk potřebuje teď aktuálně pečovatelskou službu nebo domov (pro seniory) a nemá finanční prostředky na to, aby to hradil ze svého, a pak mu najednou po půl roce pošlou 100 tisíc, že mu přiznávají ten příspěvek … Zákon o sociálních službách se odvolává na potřeby toho klienta, tak to odporuje té tezi toho zákona. Vouchery financování jsou lepší a jsou efektivnější, asi by nešly aplikovat u všech služeb, ale u těch pobytových a zrovna u těch služeb sociální péče by to šlo.“(pracovník KÚ)

Ve vztahu k celkovému nastavení systému financování sociálních služeb pracovník KÚ poukazoval na důležitý význam spolupráce zainteresovaných aktérů: krajů, obcí – koordinátoři plánování rozvoje sociálních služeb a zástupců samospráv při plánování a finančním zajištění potřebných sociálních služeb s odkazem na to, že **plánování a financování spolu velmi úzce souvisí**. Avšak na úrovni spolupráce spatřuje určité problémy v nastavení této spolupráce, a to **MPSV** při stanovení priorit v oblasti sociálních služeb a jejich financování **nepřihlíží ke střednědobým plánům rozvoje sociálních služeb,** které odrážejí potřeby služeb na krajské úrovni a reálné možnosti finančního zajištění služeb ze strany kraje; dále skutečnost, že **obce nemají ze zákona uloženu povinnost zpracovávat střednědobé plány rozvoje sociálních služeb**, které by byly významným podkladem pro zpracování krajského střednědobého plánu. V neposlední řadě poukázal na to, že **kraj má hlavní odpovědnost za zajištění dostupnosti a plánování sociálních služeb, ale nedisponuje dostatečnými finančními prostředky.** S tímto souvisí i **nastavení jednoletého financování sociálních služeb, které znemožňuje dlouhodobě plánovat**.

„… sebe lepší střednědobý plán (kraje) nezaručí, že kraji přijdou takový odpovídající prostředky. … protože na plány nikdo nepřihlíží…“ (pracovník KÚ)

„Hlavním partnerem jsou obce a zástupci samospráv, jsou nejdůležitější, protože s nimi se musíme dohodnout, jakým způsobem to (služby) budeme financovat. …není povinností obcí plánovat, je to problém.“ (pracovník KÚ)

„Komunikace kraj-samospráva, kraj-ministerstvo, na formu toho, že jako kraj připraví finanční plán, kolik bude potřebovat, bude vědět od obce, kolik je schopna ze svých prostředků dát, bude vědět od toho poskytovatele v rámci té žádosti, kolik je schopen vybrat, zafinancovat ze svého, pak už muže kraj mít jasný požadavek na stát, respektive ministerstvo.“ (pracovník KÚ)

„… tady je hlavní odpovědnost na kraji, který nevlastní ty finanční prostředky. … na pracovní skupině jsme se všichni shodli, ať už bude plánovat obec, kraj nebo stát, tak plánovat včetně financování má ten, který má veškeré pravomoci k finančním prostředkům, jinak to nemá smysl.“ (pracovník KÚ)

„Tím, že není třeba víceleté financování, není možnost dlouhodobě plánovat.“ (pracovník KÚ)

Pracovník KÚ se **velmi kriticky vyjadřoval k návrhu zákona o dlouhodobé péči, který byl připravován,** avšak dvakrát neprošel Legislativní radou Vlády ČR (2011/2012). Pracovník KÚ byl skeptický k vytvoření nového systému dlouhodobé péče z hlediska vytvoření dalšího systému péče vedle systému zdravotní péče a sociálních služeb. Pracovník KÚ usuzoval, že nový systém dlouhodobé péče by zničil stávající systém sociálních služeb, jež je zaváděn do praxe od r. 2006 a z hlediska změny financování služeb sociální péče a zdravotní péče není potřeba vytvářet nový zákon.

6.5 Současné výzvy týkající se dlouhodobé (sociálně-zdravotní) péče

S ohledem na demografický vývoj (stárnutí populace) vyžadující hledání nových řešení nejenom v oblasti důchodového systému, ale i v systému sociálních služeb a zdravotní péče dlouhodobě nesoběstačným osobám (zejména seniorům), je snaha do praxe zavést relativně nový **koncept sociálně-zdravotní péče, tzv. dlouhodobé péče.** (Průša 2011:34) V českém pojetí dlouhodobá péče pojímá širokou oblast podpůrných zdravotních a sociálních služeb, pro které je charakteristická závislost příjemce péče na cizí pomoci pro ztrátu soběstačnosti z důvodu věku, zdravotního postižení anebo z jiných závažných důvodů, kdy osoby nejsou samostatně schopné zabezpečit a uspokojit své životní potřeby bez pomoci jiné osoby.[130]

Dlouhodobou péči definujeme jako ošetřování osoby, která vyžaduje zdravotní i sociální péči a je závislá na pomoci při některých základních sebeobslužných aktivitách. Pro definování této péče je právě klíčová potřeba zkombinovat významný podíl zdravotní a sociální péče a současně je péče svým časovým průběhem dlouhodobá. Cílem poskytování dlouhodobé péče je *„zmírnit dopady zhoršené soběstačnosti klienta a kompenzovat jeho nepříznivou zdravotní situaci a pomoci mu získat soběstačnost s ohledem na jeho zdravotní stav a prognózu. V rámci dlouhodobé péči jsou poskytovány lékařské, ošetřovatelské, rehabilitační a sociální služby dle disability a vzhledem k diagnóze klienta.“*[131] Služby dlouhodobé péče potřebují osoby, které mají omezenou soběstačnost zejména v základních sebeobslužných aktivitách, kdy tento stav je setrvalý. Sebeobslužné aktivity dělíme na základní (bazální) aktivity, mezi které řadíme oblékání, schopnost se najíst, kontinenci, schopnost provést základní hygienu, základní mobilitu, a instrumentální aktivity, které umožňují žít nezávisle ve své komunitě, například nakupování, domácí práce, příprava stravy, obstarávání financí. Dlouhodobou péčí rozumíme péči v domácím prostředí zajištěnou prostřednictvím profesionálního poskytovatele těchto služeb nebo neformálními poskytovateli (osoby blízké) tak i péči v institucích (zdravotnická zařízení – nemocnice s akutní lůžkovou

[130] *Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice.* Praha: MPSV, 2006. 2 s.
[131] VÁLKOVÁ, Monika. *AD3 Zákon o dlouhodobé péči.* [online]. [cit. 2013-01-27]. Dostupné z www: <http://www.azhacr.cz/o-asociaci/stat-a-osoby-se-zdravotnim-postizenim/3-zakon-o-dlouhodobe-peci/>.

péčí, zařízení následné péče apod. a pobytová zařízení sociálních služeb – domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem apod.).[132]

V ČR od r. 2007 do současnosti došlo ke změně v poskytování sociálních služeb v souvislosti se zákonem č. 108/2006 Sb., dále k přijetí několika strategických dokumentů, které se zabývají vymezením dlouhodobé péče a opatřeními, která mají být realizována v oblasti systému dlouhodobé péče, taktéž vznikl expertní panel a pracovní skupina odborníků věnující se problematice dlouhodobé péče, byly realizovány projekty zabývající se zdravotními a sociálními službami v modelu dlouhodobé péče atd. Vzhledem k tomuto systém dlouhodobé péče v ČR není stále zajištěn jediným systémem, ale na poskytování a financování dlouhodobé péče se podílí více subjektů a finančních zdrojů. Těmito subjekty jsou resort MPSV a Ministerstva zdravotnictví, dále územně samosprávné celky, poskytovatelé sociálních služeb a poskytovatelé zdravotních služeb, zdravotní pojišťovny aj. Hlavními finančními zdroji jsou v oblasti sociálních služeb příspěvek na péči a dotace MPSV, dále dotace z rozpočtů územně samosprávných celků a v neposlední řadě vlastní finanční prostředky uživatelů služeb, zatímco systém zdravotní péče je v kompetenci Ministerstva zdravotnictví a poskytované zdravotní služby jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.[133] Následující tabulka č. 13 shrnuje klíčové rozdíly jednotlivých systémů, v rámci nichž jsou nyní realizovány zdravotní a sociální služby. Schéma č. 8 zobrazuje vývoj událostí v oblasti řešení dlouhodobé péče v období 2007 – 2012. Dále je uveden přehled konkrétních důvodů, které jsou prezentovány jako důvody pro změnu současného poskytování sociálně-zdravotní péče v ČR.

[132] HOLMEROVÁ, Iva, KOREJSOVÁ, Monika. *Dlouhodobá péče v České republice.* 2011. [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z www: <http://www.eseznam.cz/index.php/zpravodajstvi/tema-socialni-reforma/1251-dlouhodoba-pece-v-ceske-republice>.

[133] MPSV. *Finanční toky ve veřejných a soukromých rozpočtech v dlouhodobé péči.* Listopad 2011. MPSV. [online]. [cit. 2012-02-02]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/11994/Financni_toky.pdf>.7 s.

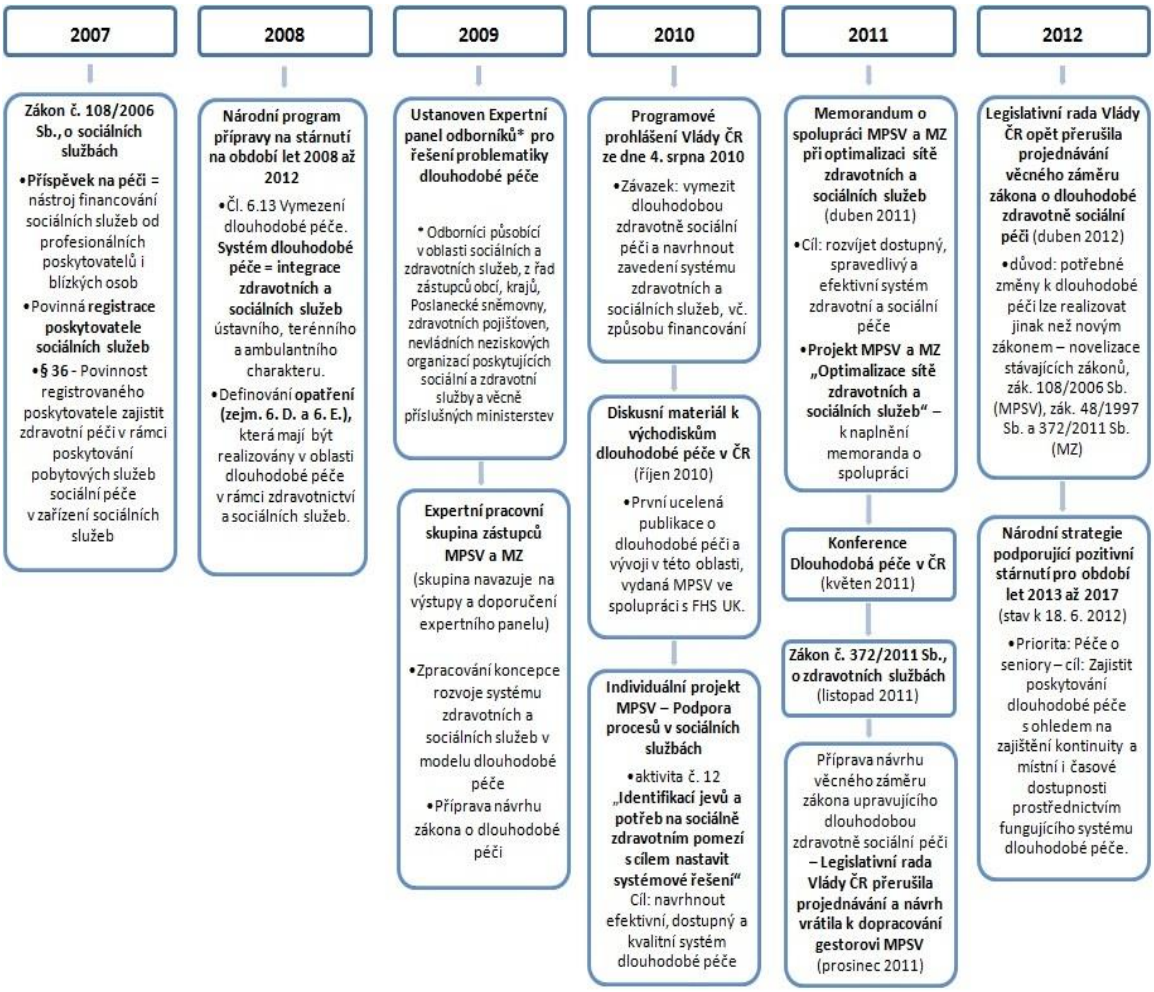
Tabulka č. 13 Přehled rozdílů systému sociálních služeb a zdravotní péče v ČR

	Systém sociálních služeb	**Systém zdravotní péče**
Příslušný resort	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
Legislativa *(stěžejní právní předpisy)*	Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách Vyhláška č. 505/2006 Sb.	Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění; Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách
Druhy sociálních služeb / Formy zdravotní péče *(vzájemné propojení systémů)*	Služby sociální péče • Osobní asistence, Pečovatelská služba, Odlehčovací služby, Denní stacionáře • *Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem – povinnost zajistit zdravotní péči v pobytovém zařízení (§36)* • *Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní (lůžkové) péče (§52)*	Formy zdravotní péče • Ambulantní péče • Jednodenní péče • Lůžková péče – akutní intenzivní a standardní, *následná lůžková péče, dlouhodobá lůžková péče* • Poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí – návštěvní služba, *domácí péče*
Poskytovatel péče/služeb	Registrovaný poskytovatel sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb.	Registrovaný poskytovatel zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb.
Hlavní zdroje financování	• Dotace ze státního rozpočetu • Dotace z rozpočtů krajů a obcí • Příspěvky z rozpočtu zřizovatele • Příspěvek na péči • Vlastní příjem uživatele	• Veřejné zdravotní pojištění
Úhrada za poskytnuté služby/péči uživatel/ pacient	Cenová regulace – vyhl. 505/2006 Sb. • Úhrada za poskytnuté úkony služeb *(max. výše úhrady 120 Kč/hod)* • Pobyt v zařízení sociálních služeb: Úhrada za péči ve výši přiznaného příspěvku na péči (§73 odst. 4 písm. a zákona č. 108/2006 Sb.) Úhrada za stravu a ubytování *(max. výše úhrady 160 Kč/den za stravu a 200 Kč/den za ubytování)* Po úhradě ubytování a stravy – povinný zůstatek 15 % příjmu uživatele (§73 odst. 3)	Zákon č. 48/1997 Sb. • Úhrada zdravotních služeb poskytnutých pojištěnci z veřejného zdravotního pojištění (§13) • Pobyt ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče: regulační poplatek – poplatek za stravu a ubytování, tj. hotelové služby, *výše úhrady 100 Kč/den* (§16a) • Úhrada ze strany pacienta (výjimky)
Definice „dlouhodobé péče“	Zákon č. 108/2006 Sb. definuje potřebu dlouhodobé péče v kontextu sociálních služeb, tj. *dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav* je stav, který omezuje funkční schopnosti osoby nutné pro zvládání základních životních potřeb – dlouhodobost specifikována dobou trvání déle než 1 rok (§3 psím. c; nárok na příspěvek *z důvodu dlouhodobě nepříznivého stavu potřebuje pomoc* jiné fyzické osoby (§2 odst. 2).	Zákon č. 372/2011 Sb. definuje *dlouhodobou lůžkovou péči* = péče poskytovaná pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetřovatelské péče se zhoršuje (§9 odst. 2 písm. d). Lůžková péče je zdravotní péče, kterou nelze poskytovat ambulantně; je nezbytná hospitalizace pacienta; je poskytována v rámci nepřetržitého provozu. (§9 odst. 1)
	Věcný záměr zákona o dlouhodobé péči, jehož projednávání bylo Legislativní radou Vlády ČR dvakrát přerušeno, uvádí tuto definici dlouhodobé péči: *„Dlouhodobá péče je koordinované poskytování zdravotních a sociálních služeb, které dlouhodobě potřebují osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby a se zhoršeným zdravotním stavem. Formami dlouhodobé péče jsou péče poskytovaná v domácím prostředí klienta, ambulantní péče a pobytová péče.“*[134] Tato definice předpokládala souběžné poskytování zdravotní a sociální péče, a to i ve vlastním sociálním prostředí (tj. v domácnosti), zatímco zákon č. 372/2011 Sb. definuje dlouhodobou péči pouze v rámci lůžkové zdravotní péče.	

Zdroj: *Zákon č. 108/2006 Sb. Vyhláška č. 505/2006 Sb. Zákon č. 48/1997 Sb. Zákon č. 372/2011 Sb.*
Zpracování: Autorka.

[134] MPSV. *Návrh Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně – sociální péči. Důvodová zpráva – shrnutí.* [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13536/Navrh_vecneho_reseni_problematiky_LTC.pdf>. 24 s.

Schéma č. 8 Vývoj událostí v oblasti řešení dlouhodobé (sociálně-zdravotní) péče



Zdroj: MPSV. MZČR.
Zpracování: Autorka.

Důvody pro změnu současného poskytování sociálně-zdravotní péče v ČR:

Demografický vývoj – stárnutí populace

- Z hlediska budoucích demografických změn ve společnosti, není současný rozsah poskytování a síť sociálně-zdravotních služeb dostatečně flexibilní, a nepřipravuje se na progresivní nárůst počtu obyvatelstva ve věku 65let a výše. S ohledem na tento vývoj je nutné přistoupit k systémové změně v oblasti zdravotních a sociálních služeb, který bude uplatňovat model „long-term care“.[135] Podle nynějších odhadů dlouhodobou péči v ČR potřebuje přibližně 150-170 tisíc osob a v důsledku

[135] VÁLKOVÁ, Monika. Dlouhodobá péče, současnost a pohled do budoucnosti. *Elektronický měsíčník Občan v síti.* Č. 4/2010. [online]. [cit. 2013-01-04]. Dostupné z www: <http://www.sdruzeniobcan.cz/files/obcanvsiti2010_04.pdf>. 3 s.

stárnutí obyvatelstva bude tato skupina (zejména „old old“ – 80letých a starších) narůstat.[136]

Nedostatečná organizace, koordinace a financování sociálně-zdravotní péče

- Dnešní organizace (tj. registrace, standardy kvality) a způsob financování dlouhodobé péče je *„nesystémově rozdrobeno mezi resorty MZ a MPSV, kraje, obce a zdravotní pojišťovny, což vede k významným nerovnostem mezi srovnatelnými klienty zdravotnických a sociálních zařízení, nedostatečnému zajištění kvality a dostupnosti, neefektivnímu poskytování a k vysokým transakčním nákladům“*.[137]
- V ČR chybí legislativní zakotvení dlouhodobé péče.
- *„Současný způsob odděleného financování zdravotní a sociální péče, je v případě realizace dlouhodobé péče typu „long-term care“ neefektivní a časově neprovázaný.“*[138] Nyní je zdravotní část péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění, zatímco sociální péče je ve velké míře hrazena z prostředků státního rozpočtu, a to dávek pojistných i nepojistných systémů, dotací ze státního rozpočtu a dále z rozpočtů zřizovatelů zařízen. Taktéž se liší finanční spoluúčast klienta v případě pobytu v příslušném zařízení. Současně dochází k tomu, že zdravotní pojišťovny regulují péči o klienty tím, že těmto klientům mu není předepisována domácí zdravotní péče, ačkoli ji tyto klienti potřebují nebo zdravotní pojišťovny neuznávají některé zdravotní úkony provedené u klienta pobytového zařízení sociálních služeb.[139] Naopak zdravotní pojišťovny mají zvýšené výdaje z důvodu tzv. sociálních hospitalizací osob ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, kdy tyto pacienti jsou hospitalizováni na lůžkách akutní nebo následné péče, kde jsou vysoké náklady na personální zajištění ve smyslu kvalifikace, zároveň tito pacienti nedostávají potřebné sociální služby, není jim vyplácen příspěvek na péči a nepodílí se na plné úhradě stravy a ubytování.[140]

---

[136] HOLMEROVÁ, Iva, KOREJSOVÁ, Marie *Dlouhodobá péče v České republice.* 2011. [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z www: <http://www.eseznam.cz/index.php/zpravodajstvi/tema-socialni-reforma/1251-dlouhodoba-pece-v-ceske-republice>.

