

Studie proveditelnosti: Výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR

Ministerstvo práce
a sociálních věcí

Obsah

Obsah	2
Seznam tabulek a grafů	4
Seznam zkratk	8
1 Manažerské shrnutí	9
2 Přístup ke zpracování projektu	14
2.1 Postup realizace části A projektu	14
2.2 Postup realizace části B projektu	20
2.3 Postup realizace části C projektu	21
3 Analýza stávajícího systému poskytování a financování sociálních služeb	23
3.1 Úvod do problematiky sociálních služeb v ČR	23
3.2 Zhodnocení současného stavu prostřednictvím SWOT analýzy	24
3.3 PEST analýza	47
3.4 Posouzení standardu kvality sociálních služeb v České republice	53
4 Posouzení míry udržitelnosti stávajícího systému financování sociálních služeb	63
4.1 Nulová varianta	66
4.2 Konzervativní varianta	68
4.3 Varianta vycházející z historického růstu výdajů na sociální služby	70
4.4 Vyhodnocení variant predikce	72
5 Výsledky posouzení možnosti většího zapojení soukromých zdrojů do financování sociálních služeb	74
5.1 Zkušenosti respondentů se sociálními službami	75
5.2 Preferovaný způsob péče o rodiče/prarodiče	77
5.3 Ochota vzdát se zaměstnání/podnikání/studia z důvodu péče o rodinného příslušníka	84
5.4 Ochota přispívat rodinnému příslušníkovi	86
5.5 Ochota spořit si na možné budoucí čerpání sociálních služeb	89
5.6 Představa respondenta o strávení stáří	92
5.7 Ochota platit sociální daň	97
5.8 Shrnutí	100
6 Identifikace demografických, ekonomických, politických a sociálních rizik spojených se současným stavem financování sociálních služeb	102
7 Lessons Learned: Zkušenosti se způsoby financování v ČR a v zahraničí	105
7.1 Zkušenosti se způsoby financování sociálních služeb v zahraničí	107



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

8	Návrh nového optimálního systému financování sociálních služeb	117
8.1	Varianty fungování optimálního systému financování sociálních služeb	117
9	Doporučení pro transparentní a politicky nezávislý systém financování sociálních služeb v dlouhodobém horizontu	123
9.1	Základní myšlenky transparentního a politicky nezávislého systému financování sociálních služeb v ČR	123
9.2	Detailní deskripce struktury navrženého optimálního systému financování sociálních služeb	125
9.3	Popis optimální míry subsidiarity v rámci nového systému financování sociálních služeb	128
9.4	Kalkulace zatížení soukromých zdrojů, veřejných, krajských a obecních rozpočtů	130
9.5	Analýza rizik pro zavedení nového způsobu financování sociálních služeb a doporučení pro anticipaci a eliminaci těchto rizik	135
10	Návrh legislativních změn	143
11	Podmínky nutné k zavedení navrhovaného způsobu financování sociálních služeb	146
12	Analýza nákladů a přínosů zavádění nového způsobu financování sociálních služeb	148
13	Návrh způsobu dosažení a institucionálního uchopení minimálního standardu sociálních služeb	150
14	Identifikace demografických rizik financování sociálních služeb v dlouhodobém horizontu a sada návrhů k jejich eliminaci	153
15	Zdroje	156
	Příloha 1: Analýza poskytovatelů a poskytovaných sociálních služeb	159
	Poskytovatelé sociálních služeb v ČR	159
	Druhy sociálních služeb v ČR	163
	Příloha 2: Analýza uživatelů a žadatelů o sociální služby	168
	Cílová skupina	168
	Vývoj počtu příjemců příspěvku na péči	168
	Vývoj počtu uživatelů sociálních služeb	169
	Celková poptávka po službách a počet zamítnutých žádostí	173
	Příloha 3: Analýza financování sociálních služeb v ČR	178
	Příspěvek na péči	179
	Vývoj a struktura příjmů poskytovatelů sociálních služeb v ČR	181
	Vývoj a struktura výdajů poskytovatelů sociálních služeb v ČR	187
	Příloha 4: Posouzení možnosti většího zapojení soukromých zdrojů do financování sociálních služeb	190
	Kompletní znění dotazníku	190

Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek

Tabulka 1: SWOT analýza současného systému financování a poskytování sociálních služeb v ČR.....	11
Tabulka 2: Podíl příjmů ze zdravotního pojištění na celkových příjmech poskytovatelů sociálních služeb (Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrky za sociální služby 2010-2012)	36
Tabulka 3: Počet a struktura pracovníků v sociálních službách v letech 2012 a 2013	38
Tabulka 4: Počty zaměstnanců v členění dle druhu služeb v letech 2012 – 2013.....	39
Tabulka 5: Standardy kvality sociálních služeb v České republice	58
Tabulka 6: Standardy kvality sociálních služeb v Anglii.....	60
Tabulka 7: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby ve střednědobém horizontu	66
Tabulka 8: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby v dlouhodobém horizontu (Zdroj: vlastní projekce pomocí modelu).....	67
Tabulka 9: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby ve střednědobém horizontu	68
Tabulka 10: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby v dlouhodobém horizontu (Zdroj: vlastní projekce pomocí modelu).....	69
Tabulka 11: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby ve střednědobém horizontu	70
Tabulka 12: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby v dlouhodobém horizontu (Zdroj: vlastní projekce pomocí modelu).....	71
Tabulka 13: Kvantifikace rizika nezavedení nového systému financování	73
Tabulka 14: Rizika spojená se současným stavem financování sociálních služeb.....	104
Tabulka 15: Návrh a prioritizace hodnotících kritérií.....	122
Tabulka 16: Vyhodnocení navrhovaných variant na základě naplňování hodnotících kritérií	122
Tabulka 17: Zatížení soukromých a veřejných rozpočtů - scénář 1.....	132
Tabulka 18: Zatížení soukromých a veřejných rozpočtů - scénář 2.....	132
Tabulka 19: Zatížení soukromých a veřejných rozpočtů - scénář 3.....	133
Tabulka 20: Shrnutí zhodnocení scénářů	134
Tabulka 21: Rizika zavedení a efektivního fungování sociálních služeb	141
Tabulka 22: Harmonogram implementace nového systému financování sociálních služeb	147
Tabulka 23: Srovnání minimálních standardů ČR a Anglie	151
Tabulka 24: Počet poskytovatelů sociálních služeb dle právní formy (stav k 31. 12. 2012). (Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrka za sociální služby 2012)	161
Tabulka 25: Struktura poskytovatelů sociálních služeb dle zřizovatele (stav k 31. 12. 2012). (Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrka za sociální služby 2012)	161
Tabulka 26: Rozložení poskytovatelů sociálních služeb v ČR (stav k 31. 12. 2012). (Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrka za sociální služby 2012).....	162
Tabulka 27: Druhy sociálních služeb poskytovaných v ČR, stav k 31. 12. 2012 (Zdroj: Statistická ročenka 2012 vypracovaná MPSV ČR (údaj o počtu příjemců); Statistické údaje z účetní závěrky za sociální služby 2012 (údaje o finančním objemu a o počtu poskytovaných služeb)	166
Tabulka 28: Vývoj počtu osob pobírající konkrétní formu důchodu v letech 2009 – 2013 (Zdroj: ČSSZ – Statistiky měsíčně vyplacených sociálních dávek).....	168
Tabulka 29: Statistiky počtu příjemců příspěvku na péči v letech 2007 – 2013 (Zdroj: Podpora procesu – Příspěvek na péči: analýza dostupných datových zdrojů a MPSV ČR – Informace o vyplacených dávkách)	169
Tabulka 30: Způsob poskytování péče (stav v roce 2009). (Zdroj: Ladislav Průša: Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče, 2011).....	169

Tabulka 31: Počet uživatelů sociálních služeb v letech 2007 – 2012 (Zdroj: MPSV ČR, <i>Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2007 – 2012</i>)	170
Tabulka 32: Počet lůžek v zařízeních sociálních služeb a jejich využití (Zdroj: MPSV ČR, <i>Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2007-2012</i>).....	172
Tabulka 33: Vytíženost kapacit sociálních služeb (Zdroj: MPSV ČR, <i>Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2007-2012</i>).....	173
Tabulka 34: Poptávka po sociálních službách v letech 2007 – 2012 (Zdroj: MPSV ČR, <i>Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2007-2012</i>).....	175
Tabulka 35: Míra zamítnutí žádostí o využívání sociálních služeb v letech 2007 – 2012 (Zdroj: MPSV ČR, <i>Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2007-2012</i>).....	176
Tabulka 36: Vývoj jednotlivých kategorií výdajů na sociální služby 2007 – 2013 (Zdroj: <i>Podpora procesu – Příspěvek na péči: analýza dostupných datových zdrojů a MPSV ČR – Účetní závěrky za sociální služby 2010 - 2012</i>).....	179
Tabulka 37: Počet činností, které osoba nezvládá samostatně vykonávat na přiznání stupně závislosti (Zdroj: <i>MPSV ČR - Posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči od 1. ledna 2012</i>).....	180
Tabulka 38: Měsíční výše příspěvku na péči (Zdroj: <i>MPSV ČR – zákon 108/2006 Sb.</i>)	180
Tabulka 39: Vývoj PnP včetně počtu příjemců dle způsobu využívání sociálních služeb (Zdroj: <i>MPSV ČR – Přehled PnP 2009 - 2011</i>)	180
Tabulka 40: Vývoj vyplaceného objemů a počtu příjemců PnP podle stupně závislosti (Zdroj: <i>MPSV ČR – Přehled PnP 2009 - 2011</i>)	181
Tabulka 41: Vývoj a struktura příjmů sektoru sociálních služeb v letech 2010 až 2012 (Zdroj: <i>MPSV ČR, Účetní závěrky za sociální služby 2010-2012</i>).....	182
Tabulka 42: Detailní analýza vlastních příjmů v letech 2010 – 2012 (Zdroj: <i>MPSV ČR, Účetní závěrky za sociální služby 2010 – 2012</i>)	182
Tabulka 43: Detailní analýza veřejných příjmů v letech 2010 – 2012 (Zdroj: <i>MPSV ČR, Účetní závěrky za sociální služby 2010-2012</i>).....	183
Tabulka 44: Podíl příjmů ze zdravotního pojištění na celkových příjmech poskytovatelů sociálních služeb (Zdroj: <i>MPSV ČR, Účetní závěrky za sociální služby 2010-2012</i>)	184
Tabulka 45: Příjem podle právní formy poskytovatele sociálních služeb v roce 2012 (Zdroj: <i>MPSV ČR, Účetní závěrka za sociální služby 2012</i>)	185
Tabulka 46: Podrobná struktura příjmu podle jednotlivých druhů sociálních služeb v roce 2012 (v %). (Zdroj: <i>MPSV ČR, Účetní závěrka za sociální služby 2012</i>)	187
Tabulka 47: Vývoj a struktura výdajů sektoru sociálních služeb v 2010 až 2012 (Zdroj: <i>MPSV ČR, Účetní závěrky za sociální služby 2010-2012</i>).....	187
Tabulka 48: Výdaje podle právní formy poskytovatele sociálních služeb v roce 2012 (Zdroj: <i>MPSV ČR, Účetní závěrka za sociální služby 2012</i>).....	189

Seznam grafů

Graf 1: Objem finančních prostředků na skupiny a formy sociálních služeb (Zdroj: <i>Údaje z výkaznictví MPSV ČR (2010 – 2012)</i>).....	10
Graf 2: Struktura respondentů podle kraje (Zdroj: <i>AQE advisors</i>)	18
Graf 3: Struktura respondentů podle věku (Zdroj: <i>AQE advisors</i>).....	18
Graf 4: Struktura respondentů podle trvalého bydliště (Zdroj: <i>AQE advisors</i>).....	18
Graf 5: Struktura respondentů podle stupně vzdělání (Zdroj: <i>AQE advisors</i>).....	18
Graf 6: Počet rodinných příslušníků v domácnosti (Zdroj: <i>AQE advisors</i>)	19
Graf 7: Počet dětí respondenta i mimo domácnost (Zdroj: <i>AQE advisors</i>)	19
Graf 8: Spokojenost respondenta s vlastním životem (1 - naprosto nespokojený, 10 - naprosto spokojený) (Zdroj: <i>AQE advisors</i>)	19
Graf 9: Spokojenost respondenta se zdravotním stavem (Zdroj: <i>AQE advisors</i>).....	19
Graf 10: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby ve střednědobém horizontu (Zdroj: <i>vlastní projekce pomocí modelu</i>).....	66

Graf 11: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby v dlouhodobém horizontu (Zdroj: vlastní projekce pomocí modelu).....	67
Graf 12: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby ve střednědobém horizontu (Zdroj: vlastní projekce pomocí modelu).....	68
Graf 13: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby v dlouhodobém horizontu (Zdroj: vlastní projekce pomocí modelu).....	70
Graf 14: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby v střednědobém horizontu (Zdroj: vlastní projekce pomocí modelu).....	71
Graf 15: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby ve dlouhodobém horizontu (Zdroj: Vlastní projekce pomocí modelu).....	72
Graf 16: Kvantifikace dopadů v dlouhodobém horizontu	73
Graf 17: Zkušenost respondenta (přímé nebo zprostředkované) s některou ze sociálních služeb.....	75
Graf 18: Způsob styku s uvedenou sociální službou	76
Graf 19: Preferovaný způsob péče o rodiče/prarodiče v případě, že je upoután na lůžko	77
Graf 20: Preferovaný způsob péče o rodiče/prarodiče v případě, že je upoután na lůžko, v členění dle krajů	79
Graf 21: Preferovaný způsob péče o rodiče/prarodiče v případě, že je upoután na lůžko, v členění dle pohlaví ..	80
Graf 22: Řešení hypotetické situace, ve které rodič/prarodič potřebuje asistenci.....	81
Graf 23: Preferovaný způsob péče o rodiče/prarodiče v případě, že potřebuje asistenci, v členění dle krajů	82
Graf 24: Preferovaný způsob péče o rodiče/prarodiče v případě, že potřebuje asistenci, v členění dle rodinného stavu.....	83
Graf 25: Ochota vzdát se zaměstnání/podnikání/studia z důvodu péče o rodinného příslušníka	84
Graf 26: Důvody pro nevzdání se zaměstnání/podnikání povolání/studia z důvodu péče o rodinného příslušníka.....	85
Graf 27: Ochota přispívat rodinnému příslušníkovi na čerpání sociálních služeb.....	86
Graf 28: Výše měsíčního příspěvku na čerpání sociálních služeb rodinným příslušníkem.....	87
Graf 29: Preferovaný způsob přispívání na čerpání sociálních služeb rodinným příslušníkem	88
Graf 30: Důvody neochoty přispívat na čerpání sociálních služeb rodinným příslušníkem	89
Graf 31: Ochota spořit si na možné budoucí čerpání sociálních služeb	89
Graf 32: Výše částky, kterou by si byl respondent ochoten měsíčně spořit na budoucí čerpání sociálních služeb.....	90
Graf 33: Preferovaný způsob spoření na budoucí čerpání sociálních služeb	91
Graf 34: Důvod neochoty si spořit si na budoucí čerpání sociálních služeb	91
Graf 35: Představa respondenta o strávení stáří v případě, že se o sebe nebude schopen postarat.....	92
Graf 36: Představa respondenta o strávení stáří v případě, že se o sebe nebude schopen postarat, v členění dle krajů.....	93
Graf 37: Představa respondenta o strávení stáří v případě, že se o sebe nebude schopen postarat, v členění dle věkových kategorií.....	94
Graf 38: Předpokládané zdroje hrazení nákladů na čerpání sociální péče.....	95
Graf 39: Představa o finanční nákladovosti měsíčního pobytu v domě s pečovatelskou službou	96
Graf 40: Ochota platit sociální daň	97
Graf 41: Ochota platit sociální daň ve výši 500 Kč měsíčně v členění dle krajů	98
Graf 42: Ochota platit sociální daň dle věkových kategorií	99
Graf 43: Ochota platit sociální daň v členění dle nejvyššího dosaženého vzdělání.....	100
Graf 44: Vývoj počtu uživatelů sociálních služeb v letech 2007 až 2012.....	171
Graf 45: Vývoj poptávky po sociálních službách v letech 2007 až 2012.....	175
Graf 46: Objem vyplacených PnP a počet příjemců PnP – struktura v %.....	181
Graf 47: Struktura příjmů v letech 2010 – 2012.....	182
Graf 48: Podrobná struktura příjmu podle jednotlivých druhů sociálních služeb v roce 2012 (Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrka za sociální služby 2012)	186
Graf 49: Struktura výdajů provozovatelů sociálních služeb v roce 2012 (Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrka za sociální služby 2012)	188

Seznam obrázků

Obrázek 1: Aktivity projektu seřazené dle časového harmonogramu	14
Obrázek 2: Systém poskytování a financování sociálních služeb v České republice	25
Obrázek 3: Kombinace pojištění na sociální služby a dobrovolného spoření	120
Obrázek 4: Konceptuální schéma fungování systému pojištění na sociální služby	125

Seznam zkratek

APSS	Asociace poskytovatelů sociálních služeb
CQC	Care Quality Commision
CSR	Corporate social responsibility (Společenská odpovědnost firem)
ČR	Česká republika
ČSSD	Česká strana sociálně demokratická
DPH	Daň z přidané hodnoty
DR	Dotační řízení
EU	Evropská unie
FO	Fyzická osoba
HDP	Hrubý domácí produkt
Kč	Koruna česká
KÚ	Krajský úřad
mil.	Milion
mld.	Miliarda
MF	Ministerstvo financí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NHS	National Health Service
NICE	National health institute for care and excellence
NNO	Nestátní nezisková organizace
NOZ	Nový občanský zákoník
OP	Operační program
OPS	Obecně prospěšná společnost
OR	Obchodní rejstřík
ORP	Obec s rozšířenou/přenesenou působností
OSSZ	Okresní správy sociálního zabezpečení
PAYG	„Pay as you go“ (financování na principu průběžných plateb)
PEST analýza	Analýza politických, ekonomických, sociálních a technologických vlivů
PO	Právnícká osoba
PnP	Příspěvek na péči
SLDB	Sčítání lidu, domů a bytů
SMOČR	Svaz měst a obcí ČR
SR	Státní rozpočet
SWOT analýza	Analýza silných stránek, slabých stránek, příležitostí a hrozeb
tis.	Tisíc
VÚPS	Výzkumní ústav práce a sociálních věcí
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ŽZ	Živnostenský zákon

1 Manažerské shrnutí

Projekt „**Studie proveditelnosti: Výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR**“ byl zpracován v reakci na aktuální demografické trendy vyznačující se stárnutím populace a současný nárůst výdajů na sociální služby zejména v oblasti dlouhodobé péče. MPSV jako garant poskytování sociálních služeb v ČR vnímá potřebu realizace úprav systému financování sociálních služeb s cílem nalezení dodatečných zdrojů financování umožňujících zajištění udržitelnosti systému v dlouhodobém horizontu. Cílem projektu bylo posouzení udržitelnosti stávajícího systému financování sociálních služeb a vyhodnocení možností zapojení alternativních zdrojů, a to zejména soukromých zdrojů, do systému financování sociálních služeb s cílem zajištění udržitelnosti tohoto systému v dlouhodobém horizontu bez nutnosti navyšování výdajů ze státního rozpočtu.

V současné době jsou sociální služby v ČR financované:

- Ze státního rozpočtu ve formě dotací na podporu poskytování sociálních služeb. Dotace krajům přiděluje MPSV, a kraje je dále v rámci dotačního řízení přidělují registrovaným poskytovatelům sociálních služeb na svém území. Část těchto dotací též přiděluje přímo MPSV sociálním službám s nadregionální či celostátní působností;
- Ze státního rozpočtu je dále financován **příspěvek na péči** osobám závislým na péči jiné osoby, přičemž zhruba třetina těchto osob využívá příspěvek na péči k nákupu služeb u některého z registrovaných poskytovatelů sociálních služeb
- Z prostředků **krajských a obecních rozpočtů, případně rozpočtu MPSV** ve formě **příspěvku zřizovatele** pro poskytovatele zřízené krajem, obcí nebo MPSV nebo ve formě **dotace od krajů, obcí nebo MPSV**;
- Ze **soukromých zdrojů** ve formě **úhrad uživatelů** za poskytované ubytování a stravu, případně **fakultativní služby**;
- Z **dalších zdrojů**, z nichž tvoří výraznou část **dotace ze strukturálních fondů EU**, zejména Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost;
- Z prostředků **zdravotního pojištění**, z nichž jsou financované zdravotní služby poskytované registrovanými poskytovateli některých sociálních služeb, ve kterých je zapotřebí zajištění zdravotní péče o klienty (např. domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem).