[137] MPSV. *Návrh Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně – sociální péči. Důvodová zpráva – shrnutí.* [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13536/Navrh_vecneho_reseni_problematiky_LTC.pdf>. 10 s.

[138] VÁLKOVÁ, Monika. Dlouhodobá péče, současnost a pohled do budoucnosti. *Elektronický měsíčník Občan v síti.* Č. 4/2010. [online]. [cit. 2013-01-04]. Dostupné z www: <http://www.sdruzeniobcan.cz/files/obcanvsiti2010_04.pdf>. 2 s.

[139] HOLMEROVÁ, Iva, KOREJSOVÁ, Marie. *Dlouhodobá péče v České republice.* 2011. [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z www: <http://www.eseznam.cz/index.php/zpravodajstvi/tema-socialni-reforma/1251-dlouhodoba-pece-v-ceske-republice>.

[140] MPSV. *Návrh Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně – sociální péči. Důvodová zpráva – shrnutí.* [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13536/Navrh_vecneho_reseni_problematiky_LTC.pdf>. 11 s.

Nedostatečná síť sociálně-zdravotních služeb

- V jednotlivých krajích je nerovnováha v rozsahu a struktuře poskytování sociální-zdravotních služeb. Současná síť těchto služeb nenaplňuje dostatečně principy dostupnosti, spravedlivého přístupu a práva na zdraví. Taktéž se síť těchto služeb terénního a ambulantního charakteru nerozvíjí dostatečně.[141]
- *„Domovy pro seniory často suplují zdravotní péči a naopak ve zdravotnických lůžkových zařízeních tzv. následné péče (LDN a ošetřovatelská lůžka) jsou dlouhodobě umisťováni klienti ze sociálních důvodů, nikoli ze zdravotních důvodů – současný systém umisťování na tyto typy lůžek je nefunkční a nepružný, lehce zneužitelný.“* Ostatní potřebné sociálně-zdravotní služby poskytované v domácím prostředí jsou poddimenzovány. *Hospicovou lůžkovou a domácí péči nelze suplovat péčí v léčebnách dlouhodobé péče či na ošetřovatelských lůžkách.“ „Neexistuje potřebná síť zastřešující a koordinující nabídku a poptávku po zdravotně sociálních službách v daném regionu*“ – neexistence tzv. komunitních center (např. při krajských úřadech), která by mapovala sociálně zdravotní potřeby občanů v daném regionu a současně by zajišťovala, koordinovala odpovídající sociálně zdravotní péči o jednotlivé klienty.[142]

Dle vyjádření odborníků expertního panelu mezi silné stránky pro zavedení jednotného systému dlouhodobé péče v ČR lze zahrnout skutečnost, že *„dlouhodobá péče nabízí propojenost sociálně zdravotních služeb, které jsou vzájemně funkčně propojeny na úrovni obcí a odpovídají potřebám seniorů a zdravotně znevýhodněných a podporují dostupnost sociálně zdravotní péče“*. Současně dlouhodobá péče *„je orientovaná na člověka, na jeho potřeby v jeho přirozeném prostředí, komunitě a na obdobná komplexní centra služeb a poradenství poskytovatelů sociálních služeb“* a *„podporuje autonomii a funkční stav zejména u seniorů a zdravotně znevýhodněných prostřednictvím podpory a pomoci prostřednictvím poskytovatelů sociálních a zdravotnických služeb, které by se měly rozvíjet zejména na komunitní úrovni“*.[143]

---

[141] VÁLKOVÁ, Monika. Dlouhodobá péče, současnost a pohled do budoucnosti. *Elektronický měsíčník Občan v síti.* Č. 4/2010. [online]. [cit. 2013-01-04]. Dostupné z www: <http://www.sdruzeniobcan.cz/files/obcanvsiti2010_04.pdf>. 3 s.

[142] HOLMEROVÁ, I., KOREJSOVÁ, M., VÁLKOVÁ, M. Jaké jsou důvody pro změnu v systému zdravotně sociální péče v ČR? *Práce a sociální politika – měsíčník MPSV ČR.* 2010. Roč. 7, č. 5. 3 s.

[143] HOLMEROVÁ, I., VÁLKOVÁ, M. Zákon o dlouhodobé péči přinese systémovou změnu poskytování sociálních a zdravotnických služeb. *Časopis Sociální práce/Sociálna práca.* 2011, roč. 11, č. 3/2011. 39 s.

7. Kritická reflexe

Následující kapitola se snaží reflektovat změny ve způsobu poskytování a financování služeb sociální péče, ke kterým došlo po r. 2007 v souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Na základě prostudovaných dokumentů, výzkumných zpráv, odborných článků a vlastního terénního šetření mezi vybranými aktéry systému financování sociálních služeb byla zpracovaná SWOT analýzy (viz tabulka č. 14), prostřednictvím které byly identifikovány silné a slabé stránky systému financování sociálních služeb – služeb sociální péče, možné příležitostí a ohrožení tohoto systému z vnějšího prostředí. Na základě této analýzy dat lze reflektovat a hodnotit systém poskytování a financování služeb sociální péče pro seniory.

Přijetí nové legislativy k sociálním službám přineslo zásadní změnu nastavení systému sociálních služeb, protože zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách **je první platnou právní normou,** která uceleně a samostatně upravuje prostředí sociálních služeb. Společně s prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. tvoří zákonnou oporu poskytování sociálních služeb prostřednictvím definované typologie sociálních služeb, povinné registrace poskytovatelů sociálních služeb, cenové regulace sociálních služeb ve smyslu ochranného nástroje uživatelů, standardizace a profesionalizace sociálních služeb. Poskytování registrovaných sociálních služeb musí být v souladu se zásadami definovanými uvedeným zákonem a musí být poskytovány v náležité kvalitě podle standardů kvality sociálních služeb, které vycházejí z naplňování lidských a sociálních práv, podporují kvalitu života i začlenění uživatele do komunity/společnosti. Za účelem zajištění poskytování kvalitních sociálních služeb byla zavedena inspekce poskytování sociálních služeb, prostřednictvím které jsou služby kontrolovány ze strany státu jako prvek ochrany uživatelů.

Ve vztahu k systému financování sociálních služeb lze kladně hodnotit deklarování **více-zdrojového financování sociálních služeb,** tj. smíšený model veřejné zdroje, úhrady uživatelů a zdroje soukromých subjektů (podrobně viz schéma č. 5); zákonné zakotvení práva poskytovatelů **žádat úhradu nákladů za poskytnuté služby, za ubytování a stravování** a taktéž právo poskytovatelů **žádat o dotace ze státního rozpočtu** k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb. V neposlední řadě lze kladně hodnotit zavedení nové dávky – **příspěvek na péči**, prostřednictvím které byla posílena finanční soběstačnost uživatelů sociálních služeb.

Tabulka č. 14 SWOT analýza systému financování sociálních služeb

Silné stránky	Slabé stránky
• zákon č. 108/2006 Sb. – **zákonná opora poskytování sociálních služeb** (registrace, inspekce, standardizace, profesionalizace sociálních služeb) • **více-zdrojové financování** • právo poskytovatelů služeb sociální péče **žádat úhradu nákladů za služby a související ubytování/stravu** • právo poskytovatelů **žádat o dotace ze státního rozpočtu** na financování sociálních služeb • zavedení **příspěvku na péči** – posílení finanční soběstačnosti uživatelů sociálních služeb • **cenová regulace sociálních služeb** (maximální možná výše úhrad) – ochranný prvek uživatelů	• **podfinancování sociálních služeb**: ∗ *každoroční **pokles objemu dotací** ze státního rozpočtu pro poskytovatele sociálních služeb* ∗ ***nepropojení dotačních výdajů a výdajů na příspěvek na péči** – důsledek závislost poskytovatelů na dotacích* • **nedostatečné nastavení příspěvku na péči** a jeho **kontroly využívání při neformální péči** • **nastavení dotační politiky a proces poskytování dotací ze státního rozpočtu:** ∗ ***neexistence prováděcího předpisu** upravujícího poskytování dotací poskytovatelům – nedostatek kritérií pro hodnocení žádostí a nejednotnost hodnocení ze strany krajů* ∗ ***nedořešený přechod financování sociálních služeb z centrální úrovně MPSV na kraje*** ∗ ***nerovné postavení poskytovatelů** sociálních služeb v rámci dotačního řízení MPSV* ∗ ***problémy dotačního řízení** – nesrozumitelnost hodnocení, politické vlivy při rozdělování dotací, zdlouhavost dotačního řízení, pozdní výplata dotací, nenárokovost poskytování dotací* ∗ ***jednoletý dotační titul MPSV** – existenční nejistota poskytovatelů sociálních služeb* • **cenová regulace sociálních služeb** – sporná maximální výše úhrady terénní + ambulantní služeb + povinný 15% zůstatek při poskytování pobytových služeb (nízké příjmy od uživatelů) • **nepropojenost procesu financování a plánování sociálních služeb** na úrovni kraje a obce – obce nemají povinnost zpracovávat plány rozvoje sociálních služeb • **nedostatečná finanční provázanost sociálních a zdravotních služeb** (nedostatečná úhrada zdravotní péče při poskytování pobytových služeb)
Příležitosti	**Ohrožení**
• provést **legislativní změny nastavení příspěvku na péči a posílit kontrolní mechanismy** • vytvořit **metodiku financování sociálních služeb** (prováděcí předpis podle §101) • **dořešit přechod financování sociálních služeb z centrální úrovně MPSV na kraje** *(naplnění principů subsidiarity a variability)* • **zavést víceleté financování sociálních služeb** – zamezení dalšímu podfinancování poskytovatelů • **zavést povinnost obcí zpracovávat plány rozvoje sociálních služeb** • **propojení sociál. a zdravot. služeb** v kontextu stárnutí populace a dlouhodobé péče	• **finanční nestabilita** – výrazné snižování finančních prostředků z veřejných rozpočtů do systému sociálních služeb • ukončení OP LZZ (ESF) v r. 2013 • **přechod financování sociálních služeb z centrální úrovně MPSV na kraje** (preference poskytovatelů sociálních služeb zřízených kraji, nejednotnost hodnocení) • **demografický vývoj – stárnutí populace:** nárůst počtu uživatelů sociálních služeb a nárůst počtu příjemců příspěvku na péči – zvýšení nároků čerpání státního rozpočtu • zhoršení ekonomické situace uživatelů sociálních služeb (v případě zrušení cenové regulace služeb)

Zpracování: Autorka.

Za nejslabší stránku systému financování sociálních služeb lze považovat **nedostatek finančních prostředků**, které směřují do tohoto systému. Od počátku fungování tohoto nového systému financování lze hovořit o **podfinancování sociálních služeb** s ohledem na každoroční **pokles celkového objemu dotací ze státního rozpočtu** rozdělovaných v rámci dotačního řízení MPSV registrovaným poskytovatelům sociálních služeb, přestože objem mandatorních výdajů státního rozpočtu v podobě výplaty příspěvku na péči se každoročně zvyšuje (viz graf č. 4). Důsledkem tohoto podfinancování systému sociálních služeb je nepropojení dotačních výdajů a výdajů na přípěvek na péči v takové míře, v jaké se při koncipování nového systému financování předpokládalo. V souvislosti se současným podfinancováním tohoto systému je nezbytné upozornit, že další výrazné snižování finančních prostředků směřujících do systému sociálních služeb z veřejných rozpočtů (zejména státního rozpočtu) musí být vnímáno jako hrozba pro další fungování systému financování sociálních služeb a prohloubení závislosti poskytovatelů na dotacích ze státního rozpočtu. Reálným ohrožením je ukončení čerpání finančních prostředků z OP LZZ (ESF), jehož programové období končí v r. 2013, přičemž v předchozích letech pokles objemu státních dotací byl právě dofinancován z tohoto operačního programu.

Příspěvek na péči, přestože jeho zavedení je řazeno mezi silné stránky systému financování sociálních služeb, jeho realizace v praxi vede ke kritickému tvrzení, že právě příspěvek na péči *„výrazným způsobem limituje efektivnost celého systému financování sociálních služeb“*[144]. Příčiny vedoucí k tomuto tvrzení jsou – každoročně **se zvyšující nároky čerpání státního rozpočtu v oblasti výplaty tohoto příspěvku**, přičemž se značná část takto vyplacených státních prostředků **nevrací zpět do systému registrovaných sociálních služeb,** přestože původní očekávání při přípravě předmětného zákona byla jiná. Po zavedení příspěvku do praxe došlo k nárůstu počtu příjemců z řad nových žadatelů, tak i ke zvýšení objemu vyplacených prostředků u automaticky překlopených příjemců, kteří splnili podmínky pro zvýšení výše příspěvku a v neposlední řadě skutečnost, že příjemci tento příspěvek nevyužívají na nákup registrovaných sociálních služeb tak, jak se předpokládalo. Příspěvek na péči je prezentován jako *„černá díra reformy sociálního systému“*, protože *„tyto finanční prostředky se nevrací zpět do oblasti sociálních služeb, což vede k existenčním*

[144] PRŮŠA, L. Příspěvek na péči – černá díra reformy sociálního systému. *Fórum sociální politiky.* 2009, roč. 3, č. 3/2009. 26 s.

problémům řady poskytovatelů především terénního charakteru, a to jak z řady nestátních neziskových organizací, tak i z řady příspěvkových organizací obcí a měst"[145] a *„následně způsobuje* ***ekonomické problémy poskytovatelů a zvyšuje jejich tlak na poskytnutí dotace*** *ze státního rozpočtu"*[146]. V této souvislosti je nezbytné podotknout, že zákon č. 108/2006 Sb. byl mnohokrát novelizován právě ve vztahu k úpravě nastavení využívání příspěvku (podrobněji tabulka č. 7), ale žádnou novelizací zákona **nebyla striktně uložena povinnost příspěvek využívat pouze na nákup registrovaný sociálních služeb**[147]**,** přestože v důvodových zprávách bylo odkazováno na skutečnost, že v praxi nedošlo k propojení výdajů dotačních a výdajů alokovaných do příspěvku na péči na terénní a ambulantní služby, tj. do rozpočtů poskytovatelů sociálních služeb směřuje méně, než bylo předpokládáno.

Od zavedení příspěvku na péči do praxe je také vedena odborná diskuze o **efektivitě využívání příspěvku** zejména u nižších stupňů závislosti při zajištění péče prostřednictvím neformální péče v přirozeném prostředí, kdy je odkazováno na nesprávné vnímání účelu příspěvku jeho příjemci (tj. zneužívání příspěvku k úplně jiným účelům než na zajištění potřebné péče o vlastní osobu) a nemožnost přesně stanovit, jaký podíl vyplaceného příspěvku slouží jako kompenzace neformálnímu poskytovateli za čas strávený zajištěním reálné péče. Přestože je na nevyužívání či zneužívání odkazováno, nejsou dostupná konkrétní data, která by tuto skutečnost potvrdily (jde pouze o kvalifikované odhady[148]). Z dostupných dat (informačního systému MPSV) je patrné, že příspěvek je nečastěji využíván na zajištění neformální péče. Oslovené referentky krajských poboček ÚP potvrdily skutečnost, že k **nevyužívání příspěvku na zajištění potřebné péče dochází zejména mezi příjemci v nižších stupních**. Z vlastního terénního šetření mezi příjemci příspěvku na péči v seniorském věku vyplývá, že někteří příjemci tento **příspěvek využívají na zajištění**

---

[145] Tamtéž 26 s. a 28 s.

[146] PRŮŠA, L. K problematice střetu zájmů při poskytování sociálních služeb. *Fórum sociální politiky.* 2011, roč. 5, č. 2/2011. 19-20 s.

[147] Zákon č. 108/2006 Sb., v ustanovení § 21 odst. 2 písm. d) uvádí, že příspěvek musí být využit *na zajištění potřebné pomoci osobou blízkou nebo asistentem sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětským domovem anebo speciálním lůžkovým zdravotnic. zařízením hospicového typu.*

[148] *„Odhadem se jedná o částku 10-11 mld. Kč, které jsou používány na zajištění neformální péče,* avšak *„u příspěvku na péči, který je vyplácen osobě blízké nebo jiné osobě, lze jen kvalifikovaně odhadnout, jaký objem těchto prostředků je používán jako kompenzace za čas strávený zajištěním potřebné péče a jaká část je používána jako tzv. odškodnění za zhoršený zdravotní stav."* Tyto odhady se mohou lišit u jednotlivých stupňů, zatímco u příspěvku ve IV. stupni by procento zneužití mohlo být mezi 5-15%, naopak v I. stupni lze odhadnout zneužívání v 70-90%.
HORECKÝ, Jiří. *Návrhy na změnu výplaty a použití příspěvku na péči 2012*. [online]. [cit. 2012-12-27]. Dostupné z www: <www.apsscr.cz/files/files/Prispevek_na_peci_JH_finalup.pdf>. 12 s.

péče v nižší výši než ve výši přiznaného příspěvku, a to s ohledem na aktuální potřebu péče nebo **příspěvek nevyužívají k úhradě poskytnuté péče,** ale péči mají zajištěnu prostřednictvím **neformální rodinné péče, za kterou není realizována platba.** V případě příjemců, kteří zbývající část vyplaceného příspěvku využívají k jiným účelům (úhrada léků, bydlení, dopravy) lze konstatovat, že část tohoto příspěvku není využita efektivně a v souladu s platnou legislativou, tj. dochází k zneužívání. Na oblast využívání, respektive nevyužívání, příspěvku by se měla zaměřovat kontrola využívání příspěvku, jejíž obsah a rozsah je upravený zákonem č. 108/2006 Sb. Avšak **kontrola využívání příspěvku je považována za nedostatečnou**, a to jak ze strany poskytovatelů, tak i ze strany samotných referentek krajských poboček ÚP, které však ve vztahu k provádění kontroly využívání poukazují na **nedostatečné nastavení kontrolních mechanismů** použitelných při zjištění nevyužívání příspěvku **a nedostatečný počet pracovníků vykonávající agendu příspěvku na péči**, včetně provádění kontroly.