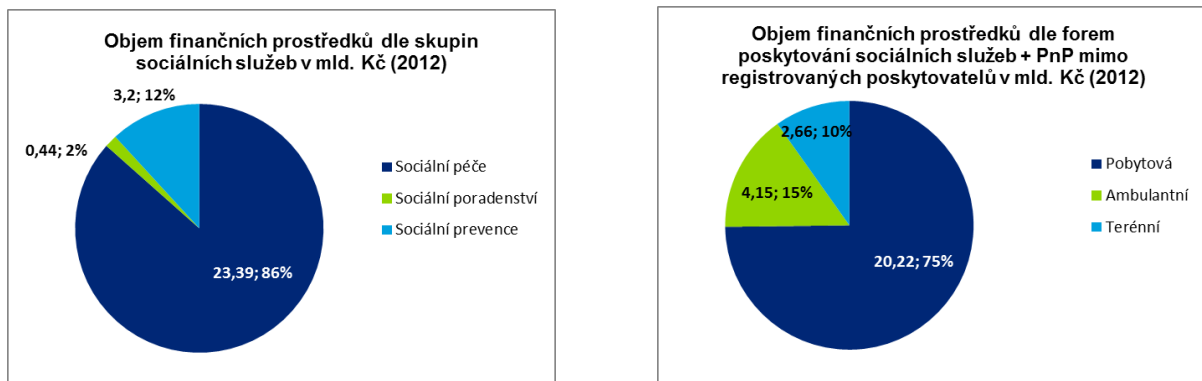
V roce 2012 představovaly **celkové výdaje na sociální služby z veřejných i soukromých zdrojů 40,03 mld. Kč**, přičemž veřejné výdaje tvořily **29,75 mld. Kč** (z toho: výdaje na příspěvek na péči: 18,39 mld. Kč, dotace: 6,86 mld. Kč, příspěvky a dotace od krajů a obcí: 4,50 mld. Kč, ostatní veřejné výdaje: 0,23 mld. Kč), **úhrady uživatelů 6,45 mld. Kč** a **další zdroje 3,60 mld. Kč**.

Z celkového objemu výdajů na sociální služby bylo **68 % (27,03 mld. Kč) využito na služby poskytované registrovanými poskytovateli sociálních služeb**, **32 % (13 mld. Kč) na služby neformální péče a běžné**

výdaje poskytované ze strany rodinných příslušníků nebo osob blízkých, do nichž patří např. nákup léku, potravin nebo pohonných hmot¹.

Z hlediska skupin sociálních služeb tvořily příjmy registrovaných poskytovatelů **služeb sociální péče 86 %**² (23,39 mld. Kč) z celkového objemu příjmů registrovaných poskytovatelů sociálních služeb (27,03 mld. Kč), příjmy poskytovatelů **služeb sociální prevence 12 %** (3,20 mld. Kč) a příjmy **poskytovatelů služeb sociálního poradenství 2 %** (0,44 mld. Kč).

Z hlediska formy poskytování tvořily příjmy poskytovatelů **pobytových služeb 75 %**³ (20,22 mld. Kč), příjmy poskytovatelů **ambulantních služeb 15 %** (4,15 mld. Kč) a příjmy poskytovatelů **terénních služeb 10 %** (2,66 mld. Kč) z celkového objemu příjmů registrovaných poskytovatelů sociálních služeb.⁴



Graf 1: Objem finančních prostředků na skupiny a formy sociálních služeb
(Zdroj: Údaje z výkaznictví MPSV ČR (2010 – 2012))

Součástí projektu bylo zpracování detailní analýzy současného systému financování a poskytování sociálních služeb v České republice, v rámci níž byly identifikovány hlavní silné stránky, slabé stránky, příležitosti a hrozby stávajícího systému, z nichž vychází návrh optimalizace. Shrnutí silných stránek, slabých stránek, příležitostí a hrozeb současného systému financování a poskytování sociálních služeb je uvedeno v tabulce níže.

Silné stránky

- Důraz na poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí
- Univerzálnost systému poskytování sociálních služeb v ČR
- Finanční podpora poskytování sociálních služeb ze strany státu
- Komplexní právní úprava oblasti sociálních služeb v zákoně o sociálních službách a souvisejících prováděcích předpisech

Slabé stránky

- Nedostatky spojené s poskytováním dotací ze státního rozpočtu registrovaným poskytovatelům sociálních služeb
- Nedostatečná koordinace poskytování zdravotních a sociálních služeb
- Nedostatečné financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb ze strany zdravotních pojišťoven
- Nedostatky strategického řízení a plánování sociálních služeb (nejsou stanovené dlouhodobé priority na národní úrovni, střednědobé plánování rozvoje sociálních služeb na krajské úrovni a plánování na obecní úrovni není metodicky řízené a koordinované ze strany MPSV)
- Regulace maximální výše úhrady za sociální služby u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb znemožňující poskytování nadstandardních služeb
- Nedostatek kvalifikované pracovní síly mající zájem o zaměstnání v oblasti sociálních služeb z důvodu nízké atraktivity sektoru sociálních služeb kvůli nízkému mzdovému ohodnocení zaměstnanců

¹ Jedná se o PnP, který nebyl využitý na financování služeb poskytovaných registrovanými poskytovateli sociálních služeb.

² z toho: 86,2 % pobytové služby, 9,4 % ambulantní služby a 8 % terénní služby.

³ z toho: 95,5 % služby sociální péče, 4,5 % služby sociální prevence.

⁴ Údaje z výkaznictví MPSV ČR (2010 – 2012), Statistická ročenka MPSV ČR (2007 – 2012) a Informace o vyplacených dávkách MPSV ČR.

- Chybí definice minimálního standardu sociální péče (sociálních služeb). Nedostatečná kontrola kvality poskytovaných služeb
- Neexistence „benchmarku“ nákladnosti sociálních služeb napříč registrovanými poskytovateli sociálních služeb
- Nízká míra kontroly a relevance statistických dat v oblasti poskytování a financování sociálních služeb a jejich vyhodnocování
- Současný systém neřeší situaci, kdy občan potřebující institucionální péči nemůže čerpat sociální služby z důvodu nedostatku prostředků na úhradu uživatele
- Plnění role obce v systému sociálních služeb se napříč obcemi výrazně liší, zapojení obcí není ze strany MPSV, příp. krajů metodicky řízeno
- Nízká informovanost cílové skupiny o poskytovaných sociálních službách omezující možnost výběru vhodné sociální služby
- Nedostatky spojené se systémem posuzování míry závislosti pro účely PnP
- Málo rozvinutý sektor terénních služeb
- Poskytování „nepoptávaných“ služeb v pobytových zařízeních (např. uživatelům jsou poskytované služby určené pro uživatele ve vyšším stupni závislosti)
- Poptávka po některých sociálních službách převyšující jejich nabídku (např. domovy pro seniory, bydlení pro osoby s autismem).

Příležitosti

- Objektivizace systému poskytování dotací registrovaným poskytovatelům sociálních služeb
- Podpora péče v domácím prostředí (adresné přidělování osobních pečovatелů, školení „domácích“ pečovatелů, podpora sdílené péče, podpora osob, které se kvůli domácí péči o rodinného příslušníka vzdají práce/sníží úvazek).
- Zajištění většího propojení systému zdravotní péče a poskytování sociálních služeb včetně legislativního ukotvení
- Zvýšení počtu poskytovaných terénních a ambulantních služeb na úkor pobytových služeb
- Strategické řízení sítě sociálních služeb na národní úrovni. Koordinace strategického řízení mezi národní a regionální úrovní a mezi regiony navzájem
- Změna struktury poskytování PnP a financování poskytovatelů sociálních služeb (diferenciace výše PnP podle způsobu poskytované péče)
- Zvýšení podílu soukromých zdrojů (občanů) na financování sociálních služeb
- Řízení služeb sociálního poradenství a sociální prevence
- Zvýšení podílu financování sociální a zdravotní péče formou zdravotního pojištění. Vyčíslení nákladnosti „ošetřovatelských dnů“
- Propagace „společenské odpovědnosti“, např. formou CSR (Corporate Social Responsibility)
- Optimalizace mzdových nákladů
- Využití moderních technologií při poskytování sociálních služeb (asistivní a asistenční technologie)
- Rozšíření „nadstandardních“ služeb cílících na „majetnější seniory“
- Zapojení soukromého sektoru do dílčích oblastí sociálních problémů přes tzv. Sociální dluhopisy
- Využití potenciálu „Sektoru bílých pracovních míst“⁵
- Možnost využití finančních prostředků EU
- Možnost zvýšení motivace pro zaměstnání v sektoru sociálních služeb prostřednictvím platového ohodnocení

Hrozby

- Politická rizika ovlivňující nastavení systému poskytování a financování sociálních služeb
- Zvyšující se poptávka po sociálních službách (zejména pobytového charakteru) z důvodu aktuálních demografických trendů a z důvodu neexistence alternativních řešení
- Neudržitelný systém financování sociálních služeb v případě nezvyšující se porodnosti nebo výše odvodů (nebo nezajištění alternativního zdroje financování)
- Rozdílný vývoj zdravotní péče a sociálních služeb
- Propad (ztráta prestiže) sektoru sociálních služeb
- Konflikt zájmů při přidělování registrace a zřizování poskytovatele sociálních služeb ze strany krajského úřadu a kraje
- Dramaticky se zvyšující míra zadluženosti u sociálně ohrožených skupin či osob
- Nárůst investičních nákladů, nutnost obnovy technologií.

Tabulka 1: SWOT analýza současného systému financování a poskytování sociálních služeb v ČR

⁵ Sektor bílých pracovních míst je souhrnným označením pracovních míst ve zdravotnictví a sociálních službách.

Dle predikce vývoje počtu osob závislých na péči jiné osoby a počtu osob využívajících sociální služby vyplývající z demografického vývoje lze předpokládat nárůst veřejných výdajů na sociální služby ve střednědobém horizontu (v roce 2019) na 44,59 mld. Kč (+ 26,3 % oproti roku 2015), v dlouhodobém horizontu (v roce 2064) až na 353,0 mld. Kč (+ 899,9 % oproti roku 2015). Z hlediska počtu osob závislých na péči jiné osoby lze ve střednědobém horizontu předpokládat a zvýšení na 400 301 (+ 14,2 % oproti roku 2015), v dlouhodobém horizontu až na 1 194 064 (+ 240,7 % oproti roku 2015).⁶

V návaznosti na provedenou analýzu současného systému financování, predikci výdajů na financování osob závislých na pomoci jiné osoby a příjemců sociálních služeb do roku 2064, analýzu zahraničních zkušeností a analýzu systémů zdravotního pojištění a pojištění na sociální zabezpečení v ČR byly s cílem zajištění udržitelnosti systému financování sociálních služeb při zachování současného podílu výdajů státního rozpočtu na HDP navrženy a rámcově kvantifikovány 3 varianty financování sociálních služeb: **1) Pojištění, 2) Povinné spoření a 3) Kombinace pojištění a dobrovolného spoření.** Na základě vyhodnocení variant dle stanovených hodnotících kritérií⁷ a na základě konsensu zástupců organizací a zainteresovaných skupin v rámci systému financování sociálních služeb byla k realizaci doporučena varianta **Pojištění.**

Povinné pojištění na sociální služby⁸ se navrhuje zavést jako doplněk ke stávajícímu zdravotnímu pojištění a pojištění na sociální zabezpečení. Pojištění na sociální služby by mělo být hrazeno na obdobném principu jako zdravotní pojištění a pojištění na sociální zabezpečení tzn., že by mělo být hrazeno povinně zaměstnavateli za jejich zaměstnance (v obdobném poměru jako zdravotní pojištění, tedy cca 2/3 hradí zaměstnavatel, 1/3 hradí zaměstnanec) a OSVČ a dobrovolně osobami bez zdanitelného příjmu. Pojistné za osoby bez zdanitelného příjmu, které nejsou dobrovolnými plátcí, hradí stát. Sazba pojistného by měla být stanovena zákonem. Přínosem veřejného pojištění je **uplatnění principu solidarity**, tzn., že každý má nárok na zajištění minimálního rozsahu péče, prevence a poradenství, bez ohledu na to, zda a v jaké výši do systému přispívá. Míra solidarity je ještě posílena v případě neexistence horního limitu pro platbu pojistného. Nízkopříjmové skupiny obyvatelstva, které nejsou schopné zajistit si financování sociálních služeb z vlastních zdrojů, tak budou nést benefity tohoto systému a budou schopné čerpat sociální služby za obdobných podmínek jako v současnosti. Uvedená skutečnost může na druhé straně vést ke zneužívání systému osobami, které do systému nepřispívají.

Na základě vyčíslení zatížení soukromých a veřejných zdrojů po zavedení nového systému financování sociálních služeb ve třech scénářích se jako nejvhodnější řešení jeví zavedení výše pojistného na sociální služby na úrovni **1,5 % - 2 % hrubé mzdy.** Tato sazba eliminuje nutnost zvyšování podílu výdajů ze státního rozpočtu na HDP a zároveň zajistí udržitelnost financování sociálních služeb v dlouhodobém horizontu.

Jako vhodné opatření vedoucí ke snížení neochoty aktivní populace hradit nový typ pojistného může být zavedení nižší sazby v prvních letech a její postupné zvyšování. Možnost upravovat sazbu pojistného je v realitě rigidní⁹. V případě aplikace postupného zvyšování sazby pojistného by bylo nezbytné stanovení povinnosti a harmonogramu změny sazby pojistného v rámci právní úpravy.

Nadstavbou nad zavedením pojistného systému by měla být další optimalizace systému financování sociálních služeb spočívající zejména v následujícím:

⁶ Detailní popis zpracování predikce viz kapitola 4 Posouzení míry udržitelnosti stávajícího systému financování sociálních služeb.

⁷ Výdaje státního rozpočtu, náklady na administraci systému a možnost využití stávajících struktur, dopad na nízkopříjmové skupiny obyvatelstva, vliv na cenotvorbu – dopad na tržní ceny, riziko zneužívání systému (sociální parazitismus), optimalizace distribuce prostředků, politická průchodnost a legislativní proveditelnost, ochota občanů přispívat do systému, rychlost náběhu zdrojů na financování sociálních služeb do systému.

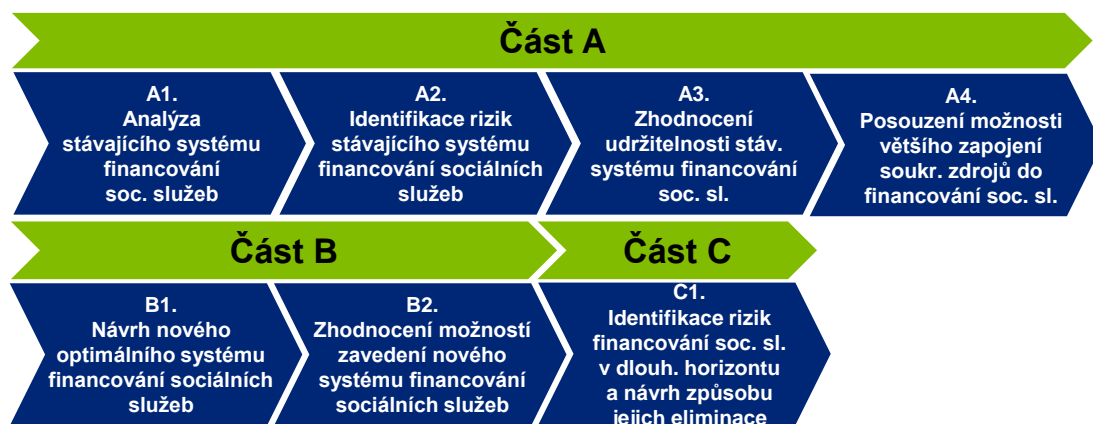
⁸ Navrhovaný systém pojištění na sociální služby je inspirován německým systémem veřejného pojištění na sociální služby, které funguje v Německu od roku 1995.

⁹ Např. sazba pojistného na zdravotní pojištění je posledních 23 let na stejné úrovni.

- Podpora kvalitních služeb opírající se o systematické hodnocení a kontrolu kvality a služeb, které jsou potřebné;
- Hodnocení využívání služeb na úrovni jednotlivých uživatelů, včetně sledování dopadu využívání služeb na stav uživatele;
- Adresný systém financování a diferenciací výše příspěvku v závislosti na způsobu využití služeb dlouhodobé péče – finanční dávky v případě využívání služeb neformální péče, hmotné dávky v podobě poskytnutí sociálních služeb v případě využívání služeb formální péče (poskytované registrovanými poskytovateli sociálních služeb);
- Stanovení výše úhrad za ubytování a stravu na základě skutečné výše nákladů na ubytování a stravu;
- Kapitální platba ze zdravotního pojištění na „zdravotní den“ pro jednotlivé typy zařízení sociální péče a skupiny uživatelů (dle věku a stupně závislosti);
- Vytvoření Fondu sociálního poradenství a sociální prevence (FSPSP);
- Zrušení institutu maximální výše úhrady uživatele za stravu a ubytování, zavedení možnosti navýšení úhrady v případě nadstandardních/dodatečných služeb;
- Podpora terénních a ambulantních služeb;
- Zavedení podpůrných služeb pro pečující rodinné příslušníky;
- Strategické řízení a technické zajištění PR aktivit s cílem zvýšení informovanosti občanů;
- Posílení metodického řízení zapojených subjektů ze strany MPSV;
- Zvýšení úrovně a kvality sledování dat;
- Posílení koordinace se souvisejícími agendami;
- Dofinancování úhrad uživatelů z prostředků „rezervního fondu“;
- Zvýšení informovanosti potenciálních uživatelů o sociálních službách poskytovaných v regionu, vytvoření komplexního nástroje obsahující nabídku sociálních služeb.

2 Přístup ke zpracování projektu

Realizace projektu „Výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR“ byla rozdělena do třech částí. Část A je zaměřená na analýzu stávajícího systému a zhodnocení jeho udržitelnosti. Část B se zabývá návrhem nového systému a v části C jsou identifikována rizika navrženého systému. Všechny tři části jsou dále rozčleněny na aktivity. Aktivity realizované v jednotlivých částech jsou zobrazeny na schématu níže a dále popsány v následujících podkapitolách.



Obrázek 1: Aktivity projektu seřazené dle časového harmonogramu

2.1 Postup realizace části A projektu

Hlavním cílem části A projektu byla detailní analýza problematiky financování sociálních služeb v ČR, zhodnocení udržitelnosti stávajícího systému financování sociálních služeb a posouzení možnosti většího zapojení soukromých zdrojů do financování sociálních služeb.

Aktivita A1: Analýza stávajícího systému financování sociálních služeb



Analýza dostupných dat a dokumentů

V úvodu první fáze projektu (část A) byla detailně analyzována současná struktura financování sociálních služeb a hodnocena efektivita tohoto systému ve vztahu k poskytovatelům, klientům a ostatním účastníkům systému sociálních služeb. Analýza vychází z celkového přehledu sociálních služeb (32 + 1 druhů služeb)¹⁰, které jsou popsány z hlediska legislativního ukotvení, teoretického a praktického fungování. Financování jednotlivých služeb

¹⁰ Dělení sociálních služeb na 32 + 1 druhů je definováno v zákonu o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

je popsáno z hlediska příjmů a výdajů. Zpracovatel provedl hloubkovou analýzu statistik poskytnutých Zadavatelem a dat z veřejně dostupných zdrojů a formuloval hlavní zjištění vztahující se k systému financování sociálních služeb z veřejných a soukromých zdrojů. Následující tabulka obsahuje výčet statistických údajů a dokumentů využitých v rámci zpracování analýzy.

Seznam použitých zdrojů

Statistické podklady

- Statistická ročenka MPSV ČR (2007 – 2012), (Zdroj: MPSV ČR)
- Údaje z výkaznictví MPSV ČR (2010 – 2012), (Zdroj: MPSV ČR)
- Statistiky přidělených dotací (2012 – 2013), (Zdroj: MPSV ČR)
- Statistiky měsíčně vyplacených sociálních dávek (2007 – 2013), (Zdroj: MPSV ČR)
- Podpora procesu: Příspěvek na péči – analýza dostupných datových zdrojů, (Zdroj: www.podporaprocesu.cz)
- Měsíční přehled o vyplácení PnP v 2009 – 2011, (Zdroj: MPSV ČR)
- Demografická ročenka 2013, (Zdroj: ČSÚ)

Jako základní časové období pro zpracování analýzy zvolil Zpracovatel vzhledem k dostupnosti statistických údajů mapujících sektor sociálních služeb období 2007 – 2012, resp. 2010 – 2012. Jako základní bázi pro vyhodnocení dat a sestavení predikcí byl použitý rok 2012, který je nejaktuálnějším rokem, za který je dostupná ucelená a komplexní báze dat z oblasti financování sociálních služeb. V souvislosti s využitím údajů za rok 2012 je však nutno upozornit, že výdaje na sociální služby v tomto roce byly rámcově nižší, než v ostatních letech a to z důvodu, že tento rok byl rokem krizovým, charakteristickým mimo jiné nižšími výdaji veřejných rozpočtů. Statistické údaje za roky 2013 a 2014 nebyly k datu zpracování analytické části projektu k dispozici.