Taktéž **nastavení dotační politiky a proces poskytování dotací ze státního rozpočtu na sociální služby** lze zahrnout mezi slabé stránky systému financování sociálních služeb. Negativně lze hodnotit skutečnost, že oblast poskytování dotací ze státního rozpočtu registrovaným poskytovatelům sociálních služeb k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb **není zákonem č. 108/2006 Sb. dostatečně upravena** na rozdíl od dalších prvků systému a příspěvku na péči, které se věnuje podstatná část této právní úpravy. Financování sociálních služeb se tedy velmi obecně věnuje šestá část a několik málo dalších ustanovení zákona, přičemž ustanovení § 101 odst. 7 uvedeného zákona odkazuje na prováděcí předpis, který by měl stanovit bližší podmínky pro stanovení výše dotace, účelu dotace, jejího členění a způsobu poskytování. Avšak doposud tento **prováděcí předpis dosud nebyl vydán** a jediným dokumentem, který upravuje tento postup, je každoročně aktualizovaná *„Metodika MPSV pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb a posouzení žádostí o dotaci ze státního rozpočtu v oblasti podpory sociálních služeb“*[149] a pro letošní rok byl dalším podkladem dokument MPSV – *„Principy a priority dotačního řízení na podporu poskytování sociálních služeb pro r. 2013“*. S tímto nedostatkem v podobě neexistence uvedeného právního předpisu souvisí i **nedořešený a neustále odkládaný přechod dotačního řízení z centrální úrovně –**

MPSV na kraje. V současné době se kraje podílejí na realizaci dotačního řízení MPSV v rámci přenesené působnosti, kdy jsou v roli zpracovatele a hodnotitele podaných žádostí poskytovatelů o dotaci (viz kapitola 6.3), avšak konečné rozhodnutí o poskytnutí dotace je v kompetenci MPSV, což je podle osloveného pracovníka KÚ problematické, protože MPSV nemusí akceptovat návrhy krajských úřadů o výši dotace na jednotlivé sociální služby. V neposlední řadě jsou kraje v roli distributora finančních prostředků jednotlivým příjemcům, což celý proces jen prodlužuje. Ve vztahu k přechodu dotačního řízení na kraje zaznívají protichůdné názory, podle některých názorů přechod financování na kraje je *„logickým pokračováním decentralizace a přiblížení se tohoto segmentu veřejných služeb potřebám obyvatel“*, protože kraje jsou k rozhodování kompetentnější s ohledem na povinné střednědobé plánování rozvoje sociálních služeb a spolupráci s obcemi. Na druhou stranu zaznívají obavy, že celý systém financování bude v rámci ČR nejednotný, protože vznikne 14 specifických systémů na úrovních krajů a mohlo by docházet se strany krajů ke zvýhodňování poskytovatelů zřízených právě kraji.[150] Taktéž s výše uvedeným souvisí skutečností, že v rámci dotačního řízení MPSV docházelo k **nejednotnosti hodnocení žádostí** o dotaci ze strany krajů a **poskytovatelé neměli zajištěno rovné postavení** vzhledem k tomu, že analýzy výsledků dotačních řízení MPSV v letech 2007 – 2011 odhalily, že po celou dobu realizace dotačního řízení docházelo k **nespravedlivému rozdělování dotací**, protože výše poskytnuté dotace byla výrazně diferencována podle právní formy poskytovatele a jeho zřizovatele, též byly odhaleny výrazné regionální rozdíly ve výši poskytnuté dotace na rezidenční služby (dotace na lůžko). S ohledem na zjištěné rozdíly bylo konstatováno, že v rámci dotačního řízení došlo k poručení základních principů dotační politiky „principu rovných podmínek pro všechny poskytovatele a příjemce služeb“. (Víšek, Průša 2012:61-63)

Dotazovaní poskytovatelé služeb sociální péče pro seniory vnímají proces dotačního řízení jako problematický a celkové nastavení systému hodnotili spíše negativně. V souvislosti s dotačním řízením zmiňovali **nesrozumitelnost a nejasnost hodnocení žádostí o dotaci** vzhledem k zjevným výkyvům v poskytování dotací konkrétným poskytovatelům či výrazně rozdílné výši poskytnutých dotací na srovnatelné druhy sociálních služeb, **politický vliv při rozdělování dotací** na krajské

[149] MPSV. *Právní analýza II. Rozbor právního systému České republiky v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k právu Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu.* 27 s.

úrovni, **administrativní zátěži** spojenou s jednoletým dotačním programem podpory MPSV – každoroční podávání žádostí o dotaci, rovněž byla kritizována **délka dotačního řízení** a s tím spojené **pozdní vyplácení přiznaných dotací** (někdy až ve 2. čtvrtletí běžícího kalendářního roku, přičemž žádosti o dotaci pro následující kalendářní rok se podávají již v září). Podle některých poskytovatelů je nevyhovující **nenárokové poskytování dotací**, protože situace každoročního žádání o státní dotaci, která je druhým hlavním zdrojem financování služeb sociální péče, jednoznačně vede k existenční nejistotě poskytovatelů. Přičemž proces dotačního řízení MPSV jako problematický vidí i také pracovník KÚ, který se podílel na jeho realizaci v předešlých letech, a to z hlediska **termínu realizace dotačního řízení, daných krátkých lhůt pro zpracování a kvalitní vyhodnocení žádostí** apod. a v neposlední řadě z hlediska provádění výplaty poskytnutých dotací prostřednictvím rozpočtu kraje, které celé dotační řízení prodlužuje.

Vzhledem k výše uvedenému je nezbytné upozornit, že zmiňované problémy a nedostatky nastavení a procesu poskytování dotací ze státního rozpočtu a s tím spojená finanční nejistota poskytovatelů sociálních služeb, nebudou efektivně nevyřešeny jednorázovými změnami, ale realizací propojených systémových změn – **dořešením přechodu financování sociálních služeb z centrální úrovně MPSV do samostatné působnosti krajů; vytvoření metodiky financování sociálních služeb prostřednictvím prováděcího předpisu podle § 101** zákona č. 108/2006 Sb., který podrobně upraví poskytování dotací a zejména stanoví jasná kritéria hodnocení žádostí. Taktéž možným řešením by mohlo být **zavedení víceletého financování sociálních služeb (na centrální úrovni, úrovni krajů a obcí)**, které by přispělo k větší existenční jistotě poskytovatelů a jejich větším možnostem při plánování a rozvoje organizace. V souvislosti s přechodem financování z centrální úrovně MPSV na kraje je nezbytné uvést, že pokud budeme vycházet v oblasti sociálních služeb z principů sociální politiky – princip subsidiarity a variability (viz kapitola č. 4.5), tak by na základě těchto principů primární odpovědnost nejenom za plánování ale i financování sociálních služeb měla být v kompetenci vyšších územně samosprávných celků – krajů, protože sociální služby nelze plánovat centrálně, ale musí odpovídat skutečným místní a regionálním potřebám. S výše uvedeným přímo i nepřímo souvisí současné **nedostatečné propojení plánování a financování na úrovni MPSV – kraje – obce** s ohledem na zmiňovaný nedořešený

[150] Financování sociálních služeb v roce 2011. *Deník veřejné správy* [online]. [cit. 2012-12-03]. Dostupné z www: <http://denik.obce.cz/clanek.asp?id=6471560>.

přechod financováním samostatné působnosti krajů; dále na skutečnost, že obce (tj. obce s rozšířenou působností) nemají zákonem uloženou povinnost zpracovávat střednědobé plány rozvoje sociálních služeb na jejich území, které by mohly být významným podkladem pro zpracování střednědobého plánu rozvoje na krajské úrovni z hlediska vyčíslení finančního zajištění sociálních služeb ze strany obcí; a taktéž rozrušení vazby mezi plánováním sociálních služeb a výplatou sociálních dávek na úrovni obcí s rozšířenou působností, ke kterému došlo v souvislosti s převodem výplaty dávek do kompetence centrálního Úřadu práce ČR. Přičemž tomuto úřadu v oblasti zajištění dostupnosti, plánování a financování sociálních služeb nebyly zákonem uloženy žádné povinnosti.

Dalším sporným prvkem systému financování služeb sociální péče je **cenová regulace sociálních služeb**, kdy MPSV (stát) prostřednictvím prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. stanoví maximální výši úhrady za jednotlivé úkony terénních a ambulantních sociálních služeb a zároveň maximální výši úhrady za ubytování a stravu při poskytování pobytových a ambulantních služeb v zařízeních sociálních služeb. Z pohledu dotazovaných poskytovatelů sociálních služeb stanovená výše úhrady uživatele **neodpovídá výši vynaložených nákladů**, tj. nepokryje ani určitou část provozních nákladů například mzdu pracovníka přímé péče či náklady související s ubytováním a stravováním. Sporný je také povinný 15% zůstatek z příjmu uživatele, který mu musí zůstat po úhradě ubytování a stravování při poskytování pobytových služeb. V této souvislosti poskytovatelé zmiňovali, že navýšení těchto úhrad by nevedlo k celkovému zvýšení příjmu poskytovatele, a to s ohledem na reálné finanční možnosti jednotlivých uživatelů (nízký příjem uživatele). Z pozice poskytovatelů je cenová regulace limitující prvek brzdící rozvoj sociálních služeb. Z pohledu státu cenová regulace je jedním z **nástrojů ochrany příjmu uživatelů sociálních služeb**, ale je nezbytné zdůraznit, že zákon č. 108/2006 Sb. definuje i jiné nástroje ochrany uživatelů, jako je registrace poskytovatelů, standardy kvality a inspekce poskytování sociálních služeb apod. Na druhou stranu, jak uvádí Průša, maximální výše uvedených úhrad je stanovena na takové úrovni, že se předpokládá spolufinancování sociálních služeb dalšími subjekty formou dotací, avšak v současné době na poskytnutí dotace ze státního rozpočtu není právní nárok.[151]

[151] PRŮŠA, L. K problematice střetu zájmů při poskytování sociálních služeb. *Fórum sociální politiky.* 2011, roč. 5, č. 2/2011. 20 s.

Sporné je tedy to, že poskytovatelé sociálních služeb mohou po uživateli žádat úhradu do stropu maximální výše stanovené prováděcí vyhláškou, přičemž tato část neodpovídá výši skutečně vynaložených nákladů těmito poskytovateli a současně tito poskytovatelé nemají žádnou právní záruku toho, že jim bude poskytnuta dotace ze státního rozpočtu na financování běžných nákladů. Tato záruka poskytnutí státních dotací není zajištěna ani v případě, kdy poskytovatel sociálních služeb je ze zákona povinen určitým skupinám osob poskytovat úkony pečovatelské služby bezplatně. Možným řešením by bylo zrušení těchto maximálních výší úhrad za jednotlivé úkony, za pobyt a stravu. Jak uvádí Průša, došlo by tím k posílení rozhodovacích kompetencí zřizovatelů a samotných poskytovatelů[152], ale na druhou stranu podle pracovníka KÚ by tím došlo k omezení dostupnosti sociálních služeb pro všechny nesoběstačné osoby, protože poskytování sociálních služeb by bylo závislé na příjmu a majetkových poměrech uživatele, tj. sociální služby by byly dostupné pouze osobám z vysoko-příjmových skupin. Přičemž bez ohledu na případné zrušení nebo zachování cenové regulace sociálních služeb je již určitým ohrožením fungování systému sociálních služeb zhoršení ekonomické situace samotných uživatelů a jejich rodin.

Do systému financování sociálních služeb zasahuje financování zdravotní péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb, kdy **zdravotní pojišťovny nehradí náklady skutečně poskytnuté ošetřovatelské zdravotní péče** kvalifikovanými zaměstnanci tohoto poskytovatele sociálních služeb, který v případě poskytování této zdravotní péče vystupuje jako poskytovatel zdravotních služeb. Jak uvedl jeden z dotazovaných poskytovatelů, vzhledem k této nedostatečné úhradě ze strany zdravotní pojišťovny dochází k finančním ztrátám, které musí být dofinancovány z jiných zdrojů. Přičemž JUDr. Kaplan (expert MPSV) upozorňuje na skutečnost, že nevyúčtovaná zdravotní péče je hrazena z jiných finančních zdrojů, což je v rozporu s rozpočtovými pravidly, protože hradit tuto péči ze státní dotace je zakázáno či z příspěvku zřizovatele také není v pořádku. Nebo pokud je tato péče hrazena z úhrady uživatelů je to v rozporu s LZPS, která deklaruje každému nárok na bezplatnou zdravotní péči.[153] Taktéž jiný poskytovatel sociálních služeb poskytující péči na rozhraní sociální a zdravotní péče, tj. sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení (§ 52), poukázal na skutečnost, že tato **sociálně-zdravotní lůžka nejsou**

[152] PRŮŠA, Ladislav. *Předpoklady efektivního financování sociálních služeb. Praha, 19. června 2012.* [online]. [cit. 2013-03-20]. Dostupné z www: <www.crss.cz/otevri_soubor.php?id=5520>.
[153] KAPLANOVÁ, Lenka. Zrušení § 36. *Rezidenční péče.* 2012. Roč. 8, č. 3/2012

dostatečně finančně podporovány ze strany státu, a proto nejsou z ekonomické nevýhodnosti zřizována, přičemž jejich význam v systému sociálních služeb významný s ohledem na budoucí demografický vývoj a s tím související potřebu propojení sociální a zdravotní péče v systémech sociálních služeb a zdravotní péče.

Ve výše uvedené souvislosti je nezbytné přistoupit k systémovému propojení sociální a zdravotní péče právě v kontextu stárnutí populace a kontextu uplatňování modelu dlouhodobé (sociálně-zdravotní) péče, jelikož současná provázanost této péče je nedostatečná, protože dosud nedošlo k propojení organizace, koordinace a financování tohoto typu péče (jak je podrobněji uvedeno v kapitole č. 6.5), protože systém sociálních služeb a zdravotní péče fungují bez vzájemného funkčního propojení, které by bylo k prospěchu osob vyžadující sociálně-zdravotní péči.

ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo *kriticky reflektovat změny ve způsobu poskytování a financování služeb sociální péče pro seniory po roce 2007 v kontextu současných výzev týkajících se dlouhodobé sociálně-zdravotní péče.* V této souvislosti lze říci, že nový zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který vstoupil v platnost v r. 2007, přinesl do oblasti sociálních služeb skutečně významné systémové změny právě prostřednictvím zakotvení všech svých institutů (registrace, profesionalizace, inspekce poskytování sociálních služeb, příspěvek na péči a dotace ze státního rozpočtu registrovaným poskytovatelům sociálních služeb atd.), které podstatným způsobem ovlivňují poskytování a financování sociálních služeb v ČR. Do doby platnosti tohoto zákona byl systém financování sociálních služeb velice roztříštěný vzhledem k tomu, že na financování služeb se podílelo přibližně osm specifických finančních zdrojů (konkrétně kapitola 5.3) a oblast financování sociálních služeb nebyla zastřešena žádným právním předpisem. S ohledem na roztříštěnost předešlého systému financování sociálních služeb bylo zavedení nového systému významným krokem, i přestože nový (současný) systém je postaven na vícezdrojovém, ale přehlednějším systému financování. Hlavními zdroji financování služeb sociální péče jsou příspěvek na péči, který byl do praxe zaveden právě tímto zákonem, a dotace ze státního rozpočtu, které jsou poskytovány registrovaným poskytovatelům sociálních služeb v rámci dotačního řízení MPSV a v neposlední řadě jde o účelové dotace z rozpočtů územně samosprávných celků. S ohledem na uvedené dva hlavní zdroje financování služeb sociální péče byla stěžejní část diplomové práce případovou studií těchto finančních zdrojů, která byla zpracována na základě analýzy dostupných dokumentů, výzkumných zpráv a výsledků vlastního terénního šetření mezi vybranými aktéry systému sociálních služeb. Avšak je důležité podotknout, že samotné zpracování této práce bylo do jisté míry ovlivněno omezeností dostupných dat prezentovaných MPSV a skutečností, že touto problematikou se dlouhodobě a komplexně věnuje výhradně Ladislav Průša a kolektiv VÚPSV.

Jak je patrné z provedené analýzy aktérů, do systému financování sociálních služeb – služeb sociální péče vstupuje mnoho aktérů, jak ze zástupců veřejné správy (státní správa – MPSV, ÚP ČR aj, a územní samospráva – kraje a obce), neziskového sektoru (poskytovatelé sociálních služeb) a soukromého sektoru (jednotlivci a

neformální poskytovatelé pomoci). Přičemž každý z aktérů má v systému specifickou roli (viz tabulka č. 12) a nezbytnou podmínkou pro fungování celého systému je jejich vzájemná koordinace a spolupráce.

Za efektivní financování služeb sociální péče lze považovat, jak z pohledu státu, tak i z pohledu zřizovatelů a poskytovatelů, poskytování *„takových služeb sociální péče, kdy výše úhrady za poskytovaný typ služeb spolu s výší příspěvku na péči a úhradou zdravotní péče od zdravotní pojišťovny uhradí průměrné celostátní náklady daného typu služeb sociální péče*“. (Průša 2008:14) Pokud budeme vycházet z této teze ekonomické efektivnosti financování, která sociální služby chápe jako ekonomickou kategorii, lze konstatovat, že současný systém financování skutečně není efektivní, jak je patrné na základě zpracované SWOT analýzy, kde slabé stránky převažují nad silnými stránkami systému, přičemž ale možné příležitosti ke zlepšení fungování systému převažují nad případnými ohroženími fungování současného systému financování.

Za hlavní problémy současného systému financování sociálních služeb – služeb sociální péče lze považovat *podfinancování poskytovatelů registrovaných sociálních služeb, nedostatečné nastavení příspěvku na péči jako nástroje financování sociálních služeb, problematické nastavení systému poskytování dotací ze státního rozpočtu a cenové regulace ze strany státu, nedostatečnou finanční provázanost úhrady zdravotní péče poskytované v rámci systému sociálních služeb a nedostatečnou finanční podporu již fungujícího propojení sociálně-zdravotní péče, a v neposlední řadě nepropojení procesu financování a plánování sociálních služeb na všech jeho úrovních.*

Poznatky získané z vlastního terénního šetření mezi vybranými aktéry a analýzy dostupných dat ukázaly, že hlavní příčiny neefektivity systému financování služeb sociální péče jsou spatřovány v několika oblastech, a to:

Za prvé ve zvyšujícím se objemu finančních prostředků ze státního rozpočtu vynaložených na sociální služby, přičemž značná část se nevrací zpět do systému sociálních služeb, protože nedošlo k propojení příspěvku na péči jako nástroje financování sociálních služeb s dotacemi ze státního rozpočtu v takové míře, jak se očekávalo a v jehož důsledku jsou poskytovatelé sociálních služeb závislí na poskytování dotací ze státního rozpočtu. A také v současné praxi využívání příspěvku na péči, který je nejčastěji využíván k zajištění potřebné péče prostřednictvím neformální péče (zejména ze strany rodiny) či nevyužívání příspěvku ve výši vyplaceného příspěvku k zajištění potřebné péče, což souvisí i s otázkou nastavení kritérií pro přiznávání

příspěvku. Za druhé v oblasti systému poskytování dotací ze státního rozpočtu, který poskytovatelé sociálních služeb hodnotí jako nevyhovující z hlediska nedostatku finančních prostředků, také z hlediska problémů souvisejících s nastavením dotační politiky a samotného procesu dotačního řízení (tj. nesrozumitelnost hodnocení a nespravedlivé rozdělování dotací – porušení principů dotační politiky apod.). Taktéž ani ostatní aktéři systému především z řad veřejné správy nepovažují současný systém financování sociálních služeb za příliš ideální z výše uvedených a dalších důvodů (jako nedostatečné nastavení kontrolních mechanismů u příspěvku na péči, personální poddimenzovanost Úřadu práce ČR, nepropojenost jednotlivých složek systému – plánování a financování sociálních služeb na úrovni MPSV – kraje – obce).

S ohledem na identifikované problémy a nedostatky současného systému financování sociálních služeb – služeb sociální péče je nezbytné uvést, že k celkovému zlepšení fungování tohoto systému by zajisté přispělo důkladné propojení stěžejních prvků celého systému sociálních služeb, a to plánování – registrace sociálních služeb – financování sociálních služeb (dotační politika a příspěvek na péči) na všech jeho úrovních (MPSV – kraje – obce – poskytovatelé), protože uvedené oblasti spolu velmi úzce souvisí, na což důrazně poukazoval jeden z oslovených aktérů. Tímto systémovým propojením by došlo ke zlepšení přehlednosti dotačního řízení a posílení existenční jistoty poskytovatelů sociálních služeb a z celkového hlediska by došlo i ke zvýšení efektivnosti vynakládání státních finančních prostředků do systému sociálních služeb. A současně by měla být více diskutována otázka propojování systému sociálních služeb a zdravotní péče z hlediska zajištění služeb typu dlouhodobé péče v kontextu se stárnutím populace a zvyšujícím se tlakem na veřejné finance směřující do těchto dvou souvisejících oblastí. Na závěr je nezbytné podotknout, že oblast financování sociálních služeb – služeb sociální péče je zásadní oblastí, které by se měla věnovat zvýšená pozornost, protože udržitelnost fungování systému sociálních služeb stojí hlavně na finanční udržitelnosti tohoto systému.

RESUME

Cílem diplomové práce je kriticky reflektovat změny ve způsobu poskytování a financování služeb sociální péče pro seniory v ČR po roce 2007 v kontextu současných výzev týkajících se dlouhodobé sociálně-zdravotní péče.

Zákon č. 108/2006 Sb. do oblasti sociálních služeb vnesl významných změn, které podstatným způsobem ovlivňují poskytování a financování sociálních služeb. Avšak současný systém financování služeb sociální péče je předmětem kritiky pro neefektivitu a nehospodárné využívání finančních prostředků ze státního rozpočtu. Jednotlivými aktéry systému financování služeb sociální péče je považován za nevyhovující.

Z provedené analýzy dostupných dat a poznatků vlastního terénního šetření mezi vybranými aktéry vyplynulo, že hlavními příčiny neefektivity fungování tohoto systému jsou podfinancovaný systém sociálních služeb – nedostatek finančních prostředků pro registrované poskytovatele sociálních služeb, cenová regulace služeb sociální péče ze strany státu, nevyužívání příspěvku na péči jako nástroje financování sociálních služeb a s tím spojená závislost poskytovatelů na poskytování dotací ze státního rozpočtu, dále problematické nastavení dotační politiky a procesu poskytování dotací ze státního rozpočtu a v neposlední řadě neprovázanost financování a plánovaná sociálních služeb.

S ohledem na identifikované příčiny neefektivity systému financování sociálních služeb je nezbytné učinit taková systémová opatření, která by zlepšila fungování celého systému a přispěla k žádoucímu rozvoji služeb sociální péče pro seniory s ohledem na stárnutí populace a potřeby zajištění služeb typu dlouhodobé péče.

SUMMARY

The aim of this thesis is to critically reflect changes in the provision and financing of social care services for the elderly in the Czech Republic after 2007 in the context of current challenges related to long-term social and health care

Act No. 108/2006 Coll. in the system of social services has brought significant changes that affect the provision and financing of social services, however the current financing form of social care services is criticized for inefficient use of funds from the state budget. Stakeholders are considering the system of social services unsatisfactory.

The analysis of available facts and results of my survey research among the selected stakeholders showed that the main causes of inefficiency of the current financing form are underfunded system of social services - lack of funds for registered social services providers, price regulation of social care services from the state, failure of use care allowance as a means of financing social services and related social services providers dependence on subsidies from the state budget. As well as problematic set up subsidy policy and the process of providing subsidies from the state budget and finally lack of coherence of financing process and planning social services.

Considering identification of the causes of inefficiency of current financing form is necessary to make such measures which would improve the function of the system and contribute to the desired development of social care services for the elderly with regard to the aging of population and need to ensure services such as long-term care.

SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

Analýza zákona o sociálních službách z pohledu uživatelů a poskytovatelů. [online]. SKOK 2006 [cit. 2012-26-01]. Dostupné z www: <http://www.skok.biz/_download/projekty/zakon-o-socialnich-sluzbach-analyza-2006-09.pdf>.

Bílá kniha v sociálních službách. Konzultační dokument. Únor 2003. MPSV. [online]. [cit. 2011-10-03]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf>.

BOČKOVÁ, Lenka, HASTRMANOVÁ, Šárka, HAVRDOVÁ, Elge, VOJTKOVÁ, Michaela. *Závěrečná zpráva z výzkumu 50+ aktivně.* Praha, listopad 2010. Respekt institut, o.p.s. [online]. [cit. 2013-04-04]. Dostupné z www: <www.respektinstitut.cz/wp.../50plus_aktivne_zaverecne_studie.pdf>.

COLOMBO, Francesca. Et al. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care.* OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2011. 336 s. ISBN 978-92-64-09775-9.

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice. Praha: MPSV, 2010. 83 s. ISBN 978-80-7421-021-1.

DISMAN, Miloslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost.* 3. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 347 s. ISBN 978-80-246-0139-7.

Dlouhodobá péče. Prolnou se zdravotnictví a sociální služby také v ČR? *Odborný časopis Sociální služby.* 2011, roč. 13, č. 6-7/2011 ČERVEN-ČERVENEC. ISSN 1803-7348.

DOHNALOVÁ, Marie. Slavnostní podpis Charty občanské společnosti – Pro důstojnost života seniorů v České republice. *Odborný časopis Sociální služby.* 2012, roč. 14, č. 11/2012 Listopad. 10-12 s. ISSN 1803-7348.

Důvodová zpráva k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ze dne 14. 3. 2006. [online]. [cit. 2011-01-26]. Dostupné z www: <http://www.skok.biz/_download/projekty/zakon-o-socialnich-_sluzbach-duvodova-zprava-2005-05.doc>.

Důvodové zprávy k novelám zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (materiály určené pro meziresortní připomínkové řízení). Interní materiály ÚMČ Praha 2.

Financování sociálních služeb v roce 2011. *Deník veřejné správy* [online]. [cit. 2012-12-03]. Dostupné z www: <http://denik.obce.cz/clanek.asp?id=6471560>.

Globální města přátelská seniorům: Průvodce. (překlad MPSV 2009). Ženeva: WHO, 2007. [online]. [cit. 2013-04-04]. Dostupné z www: <www.mpsv.cz/files/clanky/7980/WHO_age_friendly_cities_cz.pdf>.

HAMERNÍKOVÁ, Bojka, MAAYTOVÁ, Alena. Et al. *Veřejné finance.* 2. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 340 s. ISBN 978-80-7357-497-0.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace.* 2.vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOLMEROVÁ, Iva, KOREJSOVÁ, Marie, VÁLKOVÁ, Monika. Jaké jsou důvody pro změnu v systému zdravotně sociální péče v ČR? *Práce a sociální politika – měsíčník MPSV ČR.* 2010. Roč. 7, č. 5. 3 s.

HOLMEROVÁ, Iva, KOREJSOVÁ, Marie. *Dlouhodobá péče v České republice.* 2011. [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z www: <http://www.eseznam.cz/index.php/zpravodajstvi/tema-socialni-reforma/1251-dlouhodoba-pece-v-ceske-republice>.

HOLMEROVÁ, Iva, VÁLKOVÁ, Monika. Zákon o dlouhodobé péči přinese systémovou změnu poskytování sociálních a zdravotnických služeb. *Časopis Sociální práce/Sociálna práca.* 2011, roč. 11, č. 3/2011. 38-40 s. ISBN 1213-6204.

HORECKÝ, Jiří. *Efektivní financování sociálních služeb.* APSS ČR. [online]. [cit. 2013-02-27]. Dostupné z www: <http://cz.hartmann.info/images/Efektivni_financovani_socialnich_sluzeb.pdf>.

HORECKÝ, Jiří. *Návrhy na změnu výplaty a použití příspěvku na péči 2012.* [online]. [cit. 2012-12-27]. Dostupné z www: <www.apsscr.cz/files/files/Prispevek_na_peci_JH_finalup.pdf>.

JABŮRKOVÁ, Milena a kol. *Od paragrafů k lidem: analýza situace v oblasti sociálních služeb po přijetí zákona o sociálních službách.* Praha: SKOK, 2007. 76 s. ISBN 978-80-239-9506-0.

KALVACH, Zdeněk, ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří*, Praha, Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5

KAPLANOVÁ, Lenka. Zrušení § 36. *Rezidenční péče.* 2012. Roč. 8, č. 3/2012. 10 s. ISSN 1801-8718.

KOZLOVÁ, Lucie, FRANCOVÁ, Hana, NOVOTNÝ, Aleš, KLUFOVÁ, Renata. *Zpráva o stavu poskytování sociálních služeb v České republice v roce 2010 „Validační studie". 3. července 2012.* [online]. [cit. 2013-04-04]. Dostupné z www: <http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/02/studie_2010.pdf>.

KREBS, Vojtěch., et al. *Sociální politika.* 5. přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 544 s. ISBN 978-80-7357-5885-4.

Kvalita života ve stáří – Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012. Praha: MPSV, 2008. 55 s. ISBN 978-80-86878-65-2.

Long-Term Care in the European Union. Brussels: European Commission. [online]. [cit. 2012-26-01]. Dostupné z www: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en>.

MACELA, Miloslav. Diskuze nad novelou zákona o sociálních službách. *Deník veřejné správy*. [online]. [cit. 2012-02-27]. Dostupné z www: <http://www.dvs.cz/clanek.asp?id=6324060>.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich. Et al. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení.* 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 183 s. ISBN 987-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce.* 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.

MERTL, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. 48 s. ISBN 978-80-87007-72-3.

Metodické opatření *č. 13/2004 Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR* – Koncepce domácí péče. MZČR. [online]. [cit. 2012-04-01]. Dostupné z www: <http://mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1884_1038_3.html>.

Metodika MPSV ČR po poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb a posouzení žádostí o dotaci ze státního rozpočtu v oblasti podpory poskytování sociálních služeb. Příloha č. 1 k Příkazu ministra č. 13/2011. [online]. [cit. 2012-10-03]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13568/Metodika_021012.pdf>.

MOLEK, Jan. *Marketing sociálních služeb*. 1.vyd. Praha: VÚPSV, 2009. 163 s. ISBN 978-80-7416-026-4.

MPSV. *Analýza ekonomické efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči.* [online]. [cit. 2012-27-11]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13763/analyza.pdf>.

MPSV. *Analýza příjemců příspěvku na péči a potencionálních klientů dlouhodobé péče*. 2011. [online]. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/cs/11990>.

MPSV. *Dlouhodobá vize resortu práce a sociálních věcí pro oblast sociálního začleňování.* Květen 2012. [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13031/vize_SZ.pdf>.

MPSV. *Finanční toky ve veřejných a soukromých rozpočtech v dlouhodobé péči.* Listopad 2011. MPSV. [online]. [cit. 2012-02-02]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/11994/Financni_toky.pdf>.

MPSV. *Národní plán rozvoje sociálních služeb pro období 2011-2016*. Praha: MPSV, 2011. [online]. [cit. 2011-03-10]. Dostupné z www: <http://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/kpss/narodni_plan_rozvoje_soc.sluzeb_2011-2016.doc>.

MPSV. *Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období 2013 – 2017 (18. 6. 2012).* MPSV. [online]. [cit. 2012-10-03]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze_NS.pdf>.

MPSV. *Návrh Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně – sociální péči. Důvodová zpráva – shrnutí.* [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13536/Navrh_vecneho_reseni_problematiky_LTC.pdf>.

MPSV. *Právní analýza II. 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 14. července 2011.* [online]. [cit. 2011-10-03]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/11572/Pravni_analyza_II.pdf>.

Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 – 2017. MPSV. [online]. [cit. 2013-04-04]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III_vlada__Akcni_plan_staruti_.pdf>.

Několik údajů o příspěvku na péči. *Rezidenční péče*. 2011, Roč. 7, č. 3. Speciální příloha. ISSN 1801-8718.

Pečovatelská služba v České republice. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2010. 432 s. ISBN 978-80-904668-0-7.

POTŮČEK, Martin a kol. *Veřejná politika.* Dotisk 2010. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 2010. 396 s. ISBN 978-80-86429-50-2.

POTŮČEK, Martin. *Sociální služby – otloukánek politiků a úředníků. Veřejná přednáška, ProAlt. Městská knihovna Praha, 5. března 2012.* [online]. [cit. 2013-03-20]. Dostupné z www: <http://www.martinpotucek.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=190&Itemid=88&lang=cs>.

Principy a priority dotačního řízení na podporu poskytování sociálních služeb v roce 2013. MPSV. [online]. [cit. 2013-02-03]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13567/material_priority_DR2013.pdf>.

Programové prohlášení vlády České republiky. 4. srpna 2010. [online]. [cit. 2011-29-04]. Dostupné z www: <http://www.vlada.cz/assets/media-centrum/dulezite dokumenty/Programove_prohlaseni_vlady.pdf>.

PRŮŠA, Ladislav a kol. *Poskytování ošetřovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních.* 1.vyd. Praha: VÚPSV, 2009a. 87 s. ISBN 978-80-7416-030-1.

PRŮŠA, Ladislav. Determinanty efektivního systému financování a poskytování dlouhodobé péče. *Rezidenční péče.* 2011, roč. 7, č. 4/2011. 8-9 s. ISSN 1801-8718.

PRŮŠA, Ladislav. Dotace ze státního rozpočtu jako klíčový důvod stagnace sociálních služeb. *Rezidenční péče.* 2011. Roč. 7, č. 3/2011. 8-10 s. ISSN 1801-8718.

PRŮŠA, Ladislav. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. 1.vyd. Praha: VÚPSV, 2008. 57 s. ISBN 978-80-7416-018-9.

PRŮŠA, Ladislav. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty.* 1.vyd. Praha: VÚPSV, 2007b. 38 s. ISBN 978-80-87007-73-0.

PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb.* 2. vyd. Praha: ASPI, 2007a. 179 s. ISBN 978-80-7357-255-6.

PRŮŠA, Ladislav. Financování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. *Kontakt*. 2009. Roč. 2009, č. 2. 381-386 s. ISSN 1212-4117.

PRŮŠA, Ladislav. *Jak zefektivnit systém financování sociálních služeb?* Brno: Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta, Katedra veřejné ekonomie, 2010. 10 s. [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z www: <http://praha.vupsv.cz/fulltext/Do_1527.pdf>.

PRŮŠA, Ladislav. Je nový systém financování sociálních služeb pro staré občany efektivní? *Národohospodářský obzor. Ročník IX.* Roč. 9, č. 3/2009. s. 141-156 [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z www: < https://is.muni.cz/do/1456/soubory/aktivity/obzor/6182612/9182126/JE_NOVY_SYSTEM.pdf>.

PRŮŠA, Ladislav. K problematice střetu zájmu při poskytování sociálních služeb. *FÓRUM sociální Politiky*. 2011, roč. 5, č. 2/2011. s. 19-22. ISSN 1802-5854

PRŮŠA, Ladislav. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče.* 1.vyd. Praha: VÚPSV, 2011. 60 s. ISBN 978-80-7416-097-4.

PRŮŠA, Ladislav. Odpovídají sociální služby v ČR současným evropským trendům? *Fórum sociální politiky*. 2007, roč. 1, č. 2/2007. 2-4 s. ISSN 1802-5854.

PRŮŠA, Ladislav. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Závěrečná zpráva o řešení projektu Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením ZVZ 209.* 1.vyd. Praha: VÚPSV, 2009b. 244 s. ISBN 978-80-7416-048-6.

PRŮŠA, Ladislav. *Předpoklady efektivního financování sociálních služeb. Praha, 19. června 2012.* [online]. [cit. 2013-03-20]. Dostupné z www: <www.crss.cz/otevri_soubor.php?id=5520>.

PRŮŠA, Ladislav. Příspěvek na péči – černá díra reformy sociálního systému. *Fórum sociální politiky.* 2009, roč. 3, č. 3/2009. s. 26-29. ISSN 1802-5854.

PRŮŠA, Ladislav. *Příspěvek na péči v letech 2007 – 2010. Relik 2011; Praha, 5. a 6. 12. 2011.* [online]. [cit. 2013-05-16]. Dostupné z www: <http://kdem.vse.cz/resources/relik11/sbornik/download/pdf/196-Prusa-Ladislav-paper.pdf>.

Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice. Praha: MPSV, 2006. [online]. [cit. 2011-10-03]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/1342/zprava_zdravotni_pece.pdf>.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

SKOVAJSA, Marek a kol. *Občanský sektor: organizovaná občanská společnost v České republice.* 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 376 s. ISBN 978-80-7367-681-0.

Standardy kvality sociálních služeb. Výkladový sborník pro poskytovatele. 1.vyd. MPSV. Říjen 2008. [online]. [cit. 2012-27-10]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/cs/5962>.

Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí v letech 2007 - 2011. MPSV. [online]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/3869>

ŠKARABELOVÁ, Simona. *Vymezení pojmu nestátní nezisková organizace*. [online]. [cit. 2012-10-27]. Dostupné z www: <http://www.e-cvns.cz/soubory_diskuse/vymezeni_nno.pdf>.

Tisková zpráva MPSV. Setkání na MPSV na téma „aktivní politika zaměstnanosti v sociálních službách“. Praha, dne 6. května 2013. [online]. [cit. 2013-05-10]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/15174/TZ_setkani.pdf>.

TOMEŠ, Igor. (Ed.) *Sociální správa: Úvod do teorie a praxe.* 2.vyd. Praha: Portál 2009. 304 s. ISBN 978-80-7367-483-0.

TOMEŠ, Igor. *Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost.* 2.vyd. Praha: SOCIOPRESS, 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9.

TOMEŠ, Igor. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky.* 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 439 s. ISBN 978-80-7367-680-3.

VÁLKOVÁ, Monika. *AD3 Zákon o dlouhodobé péči*. [online]. [cit. 2013-01-27]. Dostupné z www: <http://www.azhacr.cz/o-asociaci/stat-a-osoby-se-zdravotnim-postizenim/3-zakon-o-dlouhodobe-peci/>.

VÁLKOVÁ, Monika. Dlouhodobá péče, současnost a pohled do budoucnosti. *Elektronický měsíčník Občan v síti.* Č. 4/2010. [online]. [cit. 2013-01-04]. Dostupné z www: <http://www.sdruzeniobcan.cz/files/obcanvsiti2010_04.pdf>.

VESELÝ, Arnošt, NEKOLA, Martin. *Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe.* 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 2007. 407 s. ISBN 978-80-86429-75-5.

VÍŠEK, Petr, PRŮŠA, Ladislav. *Optimalizace sociálních služeb.* 1.vyd. Praha: Národní centrum sociálních studií, o.p.s. a VÚPSV, 2012. 130 s. ISBN 978-80-7416-099-8.

Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči. [online]. Praha: MPSV, 2010. [cit. 2011-04-29]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf>

WILDMANNOVÁ, Mirka. *Postavení poskytovatelů v sociálních službách*. 2007. [online]. [cit. 2012-26-01]. Dostupné z www: <http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/38546/1/WildmannovaM_PostaveniPoskytovatelu_2007.pdf>.

PRÁVNÍ PŘEDPISY:

Vyhláška č. 52/2008 Sb., kterou se stanoví zásady a termíny finančního vypořádání vztahů se státním rozpočtem, státními finančními aktivy nebo Národním fondem

Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 128/2000 Sb., o krajích

Zákon č. 129/2000 Sb., o obcích

Zákon č. 131/2000 Sb., o hlavním městě Praze

Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných orgánů státní správy

Zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony

Zákon č. 218/2000 Sb., rozpočtová pravidla

Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách

Zákon č. 347/2010 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí (navazující Zákon č. 364/2011 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí)

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR

Zákon č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky

Zákon č.366/2011 Sb., kterým se mění zákon č.111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, zákon č.117/1995 Sb., o státní sociální podpoře a další související zákony

OSTATNÍ POUŽITÉ ZDROJE:

Český helsinský výbor.[online]. Dostupné z www: <www.helcom.cz>.

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“ [online]. [cit. 2012-02-03]. Dostupné z www: <http://ww.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>.

Evropská charta [online]. [cit. 2012-02-03]. Dostupné z www: <http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/evropska-charta>.

Evropská charta pacientů seniorů. [online]. [cit. 2012-02-03]. Dostupné z www: <http://www.umirani.cz/evropska-charta-pacientu-senioru.html>.

Evropská Charta práv a povinností starších osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc. [online]. [cit. 2012-02-03]. Dostupné z www: <http://www.otevrenoseniorum.cz/res/data/000196.pdf?seek=1313481622>.

Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity. 2012. [online]. [2013-05-04]. Dostupné z www: <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=cs>.