V rámci zpracování analýzy systému financování sociálních služeb byly prvotně vyhodnoceny statistiky týkající se počtu poskytovatelů, jejich právní formy, zřizovatele, množství poskytovaných služeb a geografického rozložení. Následně byly detailně analyzovány jednotlivé poskytované služby v členění dle skupiny (služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství) a formy poskytování (pobytové, ambulantní a terénní). U všech služeb byla provedena analýza počtu uživatelů, kapacity, obsazenosti, míry zamítnutí, celkové poptávky po službách a počtu zaměstnanců. V dalším kroku byla provedena analýza příjmů za poskytované sociální služby z hlediska struktury a dynamiky v čase. V rámci detailnějšího pohledu na příjmy bylo přistoupeno k dělení na soukromé a veřejné zdroje a rozkladu na jednotlivé složky obou skupin. Hlavními sledovanými kategoriemi byly příspěvky na péči (PnP), úhrady od klientů, dotace od státu, příspěvky od zřizovatelů, dotace z rozpočtů územních samosprávných celků a poplatky od zdravotních pojišťoven. Analýza dále obsahuje hodnocení výdajů v závislosti na druhu služby.

Součástí analytické fáze byla analýza procesu financování sociálních služeb od registrace poskytovatele služby až k procesu zajišťování financí na provoz a rozvoj poskytování sociálních služeb, přičemž byl kladen důraz na podávání žádostí o dotaci.

Aktivita A2: Identifikace rizik stávajícího systému financování sociálních služeb

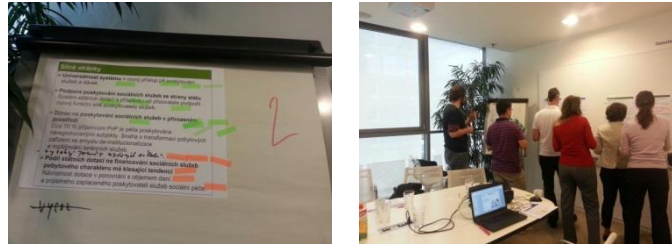


Zpracování SWOT a PEST analýzy

Na základě výsledků analýz realizovaných v aktivitě A1 byla zpracována SWOT analýza obsahující shrnutí, rámcový popis hlavních zjištění a detailní popis vybraných silných stránek, slabých stránek, příležitostí a hrozeb systému financování a poskytování sociálních služeb. Hlavní zjištění shrnuté v rámci SWOT analýzy jsou rovněž podloženy závěry doposud zpracovaných odborných prací na dané téma zadaných MPSV, ústavy spjatými se sociální politikou nebo jinými domácími a zahraničními odbornými podklady zaměřenými na problematiku

sociálních služeb. Následně je uveden návrh způsobu vypořádání jednotlivých atributů SWOT analýzy v rámci doporučení pro optimalizaci systému financování sociálních služeb.

Prvotní návrh SWOT analýzy zpracovaný Zpracovatelem byl diskutován a podroben oponentuře zainteresovanými stranami v rámci workshopu realizovaného dne 23. 9. 2014. Workshopu se účastnili zástupci MPSV, poskytovatelů sociálních služeb a obcí, kteří se aktivně podílí na poskytování a financování sociálních služeb. Účastníci workshopu doplnili SWOT analýzu o další návrhy a provedli hodnocení důležitosti jednotlivých bodů SWOT analýzy. Výsledkem byla finální podoba SWOT analýzy obsažená v kapitole 3.2.1 této studie.



PEST analýza byla vypracovaná podle standardní formy¹¹ a shrnuje politická, ekonomická, společenská a technologická rizika vyplývající z makroekonomických vlivů. Klíčové příležitosti a hrozby byly promítnuty do SWOT analýzy, z tohoto důvodu obsahuje SWOT analýza v některých částech odkaz na kapitoly PEST analýzy.

SWOT a PEST analýza shrnují hodnocení systému financování jak zevnitř, tak z makroekonomického hlediska a z hlediska dopadu externích faktorů na vývoj systému.

Rizika ohrožující udržitelnost současného stavu financování jsou obsažená v kategorii hrozeb SWOT analýzy a PEST analýzy a jsou shrnuta v kapitole 6 Identifikace demografických, ekonomických, politických a sociálních rizik spojených se současným stavem financování sociálních služeb.

Aktivita A3: Zhodnocení udržitelnosti stávajícího systému financování sociálních služeb



Součástí této aktivity bylo zpracování modelu hodnocení udržitelnosti systému financování sociálních služeb, zobrazujícího předpokládaný vývoj příspěvků na péči a dalších veřejných výdajů na financování sociálních služeb. Model vychází z predikce demografického vývoje do roku 2064 na základě využití dynamického mikrosimulačního důchodového modelu. Dalšími hlavními proměnnými vstupujícími do modelu jsou následující:

- Výše vyplacených dávek PnP a dalších veřejných výdajů;
- Počet příjemců PnP;
- Rozdělení struktury příjemců podle věku a stupně závislosti;
- Počet uživatelů registrovaných služeb;
- Počet uživatelů pobytových služeb;
- Tempo růstu;
- Veřejné výdaje na sociální poradenství a prevenci;
- Predikce vývoje veřejných výdajů na sociální služby vzhledem k predikci vývoje HDP.

¹¹ Formát PEST analýzy využitý pro účely studie dostupný z www.datamonitor.com.

Primárním úkolem při konstrukci modelu bylo určení významných faktorů ovlivňujících vývoj počtu příjemců PnP a růst veřejných výdajů na sociální služby ve střednědobém (3 až 5 let) a dlouhodobém (5 až 50 let) horizontu. Výchozí rok využitý pro zpracování modelu je rok 2012, který je nejaktuálnějším rokem, za který byly poskytnuty kompletní statistiky vstupující do modelu. Výčet zdrojů využitých za účelem zpracování predikce je obsažen v tabulce níže.

Seznam použitých zdrojů

Statistické podklady

Projekce vývoje populace ČR do roku 2120, (Zdroj: MPSV a interní zdroje Zpracovatele)

Projekce vývoje nominálního HDP do roku 2099, (Zdroj: MPSV ČR)

Údaje z výkaznictví poskytovatelů sociálních služeb MPSV ČR (2010 – 2012), (Zdroj: MPSV ČR)

Měsíční přehled o vyplácení PnP v 2009 – 2011, (Zdroj: MPSV ČR)

Makroekonomické ukazovatele ČR, (Zdroj: ČSÚ)

Podpora procesu: Příspěvek na péči – analýza dostupných datových zdrojů (údaje o počtu příjemců PnP, struktuře příjemců dle věku a pohlaví), (Zdroj: www.podporaprocesu.cz)

Finální verze modelu je založená na třech variabilních proměnných:

- 1) Meziroční nárůst **počtu příjemců PnP**, který byl stanoven na základě demografického vývoje a lepší technické vybavenosti zdravotnictví.
- 2) Meziroční nárůst objemu **vyplacených finančních prostředků na PnP** na základě vlivu inflace a valorizace výdajů na sociální služby vzhledem k růstu ekonomického blahobytu v ČR.
- 3) Meziroční nárůst **výdajů na sociální prevenci a odborné sociální poradenství** na základě demografického vývoje a očekávaném meziročním nárůstu výdajů na dané oblasti.

Aktivita A4: Posouzení možnosti zapojení většího množství soukromých zdrojů do financování sociálních služeb



Poslední aktivitou části A projektu bylo posouzení míry ochoty soukromých subjektů podílet se na financování sociálních služeb vyšší mírou, než je tomu v současnosti. Míra ochoty občanů byla zjišťována formou dotazníkového šetření. Na realizaci této části se podílel externí Subdodavatel, který má dlouholeté zkušenosti s terénními výzkumy. V prvotní fázi byl návrh znění dotazníku připomínkovan a validován ze strany Zadavatele, následně byl realizován sběr odpovědí a vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření.

Cílem dotazníkového šetření bylo ověření **následujících hypotéz a nalezení faktorů**¹² majících vliv na jednotlivé odpovědi:

1. Většina osob se o svého blízkého v případě nutnosti zajištění každodenní péče nepostará sama.
2. Občané budou ochotni vzdát se svého zaměstnání na úkor zajištění péče o své blízké v případě, že jim bude dostatečně kompenzován příjem.

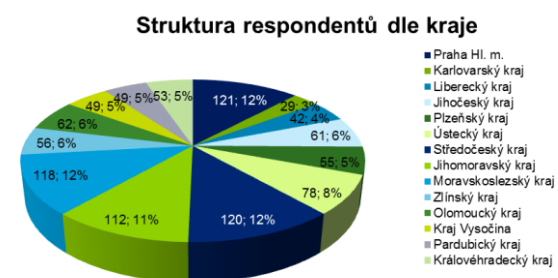
¹² Jako faktory mající vliv byly vyhodnoceny proměnné, u nichž lze s 95 %-ní jistotou říct, že rozdíl nevznikl náhodou, ale lze jej pozorovat i v populaci.

- Občané budou víc ochotni přispívat na zajištění sociálních služeb využívaných osobou blízkou, než na budoucí využívání sociálních služeb vlastní osobou.
- V populaci bude nízká míra ochoty přispívat na sociální služby nad rámec stávajících odvodů.

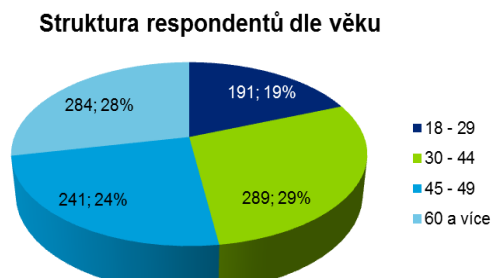
Sběr výsledků probíhal ve všech krajích ČR republiky ve dnech 13. 10 až 28. 10. 2014, resp. do 5. 11. 2014 v Praze.¹³ Celkový počet respondentů byl 1005 respondentů starších 18 let. Pro zajištění reprezentativnosti dotazníkového šetření byly nastaveny kvóty (kraj, pohlaví, věk, dosažené vzdělání, velikost místa bydliště)¹⁴, které byly v průběhu celého dotazníkového šetření dodržovány a kontrolovány. Výsledky dotazníku a vyhodnocení výsledků je obsaženo v kapitole 5: Výsledky posouzení možnosti většího zapojení soukromých zdrojů do financování sociálních služeb. Kompletní znění dotazníku je obsaženo v příloze 4.

Identifikace respondentů dotazníkového šetření

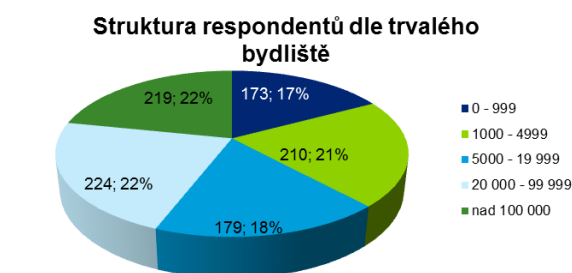
První otázky šetření sloužily k ověření povinných kvót, které byly pro dotazníkové šetření nastaveny. Následující grafy demonstrují složení respondentů dle kraje, věku, bydliště a vzdělání. Rozložení respondentů dle kraje, věku, trvalého bydliště a vzdělání odpovídá zastoupení jednotlivých kategorií v populaci ČR.¹⁵ Dle pohlaví se šetření účastnilo 51 % mužů a 49 % žen.



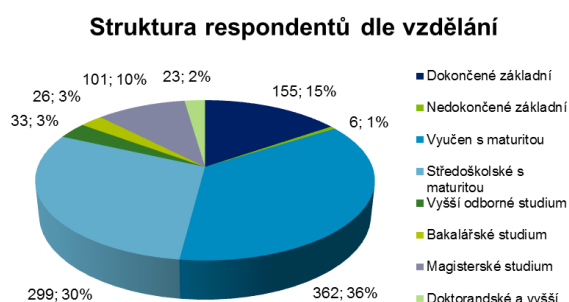
Graf 2: Struktura respondentů podle kraje
(Zdroj: AQE advisors)



Graf 3: Struktura respondentů podle věku
(Zdroj: AQE advisors)



Graf 4: Struktura respondentů podle trvalého bydliště
(Zdroj: AQE advisors)



Graf 5: Struktura respondentů podle stupně vzdělání
(Zdroj: AQE advisors)

Z hlediska počtu rodinných příslušníků žije většina respondentů v dvoučlenné domácnosti, a to buď v podobě partner - partnerka nebo rodič – dítě. Z celkového počtu respondentů uvedlo 729 respondentů (73 %), že má

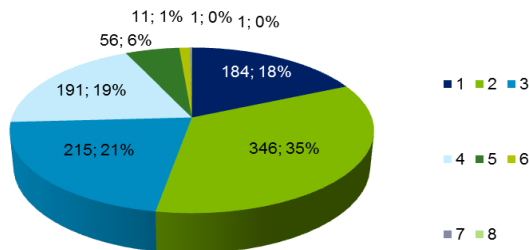
¹³ Dotazníkové šetření bylo v některých krajích prováděno metodou CAPI, ale převážně tazatelé používali metodu PAPI. Pro jednodušší orientaci respondentů disponovali tazatelé kartami, kde byly uvedeny otázky, ve kterých bylo po respondentech vyžadováno, aby uvedli první tři priority.

¹⁴ Rozložení kvóty v populaci bylo zjištěno z posledního Sčítání lidu domů a bytů provedeného v roce 2011.

¹⁵ Dle výsledků Sčítání lidu, domů a bytů 2011.

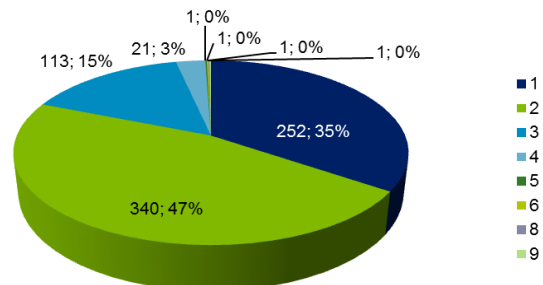
alespoň jedno dítě. Z tohoto počtu mělo 65 % respondentů více než jedno dítě. Počet rodinných příslušníků v domácnosti a počet dětí u respondentů majících dítě je zobrazen na grafech níže.

Počet rodinných příslušníků v domácnosti



Graf 6: Počet rodinných příslušníků v domácnosti
(Zdroj: AQE advisors)

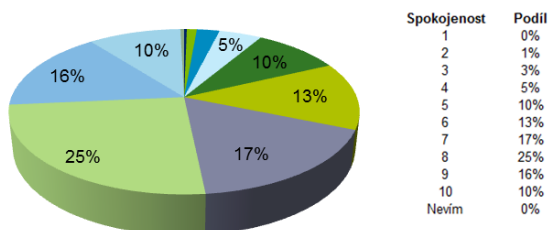
Počet dětí respondenta i mimo domácnost



Graf 7: Počet dětí respondenta i mimo domácnost
(Zdroj: AQE advisors)

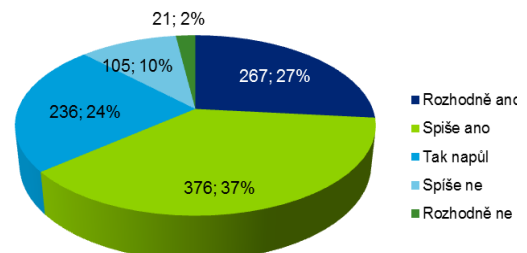
V dalších otázkách byli respondenti dotazováni, zda se cítí spokojeni se svým životem a zda se cítí v dobré kondici. Z hlediska celkové spokojenosti se svým životem se 51 % respondentů se umístilo v bodovém rozhraní 8 – 10, kdy 10 znamenalo naprostou spokojenost. Z hlediska hodnocení kondice pouze 12 % respondentů uvedlo, že se necítí v dobré zdravotní kondici. Výsledky hodnocení celkové spokojenosti a kondice respondenta jsou zobrazené v grafech níže.

Spokojenost respondenta s vlastním životem



Graf 8: Spokojenost respondenta s vlastním životem
(1 - naprosto nespokojený, 10 - naprosto spokojený)
(Zdroj: AQE advisors)

Cítí se respondent v současné době v dobré kondici?



Graf 9: Spokojenost respondenta se zdravotním stavem
(Zdroj: AQE advisors)

V rámci identifikace názorů a postojů respondentů umožňující analýzu sklonů vybrané skupiny společnosti přiklánět se k některým variantám financování sociálních služeb, byl zjišťován rodinný stav, vztah k víře, ekonomický status, vnímání práce, politická orientace, důležitost rodiny, důležitost přátel a známých, volného času, politiky, náboženství, a místa bydliště. V odrážkách níže jsou uvedené odpovědi respondentů na zmíněné názorové otázky:

- **Rodinný stav:** 53 % - ženatí/vdané, 24 % - svobodní, 14 % - rozvedení, 8 % - vdovec/vdova a 1% - nezjištěno;
- **Víra:** ano – 79 %, ne - 21 %;
- **Ekonomický status:** student – 5 %, důchodce – 21 %, nezaměstnaný – 8 %, rodičovská dovolená – 4 %, podnikatel/OSVČ – 11 % a zaměstnanec – 47 %;
- **Vnímání práce:** Velmi důležitá – 46 %, dost důležitá – 32 %, ne příliš důležitá – 12 % a vůbec není důležitá – 10 %;
- **Politická orientace:** 1 (levice) – 7 %, 2 – 12 %; 3 – 16 %, 4 – 27 %, 5 – 15 %, 6 – 8 % a 7 – 15 % (pravice);

- **Důležitost rodiny:** velmi důležitá – 77 %, dost důležitá – 20 %, ne příliš důležitá – 3 % a vůbec není důležitá – 0 %;
- **Přátelé a známí:** velmi důležitá – 44 %, dost důležitá – 40 %, méně důležitá – 14 % a vůbec není důležitá – 2 %;
- **Volný čas:** velmi důležitá – 32 %, dost důležitá – 44 %, méně důležitá – 19 % a vůbec není důležitá – 5 %;
- **Politika:** velmi důležitá – 7 %, dost důležitá – 27 %, méně důležitá – 35 % a vůbec není důležitá – 31 %;
- **Náboženství:** velmi důležitá – 11 %, dost důležitá – 13 %, méně důležitá – 19 % a vůbec není důležitá – 57 %; **Místo bydliště:** velmi důležitá – 33 %, dost důležitá – 44 %, méně důležitá – 17 % a vůbec není důležitá – 6 %.

2.2 Postup realizace části B projektu

Hlavním cílem části B projektu byl návrh nového modelu financování sociálních služeb, který zajistí udržitelnost systému financování sociálních služeb jak z hlediska příjmů, tak z hlediska výdajů. V další aktivitě se Zpracovatel věnoval zhodnocení možnosti implementace navrženého systému vzhledem k různým aspektům ovlivňujícím konstrukci a parametrizaci systému v podmínkách ČR.

Aktivita B1: Návrh nového optimálního systému financování sociálních služeb



Analýza zahraničních a domácích zkušeností

V úvodní fázi části B projektu Zpracovatel realizoval analýzu základních teoretických přístupů k financování sociálního zabezpečení a z nich odvozených 7 základních metod financování sociálního zabezpečení, které existují v praxi jako samostatné přístupy nebo kombinace více metod. Následně provedl Zpracovatel detailní analýzu zahraničních zkušeností v oblasti financování sociálních služeb na vzorku 6 států (Dánsko, Švédsko, Norsko, Nizozemsko, Nový Zéland a Německo). Cílem této aktivity bylo získání detailního pohledu na konstrukci systému financování sociálních služeb ve vyspělých státech.

V dalším kroku provedl Zpracovatel s cílem identifikace oblastí využitelných v rámci financování sociálních služeb analýzu stávajících systémů veřejného pojištění v ČR (pojištění na sociální zabezpečení, zdravotní pojištění) a specifické formy spojení se státní podporou (stavební spoření).

Návrh variant nového optimálního systému financování sociálních služeb a výběr nejvhodnější varianty k implementaci

V této části byly navrženy a rámcově rozpracované varianty vedoucí k zajištění udržitelnosti systému financování sociálních služeb v ČR. Navrženy a posuzované byly následující varianty:

1. Pojištění na sociální služby
2. Povinné spoření na sociální služby
3. Kombinace pojištění na sociální služby a dobrovolného pojištění

V následujícím kroku byl proveden výběr nejvhodnější varianty na základě:

- **Hodnocení interním týmem Zpracovatele** na základě předem nastavených hodnotících kritérií posouzení variant vzhledem k naplňování uvedených kritérií (s využitím metody lineárního párového srovnání prostřednictvím Saatyho matice);

- **Hodnocení v rámci expertního panelu** složeného z přizvaných zástupců zainteresovaných skupin v rámci systému financování a poskytování sociálních služeb (zástupci MPSV, MF, poskytovatelů, uživatelů sociálních služeb a dalších účastníků) na workshopu dne 9. 1. 2015.

Popis navržené varianty

Vybraná varianta (pojištění na sociální služby na principu zdravotního pojištění) byla detailně rozpracována v následující struktuře:

- Základní myšlenky transparentního a politicky nezávislého systému financování sociálních služeb v ČR
- Detailní deskripce struktury navrženého optimálního systému financování sociálních služeb
- Popis optimální míry subsidiarity v rámci nového systému financování sociálních služeb
- Kalkulace zatížení soukromých zdrojů, veřejných, krajských a obecních rozpočtů
- Návrh způsobu dosažení a institucionálního uchopení minimálního standardu sociálních služeb

Aktivita B2: Zhodnocení možnosti zavedení nového systému financování sociálních služeb



Detailní postup implementace a návrh legislativních změn

Druhou aktivitou této části je zhodnocení možností zavedení nového systému financování sociálních služeb. V návaznosti na návrhovou část zaměřenou na vymezení, parametrizaci a kvantifikaci optimalizovaného systému a dopadů jeho zavedení řeší tato část přístup k implementaci varianty do české legislativy a podmínek pro jeho zavedení a fungování. Prezentovaná tvrzení mají posloužit jako vodítko pro lepší orientaci v zákonech, kterých se zavedení nového systému přímo dotkne. Podmínky nutné k zavedení včetně rámcového harmonogramu implementace shrnují potřebné kroky nutné k zavedení nového systému. Součástí je rovněž identifikace hlavních rizik zavedení a efektivního fungování sociálních služeb v dlouhodobém horizontu a doporučení ohledně jejich eliminace.

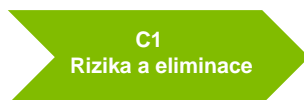
Tato aktivita je detailně rozpracovaná v následující struktuře:

- Analýza rizik pro zavedení nového způsobu financování sociálních služeb a doporučení pro anticipaci a eliminaci těchto rizik
- Návrh legislativních změn
- Podmínky nutné k zavedení navrhovaného způsobu financování
- Analýza nákladů a přínosů (CBA) zavádění nového způsobu financování

2.3 Postup realizace části C projektu

Cílem části C projektu bylo shrnutí rizik systému financování sociálních služeb a návrhů jejich eliminace identifikovaných v předchozích částech projektu.

Aktivita C1: Identifikace rizik financování sociálních služeb v dlouhodobém horizontu a návrh způsobu jejich eliminace



V poslední části studie jsou identifikována demografická rizika mající vliv na dlouhodobou udržitelnost systému financování sociálních služeb a návrhy opatření k jejich eliminaci. Výčet demografických, ekonomických,

politických a sociálních rizik je uveden v kapitole 6: Identifikace demografických, ekonomických, politických a sociálních rizik spojených se současným stavem financování sociálních služeb.

3 Analýza stávajícího systému poskytování a financování sociálních služeb

3.1 Úvod do problematiky sociálních služeb v ČR

Sociální služba je činnost nebo soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem jejich sociálního začlenění, prevence sociálního vyloučení nebo za účelem sociálního poradenství při zvládnání nepříznivých sociálních situací.¹⁶ Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována například pomoc při péči o vlastní osobu, stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů¹⁷. Oblast sociálních služeb upravuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 505/2006 Sb.

Hlavní skupiny sociálních služeb jsou sociální péče, sociální prevence a sociální poradenství. V rámci sociální péče jsou poskytovány služby osobám, které jsou na pomoci závislé. Služby sociální prevence jsou zaměřené na osoby, které jsou ohrožené sociálním vyloučením, a napomáhají předcházet vzniku těchto situací. Služby odborného sociálního poradenství jsou zaměřené na poskytování informací potřebných k řešení nepříznivé sociální situace osobám, které se v takové situaci ocitly.

Sociální služby jsou poskytovány třemi formami – pobytovou, ambulantní a terénní formou. Pobytovou formou se rozumí poskytování sociálních služeb během krátkodobého (do 1 týdne) nebo dlouhodobého ubytování. Ambulantní formou jsou služby poskytovány zpravidla v zařízeních sociálních služeb. Terénní formou jsou poskytovány služby v přirozeném prostředí uživatele.

Strategické řízení, plánování a koordinaci poskytování sociálních služeb v České republice zajišťuje na národní úrovni Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (dále MPSV), na regionální úrovni krajské úřady a obecní úřady obcí s rozšířenou působností v samostatné působnosti. Krajské úřady a úřady obcí s přenesenou působností vykonávají v oblasti sociálních služeb přenesenou působnost podle §92 a §93 zákona o sociálních službách. Dalšími subjekty vystupujícími v systému sociálních služeb, konkrétně v oblasti poskytování příspěvku na péči, jsou okresní správy sociálního zabezpečení, jejichž posudkoví lékaři provádějí posuzování stupně

Základní kvantifikace sociálních služeb v ČR (2012)

- Celkový počet registrovaných poskytovatelů sociálních služeb: 1 985
- Počet provozovaných služeb: 5 454
- Celkový počet uživatelů sociálních služeb: 259 067
- Počet příjemců PnP: 312 600
- Celkový objem vyplacených PnP: 18,4 mld. Kč
- Příjmy registrovaných poskytovatelů sociálních služeb: **27 mld. Kč** (58 % ze soukromých, 42 % z veřejných zdrojů, 4 % z ostatních zdrojů); z toho pobytové – 74,7 %, ambulantní 15,3 % a terénní – 9,8 %; na sociální péči – 86,5 %, prevence – 11,8 % a sociální poradenství 1,7 %.
- Kapacita pobytových zařízení vzrostla v letech 2007 – 2012 o 6,6 %, poptávka po těchto službách vzrostla dvojnásobně.
- Sektor sociálních služeb zaměstnává 60 629 pracovníků.

¹⁶ Za nepříznivou sociální situaci se považuje oslabení nebo ztráta schopnosti pečovat o vlastní z důvodu věku, dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, krizové sociální situace, životních návyků a způsobu života vedoucího ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňujícího prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných situací vyžadujících takové řešení, které bude podporovat sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením. Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se rozumí stav, který trvá nebo má trvat déle než 1 rok a omezuje schopnosti nutné pro zvládnání základních životních potřeb.

¹⁷ Činnosti vymezené v § 35 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

závislosti, obecní úřady obcí s rozšířenou působností a krajské pobočky Úřadu práce, které přijímají žádosti o PnP, vyplácení PnP a plní náležitosti v procesu posuzování a schvalování PnP.¹⁸

Poskytování sociálních služeb v ČR je zajišťováno registrovanými poskytovateli sociálních služeb, poskytovateli sociálních služeb, kteří získali registraci v jiném členském státě EU a rodinnými příslušníky a blízkými osobami, které poskytují péči v přirozeném prostředí. Registrovaným poskytovatelem sociálních služeb je subjekt, kterému příslušný orgán (krajský úřad v rámci přenesené působnosti) přidělil na základě žádosti registraci k poskytování sociálních služeb. Registrovaní poskytovatelé sociálních služeb jsou pak uvedeni v seznamu registrovaných poskytovatelů spravovaném MPSV ČR.¹⁹ Poskytovateli sociálních služeb mohou být soukromé nebo státní organizace. Sociální služby jsou poskytovány v zařízeních sociálních služeb nebo mimo tato zařízení (pečovatelská služba a osobní asistence) formou ambulantní a terénní sociální služby.

Financování sociálních služeb v ČR z veřejných zdrojů je zajišťováno z jedné části dotací přidělovanou registrovaným poskytovatelům sociálních služeb na základě žádosti, příspěvkem zřizovatele u poskytovatelů, jejichž zřizovatelem jsou subjekty státní správy (např. MPSV) nebo samosprávy (kraje, obce), dotací kraje nebo obce, případně dalšími veřejnými výdaji přidělovanými poskytovatelům sociálních služeb. Druhou částí financování sociálních služeb je adresný příspěvek na péči (dále PnP), který je přidělován osobám na základě posouzení míry závislosti. Zdravotnické úkony poskytované v zařízeních sociálních služeb jsou hrazené z prostředků zdravotního pojištění. Dodatečným zdrojem financování jsou dary fyzických a právnických osob nebo církví, prostředky z fondů EU, případně ad hoc granty na národní úrovni, příjmy z prodeje vlastních služeb, výrobků a zboží, prostředky na podporu aktivní politiky zaměstnanosti a ostatní nezařazené příjmy. Ubytování a strava v zařízeních pobytové péče jsou financovány prostřednictvím úhrad uživatelů, přičemž je na národní úrovni stanovena maximální výše úhrady²⁰.

3.2 Zhodnocení současného stavu prostřednictvím SWOT analýzy

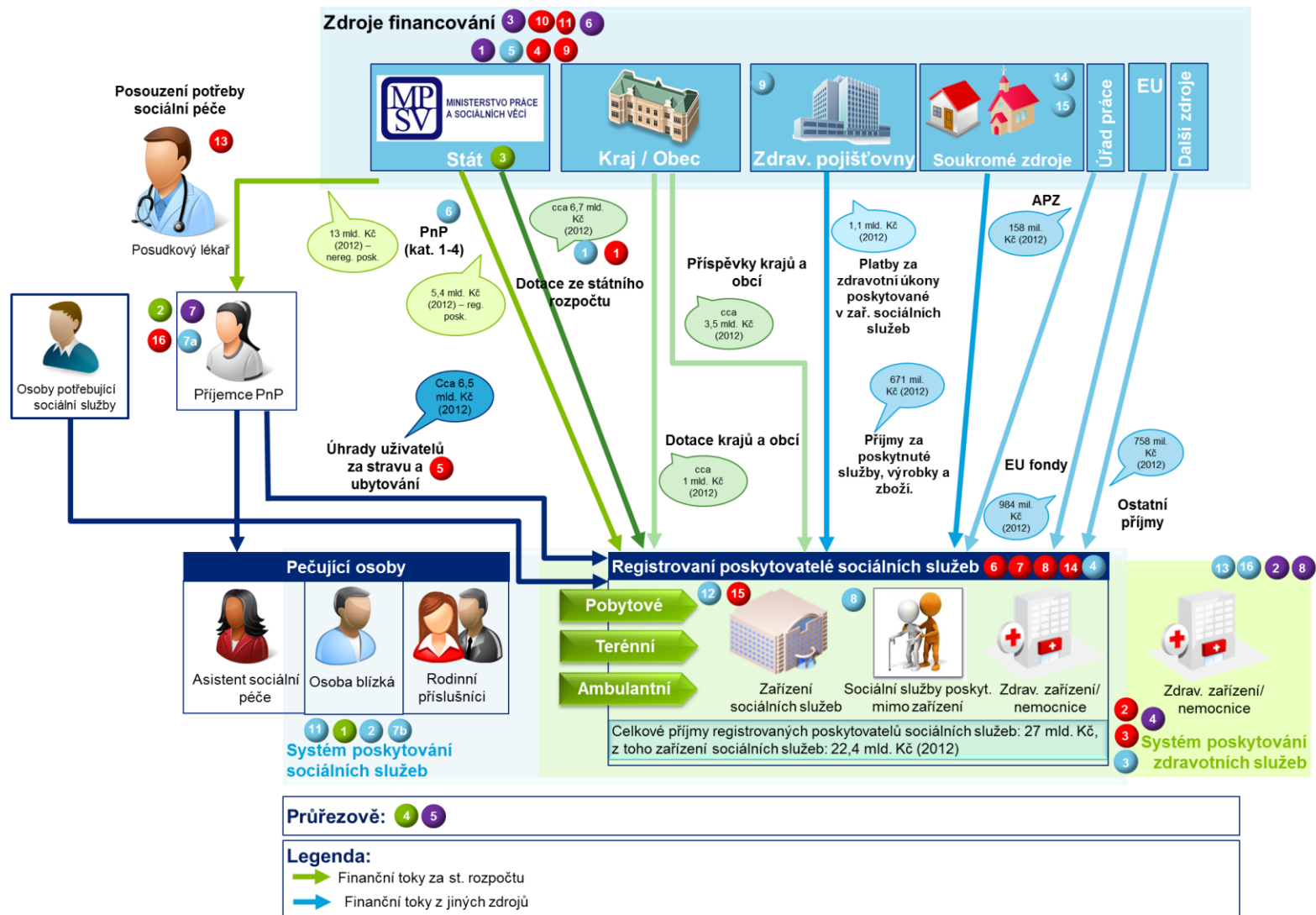
Pro přehlednost je v následujícím schématu zobrazen systém poskytování a financování sociálních služeb v České republice včetně indikace hlavních silných stránek, slabých stránek, příležitostí a hrozeb, které jsou vyjmenované a stručně popsány v tabulce níže. Detailní popis vybraných atributů SWOT analýzy je uveden v následující kapitole.

¹⁸ Posuzování stupně závislosti provádějí posudkoví lékaři ČSSZ na základě posouzení zdravotního stavu osoby doloženého nálezem ošetřujícího lékaře a výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, případně z výsledků funkčních vyšetření a z výsledků vlastního vyšetření posuzujícího lékaře. OSSZ zašle příslušné krajské pobočce ÚP stejnopis posudku s uvedením základních životních potřeb, které osoba není schopna zvládat. Toto posouzení je součástí rozhodnutí o přiznání či zamítnutí příspěvku, které obdrží žadatel. Lhůta pro vydání posudku činí 45 dní (+30 dní v závažném případě). Posouzení stupně závislosti je vyhodnocováno na základě testu základních všedních činností ADL (*Activities of Daily Living*) a také dle MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví).

¹⁹ Seznam registrovaných poskytovatelů dostupný z:

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1415287318446_5

²⁰ Maximální výše úhrady stanovena Vyhláškou 505/2006 Sb., dle které se hradí maximálně 170 Kč za celodenní stravu (minimálně 3 hlavní jídla) a 75 Kč za oběd a maximálně 210 Kč za ubytování na noc.



Obrázek 2: Systém poskytování a financování sociálních služeb v České republice

Tabulka níže obsahuje seznam a rámcový popis atributů SWOT analýzy (silné stránky, slabé stránky, příležitosti a hrozby) navržených Zpracovatelem na základě posouzení současného stavu financování a poskytování sociálních služeb a validovaných a vyhodnocených zástupci zainteresovaných subjektů v segmentu sociálních služeb.²¹ Výsledky hodnocení jsou značené v souladu s legendou níže.

Legenda	Význam
Zeleně označené atributy	Atributy hodnocené zástupci subjektů vystupujících v rámci systému financování sociálních služeb jako nejvíce důležité/signifikanční
Modře označené atributy	Atributy hodnocené zástupci subjektů vystupujících v rámci systému financování sociálních služeb jako neutrální
Oranžově označené atributy	Atributy hodnocené zástupci subjektů vystupujících v rámci systému financování sociálních služeb jako nejméně důležité/signifikanční

Silné stránky

- Důraz na poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí**

Současný systém podpory prostřednictvím příspěvku na péči umožňuje využívání sociálních služeb mimo systém registrovaných poskytovatelů, zejména ze strany rodinných příslušníků nebo osob blízkých. Více než dvě třetiny příjemců PnP (průměrně 235 000 osob) využívá způsob poskytování sociálních služeb rodinnými příslušníky nebo osobami blízkými v přirozeném prostředí. V rámci poskytování sociálních služeb registrovanými poskytovateli je patrná snaha o transformaci pobytových zařízení ve smyslu de-institucionalizace a rozšiřování terénních služeb. Na základě výsledků dotazníkového šetření realizovaného v rámci projektu preferují respondenti pečovat o závislé osoby v domácím prostředí za využití terénních a ambulantních služeb. Domácí péče je důležitou složkou systému sociálních služeb i vzhledem k její nákladové efektivnosti (nižší náklady než v případě poskytování péče pobytovou formou), z tohoto důvodu je kladen důraz na podporu této formy poskytování péče.
- Univerzálnost systému poskytování sociálních služeb v ČR**

Dle platné právní úpravy (zákon o sociálních službách a prováděcí právní předpisy) mají všichni občané ČR v případě vzniku potřeby sociální péče, sociálního poradenství nebo sociální prevence nárok na poskytování sociálních služeb.
- Finanční podpora poskytování sociálních služeb ze strany státu**

Poskytování sociálních služeb v ČR je značně podporováno ze strany státu, který je ochoten a schopen dorovnat výši příjmů poskytovatelů sociálních služeb v ČR v případě záporné bilance hospodaření.
- Komplexní právní úprava oblasti sociálních služeb v zákoně o sociálních službách a souvisejících prováděcích předpisech**

V České republice je oblast sociálních služeb upravena v rámci samostatné právní úpravy zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a vyhláškou 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Slabé stránky

- Nedostatky spojené s poskytováním dotací ze státního rozpočtu registrovaným poskytovatelům sociálních služeb**

 - **Poskytování dotací na sociální služby je v rozporu s legislativou EU – současný systém**

²¹ Hodnocení bylo provedeno na workshopu realizovaném v analytické fázi projektu. Workshopu se účastnili zástupci organizací vystupujících v systému sociálních služeb, a to zástupci MPSV, ČSSZ, MF ČR, APSS ČR, Úřadu vlády ČR, SMO ČR a další.

poskytování dotací není v souladu s pravidly veřejné podpory. Na úpravě systému se však pracuje.

- **Neexistence jednotných pravidel pro stanovení výše dotace** – v rámci stanovení výše dotace nejsou nastavena jednotná pravidla pro přidělování dotací, např. v závislosti na počtu uživatelů, vyhodnocení „nákladnosti“ poskytování služby atd. Systém poskytování dotací ze strany MPSV nevedl k výraznému přechodu od služeb poskytovaných v pobytových zařízeních ke službám poskytovaným v přirozeném prostředí klientů sociálních služeb. Z důvodu vysoké míry subjektivního hodnocení je riziko vlivu „lobbyingu“ ze strany jednotlivých zájmových skupin na výši přidělené dotace.
- **Neexistence střednědobého a dlouhodobého výhledu výše dotace přidělované jednotlivým registrovaným poskytovatelům** – dotace ze státního rozpočtu i příspěvky zřizovatele jsou přidělovány na roční bázi. Výhled celkové výše dotace na období 2 let je zpracováván na úrovni střednědobého výhledu, který je součástí návrhu státního rozpočtu na příslušný rok. Výhled výše dotace a příspěvku zřizovatele není zpracován na úrovni jednotlivých poskytovatelů. S tímto způsobem přidělování prostředků je spojena vysoká nejistota poskytovatelů vzhledem k financování v dalších letech. Tento způsob financování zcela znemožňuje střednědobé a dlouhodobé plánování činnosti jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb.

2

Nedostatečná koordinace poskytování zdravotních a sociálních služeb

Nedochází ke koordinovanému kontinuálnímu přechodu občana mezi systémem poskytování zdravotní (nemocniční) péče a sociální péče.

3

Nedostatečné financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb ze strany zdravotních pojišťoven

- **Nízký podíl zdravotních pojišťoven na krytí nákladů na zdravotní péči poskytovanou ošetrojícím lékařem.** Disproporce mezi poskytováním a financováním ošetrovatelské péče v lůžkových zdravotnických zařízeních a v pobytových zařízeních sociálních služeb.
- **Složité vykazování zdravotnických úkonů poskytovaných v zařízeních sociálních služeb.** Financování zdravotnických úkonů na základě výkonového hodnocení je výrazně nižší než skutečné náklady ošetrovatelské péče.

(Dále viz detailní popis v následující kapitole.)