Evropský rok aktivního stárnutí a solidarity mezi generacemi. [online]. [2013-05-04]. Dostupné z www: <www.mzcr.cz/Unie/obsah/evropsky-rok-aktivniho-starnuti-a-solidarity-mezi generacemi_2511_8.html>.

Charta občanské společnosti Pro důstojné zacházení se staršími lidmi. [online]. [cit. 2013-02-03]. Dostupné z www: <http://apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/OS_Charta_Čj.pdf >.

Informační portál pro osoby se specifickými potřebami. Helpnet.cz. [online]. Dostupné z www: < http://www.helpnet.cz/>.

Knihovna připravované legislativy. [online]. Dostupné z www: <http://eklep.vlada.cz>.

Maslowova pyramida. [online]. [cit. 2012-10-03]. Dostupné z www: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida>.

Portál veřejné správy, aplikace zákony. [online]. Dostupné z www: <http://portal.gov.cz/app/zakony>.

Poslanecká sněmovna České republiky. Listina základních práv a svobod. [online]. [cit. 2012-02-03]. Dostupné z www: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>.

Registr poskytovatelů sociálních služeb. [online]. Dostupné z www: <http://iregistr.mpsv.cz/>.

Schválený rozpočet ÚP ČR na r. 2013. [online]. [2013-05-04]. Dostupné z www: <http://portal.mpsv.cz/upcr/gr/rozpocet>.

Sociální reforma. [online]. Dostupné z www: <http://socialnireforma.mpsv.cz>.

Sociální služby. [online]. [cit. 2012-10-03]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/cs/9>.

Veřejná správa. [online]. [cit. 2013-02-03]. Dostupné z www: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ve%C5%99ejn%C3%A1_spr%C3%A1va>.

Vláda České republiky. [online]. Dostupné z www: <www.vlada.cz>.

Výsledků dotačního řízení MPSV v letech 2007-2013. [online]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/cs/740. >.

SEZNAM ZKRATEK

ČR	Česká republika
ESF	Evropský sociální fond
EU	Evropská unie
KÚ	Krajský úřad
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
LTC	Long-term Care – Dlouhodobá péče
LZPS	Listina základních práv a svobod
MHMP	Magistrát hlavního města Prahy
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
NNO	Nestátní neziskové organizace
NS	Neziskový sektor
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OP LZZ	Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost
PNP	Příspěvek na péči
POBO	Příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou
ÚP	Úřad práce ČR

SEZNAM SCHÉMAT, TABULEK A GRAFŮ

SEZNAM SCHÉMAT:

Schéma č. 1 Strom problémů ... 6
Schéma č. 2 Přehled vybraných teorií a konceptů ... 11
Schéma č. 3 Cíle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ... 30
Schéma č. 4 Členění sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb. ... 32
Schéma č. 5 Základní zdroje financování sociálních služeb v členění podle subjektu ... 40
Schéma č. 6 Současná struktura financování služeb sociální péče v ČR ... 41
Schéma č. 7 Aktéři zodpovědní za sociální služby (pětistranné partnerství) ... 63
Schéma č. 8 Vývoj událostí v oblasti řešení dlouhodobé (sociálně-zdravotní) péče ... 109

SEZNAM TABULEK:

Tabulka č. 1 Vybrané služby sociální péče pro seniory podle zákona č. 108/2006 Sb. ... 35
Tabulka č. 2 Vývoj počtu vybraných služeb sociální péče pro seniory ... 36
Tabulka č. 3 Přehled stěžejních právních úprav pro oblast financování sociálních služeb ... 40
Tabulka č. 4 Přehled výše příspěvku na péči ... 43
Tabulka č. 5 Přehled dotací ze státního rozpočtu na financování sociálních služby ... 46
Tabulka č. 6 Struktura příjemců příspěvku na péči v členění podle přiznaného stupně závislosti a formy využití příspěvku na péči v letech 2007 – 2010 ... 51
Tabulka č. 7 Přehled legislativních opatření ve vztahu k efektivitě využívání PNP ... 56
Tabulka č. 8 Podíl zdrojů na financování sociálních služeb v r. 2010 ... 59
Tabulka č. 9 Přehled dotací MPSV na vybrané služby sociální péče v letech 2007-2013 ... 60
Tabulka č. 10 Porovnání výše dotace poskytnuté MPSV v přepočtu na jedno lůžko v domovech pro seniory v letech 2007 - 2010 (v Kč měsíčně) ... 62
Tabulka č. 11 Výdaje územních rozpočtů na sociální služby v letech 2006-2009 ... 63
Tabulka č. 12 Analýza aktérů financování služeb sociální péče pro seniory ... 76
Tabulka č. 13 Přehled rozdílů systému sociálních služeb a zdravotní péče v ČR ... 108
Tabulka č. 14 SWOT analýza systému financování sociálních služeb ... 113

SEZNAM GRAFŮ:

Graf č. 1 Přehled celkových výdajů na příspěvek na péči za období 2007 – 2013 ... 51
Graf č. 2 Vývoj počtu příjemců příspěvku podle přiznaného stupně závislosti ... 52
Graf č. 3 Struktura příjemců podle formy využití příspěvku ... 52
Graf č. 4 Vývoj celkových výdajů na sociální služby v letech 2007 – 2013 ... 60
Graf č. 5 Struktura respondentů podle formy poskytované péče ... 79
Graf č. 6 Zastoupení využívaných registrovaných služeb sociální péče ... 80
Graf č. 7 Zajištění péče podle druhu registrované služby a další formy péče ... 81
Graf č. 8 Přehled měsíční úhrady za poskytnutou péči ... 82

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Přehled dokumentů v oblasti lidských a sociálních práv vztahující se k oblasti poskytování sociálních služeb a právům seniorů (tabulka)

Příloha č. 2: Principy přístupu ke starším osobám a stárnutí populace podle Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012 (tabulka)

Příloha č. 3: Přehled jednotlivých oblastí Aktivit denního života (ADLs) a Instrumentální aktivity denního života (IADLs) (tabulky)

Příloha č. 4: Přehled druhů sociálních služeb a zařízení sociálních služeb

Příloha č. 5: Přehled základních činností u vybraných služeb sociální péče pro seniory (tabulka)

Příloha č. 6: Přehled vývoje celkových výdajů zdravotních pojišťoven na ošetřovatelskou zdravotní péči v mil. Kč (tabulka)

Příloha č. 7: Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1992-2009 (tabulka a grafy)

Příloha č. 8: Vývoj výdajů a počtu příspěvků na péči v letech 2007 – 2011 (tabulky)

Příloha č. 9: Přehled finančního zajištění sociálních služeb v ČR za r. 2010 (tabulky)

Příloha č. 10: Analýza výsledků dotačního řízení v oblasti služeb sociální péče pro seniory v letech 2007-2011 (tabulky)

Příloha č. 11: Úkoly jednotlivých aktérů zodpovědných za sociální služby v obecné rovině (tabulka)

Příloha č. 12: Záznamový arch – Rozhovor s příjemci příspěvku na péči

Příloha č. 13: Základní charakteristiky souboru příjemců příspěvku na péči (vlastní terénní šetření) (tabulka)

Příloha č. 14: Návod-Scénář – Rozhovor s poskytovateli služeb sociální péče pro seniory

Příloha č. 15: Základní charakteristika souboru dotazovaných poskytovatelů služeb sociální péče pro seniory (vlastní terénní šetření) (tabulka)

Příloha č. 16: Přehled dotací poskytnutých v rámci dotačního řízení MPSV na jednotlivé služby sociální péče pro seniory v letech 2007 – 2013 (grafy)

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Přehled dokumentů v oblasti lidských a sociálních práv vztahující se k oblasti poskytování sociálních služeb a právům seniorů (tabulka)

Všeobecná deklarace lidských práv

Valné shromáždění Organizace spojených národů, r. 1948

Všeobecná deklarace lidských práv je prvním mezinárodním dokumentem uznávajícím nezadatelná lidská práva, kdy základní struktura záruk svobod a práv se skládá z komplexu různých práv, a to občanských (vztah občanů k sobě navzájem), politických (vztah státu k občanům), hospodářských (majetková a další ekonomická práva občana), sociálních (práva na důstojnou sociální ochranu) a kulturních práv (právo na vzdělání a kulturní prostor). (Tomeš 2010:144-145) Níže je uveden přehled sociálních práv definovaných touto deklarací: [154]

Čl. 22 – právo na sociální zabezpečení *a nárok na zajištění hospodářských, sociálních a kulturních práv nezbytných k důstojnosti a svobodnému rozvoji osobnosti jedince*
Čl. 23 – právo na práci, na svobodnou volbu zaměstnání, na spravedlivé a uspokojivé pracovní podmínky a na ochranu proti nezaměstnanosti; právo na stejný plat za stejnou práci; právo na spravedlivou a uspokojivou odměnu
Čl. 24 – právo na odpočinek a na zotavení, rozumné omezení pracovních hodin a na pravidelnou placenou dovolenou
Čl. 25 – právo na životní úroveň přiměřenou zdraví a blahobytu jedince i jeho rodiny *(tj. což zahrnuje bydlení,* ***lékařskou péči a nezbytné sociální služby; právo na zabezpečení*** *v nezaměstnanosti, v nemoci, při pracovní nezpůsobilosti, při ovdovění,* ***v stáří*** *nebo v ostatních případech ztráty výdělečných činností, nastalé v důsledku okolností nezávislých na jeho vůli*
Čl. 26 – právo na vzdělání

Úmluva o ochraně lidských práv a svobod
Rada Evropy r. 1950 v Římě
ČSFR ratifikovala v r. 1992 a vyhlásila ve Sbírce zákonů pod č. 209/1992 Sb.

Tato evropská úmluva navazuje zejm. na Všeobecnou deklaraci lidských práv (1948) a upravovala povinnosti smluvních stran respektovat lidská práva a přiznávala každému, kdo podlehl její jurisdikci níže uvedená práva, avšak úmluva ještě neobsahovala sociální práva.
Taktéž byla základem pro systém Rady Evropy k zajištění definovaných práv a vytvořila Evropský soud pro lidská práva a systém, dle kterého se občané mohou dovolat svých práv a svobod v nadnárodním (evropském) procesu. (Tomeš 2010:156)

Lidská práva dle Úmluvy o ochraně lidských práv a svobod (Tomeš 2001:100-101):
Právo na život
Zákaz mučení, diskriminace
Zákaz otroctví a nucené práce
Právo na svobodu a osobní bezpečnost
Právo na spravedlivý proces, právo na účinné a opravné prostředky
Zákaz trestu bez zákona
Právo respektování rodinného a soukromého života
Právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání
Svoboda projevu, shromaždování a sdružování
Právo uzavřít manželství
Odstoupení od závazků v případě ohrožení
Omezení politické činnosti cizinců
Zákaz zneužití práv a ohraničení možnosti omezení práv

[154] http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2005020101

Listina základních práv a svobod

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb.

Listina základních práv a svobod[155] (dále jen LZPS) je součástí ústavního pořádku České republiky a obsahuje základní lidská práva a svobody všech občanů, politická práva, hospodářská, sociální a kulturní práva aj. Listina zahrnuje ochranu práv všech skupin osob a občanů, hájí zájmy všech věkových skupin. Podle čl. 6 LZPS je základním lidským právem „právo na život". Dále LZPS ve své čtvrté hlavě upravuje tyto sociální práva:

Čl. 26 *– právo na svobodnou volbu povolání, práva získávat prostředky prací, včetně práva na zajištění hmotné pomoci ze strany státu občanům, kteří nemohou bez svého zavinění pracovat*
Čl. 27 *– právo sdružovat se na ochranu svých hospodářských a sociálních zájmů*
Čl. 28 *– právo na spravedlivou odměnu za práci a na uspokojivé pracovní podmínky*
Čl. 29 *– zvláštní pracovní podmínky a ochranu zdraví žen, mladistvých a osob zdravotně postižených*
Čl. 30 – právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří a při nezpůsobilosti k práci, jakož i při ztrátě živitele
Čl. 31 – právo na ochranu zdraví, včetně práva na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného pojištění
Čl. 32 *– rodičovství a rodina jsou pod ochranou zákona, zvláštní ochrana dětí a mladistvých*
Čl. 33 *– právo na vzdělání*

Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech[156]

Mezinárodní pakt o občanských a politických právech[157]

Valné shromáždění Organizace spojených národů r. 1966 v New Yorku

ČSSR ratifikovala v r. 1975 a uveřejnila ve Sbírce zákonů pod č. 120/1976

Evropská sociální charta

Rada Evropy r. 1961 v Turínu, revidováno v r. 1996

ČSFR ratifikovala v r. 1999 a vyhlásila ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 14/2000 Sb. m. s.

Revidovaná Evropská sociální charta doplňuje *Úmluvu o ochraně lidských práv a základních svobod z r. 1950* o sociální práva. V revidované chartě je definováno 32 lidských práv a zvláštností této charty je, že stát nemusí ratifikovat všechna definovaná práva, ale musí ratifikovat alespoň nejméně deset práv, přičemž pět těchto práv musí být ze seznamu základních práv. (Tomeš 2010:156) Jednotlivá sociální práva jsou definována v části II (viz přehled níže) a pro ratifikující státy jsou tato práva považována za vázané závazky.[158]
Přehled sociálních práv dle Evropské sociální charty:
Čl. 1 – Právo na práci
Čl. 2 – Právo na spravedlivé pracovní podmínky
Čl. 3 – Právo na bezpečné a zdravé pracovní podmínky
Čl. 4 – Právo na spravedlivou odměnu za práci
Čl. 5 – Právo organizovat se
Čl. 6 – Právo kolektivně vyjednávat
Čl. 7 – Právo dětí a mladých osob na ochranu
Čl. 8 – Právo zaměstnaných žen na ochranu
Čl. 9 – Právo na poradenství při volbě povolání
Čl. 10 – Právo na přípravu k výkonu povolání
Čl. 11 – Právo na ochranu zdraví
Čl. 12 – Právo na sociální zabezpečení
Právo na sociální zabezpečení je zaručeno všem pracovníkům a osobám, které jsou na nich závislé.

[155] http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html
http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2005020102
[156] http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2005020104
[157] http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2005020103
[158] http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2005020113

Účinné uplatnění tohoto práva zahrnuje vytvoření a udržení systému sociálního zabezpečení na dostatečné úrovni (nebo alespoň na úrovni stejné, jaká se vyžaduje pro ratifikaci Úmluvy Mezinárodní organizace práce (č. 102) o minimálních standardech sociálního zabezpečení), taktéž i usilování o postupné zvýšení úrovně tohoto systému.

Čl. 13 – Právo na sociální a lékařskou pomoc

Právo na sociální a zdravotní (lékařskou) pomoc má každý, kdo nemá dostatečné prostředky.

Toto právo zahrnuje poskytnutí přiměřené pomoci každé osobě, která je bez přiměřených prostředků a která není schopna si takové prostředky zajistit vlastním úsilím nebo z jiných zdrojů (např. prostřednictvím dávek ze systému sociálního zabezpečení) a současně zahrnuje i poskytnutí nezbytné péče v případě nemoci. Zároveň každé osobě se může prostřednictvím kompetentních veřejných či soukromých služeb dostat takového poradenství a pomoci nezbytné k zabránění, odstranění nebo zmírnění stavu sociální potřebnosti této osoby nebo její rodiny.

Čl. 14 – Právo využívat služby sociální péče

V rámci této charty má každá osoba právo využívat služeb sociální péče. Ratifikující státy se zavazují podporovat a poskytovat služby využívající metod sociální práce, které přispívají k blahu a rozvoji jak jednotlivců, tak skupin v komunitě a jejich přizpůsobení společenskému prostředí a zároveň budou povzbuzovat účast jednotlivců, dobrovolných a jiných organizací při zakládání nebo udržování takových služeb.

Čl. 15 – Právo tělesně nebo duševně postižených osob na odbornou přípravu k výkonu povolání, rehabilitaci a na profesní a sociální re-adaptaci

Čl. 16 – Právo rodiny na sociální, právní a hospodářskou ochranu

Čl. 17 – Právo matek a dětí na sociální a hospodářskou ochranu

Čl. 18 – Právo na výdělečnou činnost na území jiných smluvních stran

Evropská úmluva o sociálním zabezpečení

Rada Evropy r. 1972

Evropský zákoník sociálního zabezpečení

Rada Evropy r. 1964 ve Štrasburku, r. 1990

ČR ratifikovala v r. 2000 a vyhlásila ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 90/2001 Sb. m. s.

Výše uvedené dokumenty převzaly a v některých svých článcích podrobněji propracovaly *Úmluvu o minimálních normách (sociálního zabezpečení)* z r. 1952 (MOP). Účelem dokumentů je harmonizace a vyšší standard sociálního zabezpečení na území Evropy než podle Úmluvy Mezinárodní organizace práce č. 102/1952 o minimálních standardech sociálního zabezpečení. (Tomeš 2010:156-157)

Evropský zákoník sociálního zabezpečení obsahuje ustanovení definující zajištění chráněných osob při poskytování dávek v uvedených sociálních oblastech – zdravotní péče, dávky v nemoci, v nezaměstnanosti, ve starobním důchodu, v případech pracovních úrazů a nemocí z povolání, rodinné dávky a dávky v mateřství, invalidní důchod a dávky pozůstalých.[159]

Listina základních práv Evropské Unie

Evropská Unie r. 2000 v Nice

v ČR v platnosti 1. 12. 2009[160]

Listina základních práv EU byla přijata Radou Evropy v r. 2000. Listina formuluje základní hodnoty a práva v EU, a to důstojnost (tj. základní lidská práva), svoboda, rovnost, práva občanů a participace, solidarita, spravedlnost. (Tomeš 2010:161,165) V rámci hlavy III (rovnost) listiny jsou definovány práva jednotlivých sociálních skupin (děti, senioři, postižených) a hlava IV (solidarita) obsahuje práva vztahující se k sociálnímu zabezpečení a sociální výpomoci, taktéž k ochraně zdraví.[161]

Čl. 25 – Práva starších osob

Unie uznává a respektuje ***práva seniorů na důstojný život, nezávislost a účast na společenském a kulturním životě.***

Čl. 34 – Sociální zabezpečení a sociální výpomoc

Unie uznává a respektuje právo ***na sociální dávky a služby zajištující ochranu*** *v mateřství, nemoci, při*

[159] http://www.mpsv.cz/files/clanky/1286/ezsz.pdf

[160] http://cs.wikipedia.org/wiki/Listina_z%C3%A1kladn%C3%ADch_pr%C3%A1v_Evropsk%C3%A9_unie

[161] http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2005040701

pracovním úrazu, v závislosti ***nebo stáří*** *a při ztrátě zaměstnání, a to v souladu s postupy stanovenými právem Společenství a zákony a praxí jednotlivých států.*
Čl. 35 – Ochrana zdraví
Každý má za podmínek stanovených zákony a praxí jednotlivých států ***právo na preventivní zdravotní péči a na lékařské ošetření.*** *Při stanovení a uskutečňování všech politik Unie musí být zajištěna vysoká úroveň ochrany lidského zdraví.*

Charta občanské společnosti – Pro důstojný život seniorů v České republice

Dne 1. října 2012 byla v rámci Mezinárodního dne seniorů a v rámci Evropského roku aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity podepsána *Charta občanské společnosti – Pro důstojný život seniorů v České republice*. Charta obsahuje deset tezí vztahující se ke stáří a stárnutí (viz přehled níže) a z nich vyplývající požadavky, jejichž cílem je přispět v české společnosti k vytvoření prostředí pro respektované a sebevědomé stárnutí.[162]

Část I: TEZE[163]

Demografické stárnutí jako šance a výzva
Uznávat stárnutí
Vytvořit novou kulturu stáří
Stárnutí představuje šanci na další rozvoj
Vyrovnání se se stěžejními otázkami lidského bytí
Důstojnost člověka přetrvává i ve vysokém věku
Potřeba podpory seniorů se zvyšuje
Ošetřování a péče se řídí právem na sebeurčení
Lidská náklonnost je stejně důležitá jako odborná podpora
. Rozvoj důstojné kultury umírání

Standardy kvality sociálních služeb

„Ochrana lidských a sociálních práv je umocněna dodržováním standardů kvality sociálních služeb při poskytování jakékoliv sociální služby všem uživatelům těchto služeb, tedy i seniorům." Smyslem standardů kvality sociálních služeb je zajištění úrovně a kvality poskytované služby klientům, ochrana jejich zájmů a práv v souvislosti se všemi činnostmi spojenými s poskytováním jakékoliv služby. (Malíková 2011:49-51)

Další dokumenty vztahující se k právům seniorů

Evropská charta pacientů seniorů

Tuto chartu schválily na doporučení Mezinárodní gerontologické asociace v roce 1998 také Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP a Česká alzheimerovská společnost. Charta zdůrazňuje to, že se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění a může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Proto tím nejdůležitějším je zajištění kvalitní a dostupné zdravotní a sociální péče. V tomto ohledu charta stanovila následující úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany:[164]

posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat;
léčit pacienta v případě onemocnění;
pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství;
zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými;
garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije.