4

Nedostatky strategického řízení a plánování sociálních služeb (nejsou stanovené dlouhodobé priority na národní úrovni, střednědobé plánování rozvoje sociálních služeb na krajské úrovni a plánování na obecní úrovni není metodicky řízené a koordinované ze strany MPSV)

- Absence systematického strategického řízení sociálních služeb na národní úrovni.
- Není zajištěno metodické řízení a koordinace zpracování regionálních strategií ze strany národního orgánu (MPSV).
- Nízká úroveň zapojení lokálních subjektů, zejména obcí.
- Neexistuje oficiální vládní dokument, pouze neoficiální návrhy.

(Dále viz detailní popis v následující kapitole.)

5

Regulace maximální výše úhrady za sociální služby u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb znemožňující zvyšování kvality sociálních služeb a poskytování nadstandardních služeb

Cenová regulace úhrad uživatelů určená k ochraně příjmů uživatele vede ke znemožňování zvyšování kvality sociálních služeb. Výše úhrad je stanovena na takové úrovni, že ex ante předpokládá participaci dalších subjektů na financování sociálních služeb formou dotací. Rovněž vede k znevýhodnění zařízení, která nejsou zřizovaná krajem/obcí/ministerstvem, a tudíž u nich absentují některé ze zdrojů financování ze státního rozpočtu/rozpočtů územně samosprávných celků (zejména příspěvek zřizovatele). Legislativní úprava omezující výši úhrady častokrát vede k tomu, že subjekty nechtějí být registrovány jako registrovaný poskytovatel sociálních služeb, čímž přicházejí o možnost financování z veřejných zdrojů a MPSV ztrácí možnost dohledu nad kvalitou služeb poskytovaných těmito subjekty.

Celkové průměrné příjmy jednoho registrovaného poskytovatele sociálních služeb na 1 uživatele činí

23 290 Kč (2010)²², z toho úhrada od uživatele činí 7 426 Kč, PnP 4 813 Kč a ostatní soukromé zdroje 1 106 Kč. Zbývající částka ve výši **9 945 Kč** je hrazena z veřejných zdrojů. Z uvedeného vyplývá závislost poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotace ze státního rozpočtu a brání vytvoření dynamizujícího prostředí pro rozvoj sociálních služeb včetně vytvoření nových pracovních míst. Ochrana příjmu uživatele je zajištěná i zákonným limitem příjmu²³, který musí uživateli zůstat po úhradě nákladů na sociální služby. Toto ustanovení zajistí ochranu příjmu uživatele i v případě zrušení maximální výše úhrady.

6

Nedostatek kvalifikované pracovní síly mající zájem o zaměstnání v oblasti sociálních služeb z důvodu nízké atraktivity sektoru sociálních služeb kvůli nízkému mzdovému ohodnocení zaměstnanců

(Dále viz detailní popis v následující kapitole.)

7

Chybí definice minimálního standardu sociální péče (sociálních služeb) Nedostatečná kontrola kvality poskytovaných služeb

Dotace jsou přidělovány poskytovatelům na základě zpracování a podání kvalitní žádosti. Kvalita poskytovaných sociálních služeb není kontrolována při přidělování registrace ani při přidělování dotace. Současné standardy sociálních služeb nepřinášejí přesné normativy ani metodické pokyny, jak by někteří poskytovatelé očekávali. Hlavním argumentem proti standardizaci poskytovaných služeb je nemožnost plošného přístupu z důvodu, že mezi druhy služeb panuje velká rozmanitost a plošné pokyny by byly v rozporu s poskytováním služeb na základě individuálního přístupu k uživatelům.²⁴ Jako vhodné příklady pro inspiraci definice minimálního standardu sociální péče se nabízejí přístupy ve Velké Británii (ukotveno zákonem) nebo v Německu (provádění každoročního hodnocení nezávislým ústavem).

V systému sociálních služeb absentují pravidelné inspekční kontroly, které by měly pravomoc v případě nedodržování standardů kvality poskytovatele finančně pokutovat nebo odebrat registraci. V rámci hodnocení sociálních služeb není využíván instrument hodnocení spokojenosti uživatelů, jehož výsledky by byly zveřejňované, vstupovaly by do rozhodování o výši přidělované dotace a jehož zavedení by vedlo k posílení motivace dodržovat standardy kvality s cílem zvýšení poptávky po poskytovaných službách.

(Detailní popis viz kapitola 3.4 3.4 Posouzení standardu kvality sociálních služeb v České republice)

8

Neexistence „benchmarku“ nákladnosti sociálních služeb napříč registrovanými poskytovateli sociálních služeb

Na základě analýzy dostupných dat byla zjištěna odlišná míra nákladnosti u stejného typu sociálních služeb zajišťovaných různými poskytovateli sociálních služeb. Neexistuje „benchmark“ ukazatelů, který by pomáhal veřejnosti s výběrem nejvhodnějšího zařízení podle jejich potřeby a nároků. Na pravidelné bázi není prováděna analýza vytíženosti a kapacity jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb. Absentuje nezávislý orgán podílející se na hodnocení poskytovatelů sociálních služeb. Některé kraje provádějí zmiňované hodnocení samostatně a zpracovávají údaje o porovnání na krajské úrovni (např. Pardubický kraj). Hodnocení prováděné kraji není koordinováno, jeho výsledky nejsou sbírány do centrální databáze.

9

Nízká míra kontroly a relevance statistických dat v oblasti poskytování a financování sociálních služeb a jejich vyhodnocování

²² Vypočteno jako průměr příjmu na 1 uživatele ze všech poskytovatelů sociálních služeb.

²³ Při poskytování pobytových služeb v týdenním stacionáři musí osobě zůstat po zaplacení ubytování a stravy, alespoň 25 % jejího příjmu. Při domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, domovech pro osoby se zdravotním postižením a zdravotnických zařízeních lůžkové péče, musí zůstat aspoň 15 % jejího příjmu. (zdroj: zákon č. 108/2006 Sb.)

²⁴ MPSV ČR: Inovace požadavků na kvalitu sociálních služeb, 2013, dostupné z:

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/15275/inovace.pdf>

Nedochází k systematickému sledování kvality poskytovaných služeb (viz výše). Údaje vykazované ze strany jednotlivých poskytovatelů mají různou kvalitu. Struktura sledovaných údajů ve statistických ročenkách se každoročně zužuje. I když je datová základna rozsáhlá, validita sledovaných dat je rozporná a některé údaje (např. údaje o PnP za rok 2013, počet individuálních uživatelů služeb, délka užívání jednotlivých služeb uživateli) zcela absentují.

10 Současný systém neřeší situaci, kdy občan potřebující institucionální péči nemůže čerpat sociální služby z důvodu nedostatku prostředků na úhradu uživatele

Nízkopříjmové osoby vyžadující institucionální péči nemají vždy přístup k sociální službě z důvodu, že nemají dostatek prostředků na úhradu ubytování a stravy. Současný systém neposkytuje řešení těchto případů, tyto osoby se musí spoléhat na rodinné příslušníky nebo osoby blízké, v případě tísně mohou využít služby neregistrovaných poskytovatelů, které nemusí vždy naplňovat požadavky na kvalitu sociálních služeb.

11 Plnění role obce v systému sociálních služeb se napříč obcemi výrazně liší, zapojení obcí není ze strany MPSV, příp. krajů metodicky řízeno

12 Nízká informovanost cílové skupiny o poskytovaných sociálních službách omezující možnost výběru vhodné sociální služby

Dle §94 a §95 zákona o sociálních službách zajišťují dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb na svém území obce a kraje. Místem, kde by občan mohl získat všechny potřebné informace o poskytování sociálních služeb, je tedy obecní či městský úřad, krajský úřad, případně úřad městské části a magistrát. Zákon nespécifikuje, jakým způsobem mají obce delegované činnosti zajišťovat, neexistuje metodický pokyn, který by tuto oblast blíže upravoval. Občané ne vždy ví, že s dotazy v oblasti sociálních služeb se mohou obracet na obecní/městské úřady, příp. magistrát. Nedostatečná informovanost veřejnosti o sociálních službách je jedním z klíčových problémů v rámci poskytování sociálních služeb. Na této suboptimální situaci se kromě nedostatků v implementaci politiky podílí i nízký zájem médií o problematiku péče o seniory a o osoby se zdravotním nebo mentálním postižením. S cílem zvýšení informovanosti občanů doporučujeme posílit metodické řízení a koordinaci poskytování sociálních služeb ze strany národního orgánu a podporovat medializaci problematiky v televizi, rádiu a tisku, včetně využívání moderních zdrojů jako internet. Dále doporučujeme posílit roli zapojených subjektů, zejména lékařů a sociálních pracovníků (doporučování vhodných variant využívání sociálních služeb v regionu) a krajů a obcí (propagace vlastních poskytovatelů v regionech).

13 Nedostatky spojené se systémem posuzování míry závislosti pro účely PnP

Posudkový lékař nehodnotí osobu v jejím přirozeném prostředí, ale jenom na základě zprávy od sociálních pracovníků, lékařů a osoby samotné (dle tvrzení oslovených odborníků na sociální služby se ukazuje, že v praxi může dojít k případům, kdy osoba, která není schopna se o sebe postarat, při posouzení tvrdí opak a není jí poskytnut příspěvek a opačně). Vliv na posuzování může mít také subjektivní hodnocení lékaře. V současném systému neexistuje možnost odvolání proti rozhodnutí posudkového lékaře. (Pozn.: Detailní analýza a návrh optimalizace systému posuzování míry závislosti nebylo předmětem projektu.)

14 Málo rozvinutý sektor terénních služeb

15 Poskytování „nepoptávaných“ služeb v pobytových zařízeních (např. uživatelům jsou

poskytované služby určené pro uživatele ve vyšším stupni závislosti)

Stávající díkce zákona umožňuje, aby byly uživatelům jednotlivých typů služeb ex offa poskytovány i ty služby, které přímo nevyžadují. Při přidělování dotace se nesleduje, zda byly poskytované služby skutečně vyžadovány nebo byly poskytovány nad rámec poptávaných služeb.²⁵

16

Poptávka po některých sociálních službách převyšující jejich nabídku (např. domovy pro seniory, bydlení pro osoby s autismem)

Část osob poptávajících sociální služby není uspokojena z důvodu omezené kapacity zejména pobytových zařízení sociálních služeb. Průměrná míra zamítnutí dosáhla v roce 2012 13,1 %, nicméně v případě některých pobytových služeb (domovy pro seniory, pro osoby se zdravotním nebo mentálním postižením a domovy se zvláštním režimem) se pohybovala míra zamítnutí v rozmezí 46 % - 62 %). Vypovídací schopnost analýzy poptávky a míry zamítnutí je limitována skutečností, že poskytnutá data neobsahují informaci o **počtu unikátních uživatelů nebo žadatelů**. Vzhledem k tomu, že jeden žadatel mohl podat i více žádostí, **může být poptávka vyčíslená na základě analýzy poskytnutých dat vyšší než skutečná poptávka**. Dle současných demografických trendů se bude počet osob poptávajících sociální služby dále zvyšovat, v případě nenavýšení kapacit zařízení sociálních služeb dojde ke zvýšení převisu poptávky nad nabídkou a zvýšení neuspokojené poptávky.

Příležitosti

1

Objektivizace systému poskytování dotací registrovaným poskytovatelům sociálních služeb

(Viz detailní popis v následující kapitole.)

2

Podpora péče v domácím prostředí (adresné přidělování osobních pečovatелů, školení „domácích“ pečovatелů, podpora sdílené péče, podpora osob, které se kvůli domácí péči o rodinného příslušníka vzdají práce/sníží úvazek).

Adresné přidělování osobních pečovatелů, podpora domácí péče přes školení „domácích“ pečovatелů (a jejich certifikaci), propojení poskytování sociálních služeb rodinnými příslušníky a specializovanými organizacemi a institucemi povede ke snížení nákladů na poskytování sociálních služeb (tzv. sdílená péče).

3

Zajištění většího propojení systému zdravotní péče a poskytování sociálních služeb včetně legislativního ukotvení

4

Zvýšení počtu poskytovaných terénních a ambulantních služeb na úkor pobytových služeb

Z realizovaného dotazníkového šetření vyplývá, že čím jsou občané starší, tím více preferují specializovaná zařízení. Mladí občané účastníci se dotazníkového šetření realizovaného v rámci projektu odpověděli, že své stáří si představují ve svém domově, ale s rostoucím věkem dotazovaných osob se tato preference přiklání k specializovaným sociálním službám²⁶. Příležitost pro kombinaci neformální péče poskytované v přirozeném prostředí domova s profesionální péčí (viz příležitost 2).

5

Strategické řízení sítě sociálních služeb na národní úrovni. Koordinace strategického řízení mezi národní a regionální úrovní a mezi regiony navzájem

Optimalizace sítě sociálních služeb v ČR odpovídající poptávce, zlepšení časové a místní dostupnosti sociálních služeb, podpora dynamického systému schopného efektivně reagovat na změny potřeb. Propojení plánování se systémem financování. Podpora kvality sociálních služeb prostřednictvím standardů kvality sociálních služeb (viz slabá stránka č. 7). Posílení interakce mezi úrovněmi veřejné

²⁵ Tuto skutečnost potvrdili účastníci workshopu z řad osob zapojených v rámci poskytování sociálních služeb. Podle názoru oslovených expertů dochází v některých případech k jevu, kdy uživatel je příjemcem služeb, které nepoptával, nebo absolutně neodpovídají jeho stavu (např. jsou uživateli poskytované služby určené pro osoby s vyšším stupněm závislosti). Současný model financování sociálních služeb motivuje poskytovatele k upřednostňování klientů s vyšším stupněm závislosti, případně poskytování služeb vhodných pro osoby s vyšším stupněm závislosti i uživatelům s nižším stupněm závislosti.

²⁶ Vyhodnocení dotazníkového šetření viz kapitola 5 Výsledky posouzení možnosti většího zapojení soukromých zdrojů do financování sociálních služeb.

správy v rámci strategického plánování a financování sociálních služeb.

6

Změna struktury poskytování PnP a financování poskytovatelů sociálních služeb (diferenciace výše PnP podle způsobu poskytované péče)

Péče může být poskytována v pobytovém zařízení, ambulantní formou, v přirozeném domácím prostředí prostřednictvím registrovaného poskytovatele sociálních služeb (terénní služby) nebo prostřednictvím rodinných příslušníků nebo blízkých osob. PnP bude v případě využívání registrovaných služeb zvýšen. Na diferenciaci lze alokovat prostředky v současné době přidělované registrovaným poskytovatelům formou dotace

Dále lze zvážit zavádění nefinanční výplaty PnP, např. formou poukázek přímo k zvolenému poskytovateli (na principu hmotné dávky).

7

Zvýšení podílu soukromých zdrojů (občanů) na financování sociálních služeb

V rámci projektu bylo realizováno terénní dotazníkové šetření, jehož jedním z cílů bylo zjištění ochoty lidí odkládat si volné finanční prostředky pro případ potřeby využívání sociálních služeb v budoucnosti. Dle výsledků šetření je část občanů ochotna spořit si na sociální služby, jejichž čerpání v budoucnosti předpokládá, případně je ochotna připlácet si za vyšší kvalitu poskytovaných služeb. Možné varianty financování jsou: státní fond, soukromý fond, odvod z hrubé mzdy (pojištění), soukromé připojištění atd. Výsledky dotazníkového šetření dále prokázaly ochotu jednotlivců přispívat soukromými zdroji spíše na sociální služby využívané osobu blízkou, než na budoucí čerpání služeb vlastní osobou.

8

Řízení služeb sociálního poradenství a sociální prevence

Posílení role krajů a obcí v rámci řízení služeb sociálního poradenství a sociální prevence. S cílem zajištění dostupnosti uvedených služeb na území kraje/obce v souladu s krajským, případně obecním plánem rozvoje sociálních služeb, by kraje nebo obce vyhlášovaly výběrová řízení na poskytovatele jednotlivých služeb. Účastníci by se do výběrového řízení přihlašovali na základě údajů uváděných v registru poskytovatelů. Vybraní poskytovatelé by následně poskytovali definované služby na základě smlouvy o poskytování služeb, v rámci níž by byly smluvně definovány i podmínky finanční spoluúčasti krajů a obcí. Smlouvy by mohly být uzavírány na delší časový horizont, čímž by se výrazně zvýšila míra jistoty poskytovatelů těchto služeb, kteří by tak mohli jednotlivé služby i rozvíjet (stávající systém financování sociálních služeb dlouhodobý rozvoj služeb neumožňuje).

9

Zvýšení podílu financování sociální a zdravotní péče formou zdravotního pojištění Vyčíslení nákladnosti „opatřovatelských dnů“

Kvantifikace nákladnosti zdravotnické a sociální péče (ošetřovatelský den, pečovatelský den) poskytované registrovanými poskytovateli sociálních služeb dle skutečné potřeby péče pro jednotlivé skupiny závislosti, příp. typizované dle kategorií postižení. Nastavení paušální výše pro poskytované zdravotní a sociální služby. Paušální platba za klienta ze systému zdravotního pojištění by měla být nastavena obdobně jako např. v LDN. (dle rakouského příkladu.)

10

Propagace „společenské odpovědnosti“, např. formou CSR (Corporate Social Responsibility)

Podpora vícezdrojového financování prostřednictvím propagace „společenské odpovědnosti“ a mohutnějšího zapojení osob do procesu peněžního darování pro nestátní neziskové organizace. Přesměrování firemních CSR (Corporate social responsibility) akcí k zařízením poskytujícím pomoc a podporu potřebným osobám a realizace podpůrných aktivit propagujících tato zařízení zajišťující informovanost veřejnosti o jejich důležitosti.

11

Podpora osob, které se kvůli domácí péči o rodinného příslušníka vzdají práce/sníží úvazek

Zavést podporu neformálních pečovatелů ve formě finanční pomoci (např. když se osoba rozhodne pečovat o jinou osobu, tak jí stále náleží 75 % výše její mzdy v případě, že přejde na poloviční úvazek, když se následně vrátí do práce na plný úvazek, bude po stejnou dobu, jako pobírala zvýšenou mzdu,

pobírat 75 % mzdy. Alternativně lze využít formy odvodové úlevy, např. osoba, která si zkrátí pracovní úvazek kvůli péči o osobu blízkou, bude po celou dobu vedená jako v odloženém období.) (Pozn.: V případě zavedení navrhovaných způsobu podpory je nezbytné ošetřit vůči případnému zneužití.)

12 Optimalizace mzdových nákladů

Prostor pro snížení osobních nákladů např. přijímáním dobrovolníků, podporou APZ (snížení nezaměstnanosti, podpora integrace dlouhodobě nezaměstnaných) atd., větší spoluprací se zdravotnickými školami ohledně praxe studentů.

13 Využití moderních technologií při poskytování sociálních služeb Využití moderních technologií při poskytování sociálních služeb (asistivní a asistenční technologie)

V oblasti sociálních služeb v ČR je patrná nízká úroveň domácího výzkumu a slabá propojenost s mezinárodním výzkumem. Potenciál pro zkvalitnění a snížení nákladů sociálních služeb nabízí zapojení moderních technologií, a to jak v oblasti prevence vzniku nepříznivé situace (např. zařízení pro tísňovou péči – náramky, monitorovací zařízení), kdy umožní oznámení nehody a neprodlené poskytnutí pomoci, tak v oblasti poskytování sociálních služeb (automatizace činností, snížení potřeby lidské práce na některé úkony jako např. otáčení, zdvihání nahrazením asistenčními přístroji).

14 Rozšíření „nadstandardních“ služeb cílících na „majetnější seniory“

Klienti v současné době nemají vzhledem k aktuální právní úpravě (zejména maximální výše úhrady) možnost „připlatit si“ za kvalitnější nadstandardní sociální služby. Solventní klienti mohou v současné době využívat nadstandardní sociální služby poskytované neregistrovanými poskytovateli, případně poskytované v zahraničí. S cílem umožnění poskytování nadstandardních služeb vedoucích ke zvýšení příjmů poskytovatelů je nezbytné odstranit, resp. upravit zákonné ustanovení upravující maximální výši úhrady ve smyslu umožnění výjimek výše úhrady v případě zájmu klienta.

15 Zapojení soukromého sektoru do dílčích oblastí sociálních problémů přes tzv. Sociální dluhopisy

(Viz detailní popis v následující kapitole.)