Charta práv svobod starších občanů

Dokument vypracovala francouzská Národní nadace pro gerontologii ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí Francie v r. 1966. Účelem této charty je připomenutí a uznání důstojnosti, kterou mají požívat starší občané se sníženou soběstačností, připomenutí a uznání jejich práv.[165]

---

[162] DOHNALOVÁ, M., Slavnostní podpis Charty občanské společnosti – Pro důstojnost života seniorů v České republice. *Odborný časopis Sociální služby.* 2012, roč. 14, č. 11/2012 Listopad. 10-12 s.
[163] http://apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/OS_Charta_Čj.pdf
[164] http://www.umirani.cz/evropska-charta-pacientu-senioru.html
[165] http://www.helpnet.cz/seniori/dokumenty-tykajici-se-senioru/364-3

Zásady Organizace spojených národů pro seniory Zásady OSN pro seniory byly přijaty Valným shromážděním Organizace spojených národů (rezoluce 46/91) dne 16. prosince 1991. Vlády jednotlivých států jsou vyzývány k tomu, aby tyto zásady včlenily do svých národních programů. Hlavními myšlenkami zásad jsou – nezávislost, zařazení do společnosti, péče, seberealizace a důstojnost.[166]
Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují[167] Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují (deklarace Alzheimer Europe) byla diskutována a přijata na výročním sjezdu Evropské alzheimerovské asociace v r. 1998 v Lucernu. Evropská alzheimerovská asociace uznává, že demence jsou chronickým onemocněním, které způsobuje omezení a ztrátu soběstačnosti se všemi sociálními důsledky. Proto se Evropská alzheimerovská společnost zasazuje o prosazování práv a naplňování potřeb lidí postižených demencí i těch, kteří o ně pečují v každé evropské zemi.
Práva seniorů Dokument vznikl z důvodu degradace stáří, seniorů a narůstajících projevů ageismu a zahrnuje práva a saturaci všech potřeb seniorů jako plnohodnotných lidských bytostí bez ohledu v jaké situaci se nacházejí. Dokument seniorům garantuje práva na samostatné rozhodování a výběr způsobů života podle vlastní volby. (Malíková 2011:51)
Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících." – zkráceně **Charta práv umírajících**[168] Dokument byl přijat Parlamentním shromážděním v r. 1999 k zajištění ochrany lidských práv a důstojnosti nevyléčitelných nemocných a umírajících osob. Chrání zájmy a důstojnost a garantuje právo na léčbu, spoluúčast v rozhodování nevyléčitelně nemocného pacienta a na spolupráci s jeho rodinou. (Malíková 2011:51)
Evropská Charta práv a povinností starších osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc Tato charta vznikla v rámci programu „Daphne III proti týrání a zneužívání starších lidí" (r. 2010). Prostřednictvím této charty chtějí partneři projektu EUSTACEA zahájit v rámci členských států EU diskusi o tom, jak nejlépe uznávat a upevňovat práva nejzranitelnějších starších lidí. Charta by se měla stát dokumentem, který odkazuje na základní principy a práva nezbytná pro blaho osob, které jsou závislé na pomoci a péči jiných osob v důsledku věku, nemoci nebo zhoršené soběstačnosti. Níže je uveden přehled práv definovaných v této chartě.[169] Právo na důstojnost, fyzické a duševní zdraví, svobodu a bezpečnost Právo na sebeurčení Právo na soukromí Právo na vysoce kvalitní péči a péči "na míru" Právo na personalizovanou informaci, radu a informovaný souhlas Právo komunikovat a podílet se na kulturním životě společnosti Svoboda projevu a svoboda myšlení/uvědomění: přesvědčení, kultura a víra Právo na paliativní péči a podporu, na úctu a důstojné umírání a smrt Právo na nápravu

Zpracování: Autorka.

[166] http://www.mpsv.cz/cs/1111
[167] http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/evropska-charta
[168] http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html
[169] http://www.otevrenoseniorum.cz/res/data/000196.pdf?seek=1313481622

Příloha č. 2: Principy přístupu ke starším osobám a stárnutí populace podle Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012 (tabulka)

1. Celoživotní přístup – Je zaměřen na zdraví a prevenci nemoci, ale také má být uplatněn v oblasti vzdělávání, zaměstnávání, bydlení, hmotného zabezpečení a sociální participaci.
2. Partnerství vlády a samosprávy – Pro zdravé a aktivní stáří je zásadní dlouhodobé partnerství mezi vládou a samosprávou, neboť regionální a místní samospráva má značný vliv na kvalitu a dostupnost dopravy, bydlení, zdravotních a sociálních služeb, příležitostí pro sociální, kulturní, volnočasové aktivity a další služby důležité pro kvalitu života.
3. Mezigenerační vztahy a soudržnost – Provázanost jednotlivých generací je důležitá, neboť mezigenerační vztahy mají zásadní význam pro rozvoj jedince i společnost a pro kvalitu života v každém věku.
4. Zvláštní pozornost věnovaná znevýhodněným a zranitelným skupinám – Ve společnosti existují specifické skupiny starších osob se závažným zdravotním postižením nebo skupiny ohrožené následky různých životních událostí (váleční veteráni, oběti totalitních režimů), kterým musí být věnována zvláštní pozornost a specifická péče.
5. Genderový přístup – By měl být zohledněn při tvorbě politik vztahujících se ke stárnutí a starším lidem, jelikož v seniorské populaci početně převažují ženy ve vyšších věkových kategoriích, muži a ženy mají odlišná zdravotní rizika a potřeby.
6. Dialog s občanskou společností a sociálními partnery – Ke zvyšování kvality života starších osob přispívá působení neziskových organizací, která prosazují jejich zájmy či jsou poskytovateli služeb a taktéž usilují o zapojení a účast samotných starších osob na řešení otázek, které se jich týkají.
7. Odpovědnost jednotlivce a společnosti – Na kvalitě života ve stáří i na aktivním zapojení se do společnosti se podílí jak jednotlivci, tak i celá společnost, která by měla poskytovat podmínky a rovné šance lidem každého věku pro zdravý a aktivní život.
8. Snižování sociálních a geografických rozdílů – V celé společnosti je nezbytné zajistit služby a produkty, včetně bydlení, dopravy, zdravotní péče ve stejné kvalitě bez územních rozdílů (zejména ve srovnání mezi městem a venkovem) a bez ohledu na příslušnost k určité věkové a sociální skupině.
9. Politika podložená důkazy – Pro tvorbu opatření ke kvalitě života ve stáří v oblasti zdravotní péče, sociálních služeb atd. je nezbytné vycházet z výsledků výzkumů a objektivních dat.
10. Důstojnost – Její dodržování ve stáří vyžaduje zajištění práva volby a spolurozhodování o způsobu, rozsahu poskytování péče a pomoci. Taktéž vyžaduje přístup, který neredukuje potřeby stáří pouze na sociální a zdravotní problematiku, ale zahrnuje i duchovní a kulturní potřeby a podporu aktivní nezávislosti.
11. Informovanost a mainstreaming – Zohlednění demografického stárnutí a potřeb starších lidí v činnostech různých subjektů může vést k přijetí opatření, která se zaměřují na řešení konkrétních problémů a k lepší kvalitě života ve stáří většího počtu lidí.

Zdroj: *Kvalita života ve stáří – Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012*. Praha: MPSV, 2008. 13-16 s.

Příloha č. 3: Přehled jednotlivých oblastí Aktivit denního života (ADLs) a Instrumentální aktivity denního života (IADLs) (tabulky)

Aktivity denního života (ADL) – skupina 6 dimenzí sebe-obslužných aktivit

Tabulka 2 Aktivity denního života (Katz)

Dimenze	Nezávislost (soběstačnost)	Závislost (potřeba cizí pomoci)
1) Koupání	Myje se sám či dopomoc jen u 1 části těla (např. záda či ochrnutá končetina)	Dopomoc s mytím více částí těla ať ve vaně, ve sprše či na lůžku, nebo kompletní mytí.
2) Oblékání	Vyndá oblečení ze skříně a ze zásuvek, obleče se kompletně, včetně kabátu a zapínání. Možná dopomoc s ponožkami či punčochami.	Pomoc při oblékání či pasivní oblečení.
3) Použití toalety	Dojde na toaletu, dokáže se posadit i vstát, upravit oblečení, event. očistit genitál	Pomoc s přemísťováním na toaletu, s očistou, nebo užívání mísy či "gramofonu"
4) Přesuny	Přesun z lůžka a do něj či do křesla bez asistence. Mechanické pomůcky jsou možné.	Potřeba pomoci k přesunu z lůžka do křesla či kompletní přemísťování.
5) Kontinence	Kompletní kontrola vyměšování. Možná je stresová inkontinence žen.	Úplná či částečná inkontinence moči a stolice.
6) Krmení	Vkládání stravy z talíře do úst bez dopomoci. Přípravu jídla může zajistit jiná osoba.	Částečná či kompletní pomoc s jídlem či pasivní krmení.

Zdroj: Geriatrické syndromy a geriatrický pacient, autorů: Zdeněk Kalvach, Zdeněk Zadák, Roman Jirák, Helena Zavázalová, Iva Holmerová, Pavel Weber a kolektiv. Grada Publishing, a.s., 2008, ISBN 978-80-247-2490-4

Instrumentální aktivity denního života (IADL) – 8 dimenzí

Tabulka 4 Instrumentální aktivity denního života (Lawton, Brody)

Činnost	Body	Činnost	Body
Telefonování	1	Vedení domácnosti	
1. Ovládá telefon samostatně, vyhledá a vytočí čísla.	1	1. Vede domácnost sám(a) či s občasnou pomocí (např.těžké domácí práce).	1
2. Vytočí několik dobře známých čísel	1	2. Provádí lehké denní úkoly jako stlaní, mytí nádobí.	1
3. Zvedne při zazvonění sluchátko, ale nevytáčí čísla.	1	3. Provádí lehké denní úkoly, ale není schopen(a) zachovat přijatelnou úroveň čistoty.	1
4. Není schopen telefon užívat.	0	4. Potřebuje pomoc se všemi domácími pracemi.	1
		5. Nepodílí se vůbec na domácích pracech.	0
Nakupování		Způsob dopravy, cestování	
1. Postará se samostatně o všechny potřebné nákupy.	1	1. Cestuje samostatně veřejnou dopravou či řídí automobil	1
2. Zvládá samostatně jen drobné nákupy.	0	2. Zajišťuje si dopravu taxíkem, ale veřejnou dopravu neužívá	1
3. Potřebuje doprovod na každý nákup	0	3. Cestuje veřejnou dopravou s asistencí či doprovodem	1
4. Není schopen(a) nakupovat.	0	4. Doprava je omezena na taxi či automobil s doprovodem	0
		5. Necestuje vůbec	0
Příprava jídla, vaření		Užívání léků	
1. Plánuje, připravuje a servíruje přiměřená jídla samostatně.	1	1. Zodpovědně užívá léky ve správný čas a ve správných dávkách	1
2. Připravuje přiměřená jídla, pokud jsou zajištěny ingredience	0	2. Sám užívá léky, pokud jsou předem připraveny v oddělených dávkách.	0
3. Ohřeje a servíruje připravené pokrmy či připravuje jídla, ale nezachovává přiměřenou stravu.	0	3. Není schopen užívat vlastní medikaci	0
4. Vyžaduje uvaření a servírování jídla.	0		
Praní		Nakládání s penězi	1
1. Zcela zajistí praní osobních věcí	1	1. Obstarává finanční záležitosti nezávisle (rozpočet, placení nájmu a účtů, docházení do banky).	1
2. Přepere drobné věci jako ponožky či punčochy.	1	2. Zvládá drobné denní výdaje, ale potřebuje pomoc s bankovními operacemi, většími výdaji apod.	
3. Veškeré praní musí zajistit jiní.	0	3. Není schopen(a) nakládat s penězi.	0

Zdroj: *Analýza příjemců příspěvku na péči a potencionálních klientů dlouhodobé péče*. MPSV, 2011. [online]. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/11990. 20 s. a 23 s.

Příloha č. 4: Přehled druhů sociálních služeb a zařízení sociálních služeb

Základní druhy sociálních služeb

a) sociální poradenství

b) služby sociální péče

- osobní asistence (§ 39),
- pečovatelská služba (§ 40)
- tísňová péče (§ 41)
- průvodcovské a předčitatelské služby (§ 42)
- podpora samostatného bydlení (§ 43)
- odlehčovací služby (§ 44)
- centra denních služeb (§ 45)
- denní stacionáře (§ 46)
- týdenní stacionáře (§ 47)
- domovy pro osoby se zdravotním postižením (§ 48)
- domovy pro seniory (§ 49)
- domovy se zvláštním režimem (§ 50)
- chráněné bydlení (§ 51)
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (§ 52)

c) služby sociální prevence

- raná péče (§ 54)
- telefonická krizová pomoc (§ 55)
- tlumočnické služby (§ 56)
- azylové domy (§ 57)
- domy na půl cesty (§ 58)
- kontaktní centra (§ 59)
- krizová pomoc (§ 60)
- intervenční centra (§ 60a)
- nízkoprahová denní centra (§ 61)
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (§ 62)
- noclehárny (§ 63)
- služby následné péče (§ 64)
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (§ 65)
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (§ 66)
- sociálně terapeutické dílny (§ 67)
- terapeutické komunity (§ 68)
- terénní programy (§ 69)
- sociální rehabilitace (§ 70)

Zařízení sociálních služeb

a) centra denních služeb,
b) denní stacionáře,
c) týdenní stacionáře,
d) domovy pro osoby se zdravotním postižením,
e) domovy pro seniory,
f) domovy se zvláštním režimem,
g) chráněné bydlení,
h) azylové domy,
i) domy na půl cesty,
j) zařízení pro krizovou pomoc,
k) nízkoprahová denní centra,
l) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
m) noclehárny,
n) terapeutické komunity,
o) sociální poradny,
p) sociálně terapeutické dílny,
q) centra sociálně rehabilitačních služeb,
r) pracoviště rané péče,
s) intervenční centra,
t) zařízení následné péče.

Zdroj: *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.*

Příloha č. 5: Přehled základních činností u vybraných služeb sociální péče pro seniory (tabulka)

Základní činnosti podle vyhlášky č. 505/2006 Sb.	**Služby sociální péče** podle zákona č. 108/2006 Sb.						
	Osobní asistence §39	**Pečovatelská služba §40**	**Odlehčovací služby §44**	**Denní stacionáře §46**	**Domovy pro seniory §49**	**Domovy se zvláštním režimem §50**	**Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních §52**
pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu	x	x	x	x	x	x	x
pomoc při osobní hygieně nebo podmínek pro osobní hygienu	x	x	x	x	x	x	x
pomoc při zajištění stravy nebo poskytnutí stravy	x	x	x	x	x	x	x
pomoc při zajištění chodu domácnosti	x	x					
výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti	x		x	x	x aktivizační činnosti	x aktivizační činnosti	x aktivizační činnosti
zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	x	x	x	x	x	x	x
pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí	x		x	x	x	x	x
poskytnutí ubytování			x pobytové služby		x	x	x
sociálně terapeutické činnosti			x	x	x	x	x

Zdroj: *Vyhláška č. 505/2006 Sb., část druhá.*

Příloha č. 6: Přehled vývoje celkových výdajů zdravotních pojišťoven na ošetřovatelskou zdravotní péči v mil. Kč (tabulka)

	2007	2008	2009	2010
Výdaje na domácí zdravotní péči (roky 2007 až 2009 pouze odbornost 925, v roce odbornost 925, 911, 914, 916 a 921)	986,2	1064,7	1367,5	1318,2
z toho: domácí zdravotní péče odbornost 925				*1171,1*
Výdaje na zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních poskytnutou osobám umístěným v nich z jiných než zdravotních důvodů (§ 22 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících nákladů (dále jen zákon č. 48/1997 Sb.)) (odbornost 913)	36	35	45	52
Výdaje na ošetřovatelskou a rehabilitační péči v zařízeních sociálních služeb (§ 22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 109/2006 Sb.) (odbornost 913)	547,02	702,32	939,88	966,89

Zdroj: *Finanční toky ve veřejných a soukromých rozpočtech v dlouhodobé péči.* Listopad 2011. MPSV. 34 s.

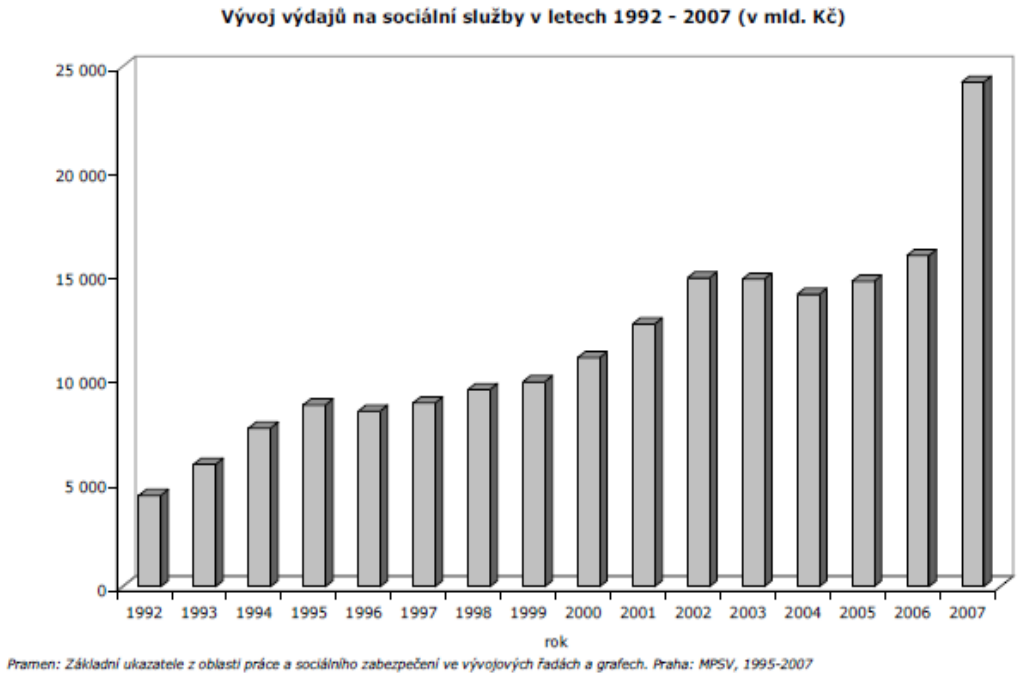
Příloha č. 7: Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1992-2009 (tabulka a grafy)

Tabulka č. 15 Vývoj nákladů na sociální služby v letech 1992-2007 (v mil. Kč)

rok	výdaje na sociální služby celkem	z toho: dotace pro nestátní neziskové organizace
1992	4 384	245
1993	5 881	174
1994	7 619	271
1995	8 738	240
1996	8 437	466
1997	8 832	545
1998	9 476	619
1999	9 853	624
2000	11 016	664
2001	12 630	949
2002	14 850	919
2003	14 790	768
2004	14 055	1 198
2005	14 685	950
2006	15 923	1 361
2007	24 259*	1 321

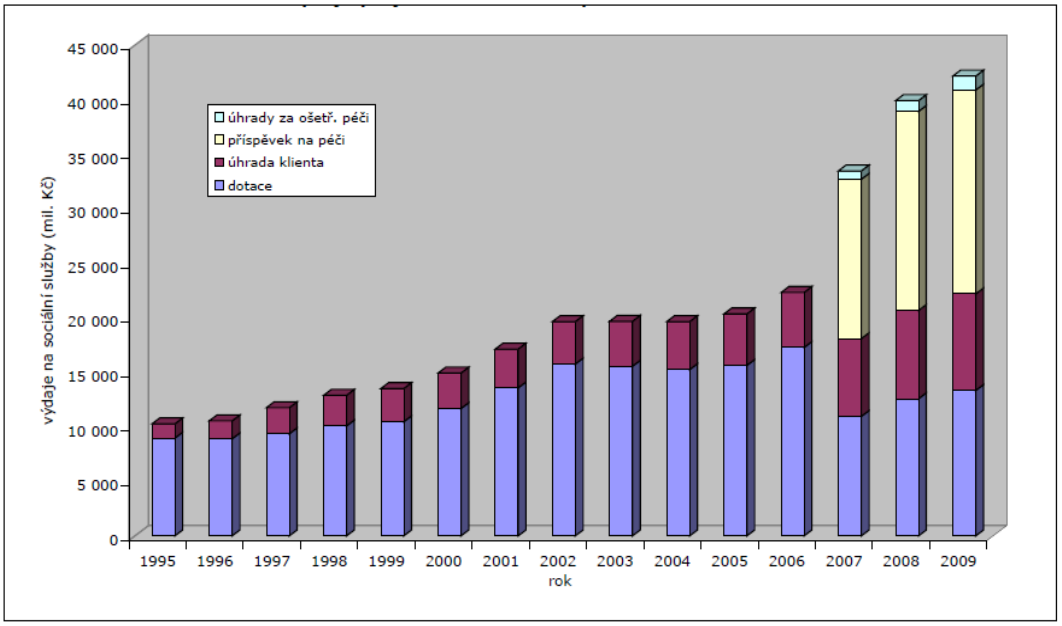
** z toho 14 608 mil. Kč = příspěvek na péči*

Graf č. 9 k tabulce č. 1 – Grafické znázornění vývoje nákladů na sociální služby v letech 1992-2007



Zdroj: PRŮŠA, Ladislav. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*, Praha: VÚPSV, 2008. s. 9

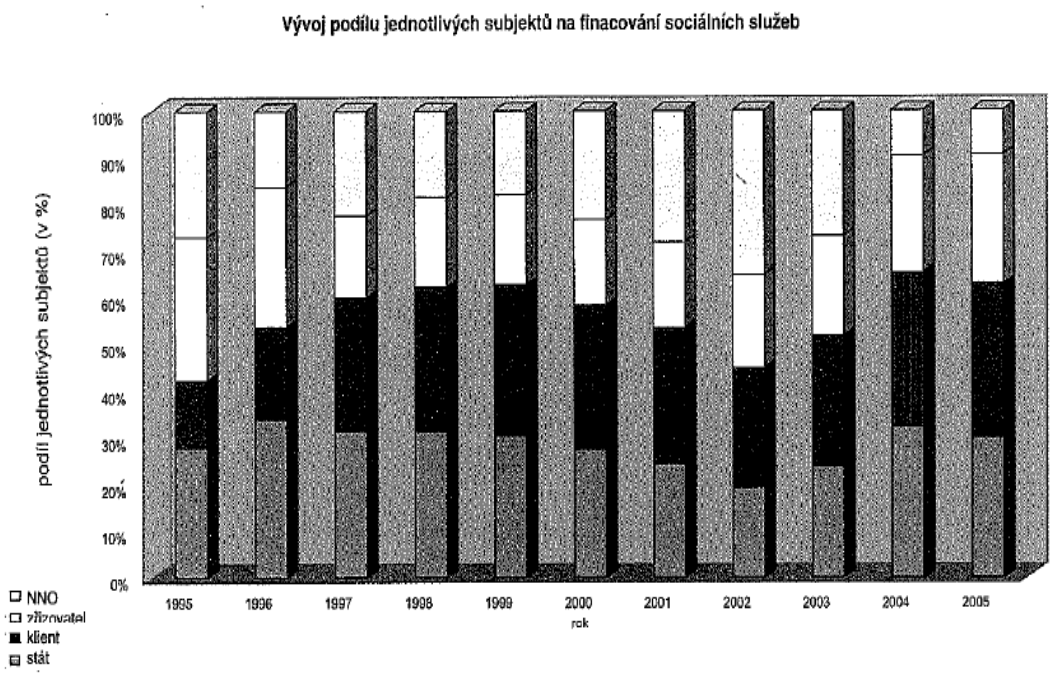
Graf č. 10 Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1995–2009



Zdroj: Průša L a kol. Model efektivního financování sociálních služeb, VÚPSV, Praha 2011.

Zdroj: HORECKÝ, Jiří. *Návrhy na změnu výplaty a použití příspěvku na péči 2012*. [online]. [cit. 2012-12-27]. Dostupné z www: <www.apsscr.cz/files/files/Prispevek_na_peci_JH_finalup.pdf>. 5 s.

Graf č. 11 Vývoj podílu jednotlivých subjektů na financování sociálních služeb v letech 1995-2005



Pramen: Vlastní zpracování na základě Základních ukazatelů z oblasti práce a sociálního zabezpečení ve vývojových řadách a grafech. Praha: MPSV, 1995 – 2006

Zdroj: PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007a. s. 1

Příloha č. 8: Vývoj výdajů a počtu příspěvků na péči v letech 2007 – 2011 (tabulky)

Tabulka č. 1 Vývoj výdajů a počtu PNP v letech 2010-2011

Tabulka 14.4

VÝVOJ VÝDAJŮ A POČTU PŘÍSPĚVKŮ NA PÉČI

Územní jednotka	Výdaje (v tis. Kč)		Meziroční index v %	Průměrný měsíční počet vyplacených dávek*		Meziroční index v %
	rok 2010	rok 2011		rok 2010	rok 2011	
Hl. město Praha	1 430 164	1 346 402	94,1	25 517	25 240	98,9
Středočeský kraj	1 914 257	1 770 995	92,5	30 872	29 924	96,9
Jihočeský kraj	1 360 809	1 250 659	91,9	20 985	18 130	86,4
Plzeňský kraj	1 016 286	971 317	95,6	16 029	15 770	98,4
Karlovarský kraj	452 139	440 163	97,4	6 906	6 959	100,8
Ústecký kraj	1 586 752	1 471 097	92,7	25 612	25 575	99,9
Liberecký kraj	828 102	755 067	91,2	13 777	13 480	97,8
Královéhradecký kraj	1 072 561	971 260	90,6	17 972	16 657	92,7
Pardubický kraj	1 093 906	997 436	91,2	17 285	16 540	95,7
Kraj Vysočina	1 143 162	1 047 175	91,6	17 944	16 607	92,5
Jihomoravský kraj	2 397 486	2 230 532	93,0	37 567	35 764	95,2
Olomoucký kraj	1 309 718	1 204 581	92,0	21 162	20 608	97,4
Zlínský kraj	1 451 019	1 339 418	92,3	39 768	21 432	53,9
Moravskoslezský kraj	2 542 884	2 288 098	90,0	22 666	37 881	167,1
CELKEM ČR	**19 599 245**	**18 084 200**	**92,3**	**314 062**	**300 567**	**95,7**

Pramen: MF ČR a MPSV ČR (IS HN/SS)

* včetně zpětně vyplacených dávek

Zdroj: *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2011.* MPSV 2012.

Tabulka č. 2 Vývoj výdajů a počtu PNP v letech 2009-2010

Tabulka č. 14.4

VÝVOJ VÝDAJŮ A POČTU PŘÍSPĚVKŮ NA PÉČI

Územní jednotka	Výdaje (v tis. Kč)		Meziroční index v %	Průměrný měsíční počet vyplacených dávek*		Meziroční index v %
	rok 2009	rok 2010		rok 2009	rok 2010	
Hl. město Praha	1 386 526	1 430 164	103,1	25 322	25 511	100,7
Středočeský kraj	1 809 773	1 914 257	105,8	31 327	30 635	97,8
Jihočeský kraj	1 317 565	1 360 809	103,3	20 947	19 673	93,9
Plzeňský kraj	946 589	1 016 286	107,4	15 492	15 656	101,1
Karlovarský kraj	405 108	452 139	111,6	6 448	6 706	104,0
Ústecký kraj	1 477 032	1 586 752	107,4	24 247	25 607	105,6
Liberecký kraj	798 207	828 102	103,7	13 505	13 776	102,0
Královéhradecký kraj	1 040 708	1 072 561	103,1	17 978	17 511	97,4
Pardubický kraj	1 047 132	1 093 906	104,5	16 682	17 076	102,4
Kraj Vysočina	1 110 015	1 143 162	103,0	17 727	16 972	95,7
Jihomoravský kraj	2 249 513	2 397 486	106,6	36 380	37 473	103,0
Olomoucký kraj	1 254 039	1 309 718	104,4	20 670	21 165	102,4
Zlínský kraj	1 368 670	1 451 019	106,0	22 126	22 543	101,9
Moravskoslezský kraj	2 485 988	2 542 884	102,3	39 314	39 702	101,0
CELKEM ČR	**18 696 865**	**19 599 245**	**104,8**	**308 165**	**310 006**	**100,6**

Pramen: MF ČR (ARIS) a MPSV ČR (IS HN/SS)

* včetně zpětně vyplacených dávek

Zdroj: *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2010.* MPSV 2011.

Tabulka č. 3 Vývoj výdajů a počtu PNP v letech 2008-2009

Tabulka č. 14.4

VÝVOJ VÝDAJŮ A POČTU PŘÍSPĚVKŮ NA PÉČI

Územní jednotka	Výdaje (v tis. Kč)		Meziroční index v %	Průměrný měsíční počet vyplacených dávek*		Meziroční index v %
	rok 2008	rok 2009		rok 2008	rok 2009	
Hl. město Praha	1 407 637	1 386 526	98,5	26 207	24 549	93,7
Středočeský kraj	1 791 889	1 809 773	101,0	31 567	30 453	96,5
Jihočeský kraj	1 279 922	1 317 565	102,9	21 386	20 054	93,8
Plzeňský kraj	875 407	946 589	108,1	14 892	15 275	102,6
Karlovarský kraj	394 275	405 108	102,7	6 280	6 393	101,8
Ústecký kraj	1 439 875	1 477 032	102,6	24 019	24 200	100,8
Liberecký kraj	764 888	798 207	104,4	13 126	13 505	102,9
Královéhradecký kraj	1 016 209	1 040 708	102,4	17 738	17 435	98,3
Pardubický kraj	956 503	1 047 132	109,5	16 005	16 596	103,7
Kraj Vysočina	1 059 764	1 110 015	104,7	17 703	17 145	96,8
Jihomoravský kraj	2 163 221	2 249 513	104,0	36 106	36 353	100,7
Olomoucký kraj	1 236 593	1 254 039	101,4	20 649	20 675	100,1
Zlínský kraj	1 329 848	1 368 670	102,9	22 154	21 763	98,2
Moravskoslezský kraj	2 536 588	2 485 988	98,0	40 622	39 219	96,5
CELKEM ČR	**18 252 620**	**18 696 865**	**102,4**	**308 454**	**303 615**	**98,4**

Pramen: MF ČR (ARIS) a MPSV ČR (IS HN/SS)

* včetně zpětně vyplacených dávek

Zdroj: *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2009.* MPSV 2010.

Tabulka č. 4 Vývoj výdajů a počtu PNP v letech 2007-2008

Tabulka č. 14.4

VÝVOJ VÝDAJŮ A POČTU PŘÍSPĚVKŮ NA PÉČI

Kraj	Výdaje (v tis. Kč)		Meziroční index v %	Průměrný měsíční počet vyplacených dávek*		Meziroční index v %
	rok 2007	rok 2008		rok 2007**	rok 2008	
Hl. město Praha	993 447	1 407 637	141,7	19 915	26 061	130,9
Středočeský	1 544 583	1 791 889	116,0	28 369	31 098	109,6
Jihočeský	993 142	1 279 922	128,9	17 721	21 311	120,3
Plzeňský	750 620	875 407	116,6	13 237	14 852	112,2
Karlovarský	273 816	394 275	144,0	4 759	6 283	132,0
Ústecký	1 059 039	1 439 875	136,0	18 372	24 013	130,7
Liberecký	656 300	764 888	116,5	11 449	13 125	114,6
Královéhradecký	872 597	1 016 209	116,5	16 285	17 566	107,9
Pardubický	777 592	956 503	123,0	13 693	16 010	116,9
Vysočina	950 292	1 059 764	111,5	16 561	17 453	105,4
Jihomoravský	1 677 261	2 163 221	129,0	29 564	36 115	122,2
Olomoucký	966 743	1 236 593	127,9	17 110	20 651	120,7
Zlínský	1 084 291	1 329 848	122,6	18 871	22 155	117,4
Moravskoslezský	2 007 910	2 536 588	126,3	33 768	40 630	120,3
CELKEM ČR	**14 607 633**	**18 252 620**	**125,0**	**259 674**	**307 323**	**118,3**

Pramen: MF ČR (ARIS) a MPSV ČR (IS HN/SS)

* včetně zpětně vyplacených dávek
** nižší průměr roku 2007 je ovlivněn náběhem systému přiznávání příspěvku na péči s nižšími počty vyplacených dávek především v prvním pololetí sledovaného roku

Zdroj: *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2008.* MPSV 2009.

Tabulka č. 5 Výdaje na dávku PNP v roce 2007

Tabulka č. 14.2.2

VÝDAJE NA DÁVKY HMOTNÉ NOUZE A PŘÍSPĚVEK NA PÉČI VYPLACENÉ V ROCE 2007 V KRAJÍCH ČR *

v tis.Kč

Územní jednotka	**Dávky hmotné nouze celkem**	Příspěvek na živobytí	Doplatek na bydlení	Mimořádná okamžitá pomoc	**Příspěvek na péči**
	1 (2 - 4)	2	3	4	1
Hlavní město Praha	**119 829,75**	90 130,91	20 861,24	8 837,60	**993 447,22**
Středočeský kraj	**185 644,44**	148 308,55	25 517,02	11 818,87	**1 544 582,74**
Jihočeský kraj	**120 589,97**	88 719,13	19 048,31	12 822,53	**993 142,01**
Plzeňský kraj	**85 327,34**	72 101,84	9 183,05	4 042,45	**750 620,30**
Karlovarský kraj	**153 646,54**	124 373,36	22 907,78	6 365,40	**273 816,40**
Ústecký kraj	**700 462,05**	557 168,77	119 277,25	24 016,03	**1 059 038,77**
Liberecký kraj	**121 059,05**	96 797,45	19 468,36	4 793,24	**656 299,60**
Královéhradecký kraj	**114 571,19**	90 739,77	16 793,30	7 038,12	**872 597,15**
Pardubický kraj	**102 552,22**	87 305,74	12 101,19	3 145,29	**777 592,09**
Kraj Vysočina	**75 382,60**	61 361,59	9 603,27	4 417,74	**950 292,22**
Jihomoravský kraj	**339 731,31**	265 457,16	49 137,26	25 136,89	**1 703 934,55**
Olomoucký kraj	**196 565,49**	162 383,91	23 282,05	10 899,53	**940 069,20**
Zlínský kraj	**131 644,44**	104 602,73	17 733,54	9 308,17	**1 084 290,51**
Moravskoslezský kraj	**839 632,10**	643 469,49	158 604,63	37 557,98	**2 007 910,40**
Celkem ČR	**3 286 638,49**	**2 592 920,40**	**523 518,25**	**170 199,84**	**14 607 633,16**

Pramen: MPSV

* ** údaje z informačního systému ARIS o čerpání dávek hmotné nouze a příspěvku na péči (zahrnují i zpětně přiznané dávky, doplatky, přeplatky a vratky)

Zdroj: *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2007.* MPSV 2008.

Příloha č. 9: Přehled finančního zajištění sociálních služeb v ČR za r. 2010 (tabulky)

Tabulka č. 1 Přehled financování sociálních služeb v ČR v r. 2010 v členění podle zdrojů

Zdroje financování sociálních služeb za r. 2010		
Zdroje financování	**v Kč**	**v %**
Dotace od MPSV	∗11 258 355 432	41,76%
Příspěvky od úřadů práce	73 746 987	0,27%
Dotace od obcí	573 016 550	2,13%
Příspěvek od zřizovatele - obce	1 647 368 780	6,11%
Příspěvek od zřizovatele - kraje	979 934 174	3,63%
Úhrady od uživatelů služby	10 054 060 269	37,29%
Fondy zdravotních pojišťoven	942 872 235	3,50%
Resorty státní správy celkem	132 573 825	0,49%
Dotace od krajů celkem	384 670 084	1,43%
Strukturální fondy celkem	102 712 827	0,38%
Jiné zdroje	811 751 099	3,01%
Celkem	**26 961 062 262**	**100,00%**

∗ z toho dotace poskytnuté v rámci dotačního řízení MPSV registrovaným poskytovatelům sociálních služeb (program podpory A) celkem 6 657 714 000,- Kč

Zdroj: KOZLOVÁ, Lucie, FRANCOVÁ, Hana, NOVOTNÝ, Aleš, KLUFOVÁ, Renata. *Zpráva o stavu poskytování sociálních služeb v České republice v roce 2010 „Validační studie“. 3. července 2012.* [online]. [cit. 2013-04-04]. Dostupné z www: <http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/02/studie_2010.pdf>. 56-58 s.

Zpracování: Autorka.

Tabulka č. 2 Objem finančních prostředků vynaložených na dané sociální služby

Objem finančních prostředků na vybrané druhy sociálních služeb	v Kč	v %
Celkem za ČR	**26 961 062 262**	**100,00**
z toho		
domovy pro seniory	10 497 142 481	38,93
domovy pro osoby se zdravotním postižením	4 958 167 018	18,39
domovy se zvláštním režimem	2 796 885 369	10,37
pečovatelská služba	2 255 284 040	8,36
denní stacionáře	701 620 105	2,60
odlehčovací služby	623 207 901	2,31
sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	410 856 029	1,52
osobní asistence	328 699 055	1,22
ostatní sociální služby	4 389 200 264	16,30

Zdroj: Tamtéž 59-61 s.
Zpracování: Autorka.

Příloha č. 10: Analýza výsledků dotačního řízení v oblasti služeb sociální péče pro seniory v letech 2007-2011 (tabulky)

Tabulka č. 19 **Porovnání výše dotace přiznané v rámci 1. kola dotačního šetření domovům pro seniory v závislosti na typu zřizovatele**

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

Pramen: vlastní zpracování na základě interních údajů MPSV

Tabulka č. 20 **Porovnání výše dotace přiznané v rámci 1. kola dotačního šetření domovům pro seniory, jejichž zřizovateli jsou kraje a obce v jednotlivých krajích**

domovy pro seniory - příspěvkové organizace	organizace zřízené městem			organizace zřízené krajem			Dk - Dm	%k - %m
	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
Kraj 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

Pramen: vlastní zpracování na základě interních údajů MPSV

Zdroj: VÍŠEK, Petr, PRŮŠA, Ladislav. *Optimalizace sociálních služeb*. 1.vyd. Praha: Národní centrum sociálních studií, o.p.s. a VÚPSV, 2012. 62-63 s.