16 Využití potenciálu „Sektoru bílých pracovních míst“

Sektor sociálních služeb je ve vyspělých západoevropských státech významným sektorem podílejícím se na celkové zaměstnanosti, který zaměstnává statisíce osob. Sektor „bílých pracovních míst“²⁷, jak je v poslední době odkazováno na práci v zdravotnických a sociálních službách, nabízí obrovský potenciál zaměstnanosti v nejbližších letech, protože demografický vývoj a zároveň rostoucí životní úroveň vedoucí ke zvýšení počtu uživatelů sociálních služeb bude vyžadovat zvýšení počtu zaměstnanců tohoto sektoru.

17 Možnost využití finančních prostředků EU

V nadcházejícím programovém období lze využít financování z OP Zaměstnanost 2014 – 2020 v prioritní ose Sociální začleňování a boj s chudobou (Podpora sociální integrace a boj s chudobou), která nahrazuje Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost 2007 – 2013 a prioritní osy Sociální služby. Celková alokace OP je 70 mld. Kč.

18 Možnost zvýšení motivace pro zaměstnání v sektoru sociálních služeb prostřednictvím platového ohodnocení

²⁷ Zdroj dostupný z: <http://www.eurofound.europa.eu/areas/labourmarket/jobcreation/article1.htm>

V případě zaměstnanců registrovaných poskytovatelů sociálních služeb, které jsou státními organizacemi, má stát možnost ovlivňovat výši tabulkových platů²⁸. Tento nástroj může stát využít za účelem zvýšení motivace zaměstnání v sektoru sociálních služeb.

Hrozby

1

Politická rizika ovlivňující nastavení systému poskytování a financování sociálních služeb

Politická nestabilita a časté změny ve směřování sociální politiky; neochota politiků pouštět se do reformy sociálního systému přesahujících horizont volebního období; pomalá implementace nových politik; nepředvídatelnost legislativních změn v sociální oblasti (více viz PEST analýza).

2

Zvyšující se poptávka po sociálních službách (zejména pobytového charakteru) z důvodu aktuálních demografických trendů a z důvodu neexistence alternativních řešení

(Viz detailní popis v následující kapitole.)

3

Neudržitelný systém financování sociálních služeb v případě nezvyšující se porodnosti nebo výše odvodů (nebo nezajištění alternativního zdroje financování)

V současnosti jsou výdaje na sociální služby složené ze dvou složek veřejných výdajů: **PnP** (cca 20 mld. Kč), a **veřejné výdaje na sociální služby poskytované registrovaným poskytovatelům** – státní dotace, dotace krajů a obcí a příspěvky zřizovatele (cca 12 mld. Kč). Podíl veřejných výdajů na sociální služby na výdajích státního rozpočtu v roce 2013 byl přibližně 2,5 % a v poměru k nominálnímu HDP dosahoval podíl přes 0,8 %. Tento stav je v dlouhodobém horizontu neudržitelný vzhledem k projekcím založených na analyzovaných hodnotách, viz kapitolu 4.

4

Rozdílný vývoj zdravotní péče a sociálních služeb

Zdravotnictví a sociální politika jsou řízené dvěma řídicími orgány (MZ a MPSV) a mají odlišné formy financování poskytovaných služeb, ačkoli jsou obě politiky značně propojené, nedochází k jejich systematické koordinaci.

5

Propad (ztráta prestiže) sektoru sociálních služeb

Nízký zájem o práci v sektoru sociálních služeb zejména z důvodu nízké mzdy (např. v porovnání se zdravotnictvím) a vysokých nároků na pracovníky, které nekorrespondují s finančním ohodnocením. Většina pracovníků pracujících v tomto sektoru pracuje z přesvědčení a proto je ochotna pracovat za nízkou mzdu. V současné společnosti chybí povědomí o potřebě sociálních služeb a pocit, že člověk pracující v této oblasti přináší společenskou hodnotu.

6

Konflikt zájmů při přidělování registrace zařizování poskytovatele sociálních služeb ze strany krajského úřadu a kraje

V rámci současného nastavení může dojít k situaci, kdy stejná organizace (krajský úřad) vykonává funkci zřizovatele a registruje poskytovatele sociálních služeb. Zároveň tato organizace rozhoduje o přidělování dotace.

7

Dramaticky se zvyšující míra zadluženosti u sociálně ohrožených skupin či osob

Zvětšující se část cílové skupiny si nemůže z důvodu nedostatku prostředků na dofinancování (vzhledem ke zvyšujícím se úhradám sociálně ohrožených osob za zdravotní péči, zvyšování rozdílů mezi příjmovými skupinami atd.) dovolit sociální služby využívat.

²⁸ Pro rok 2015 bylo stanoveno 8. platových tarifů²⁸. Pro zdravotnické zaměstnance v sociálních službách platí 4. platový tarif, do 5. platového tarifu patří zdravotnický personál mimo 4. a 7. tarifu. Do 8. platového tarifu se řadí pedagogičtí pracovníci. Ostatní zaměstnanci a zbylí zaměstnanci jsou rozdělení podle funkce do 1. a 2. platového tarifu.

8

Nárůst investičních nákladů, nutnost obnovy technologií

Nutnost obnovy technologií vzhledem k minimální míře investic v minulém období – na nákupy dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku bylo v roce 2012 alokováno cca 2,5 % výdajů (664 mil. Kč), v porovnání s předchozími roky šlo o pokles z úrovně 3,1 %. Z tohoto důvodu lze předpokládat, že bude nutné míru investic v nejbližším období navýšit vzhledem k nutnosti obnovy budov a zařízení. Další zvýšení investičních nákladů lze očekávat v případě zavádění kvalitnějšího technologického vybavení i v případě údržby zastaralého technologického vybavení.

3.2.1 Detailní popis vybraných atributů SWOT analýzy

3.2.1.1 Slabé stránky

Následující kapitola obsahuje detailní popis následujících slabých stránek:

Č	Slabá stránka
3	Nedostatečné financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb ze strany zdravotních pojišťoven
4	Nedostatky strategického řízení a plánování sociálních služeb (nejsou stanovené dlouhodobé priority na národní úrovni, střednědobé plánování rozvoje sociálních služeb na krajské úrovni a plánování na obecní úrovni není metodicky řízené a koordinované ze strany MPSV)
6	Nedostatek kvalifikované pracovní síly mající zájem o zaměstnání v oblasti sociálních služeb z důvodu nízké atraktivity sektoru sociálních služeb kvůli nízkému mzdovému ohodnocení zaměstnanců

Slabá stránka č. 3 Nedostatečné financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb ze strany zdravotních pojišťoven

Nízký podíl úhrad zdravotních pojišťoven na krytí nákladů na zdravotní péči poskytovanou ošetřujícím lékařem

Dle dosud provedených analýz²⁹ pokrývají náklady na financování sociálních služeb pouze cca 20 % skutečně provedených výkonů. Dle šetření VÚPS zaplatila VZP v roce 2010 o 4,5 mld. Kč méně, než byly skutečné náklady ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb (5,2 mld. nákladů vs. 749 mil. Kč úhrad). Ve zpracovaných odborných pracích v oblasti sociálních služeb byl ostře kritizován diskriminační postoj zdravotních pojišťoven vůči pobytovým zařízením sociálních služeb v porovnání se zdravotnickými zařízeními³⁰. Ze způsobu financování zdravotnických úkonů v zařízeních sociálních služeb je patrná disproporce mezi poskytováním a financováním ošetrovatelské péče v lůžkových zdravotnických zařízeních a v pobytových zařízeních sociálních služeb. Zdravotnická zařízení poskytující sociální služby obdržela v přepočtu na jednoho klienta za poskytovanou ošetrovatelskou a rehabilitační péči úhradu cca 3,5x vyšší než domovy pro seniory.

Podíl příjmů ze zdravotního pojištění na celkových příjmech poskytovatelů sociálních služeb je zobrazen v tabulce níže.

²⁹ PRŮŠA, L.: Předpoklady efektivního financování sociálních služeb, 2012, VÚPSV, Praha

³⁰ PRŮŠA, L.: Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče, 2011, VÚPSV, Praha

Druh služby	2010		2011		2012	
	Objem	Podíl	Objem	Podíl	Objem	Podíl
Služby sociální péče	1 042 039 794	4,52 %	1 210 239 258	5,29 %	1 075 856 317	4,75 %
Pečovatelská služba	13 220 249	0,59 %	9 053 875	0,40 %	9 158 112	0,41 %
Osobní asistence	1 548 347	0,45 %	1 565 526	0,44 %	817 172	0,21 %
Podpora samostatného bydlení	6 133	0,02 %	100	0,00 %	38 772	0,10 %
Odlehčovací služby	62 208 072	9,58 %	87 200 199	13,35 %	60 181 292	10,02 %
Denní stacionáře	9 456 213	1,47 %	9 160 042	1,39 %	8 300 229	1,30 %
Týdenní stacionáře	5 421 447	2,23 %	5 025 096	2,16 %	3 990 003	1,69 %
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	235 668 886	4,83 %	262 404 429	5,36 %	209 441 929	4,50 %
Domovy pro seniory	509 893 172	5,06 %	571 241 685	5,58 %	506 358 281	5,01 %
Domovy se zvláštním režimem	201 853 748	7,19 %	262 744 519	8,59 %	276 021 319	8,32 %
Chráněné bydlení	2 763 527	0,60 %	1 843 787	0,38 %	1 549 208	0,34 %
Služby sociální prevence	82 000	0,02 %	7 664 106	0,01 %	6 504 081	0,01 %
Centra sociálně rehabilitačních služeb	0	0,00 %	7 414 106	1,39 %	6 371 574	1,14 %
Sociálně aktivizační služby pro seniory	20 000	0,01 %	100 000	0,08 %	4 407	0,00 %
Terénní programy	62 000	0,03 %	150 000	0,05 %	128 100	0,04 %
Sociální poradenství	3 759 683	0,74 %	4 129 748	0,94 %	272 653	0,06 %
Sociální poradny	3 759 683	0,74 %	4 129 748	0,94 %	272 653	0,06 %
Sdílená služba s MZ ČR	44 764 558	10,16 %	47 088 772	9,90 %	56 964 482	10,43 %
Sociální služby poskytované ve zdr. zařízeních	44 764 558	10,16 %	47 088 772	9,90 %	56 964 482	10,43 %
Celkem ČR	1 090 646 035	4,12 %	1 269 121 884	4,68 %	1 139 597 533	4,22 %

Tabulka 2: Podíl příjmů ze zdravotního pojištění na celkových příjmech poskytovatelů sociálních služeb (Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrky za sociální služby 2010-2012)

Složité vykazování zdravotnických úkonů poskytovaných v zařízeních sociálních služeb

Financování zdravotnických úkonů **na základě výkonového hodnocení** je výrazně nižší než skutečné náklady ošetrovatelské péče. Vykazování zdravotnických úkonů prostřednictvím výkonového hodnocení a následná komunikace se zdravotními pojišťovnami je vysoce administrativně náročná.

Slabá stránka č. 4 **Nedostatky strategického řízení a plánování sociálních služeb (nejsou stanovené dlouhodobé priority na národní úrovni, střednědobé plánování rozvoje sociálních služeb na krajské úrovni a plánování na obecní úrovni není metodicky řízené a koordinované ze strany MPSV)**

Nedostatky strategického řízení sociálních služeb na národní úrovni

Absence systematického strategického řízení sociálních služeb na národní úrovni. Na národní úrovni neexistuje vize směřování sociálních služeb v ČR. První Národní strategie rozvoje sociálních služeb byla zveřejněna v lednu 2015 a stanovuje strategické priority pouze na rok 2015. Strategické plánování není propojeno se systémem financování – dotace nejsou přidělovány na základě plnění nebo s cílem dosažení strategických priorit; absence střednědobého a dlouhodobého plánu (viz Slabá stránka č. 1).

Nedostatečná koordinace poskytování sociálních služeb na regionální úrovni

Není zajištěno metodické řízení a koordinace zpracování regionálních strategií ze strany národního orgánu (MPSV). Způsob tvorby Střednědobých krajských plánů rozvoje služeb v rámci jednotlivých krajů není vzájemně propojený, nejsou stanovena jednotná pravidla pro tvorbu krajských strategií na národní úrovni, není vytvářena národní strategie, od níž by se měly jednotlivé krajské strategie odvíjet (měla by být v režii MPSV ve spolupráci s KÚ). Z tohoto důvodu kraje využívají různé postupy k tvorbě strategií, krajské strategie nejsou konzistentní, liší se podoba, míra podrobnosti a časové období jejich platnosti. V důsledku nedostatečného dohledu a koordinace tvorby krajských strategií ze strany národního orgánu může dojít k nekoordinovanému vzniku nových služeb nebo k duplicitně poskytovaným stávajícím službám.

Nízká úroveň zapojení lokálních subjektů, zejména obcí

Systém sociálních služeb se vyznačuje nízkou informovaností mezi jednotlivými aktéry a nedostatečnou mírou koordinace subjektů na úrovni státní správy a samosprávy. Sociální pracovníci ORP a obecních úřadů obcí

s pověřeným obecním úřadem nemají informace od regionálních pracovišť Úřadu práce ČR o celkovém počtu a struktuře příjemců příspěvků na péči.³¹

Slabá stránka č. 6 Nedostatek kvalifikované pracovní síly mající zájem o zaměstnání v oblasti sociálních služeb z důvodu nízké atraktivity sektoru sociálních služeb kvůli nízkému mzdovému ohodnocení zaměstnanců

V sektoru sociálních služeb je patrné nedostatečné ohodnocení odborníků a odliv kvalifikované pracovní síly do výnosnějších odvětví. Průměrný měsíční náklad včetně odvodů zaměstnavatele na jednoho pracovníka v sektoru sociálních služeb v roce 2012 činil 24 559 Kč, v roce 2013 24 769 Kč. Jak je z vývoje mzdy patrné, ani růst poptávky po sociálních službách a potřeba většího aparátu pracovní síly (nárůst počtu pracovníků na 71 831 (o 18,5 %) v roce 2013) nevedl k růstu osobních nákladů.

Jádrem pracovní síly sektoru sociálních služeb jsou **pracovníci v sociálních službách**. Celkem jich bylo v roce 2012 zaměstnáno 29 071 (47,9 %), v roce 2013 jejich počet vzrostl na 33 914 (o 16,7 %), podíl na celkovém počtu pracovníků v segmentu se snížil na 47,2 %. Průměrný náklad na jednoho pracovníka v sociálních službách činil v roce 2012 21 948 Kč, v roce 2013 mírně vzrostl na 22 186 Kč.

Druhou největší skupinou zaměstnanců v segmentu sociálních služeb jsou **ostatní pracovníci** (29,6 %, resp. 29,4 %). Do této kategorie spadají podpůrné služby jako uklízení, příprava stravy, údržba prostor a zařízení a další. Průměrný náklad na jednoho pracovníka v kategorii ostatní pracovníci v roce 2012 činil 24 252 Kč, v následujícím roce rovněž mírně vzrostl na 24 547 Kč.

Z odborných pozic tvořili velkou skupinu kvalifikovaní zdravotničtí pracovníci (11,5 %, resp. 11,9 % z celkového počtu zaměstnanců), jejichž mzdový náklad poklesl na **32 438 Kč** (pokles o 2,2 %). Při uvedené výši superhrubé mzdy za současné vysoké náročnosti tohoto povolání, kterou dále zvyšuje nedostatek personálu, dochází k odchodu zkušených pracovníků do zahraničí nebo do jiného sektoru. Odchody stávajících zaměstnanců do jiných sektorů a nemožnost je udržet pomoci vyššího finančního ohodnocení jsou při cenové regulaci úhrad za služby vážným problémem.

Další velkou skupinou odborných pracovníků v sektoru sociálních služeb jsou sociální pracovníci, jejichž úkolem je pomáhat lidem při řešení nepříznivé sociální situace. V roce 2013 vzrostl počet sociálních pracovníků o 17,3 % (z 5 159 na 6 050) a jejich platové ohodnocení se zvýšilo o 2 %. Jelikož se jedná o státní zaměstnance, jejich platové ohodnocení se odvíjí od tabulkových platů. Důvodem nedostatku pracovníků s příslušnou odborností může být pomalé generační obměňování, případně odchod pracovníků do soukromého nebo neziskového sektoru v rámci sociálních služeb.

Detailní přehled struktury pracovníků v sektoru sociálních služeb včetně průměrných nákladů na pracovníka v letech 2012 a 2013 je obsažen v tabulce níže.

Specializace	2012			2013		
	Počet	Podíl	Náklad/měsíc	Počet	Podíl	Náklad/měsíc
Sociální pracovníci	5 159	8,5 %	27 318	6 050	8,4 %	27 876
Pracovníci v sociálních službách	29 071	47,9 %	21 948	33 914	47,2 %	22 186
Zdravotničtí pracovníci	6 981	11,5 %	33 152	8 552	11,9 %	32 438
Pedagogičtí pracovníci	738	1,2 %	28 657	1 255	1,7 %	27 389
Manželští a rodinní poradci	156	0,3 %	35 044	145	0,2 %	35 435
Další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby	605	1,0 %	28 606	805	1,1 %	28 586
Ostatní pracovníci	17 919	29,6 %	24 252	21 111	29,4 %	24 547
Celkem (roční mzdové náklady)	60 629	100,0 %	17 866 884 079	71 831	100,0 %	21 350 104 907

³¹ PRŮŠA, L.: Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči, VÚPSV, Praha 2013

Tabulka 3: Počet a struktura pracovníků v sociálních službách v letech 2012 a 2013
(Zdroj: MPSV ČR, import z přehledu žádostí o dotaci)

Mzdové náklady představují pro provozovatele sociálních služeb největší výdajovou položku. Na celkových výdajích v roce 2012, které dosáhly výše 28 mld. Kč, tvořily až 64 %. V roce 2013 se personální výdaje zvýšily o dalších 3,5 mld. Kč (19,5 %) z 17,9 mld. Kč na 21,4 mld. Kč.

Mzdové ohodnocení zaměstnanců sociálních služeb bylo nejvyšší u manželských a rodinných poradců (35 044 Kč a 1,1 % podíl na všech pracovnících) a u zdravotnických pozic (33 152 Kč a 11,5 % podíl). Největší část pracovní síly, pracovníci přímo v sociálních službách, byli ze skupiny pracovníků nejhůř platově ohodnoceni, měsíční náklady na jejich práci činily 21 948 Kč měsíčně.

V tabulce níže jsou uvedené počty zaměstnanců v členění dle druhů sociálních služeb. Mezi rokem 2012 a 2013 narostl počet zaměstnanců v sociálních službách o 11 204 osob (+ 18,5 %) na 71 831. Nejvyšší růst byl zaznamenán v službách sociální péče (+ 19,6 %), které zároveň tvoří nejvýznamnější oblast mezi sociálními službami (86 % zaměstnanců pracuje v sociální péči).

Služby s nejvyšším počtem pracovníků jsou zejména ty, jejichž charakter odpovídá dlouhodobým pobytovým službám a terénním službám v přirozeném prostředí. Poměrové vyjádření počtu zaměstnanců vzhledem k uživatelům jednotlivých sociálních služeb reflektuje náročnost na personální kapacity. Nejnáročnější služby na lidskou práci jsou pobytové služby s lůžky určenými pro dlouhodobý pobyt. Počet zaměstnanců na jednoho uživatele se u poskytovatelů těchto služeb pohybuje v rozmezí od 0,434 do 0,759 (1,3 až 2,3 uživatelů na 1 zaměstnance). Naopak nejnižší počet zaměstnanců na jednoho uživatele (0,004) byl zaznamenán u ambulantních služeb, a to zejména služby sociální poradenství s koeficientem 0,004 (250 uživatelů na 1 zaměstnance) a nízkoprahová denní centra s koeficientem 0,005 (200 uživatelů na 1 zaměstnance).

Druh služby	2012	2013	Změna v %	Počet zaměstnanců na 1 uživatele (2012)
Služby sociální péče	51 148	61 163	19,6 %	0,24
Centra denních služeb	420	432	2,9 %	0,07
Denní stacionáře	1 681	1 741	3,6 %	0,33
Týdenní stacionáře	359	613	70,8 %	0,43
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	10 114	12 263	21,2 %	0,76
Domovy pro seniory	20 842	22 397	7,5 %	0,58
Domovy se zvláštním režimem	6 974	12 190	74,8 %	0,68
Chráněné bydlení	1 178	1 382	17,3 %	0,45
Osobní asistence	1 810	1 938	7,1 %	0,28
Pečovatelská služba	6 148	6 281	2,2 %	0,05
Tísňová péče	68	226	232,4 %	0,03
Průvodcovské a předčitatelské služby	30	28	-6,7 %	0,04
Podpora samostatného bydlení	105	109	3,8 %	0,18
Odlehčovací služby	1 419	1 563	10,1 %	0,13
Služby sociální prevence	7 129	7 972	11,8 %	0,04
Azylové domy	1 237	1 206	-2,5 %	0,23
Domy na půl cesty	116	135	16,4 %	0,37
Zařízení pro krizovou pomoc	119	143	20,2 %	0,01
Nízkoprahová denní centra	184	184	0,0 %	0,01
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	760	817	7,5 %	0,02
Noclehárny	182	192	5,5 %	0,01
Terapeutické komunity	164	162	-1,2 %	0,74
Sociálně terapeutické dílny	461	562	21,9 %	0,13

Druh služby	2012	2013	Změna v %	Počet zaměstnanců na 1 uživatele (2012)
Centra sociálně rehabilitačních služeb	1 224	1 492	21,9 %	0,07
Pracoviště rané péče	324	346	6,8 %	0,08
Intervenční centra	50	65	30,0 %	0,02
Služby následné péče	127	124	-2,4 %	0,08
Tlumočnické služby	63	58	-7,9 %	0,01
Kontaktní centra	244	244	0,0 %	n/a
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	694	882	27,1 %	n/a
Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	423	414	-2,1 %	0,01
Telefonická krizová pomoc	82	140	70,7 %	n/a
Terénní programy	675	806	19,4 %	n/a
Sociální poradenství	1 227	1 364	11,2 %	0,004
Sociální poradny	1 227	1 364	11,2 %	0,004
Sdílená služba s MZ ČR	1 123	1 332	18,6 %	n/a
Sociální služby poskytované ve zdr. zařízeních	1 123	1 332	18,6 %	n/a
Celkem ČR	60 627	71 831	18,5 %	0,09

Tabulka 4: Počty zaměstnanců v členění dle druhu služeb v letech 2012 – 2013
(Zdroj: MPSV, import z přehledu žádostí o dotace)

3.2.1.2 Příležitosti

Následující kapitola obsahuje detailní popis těchto příležitostí:

Č	Příležitost
1	Objektivizace systému poskytování dotací registrovaným poskytovatelům sociálních služeb
15	Zapojení soukromého sektoru do dílčích oblastí sociálních problémů přes tzv. Sociální dluhopisy

Příležitost č. 1 Objektivizace systému poskytování dotací registrovaným poskytovatelům sociálních služeb

V oblasti přidělování dotací registrovaným poskytovatelům sociálních služeb nejsou zcela optimálně nastavena a systematicky využívána jednoznačná a transparentní pravidla. V minulém období byla dotace přiznávána poskytovatelům sociálních služeb na základě každoročně vyhlášeného příkazu ministra práce a sociálních věcí. Dosud nebyl zpracován a legislativně zakotven transparentní systém pro objektivizované přidělování dotací registrovaným poskytovatelům sociálních služeb upravující podmínky pro stanovení výše dotace, účelu dotace, členění dotace a způsobu poskytování dotace. Pro rok 2015 schválil Parlament ČR novelu způsobu financování sociálních služeb pomocí dotačního řízení pozůstávající z přechodu části dotačního řízení na kraje. Podle § 101a v zákonu č. 108/2006 Sb. obdrží kraj účelovou dotaci od MPSV. Část dotačního řízení (oblast A) dosud plně zajišťovaná na úrovni MPSV byla přesunuta na úroveň krajů. Cílem tohoto opatření je více propojit plánování sociálních služeb s financováním na úrovni kraje. Kraje získaly možnost rozdělovat dotace podle vlastního krajského střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb. Mechanismus nastavení financování má reflektovat snahu EU o subsidiární rozhodování. Pro jednotlivé kraje v dotačním řízení oblasti A jsou podle bodu (5) § 101a

zákona o sociálních službách určené procentuální podíly na celkové dotaci stanovené na základě průměru podílů jednotlivých krajů za roky 2012 – 2014.³²

Současný systém přerozdělování dotací nezohledňuje rozdílnou nákladovost mezi jednotlivými zařízeními, což se týká zejména terénních a ambulantních služeb. Noví poskytovatelé čili poskytovatelé bez zkušeností, kteří splňují podmínky registrace, jsou zpravidla registrováni, i když poskytují sociální služby, které nejsou v souladu s potřebou sociálních služeb v daném kraji, čímž se dostanou do rozporu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb kraje. V případě těchto nově registrovaných poskytovatelů sociálních služeb, kteří neposkytují služby v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb, ale splňují podmínky registrace, je vysoká pravděpodobnost, že jim nebude přidělena dotace. Uvedená skutečnost, která je plně v souladu se zákonem o sociálních službách, zamezuje účelovému zakládání subjektů poskytujících sociální služby.

Systém poskytování dotací ze strany MPSV nevedl k výraznému přechodu od služeb poskytovaných v pobytových zařízeních ke službám poskytovaným v přirozeném prostředí jednotlivých klientů sociálních služeb. Není explicitně dáno žádné pravidlo, které by „pozitivně“ diskriminovalo poskytovatele terénních a ambulantních sociálních služeb na úkor pobytových s cílem rozvoje služeb podle Národní strategie rozvoje sociálních služeb pro období 2015.

Příležitost č.

15

Zapojení soukromého sektoru do dílčích oblastí sociálních problémů přes tzv. Sociální dluhopisy

Inovativní přístup k financování sociálních programů spočívá v závazku státu zaplatit za lepší výsledky v sociální politice a šetření veřejných výdajů. Vláda (nebo vládní agentura) uzavře smlouvu s investičním partnerem k dosažení stanoveného cíle. Partner nese počáteční náklady a riziko spojené s realizací/rozšířením sociálních programů a v případě jejich úspěchu (dosažení stanovených cílů, např. snížení míry kriminality mladistvých) je jeho odměnou vložený kapitál plus výnos formou dluhopisů. Zprostředkovatel (ústřední orgán státní správy, např. MPSV ČR) kontaktuje potencionální investory a zvolí poskytovatele služby, který z obdržených zdrojů realizuje výkony a poskytuje pravidelné reporty o dílčích výsledcích. Nezávislý orgán dohlíží na výkon a hodnotí cílený výstup (reporting státnímu orgánu). V případě, že se investorovi nepodaří dosáhnout požadovaného výsledku, daňoví poplatníci nenesou žádné náklady. Využití institutu sociálních dluhopisu je rozšířeno zejména ve Velké Británii, USA, Kanadě a Austrálii.

3.2.1.3 Hrozby

Následující kapitola obsahuje detailní popis těchto hrozeb:

Č

Hrozba

2 Zvyšující se poptávka po sociálních službách (zejména pobytového charakteru) z důvodu aktuálních demografických trendů a z důvodu neexistence alternativních řešení

Hrozba č.

2

Zvyšující se poptávka po sociálních službách (zejména pobytového charakteru) z důvodu aktuálních demografických trendů a z důvodu neexistence alternativních řešení

Místo dočasného či intervenčního charakteru poskytování některých sociálních služeb má poskytování sociální služby charakter dlouhodobý, protože neexistuje pro dané cílové skupiny uživatelů jiná alternativa pomoci. Tento problém je nejvýraznější v případě sociálních služeb, jejichž příjemci jsou matky s dětmi, osoby se zdravotním postižením, osoby bez přístřeší, osoby s chronickým duševním onemocněním a osoby závislé na nealkoholových

³² POSPÍŠIL D., MARŠÍKOVÁ L.: Proces přechodu části dotačního řízení na krajskou úroveň, MPSV, 2014, Praha, dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/mno/aktuality/6_pospissil_marsikova_prezentace_3_pro_web.pdf

drogách. Takzvané vnější faktory (např. rostoucí sociální nerovnost, zhoršující se regionální disproporce v ČR a jiné socioekonomické jevy) budou mít nepochybně vliv na rostoucí počet uživatelů sociálních služeb, ale skutečně trvalou účinnou pomoc, kterou osoby potřebují (ekonomicky únosné bydlení, zařazení na trh práce), jim v některých případech systém sociálních služeb – sám o sobě – nemůže nabídnout.

Poptávka po sociálních službách se bude pravděpodobně dále zvyšovat vzhledem k demografickým a společenským trendům (stárnutí populace, vyšší očekávaná doba dožití, trend klesající porodnosti, vyšší výskyt invalidity a závislosti, trend individualismu, zvyšování počtu osob žijících v neúplných nebo samostatných domácnostech, preference kariérního růstu před rodinným životem (de-familizační tendence), snižování mezigenerační solidarity, zvyšování rozvodovosti, růst výskytu mentálních nemocí způsobených dlouhověkostí a současným životním stylem). Po ekonomické stránce ovlivňuje růst poptávky po sociálních službách zvyšující se podíl nízkopříjmových domácností, které ve značné míře využívají preventivní služby a sociální poradenství.

3.2.2 Přístup k jednotlivým atributům SWOT analýzy v rámci návrhu budoucího stavu

Následující tabulka obsahuje shrnutí silných stránek, slabých stránek, příležitostí a hrozeb identifikovaných v rámci současného stavu systému poskytování a financování sociálních služeb a navrhovaný přístup k jednotlivým atributům v rámci navrhovaného optimálního stavu (Posílení silných stránek, Odstranění slabých stránek, Eliminace hrozeb, Využití příležitostí).

Č	Atribut	Navrhovaný přístup
Silné stránky		Posílení silných stránek
1	Důraz na poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí	Podpora opatření zaměřených na podporu péče v přirozeném prostředí
2	Univerzálnost systému poskytování sociálních služeb v ČR	Rozšiřování informovanosti o poskytovaných službách Rozšiřování nabídky poskytovaných služeb tak, aby teoretická univerzálnost systému byla prováděná i v praxi
3	Finanční podpora poskytování sociálních služeb ze strany státu	Optimalizace poskytování podpory ze strany státu, zavedení pravidel pro přidělování dotací
4	Komplexní právní úprava oblasti sociálních služeb v zákoně o sociálních službách a souvisejících prováděcích předpisech	Ukotvení nově zavedených opatření k optimalizaci systému financování sociálních služeb v rámci legislativní úpravy
Slabé stránky		Odstranění slabých stránek
1	Nedostatky spojené s poskytováním dotací ze státního rozpočtu registrovaným poskytovatelům sociálních služeb. <ul style="list-style-type: none"> Neexistence pravidel pro stanovení výše dotace; Neexistence střednědobého a dlouhodobého výhledu výše dotace. 	Nastavení jednotných pravidel pro poskytování dotace registrovaným poskytovatelům sociálních služeb ze státního rozpočtu; doporučení pro přidělování příspěvku zřizovatele Zpracování výhledu dotace a příspěvku zřizovatele na 3 roky
2	Nedostatečná koordinace poskytování zdravotních a sociálních služeb	Propojení systému poskytování zdravotních a sociálních služeb umožňující flexibilní přechod mezi systémem zdravotních a sociálních služeb
3	Nedostatečné financování ošetřovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb ze strany zdravotních pojišťoven. <ul style="list-style-type: none"> Nízký podíl zdravotních pojišťoven na krytí nákladů na zdravotní péči poskytovanou ošetřujícím lékařem Složitě vykazování zdravotnických úkonů poskytovaných v zařízeních sociálních služeb (financování zdravotnických úkonů na základě výkonového hodnocení). Nízký podíl financování ze strany zdravotních pojišťoven Složitě vykazování zdravotnických úkonů poskytovaných v zařízeních sociálních služeb 	Nastavení paušálu pro financování zdravotních úkonů v jednotlivých typech zařízení sociální péče
4	Nedostatky strategického řízení a plánování sociálních služeb (nejsou stanovené dlouhodobé priority na	Koordinace národní a regionálních strategií a regionálních strategií navzájem Klíčová role MPSV v rámci strategického a metodického

Č	Atribut	Navrhovaný přístup
	národní úrovni, střednědobé plánování rozvoje sociálních služeb na krajské úrovni a plánování na obecní úrovni není metodicky řízené a koordinované ze strany MPSV)	řízení
5	Regulace maximální výše úhrady za sociální služby u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb	Možnost překročení limitu poskytování služby v případě zájmu ze strany klienta
6	Nedostatek kvalifikované pracovní síly mající zájem o zaměstnání v oblasti sociálních služeb z důvodu nízké atraktivity sektoru sociálních služeb kvůli nízkému mzdovému ohodnocení zaměstnanců	Optimalizace platových a mzdových prostředků – zvýšení mzdy, snížení celkového počtu pracovníků využitím automatizace určitých činností
7	Chybí definice minimálního standardu sociální péče (sociálních služeb), nedostatečná kontrola kvality poskytovaných služeb	Nastavení minimálního standardu sociální péče a zavedení systému kontroly kvality
8	Neexistence „benchmarku“ nákladnosti sociálních služeb napříč registrovanými poskytovateli sociálních služeb	Sledování nákladnosti služeb napříč poskytovateli Přidělování dotace na základě vyhodnocení nákladnosti služeb
9	Nízká míra kontroly a relevance statistických dat v oblasti poskytování a financování sociálních služeb a jejich vyhodnocování	Nastavení stabilního systému sledování a vyhodnocení dat v oblasti poskytování sociálních služeb, definice způsobu sběru a kategorií dat
10	Současný systém neřeší situaci, kdy občan potřebující institucionální péči nemůže čerpat sociální služby z důvodu nedostatku prostředků na úhradu uživatele	Poskytnutí pomoci ve formě půjčky v rámci systému pomoci v hmotné nouzi v případě neschopnosti klienta uhradit náklady na sociální služby. Po úmrtí uživatele by se Úřad práce ČR stal účastníkem dědického řízení, a pokud by půjčku nebylo možné uhradit v rámci dědického řízení, půjčka by byla účetně převedena na dávku. V opačném případě by poskytnutou půjčku museli do výše disponibilních zdrojů uhradit dědicové.
11	Plnění role obce v systému sociálních služeb se napříč obcemi výrazně liší, zapojení obcí není ze strany MPSV, příp. krajů metodicky řízeno	Metodické řízení obcí a krajů v rámci zajišťování dostupnosti a informovanosti o poskytovaných službách v lokalitě ze strany MPSV
12	Nízká informovanost cílové skupiny o poskytovaných sociálních službách omezující možnost výběru vhodné sociální služby	Posílení informovanosti o poskytovaných sociálních službách – nastavení informačních kanálů, realizace informační kampaně Vytvoření komplexního portálu poskytujícího informace potenciálním uživatelům o poskytovaných sociálních službách
13	Nedostatky spojené se systémem posuzování míry závislosti pro účely PnP	Realizace opatření v oblasti optimalizace způsobu posuzování míry závislosti (např. zavedení posuzování v přirozeném prostředí, zvýšení míry objektivizace

Č	Atribut	Navrhovaný přístup
		posuzování)
14	Málo rozvinutý sektor terénních služeb	<ul style="list-style-type: none"> Cílená podpora poskytování terénních a ambulantních služeb ze strany státu (formou státní dotace a dalších forem finanční podpory, např. využití strukturálních fondů, nefinanční podpora)
15	Poskytování „nepoptávaných“ služeb v pobytových zařízeních (např. uživatelům jsou poskytovány služby určené pro uživatele ve vyšším stupni závislosti)	<ul style="list-style-type: none"> Systematické sledování služeb poskytovaných v zařízeních sociální péče (důraz na sledování, zda jsou v zařízeních sociálních služeb poskytovány pouze ty služby, které klienti skutečně potřebují) Systematické sledování potřeb jednotlivců
16	Poptávka po některých sociálních službách převyšující jejich nabídku (např. domovy pro seniory, bydlení pro osoby s autismem). Část osob s potřebou sociálních služeb není uspokojena.	<ul style="list-style-type: none"> Strategické plánování sociálních služeb na národní úrovni s cílem uspokojení poptávky po sociálních službách
Příležitosti	Využití příležitostí	
1	Objektivizace systému poskytování dotací registrovaným poskytovatelům sociálních služeb	<ul style="list-style-type: none"> Nastavení jednotných pravidel pro stanovení výše dotace (na základě počtu uživatelů, jednotně stanovených nákladů na uživatele atd.) Zpracování dlouhodobého a střednědobého výhledu výše dotace a příspěvku zřizovatele umožňujícího plánování činnosti poskytovatelů sociálních služeb
2	Podpora péče v domácím prostředí (adresné přidělování osobních pečovatелů, školení „domácích“ pečovatелů, podpora sdílené péče, podpora osob, které se kvůli domácí péči o rodinného příslušníka vzdají práce/sníží úvazek).	<ul style="list-style-type: none"> Podpora poskytování péče v domácím prostředí, např. formou sdílené péče, dodatečná podpora pečujících osob – rodinných příslušníků; podpora terénních a ambulantních služeb
3	Zajištění většího propojení systému zdravotní péče a poskytování sociálních služeb včetně legislativního ukotvení	<ul style="list-style-type: none"> Aktivity směřující k zefektivnění přechodu občana mezi systémem poskytování zdravotní a sociální péče (např. „rezervace lůžek“ pro pacienty v dostatečném časovém předstihu atd.)
4	Zvýšení počtu poskytovaných terénních a ambulantních služeb na úkor pobytových služeb	<ul style="list-style-type: none"> Diferenciace PnP podle formy poskytování sociální služby. Při využívání terénní nebo ambulantní služby vyplacení PnP formou finančního příspěvku. Legislativní úprava národní strategie zaměřená na rozvoj těchto služeb.
5	Strategické řízení sítě sociálních služeb na národní úrovni. Koordinace strategického řízení mezi národní a regionální úrovní a mezi regiony navzájem	<ul style="list-style-type: none"> Zpracování národní strategie poskytování sociálních služeb, určení národních priorit Nastavení pravidel zpracování krajských strategií Koordinace zpracování krajských strategií Větší zapojení obcí do systému strategického řízení poskytování sociálních služeb
6	Změna struktury poskytování PnP a financování poskytovatelů sociálních služeb (diferenciace výše PnP podle způsobu poskytované péče)	<ul style="list-style-type: none"> Výše PnP bude odvozena od způsobu poskytování péče, přičemž PnP na příjemce čerpajícího služby bude zvýšená o v současné době „dotovanou“ částku ze strany státních dotací

Č	Atribut	Navrhovaný přístup
7	Zvýšení podílu soukromých zdrojů (občanů) na financování sociálních služeb	Nastavení způsobu dodatečného financování ze strany soukromých subjektů – ve formě dobrovolného spoření nebo ve formě speciální sociální daně (obdobu odvodů na sociální a zdravotní pojištění)
8	Řízení služeb sociálního poradenství a sociální prevence	Založení fondu pro oba druhy sociálních služeb a podporovat primárně prevenci, aby se dosáhlo klesajícího trendu v krizových sociálních situacích.
9	Zvýšení podílu financování sociální a zdravotní péče formou zdravotního pojištění. Vyčíslení nákladnosti „opatřovatelských dnů“	Nastavení „paušálu“ poskytovaných zdravotních služeb v jednotlivých typech zařízení dle stupňů závislosti
10	Propagace „společenské odpovědnosti“, např. formou CSR (<i>Corporate Social Responsibility</i>)	Silnější propagace ve společnostech a podpora finančních darů pro různé druhy sociálních služeb. Větší podpora firemních CSR akcí v domovech pro osoby se zdravotním postižením a seniory.
11	Podpora osob, které se kvůli domácí péči o rodinného příslušníka vzdají práce/sníží úvazek	Možnost pobírat část mzdy po dobu pečování o rodinného příslušníka a následně po obnovení normálního pracovního úvazku pobírat po stejnou dobu sníženou mzdu.
12	Optimalizace mzdových nákladů	Automatizace vybraných činností umožňující snížení celkového počtu zaměstnanců a následné zvýšení mzdy (méně zaměstnanců za vyšší mzdy)
13	Využití moderních technologií při poskytování sociálních služeb (asistivní a asistenční technologie)	Automatizace vybraných činností (viz výše) – předpokladem je zvýšení investic a posílení výzkumu v sociální oblasti, větší propojení s mezinárodním výzkumem
14	Rozšíření „nadstandardních“ služeb cílících na „majetnější seniory“	Umožnění poskytování nadstandardních služeb (za příplatek) v případě zájmu klienta • Zrušení maximální výše úhrady za stravu a ubytování
15	Zapojení soukromého sektoru do dílčích oblastí sociálních problémů přes tzv. Sociální dluhopisy	Zapojení soukromých zdrojů do řešení některých sociálně ohrožených oblastí s odměnou jenom v případě, když je efekt pozitivní.
16	Využití potenciálu „Sektoru bílých pracovních míst“	Podpora zaměstnanosti v sektoru sociálních služeb, využití instrumentů aktivní politiky zaměstnanosti
17	Možnost využití finančních prostředků EU	Mapování dotačních příležitostí a využití dotačního potenciálu operačních programů v programovém období 2014-2020
18	Možnost zvýšení motivace pro zaměstnání v sektoru sociálních služeb prostřednictvím platového ohodnocení	V roce 2015 schválené nové tarifní tabulky (doporučuje se každoroční navyšování tabulek)
Hrozby		Eliminace hrozeb
1	Politická rizika ovlivňující nastavení systému poskytování a financování sociálních služeb. (Politický cyklus je popsán v rámci PEST analýzy)	Nastavení jasných pravidel, omezení subjektivních vlivů a mimosystémových opatření