Příloha č. 11: Úkoly jednotlivých aktérů zodpovědných za sociální služby v obecné rovině (tabulka)

Jednotlivci	Starají se o sebe a ostatní členy rodiny. Mají za sebe a svou rodinu zodpovědnost. Pracují ve svépomocných skupinách či se angažují jako dobrovolníci. Mohou přispívat na úhradu nákladů služeb, které užívají.
Obce/komunity	Posuzují potřeby jednotlivců i komunity a na základě analýzy potřeb připravují komunitní plány tak, aby sociální služby uspokojovaly potřeby jednotlivců i celé komunity. Organizují poskytování sociálních služeb (zřizují organizace poskytující sociální služby, zajišťují poskytování sociálních služeb dodavatelsky (tj. nákupem služeb od jiných obcí/krajů/NNO). Podporují rozvoj nových typů služeb, povzbuzují a podporují občanskou společnost ve svém regionu. Podporují spolupráci a dialog v rámci komunity.
Kraje	Posuzují potřeby kraje a na základě analýzy potřeb připravují plány sociálního a ekonomického rozvoje kraje. Mohou zřizovat organizace poskytující sociální služby. Podporují rozvoj nových služeb a občanskou společnost v kraji, spolupracují s obcemi a příslušnými ministerstvy.
Občanská společnost	Občanská společnost je tvořena organizacemi občanské společnosti (zejména nestátními neziskovými organizacemi a dobrovolníky). Občanská společnost poskytuje sociální služby a rozvíjí nové typy sociálních služeb, organizuje činnosti dobrovolníků a svépomocných skupin, hájí zájmy uživatelů služeb. Vytváří příležitosti pro jednotlivce k přispění společnosti.
Stát	Určuje státní politiku a prosazuje priority rozvoje na základě spolupráce se samosprávou, nestátními neziskovými organizacemi Určuje národní standardy pro poskytování sociálních služeb a vytváří národní systém kontroly kvality poskytování sociálních služeb, tj. zda jsou dosahovány standardy. Podporuje vývoj nových a inovačních forem sociálních služeb. Vytváří právní rámec pro poskytování sociálních služeb. Shromažďuje výroční zprávy od krajů/obcí a jejich výsledky využívá pro ovlivňování politik, priorit a další rozvoj společnosti. Rozhoduje o alokaci národních zdrojů na další rozvoj a poskytování sociálních služeb.

Zdroj: *Bílá kniha v sociálních službách* (2003:17-18)

Příloha č. 12: Záznamový arch – Rozhovor s příjemci příspěvku na péči

Jste? **Muž** **Žena**
Jaký je Váš věk? …….
S kým žijte v domácnosti? …….
Jaká je výše Vašeho přiznaného příspěvku na péči? …….
Stupeň: I.-II.-III.-IV.
Jak dlouho příspěvek na péči pobíráte? od r. ……

Zajištění péče/pomoci

1. **Jak máte v současné době zajištěnu potřebnou péči o Vaši osobu?**
……
……
……
S jakými činnostmi potřebujete nejčastěji pomoc?
……
……
……
Kdo je poskytovatelem péče/pomoci?
Fyzická osoba: člen rodiny asistent sociální péče
……
……
……
Registrovaný poskytovatel sociálních služeb:
Jaké konkrétní sociální služby využíváte?
……
……
……
V jakém rozsahu je Vám péče poskytována? (činnosti – časová dotace – četnost)
……
……
……
……

Finanční zajištění péče

2. **Jaká je výše měsíční úhrady na zajištění této péče? (průměr, odhad)**
……
……
……
3. **Z jakých zdrojů tuto péči hradíte?**
Příspěvek na péči Ostatní zdroje
……
……
……

Doplňující otázky:

4. **V případě, že péči nehradíte nebo nevyčerpáte celou výši vyplaceného příspěvku na péči, jakým způsobem příspěvek využíváte?**
……
……
……
5. **Je podle Vás výše přiznaného přípěvku dostačující?**
……
……
……
6. **Z jakého důvodu preferujete zajištění péče pouze prostřednictvím neformální péče?**
……
……

Příloha č. 13: Základní charakteristiky souboru příjemců příspěvku na péči (vlastní terénní šetření) (tabulka)

	Pohlaví / Věk	Společná domácnost	Výše PNP měsíčně	Rok přiznání PNP	Forma péče	Rozsah péče***
Respondent1	Muž/66	Manželka	800 Kč	2009	Neformál. péče	Rodina (manželka) *(cit. „Vše dělá manželka …“)*
Respondent2	Žena/97	Sama	4.000 Kč	*2007	Sociální služby	PS (přímá péče): 5x týd. – 1,5h/den PS (donáška obědů): 3x týd.
Respondent3	Muž/89	Manželka	800 Kč	2008	Neformál. péče	Rodina (manželka) *(cit. „Musí mi pomáhat se vším…“)*
Respondent4	Muž/78	Sám	8.000 Kč	*2007	Sdílená péče**	PS (přímá péče): 5x týd. – 3h/den PS (donáška obědů): 7x týd. Rodina (syn a dcera) – víkendy
Respondent5	Žena/68	Sama	800 Kč	*2007	Sociální služby	PS (přímá péče): 1x týd. – 2,5h/den OA: 2-3x v měsíci, celkově 500 Kč Tísňová péče: 400 Kč měsíčně
Respondent6	Žena/65	Matka	8.000 Kč	*2007	Sdílená péče**	PS (přímá péče): 5x týd. – 3,5h/den PS (donáška obědů): 7x týd. Rodina (dcera): víkendy
Respondent7	Žena/92	Sama	12.000 Kč	2010	Sdílená péče**	PS (přímá péče): 5x týd. – 2h/den PS (donáška obědů): 2x týd. Denní stacionář: 3x týd. – 5-6h/den Odlehčovací služby: 2x týd. – 5h/den Rodina (dcera a syn): víkendy
Respondent8	Žena/83	Sama	800 Kč	*2007	Neformál. péče	Rodina (dcera, občas vnuk) *(cit. „Dcera pravidelně chodí, 2krát týdně. Vnuk, když má čas, občas.“)*
Respondent9	Žena/76	Sama	800 Kč	2007	Neformál. péče	Jiná FO (tj. asistent soc. péče): 2x týd. – 1,5h/den (70 Kč/h)
Respondent10	Žena/71	Sama	4.000 Kč	*2007	Sociální služby	PS (donáška obědů): 7x týd.

Vysvětlivky: PNP – příspěvek na péči. Jiná FO – jiná fyzická osoba. PS – pečovatelská služba. OA – osobní asistence.
*Poznámka: * Tito respondenti před r. 2006 pobírali zvýšení důchodu pro bezmocnost a v r. 2007 se automaticky stali příjemci příspěvku na péči ve výši podle přiznané bezmocnosti, tj. částečná bezmocnost (480 Kč) – příspěvek na péči ve výši 2.000 Kč (I. stupeň); převážná bezmocnost (960 Kč) – příspěvek na péči ve výši 4.000 Kč (II. stupeň); úplná bezmocnost (1.800 Kč) – příspěvek na péči ve výši 8.000 Kč (III. stupeň).*
*** Sdílená péče – označení pro zajištění péče v kombinaci – neformální péče a registrované sociální služby.*
**** V případě neformální péče ze strany rodiny nebyli respondenti schopni vymezit časový rozsah péče.*
Zdroj: Vlastní terénní šetření.

Příloha č. 14: Návod-Scénář – Rozhovor s poskytovateli služeb sociální péče pro seniory

Krátké představení tazatele, představení účelu a cíle rozhovoru.

Oblast: Poskytované sociální služby pro seniory
Můžete mi, prosím, v krátkosti představit, jaké konkrétní druhy služby sociální péče (ve smyslu zákona o sociálních službách) Vaše organizace poskytuje cílové skupině „senioři".

Oblast: Finanční zajištění poskytovaných služeb a související problémy
Z jakých konkrétních finančních zdrojů jsou Vámi poskytované sociální služby financovány? V jakém poměru jsou tyto zdroje?

Setkáváte se s nějakými problémy při zajištění sociálních služeb v souvislosti s jejich financováním? Pokud ano, s jakými konkrétními problémy financování se setkáváte nejčastěji?

Poskytuje Vaše organizace v rámci poskytování pobytových služeb zdravotní péči dle § 36 zákona o sociálních službách nebo sociálně-zdravotní péči? V čem spatřujete největší problémy při financování této péče?

Oblast: Hodnocení systému financování sociálních služeb
Jak hodnotíte současné nastavení systému financování sociálních služeb v ČR?
(dotace ze státního rozpočtu, proces dotačního řízení, příspěvek na péči …)

V jakých oblastech spatřujete největší omezení současného nastavení systému financování?

Jak by bylo možné podle Vás situaci ve financování sociálních služeb zlepšit?

Je něco, co byste ještě dodal/a?

Poděkování za čas.

Příloha č. 15: Základní charakteristika souboru dotazovaných poskytovatelů služeb sociální péče pro seniory (vlastní terénní šetření) (tabulka)

	Poskytovatel1	**Poskytovatel2**	**Poskytovatel3**	**Poskytovatel4**
Právní forma	**Příspěvková organizace MČ**	**Církevní organizace**	**Občanské sdružení**	**Obecně prospěšná společnost**
Poskytované služby sociální péče pro seniory registrované dle zákona č. 108/2006 Sb.				
Druh	**Pečovatelská služba**		**Osobní asistence**	**Osobní asistence**
Poskytování od	2001		1997	2008
Kapacita	650 klientů		200 klientů *(kapacita je dána počtem odsloužených hodin, tj. měsíční kapacita cca 7.500 asistenčních hodin)*	50 klientů
Cena	100 Kč/hod		100 Kč/hod (do 70hod/měsíčně) 95 Kč/hod (nad 71hod měsíčně)	100 Kč/hod
Pracovní doba	Pondělí – neděle 7:30-19:00h		Nepřetržitě	Nepřetržitě
Druh	**Denní stacionář**	**Denní stacionář**		
Poskytování od	2011	1997		
Kapacita	10 klientů	23 klientů		
Cena	100 Kč/hod	120 Kč/hod		
Pracovní doba	Pondělí – neděle 7:00-17:00h	Pondělí – pátek 7:00-17:30h		
Druh	**Odlehčovací služby pobytové**	**Odlehčovací služby pobytové**		
Poskytování od	2008	1996		
Kapacita	10 lůžek/70 klientů	13 lůžek+34 lůžek		
Cena	100 Kč/hod péče 180 Kč/den ubytování 160Kč/den strava	100 Kč/hod péče 160 Kč/den ubytování 140 Kč/den strava		
Pracovní doba	Nepřetržitě	Nepřetržitě		
Druh	**Odlehčovací služby terénní**			
Poskytování od	2008			
Kapacita	10 klientů			
Cena	100 Kč/hod			
Pracovní doba	Pondělí – pátek 8:30-17:00h			
Druh	**Domov pro seniory**			
Poskytování od	2001			
Kapacita	54 lůžek/54 klientů			
Cena	Výše přiznaného PNP nebo 100 Kč/hod péče 180 Kč/den ubytování 160Kč/den strava			
Pracovní doba	Nepřetržitě			
Další registrované sociální služby, popřípadě doplňkové služby	*Doplňkové služby:* Domácí péče Hospicová péče Doprava k lékaři Stravovací zařízení Klub aktivního stáří Půjčovna pomůcek	*Další služby:* Zdravotní pobyty „Zdravotnické zařízení“ (LDN kapacita 77 lůžek) a **2 zdravotně sociální lůžka-§52**)	–	*Další registrované sociální služby pro seniory:* Sociálně aktivizační služby pro seniory a zdravotně postižené

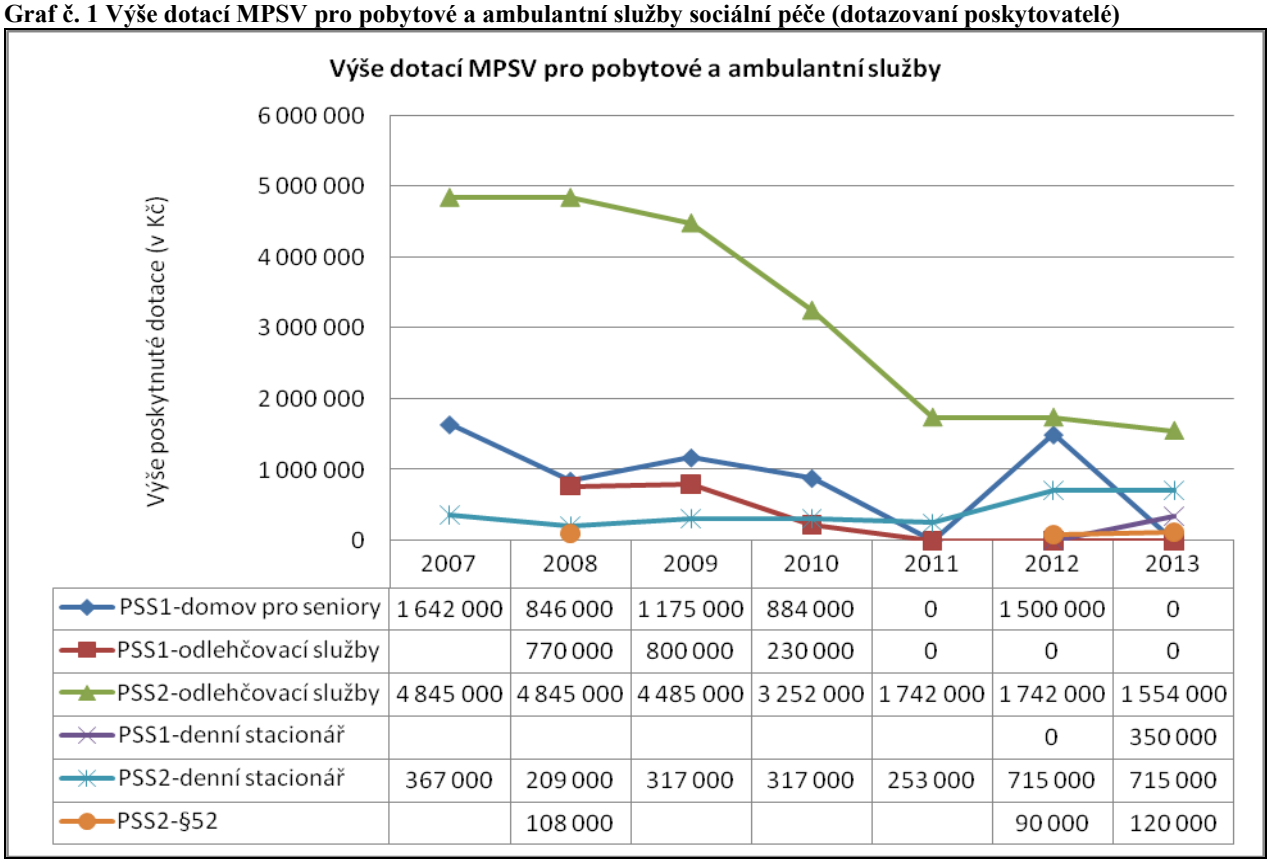
Zdroj: Vlastní terénní šetření.

Registr poskytovatelů sociálních služeb. [online]. Dostupné z www: <http://iregistr.mpsv.cz/>.

Zpracování: Autorka.

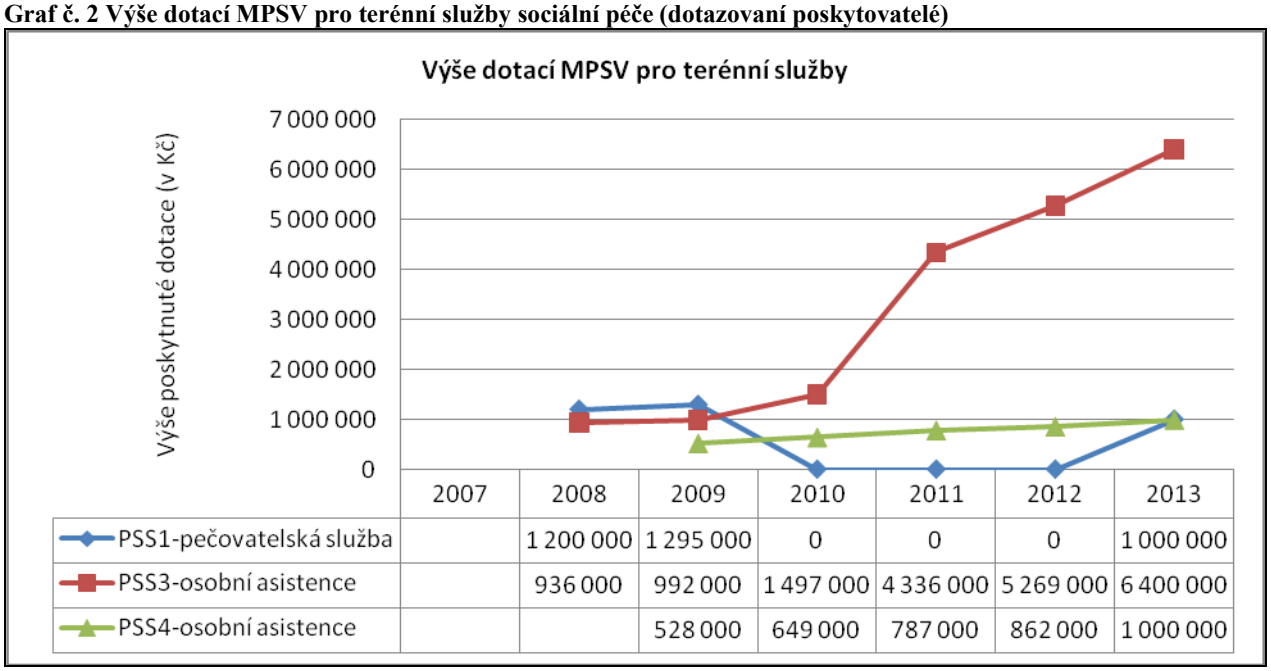
Příloha č. 16: Přehled dotací poskytnutých v rámci dotačního řízení MPSV na jednotlivé služby sociální péče pro seniory v letech 2007 – 2013 (grafy)

Graf č. 1 Výše dotací MPSV pro pobytové a ambulantní služby sociální péče (dotazovaní poskytovatelé)



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
PSS1-domov pro seniory	1 642 000	846 000	1 175 000	884 000	0	1 500 000	0
PSS1-odlehčovací služby		770 000	800 000	230 000	0	0	0
PSS2-odlehčovací služby	4 845 000	4 845 000	4 485 000	3 252 000	1 742 000	1 742 000	1 554 000
PSS1-denní stacionář						0	350 000
PSS2-denní stacionář	367 000	209 000	317 000	317 000	253 000	715 000	715 000
PSS2-§52		108 000				90 000	120 000

Graf č. 2 Výše dotací MPSV pro terénní služby sociální péče (dotazovaní poskytovatelé)



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
PSS1-pečovatelská služba		1 200 000	1 295 000	0	0	0	1 000 000
PSS3-osobní asistence		936 000	992 000	1 497 000	4 336 000	5 269 000	6 400 000
PSS4-osobní asistence			528 000	649 000	787 000	862 000	1 000 000

Poznámka: V případě, že v přehledu není uvedena výše přiznané dotace pro konkrétní kalendářní rok, poskytovatel o dotaci nepožádal nebo daná sociální služba nebyla poskytována, tj. nebyla registrována.

Zdroj: Výsledky dotačního řízení MPSV v letech 2007-2013. [online]. Dostupné z www: <www.mpsv.cz>. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. [online]. Dostupné z www: <http://iregistr.mpsv.cz/>. Zpracování: Autorka.