Č	Atribut	Navrhovaný přístup
2	Zvyšující se poptávka po sociálních službách (zejména pobytového charakteru) z důvodu aktuálních demografických trendů a z důvodu neexistence alternativních řešení	<ul style="list-style-type: none"> Podpora terénních a ambulantních služeb Podpora péče v domácím prostředí
3	Neudržitelný systém financování sociálních služeb v případě nezvyšující se porodnosti nebo výše odvodů (nebo nezajištění alternativního zdroje financování)	<ul style="list-style-type: none"> Doplnění zdrojů financování – využití soukromých zdrojů (spoření, speciální daň na sociální služby, připojištění) Systematický rozvoj sítě terénních a ambulantních služeb a péče poskytované v domácím prostředí, resp. sdílené péče
4	Rozdílný vývoj zdravotní péče a sociálních služeb	Koordinace financování zdravotní péče a sociálních služeb
5	Propad (ztráta prestiže) sektoru sociálních služeb	<ul style="list-style-type: none"> Pozitivní prezentace sektoru sociálních služeb (na veřejnosti, v médiích atd.) Podpora společenské odpovědnosti pečovat o osoby, které to potřebují
6	Konflikt zájmů při přidělování registrace a zřizování poskytovatele sociálních služeb ze strany krajského úřadu a kraje.	Zavést možnost certifikace pro zájemce o poskytování sociálních služeb
7	Dramaticky se zvyšující míra zadluženosti u sociálně ohrožených skupin či osob	Zavedení možnosti spoření na sociální služby (adresné a dobrovolné)
8	Nárůst investičních nákladů Nutnost obnovy technologií, v minulém období byla míra investic pouze minimální, předpoklad, že je nutno budovy a zařízení obnovovat.	<ul style="list-style-type: none"> Z důvodu zavádění moderních technologií bude nutné investovat do obnovy a nákupu nových zařízení. Rovněž je potřeba obnovy budov a zařízení vzhledem ke skutečnosti, že po dlouhou dobu byly investice v této oblasti nízké. Možnost využití evropských fondů

3.3 PEST analýza

PEST analýza³³ slouží k poznání a vymezení vnějšího okolí, které na systém působí a ovlivňuje jeho fungování. Účelem PEST analýzy je nalézt odpověď na základní otázky ohledně makroekonomických faktorů (Politické, Ekonomické, Sociálně-kulturní a Technologické), které ovlivňují současný systém poskytování a financování sociálních služeb, jimiž jsou:

- Které z makroekonomických faktorů mají vliv na samotný systém financování sociálních služeb?
- Jaké jsou možné účinky těchto faktorů?
- Které z těchto faktorů jsou v blízké budoucnosti nejdůležitější pro systém financování?

3.3.1 Politické trendy

V roce 2013 v parlamentních volbách vyhrála Česká strana sociálně demokratická (ČSSD), která s hnutím ANO a KDU-ČSL vstoupila do koalice, a společně vytvořily vládu v čele s Bohuslavem Sobotkou. Sociální demokraté mají ve volebním programu oblast věnovanou reformě sociální politiky, tudíž je pravděpodobné, že reformou systému financování sociálních služeb se bude vláda v tomto programovém období zabývat.

Za silné stránky politického prostředí lze považovat vyspělou demokracii a dobré hodnocení v ukazatelích veřejné správy³⁴. V minulosti se česká politická scéna potýkala s problémem politické nestability a předčasných voleb, ale současná koalice v čase zpracování analýzy vykazovala známky stability. Největším problémem politického prostředí je nízká důvěra občanů vůči státním organizacím a riziko korupce a prorůstání zločinu ve státní správě. Trvalá politická stabilita zaručuje vhodné podmínky pro zavádění dlouhodobých reforem, mezi které reforma systému financování sociálních služeb patří.

Vláda reguluje prostřednictvím legislativní úpravy celý sektor sociálních služeb např. přes maximální výši úhrady za poskytované služby, ubytování a stravu, což vytváří nutnost dofinancování prostřednictvím dotací a příspěvku a znemožňuje přirozený rozvoj kvality poskytovaných sociálních služeb. K docílení lepšího financování systému je nutné stanovit maximální výši úhrad na úrovni nákladů za stravu a ubytování. Vláda také schvaluje strategii rozvoje sociálních služeb na národní úrovni. Nedostatkem systému je rovněž absence pravidel pro přerozdělování státních dotací, na základě čehož může docházet k vlivu zájmových skupin na rozhodování o stanovení výše dotace. Při financování z regionálních rozpočtů je zvýhodňována skupina státních organizačních složek a příspěvkových organizací vůči nestátním organizacím z pohledu přidělování příspěvků od zřizovatele. V současné době fungující model financování sociálních služeb, ve kterém tvoří vysoký podíl veřejné prostředky (74,9 %), může být ohrožen problémy s veřejnými financemi, které bude vláda nucena v nejbližší době konsolidovat. V roce 2014 došlo k přesunu některých kompetencí při rozdělování dotací směrem od MPSV ČR ke krajům. MPSV tím sleduje posílení subsidiárního rozhodování při přidělování dotací a příspěvku s cílem zvýšení efektivity rozdělovacího procesu (detailní popis viz kapitola 3.2.1 příležitost 1.).

Největší hrozbou zavádění systémových reforem je délka politického cyklu, která se promítá do obavy politiků realizovat reformy, jejichž dopady se pozitivně projeví až v následujícím volebním období. Téma reforem v sociální oblasti je silnou agendou zejména v předvolebním období, které se po volbách častokrát odsouvá mimo zájem politických činitelů.

³³ Hlavním zdrojem informací pro PEST analýzu je studie PESTLE Country Analysis Report: Czech Republic zpracovaná a zveřejněná společností MarketLine v listopadu 2012.

³⁴ Indikátor kvality vládnutí - The Worldwide Governance Indicator (WGI)s jsou používány Světovou bankou pro vyhodnocení kvality veřejné správy, dostupné z: <http://info.worldbank.org/governance/wqi/index.aspx#home>

Příležitosti	Hrozby
<ul style="list-style-type: none"> • Reforma sociální politiky jako jedna z programových priorit současné vlády; • Snižování daní od roku 2015, více sazeb DPH, což může vést ke zlevnění sociálních služeb (z 15 % na 10 %); • Více zdrojů pro financování poskytovatelů sociálních služeb na regionální úrovni. 	<ul style="list-style-type: none"> • Politická nestabilita a časté změny ve směřování sociální politiky; • Neochota politiků pouštět se do reform sociálního systému přesahujících horizont volebního období; • Pomalá implementace nových politik; • Nepředvídatelnost legislativních změn v sociální oblasti.

3.3.2 Ekonomické trendy

Česká republika se vyznačuje vyspělou infrastrukturou a zdravým sektorem průmyslu a služeb. V porovnání s jinými zeměmi regionu má relativně nízké náklady na pracovní sílu. Dalšími charakteristikami českého hospodářství jsou nízký veřejný dluh (46 % k HDP ke konci roku 2013), pozitivní úvěrové hodnocení a úspěšné oslabení měnového kurzu z listopadu 2013. Všechny tyto charakteristiky pomohly České republice v 2014 k silnému růstu HDP v 2Q meziročně o 2,6 %. Ve spojení s nízkou inflací (0,6 %³⁵) lze očekávat, že ekonomika bude v nejbližších letech růst solidním tempem a růst potáhne zejména domácí poptávka následovaná exportem. Nízká inflace pozitivně ovlivňuje růst reálné mzdy, v důsledku čeho lze očekávat růst domácí poptávky vedoucí k poklesu nezaměstnanosti a růstu poptávky po sociálních službách (více v kapitole 3.3.3 Společenské trendy).

Kritickým bodem oživení po delší recesi v roce 2013 zůstává poměrně vyšší nezaměstnanost vzhledem k charakteru české ekonomiky (7,7 %)³⁶, která ovšem z evropského hlediska dosahuje nízké úrovně, a šetření na straně veřejných financí s cílem dosažení nízké úrovně deficitu. Problémem je také nadále dlouhodobá nezaměstnanost – ve 2. čtvrtletí bylo dlouhodobě nezaměstnaných 137,6 tisíc obyvatel (25,5 % z celkového počtu nezaměstnaných)³⁷. Skupina, která je značně ohrožená nepříznivou živostí situací, jsou mladí občané do 25 let. Zaměstnanost v této výše dosahuje 15,1 %³⁸. V 2. čtvrtletí 2014 dosahovala průměrná hrubá měsíční nominální mzda 25 500 Kč (2,3% růst v porovnání se stejným obdobím roku 2013). Medián mezd činil 21 385 Kč. Za druhé čtvrtletí došlo k meziročnímu růstu průměrné mzdy o 2,1 % díky nízké inflaci, která byla v meziročním vyjádření jenom ve výši 0,2 %.

Pokles vládních výdajů a proces konsolidace sice proběhly relativně úspěšně, stále však existuje mnoho oblastí, ve kterých by vláda dokázala ušetřit. Velká kritika na Ministerstvo financí zazněla po zveřejnění úrovně deficitu v roce 2013 ve výši 1,44 % HDP. Mnoho ekonomů se shodlo na tom, že stát šetřil na investičních výdajích (např. na infrastrukturu, nebo kvůli špatnému čerpání evropských fondů), čímž prohloubil recesi a náklady na fungování státu nesnížil. Tuto námitku považujeme za argument podporující nutnost změny v systému financování sociálních služeb a aplikaci reformy v oblasti sociálních financí. Zefektivnění systému financování sociálních služeb přinese úsporu výdajů státního rozpočtu, tudíž pomůže snížit náklady na fungování státu.

Systém financování sociálních služeb v ČR je založený na principu průběžných plateb do systému (*PAYG – pay as you go*). Vzhledem ke zvyšujícímu se počtu ekonomicky neaktivního obyvatelstva a potenciálních uživatelů sociálních služeb je tento systém financování udržitelný pouze v případě zvýšení porodnosti nebo zvýšení odvodů. Vzhledem k tomu, že ani jeden z uvedených předpokladů nebyl dosud naplněn, existuje reálné riziko neudržitelnosti současného systému v případě nezajištění alternativních zdrojů financování.

³⁵ k 09/2014

³⁶ Statistický úřad ČR, ekonomické údaje za leden 2015, dostupné z: <https://czso.cz/csu/czso/aktualniinformace>

³⁷ zdroj dostupný z: <http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/p/250128-14>

³⁸ nezaměstnanost osob ve věku 15 až 24 v EU, zdroj dostupný z:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=teilm021&plugin=1>

Současný model financování může ohrožovat rovněž neefektivní a omezené financování, v rámci kterého jsou dotace ze státního rozpočtu omezeny výší rozpočtu určeného pro danou agendu a neexistencí jasných pravidel pro přidělování (někteří poskytovatelé nedostanou prostředky v rámci dotačního řízení, protože jimi poskytované služby nespádají do plánu rozvoje), přidělování příspěvků zřizovatele rovněž schází jasná pravidla, a může tak dojít k nesystematickému přidělování (např. z důvodu nutnosti poskytnout zdroje, politická lobby, rozhodnutím utratit zbylé zdroje krajského rozpočtu).

Vzhledem k relativně nízké úrovni mezd a nedostatku kvalifikované pracovní síly v sektoru sociálních služeb předpokládáme do budoucna tlak na zvyšování mezd, a tedy nárůst mzdových nákladů, které již v současnosti tvoří výrazný podíl na celkových nákladech poskytovatelů sociálních služeb.

Zvyšování nepřímé daňové zátěže obyvatel (vyšší DPH) se nepromítá přímo do růstu mandatorních transferů do sociální oblasti (dávek a důchodů), jejichž růst je velmi mírný. Je nutné poznamenat, že míra valorizace důchodů je mírná vzhledem ke snaze navyšovat příjmy státního rozpočtu, co přispívá k dramatickému zvyšování míry zadluženosti u sociálně ohrožených skupin či osob. Rovněž dochází ke zvyšování úhrad sociálně ohrožených osob za zdravotní péči. Tento stav může mít za důsledek nemožnost čerpání sociálních služeb zejména pobytového charakteru z důvodu nedostatku vlastních finančních prostředků na úhrady za poskytované služby, ubytování a stravu. Vymírání střední vrstvy dále povede k postupnému rozevírání nůžek mezi méně příjmovou a vysoce příjmovou částí společnosti.³⁹ V roce 2014 doznívá financování z OP Lidské zdroje a zaměstnanost 2007 – 2013 (OP LZ), ve kterém bylo alokováno 2,1 mld. €. Na sektor sociálních služeb byla primárně zaměřená prioritní osa 3 „Sociální integrace a rovné příležitosti“. Ke dni 2. 9. 2014 bylo v rámci všech oblastí podpory schváleno 14,8 mld. Kč z alokovaných 14,9 mld. Kč. Výše registrovaných žádostí dosáhla až 44,2 mld. Kč. Je patrné, že o prioritní osu 3 na podporu sociálně vyloučených osob byl eminentní zájem a efektivita čerpání dosáhla vysoké hodnoty.⁴⁰

Příležitosti	Hrozby
<ul style="list-style-type: none"> Snaha vlády o snižování veřejných výdajů (zejména v rámci nákladů na fungování systému), opatření zaměřená na systémovou optimalizaci a podpora reform; Opatření v rámci aktivní politiky zaměstnanosti reagující na vysokou nezaměstnanost; Nárůst poptávky po sociálních službách z důvodu růstu reálné mzdy; Možnost čerpání prostředků ze strukturálních fondů v rámci nového programového období. 	<ul style="list-style-type: none"> Neudržitelnost systému průběžného financování (<i>Pay as you go - PAYG</i>) vzhledem k demografickým trendům a nezvyšování výše odvodů; Neexistence jednotných pravidel na přidělování dotace a příspěvku zřizovatele, omezené zdroje financování; Tlak na zvyšování mezd v sektoru sociálních služeb; Zvyšující se míra zadluženosti sociálně ohrožených osob – nemožnost čerpání sociálních služeb z důvodu nedostatku financí na úhrady uživatelů.

3.3.3 Společenské trendy

Vývoj v sociálně-kulturním prostředí je reprezentován převážně demografickými trendy, trendy v životním stylu, individualismem a dělením společnosti.

Nejzávažnějším fenoménem ovlivňujícím systém poskytování a financování sociálních služeb je demografická situace. Podíl aktivního obyvatelstva ve věku 15 až 64 let na celkové populaci se snížil na 68,4 %. Věková struktura jasně ukazuje, že dochází ke stárnutí populace. Naděje na dožití při narození se zvýšila u mužů na 75

³⁹ SCHOLLES K. a JOHNSON G.: *Exploring Public Sector Strategy*, Prentice Hall, Londýn, 2007

⁴⁰ data dostupná z: <http://www.esfcr.cz/statisticka-data-cerpani>

let a u žen na 80,9 roku. V roce 2014 bude podíl osob starších než 65 let na celkové populaci činit 18 %. Vyšší podíl seniorů pociťuje hlavně státní rozpočet ve výdajích na sociální politiku (zdravotnictví – 300 mld. Kč a sociální péče/služby – cca. 30 mld. Kč). Kvalitnější zdravotní služby budou mít za následek zvýšení očekávané doby dožití, zároveň je ale lidské zdraví a fyzický stav omežován biologickou hranicí, lze tedy očekávat vyšší výskyt mentálních nemocí a zdravotních potíží spojených s dlouhověkostí. Zvětšující se skupina seniorů povede ke zvýšení poptávky po sociálních službách zejména pobytového charakteru a potřebě zvýšení kapacity lůžek v zařízení pro seniory a osoby vyžadující dlouhodobou péči.

Současný trend preference kariérního růstu před rodinným životem vede ke snižujícímu se počtu dětí a sňatků a zároveň k vyšší rozvodovosti. Součástí moderní doby se stávají osoby žijící v neúplných nebo samostatných domácnostech, které jsou v případě krizové situace závislé na pomoci od státu. V roce 2012 počet svobodných osob v populaci stoupl na 30,2 % a provdaných klesl na 48,8 %. Rozvedení tvoří 12,5 % a ovdovělí 8,2 %. V roce 2012 uzavřeli obyvatelé ČR 45 206 sňatků, což je oproti roku 2002 pokles o více než 7 000. Průměrný věk mužů při 1. sňatku byl 32,3 u žen 29,6 let. Počet rozvodů v roce 2012 byl 26 402, což je nejnižší číslo od roku 1992, nicméně je způsoben snížujícím se počtem sňatků. Průměrná délka trvání manželství je 12,8 roku. Narodilo se celkem 108 576 živých dětí, z toho 43,4 % mimo manželství. Průměrný věk matky se zvýšil na 29,8 roku a porodnost mírně vzrostla na 1,45 dítěte na jednu ženu. Více nekompletních rodin, zvyšující se počet osaměle žijících osob, zejména seniorů, u kterých pokles životní úrovně znamená přímé ohrožení sociálním vyloučením, dále vede ke zvýšení poptávky po sociálních službách.⁴¹

Z nejsilnějších společenských trendů mimo demografického vývoje jsou změny ve struktuře rodiny, snižování mezigenerační solidarity a individualismus. Celosvětově jsou vnímané, hlavně ve vyspělejších státech, trendy přechodu vícegenerační rodiny směrem ku 2 či 1 generačním domácnostem. Převážně mladí lidé odcházejí z menších obcí do měst za prací, čímž nechávají své rodiče v starším věku bez celodenní péče. S tím souvisí více sociálních jevů v menších obcích (velký podíl nízkopříjmových obyvatel, vyšší poptávka po sociálních službách, ale zároveň nižší využívání sociálních služeb kvůli dostupnosti a financím). Právě ze změny struktury nukleární rodiny vychází zmenšující se podíl mezigenerační solidarity. S bohatstvím státu a rostoucí kvalitou sociálních služeb se vytrácí názor na důležitost odpovědnosti dětí vůči rodičům a naopak. České domácnosti považují rodinu stále za velmi důležitou, ale očekávají pomoc státu a institucí.⁴² Mezigenerační solidarita je ale v současnosti nejvíce ohrožená demografií, kde hrozí nedostatek osob pečujících o generaci starších osob v budoucnosti, a to kvůli délce života, nízké porodnosti a přístupu rodinných příslušníků ke svým starším členům. Kvůli častějšímu výskytu individualismu je proto otázkou, zda bude rodina ochotna vzít na sebe tuto povinnost nebo ji raději a přenechá jiné instituci k tomu určené.

Individualismus je úzce propojen s mezigenerační a vnitrogenační solidaritou. Snaha mnohých jedinců mít své osobní svobody a nebyť na nikom závislý, směřuje proti konceptu tradiční rodiny, ve které se mladší generace snaží pečovat o starší. Osoby preferující individualistický přístup k životu, jsou častokrát zaměřeni na kariérní růst a mnohdy se řadí k vysoce příjmovým skupinám obyvatelstva. V jejich situaci je dost pravděpodobné, že v případě nutnosti pečovat o své rodiče nebo jiné rodinné příslušníky budou vyhledávat kvalitní zařízení sociálních služeb se službami odpovídajícími vysokému standardu.

V roce 2011 probíhalo v ČR historicky prvně sčítání osob bez přístřeší, které se primárně zaměřovalo na osoby využívající sociální služby. Celkem sečetli komisaři informace od 11 496 osob označených jako osoby bez přístřeší (bez domova).⁴³ Dle údajů ČSÚ o životních podmínkách v ČR v roce 2013 dosahovala míra ohrožení

⁴¹ Vývoj obyvatelstva ČR v roce 2012, zdroj: www.czso.cz

⁴² PETROVÁ KAFKOVÁ, M.: Mezigenerační solidarita ve stárnoucí společnosti, Masaryková univerzita, 2010, Brno, dostupné z: <http://socstudia.fss.muni.cz/dokumenty/110215114410.pdf>

⁴³ ČSÚ: Výsledky sčítání bezdomovců, 2011, dostupné z: http://www.czso.cz/sldb2011/redakce.nsf/i/vysledky_scitani_bezdomovcu

příjmovou chudobou 8,5 % z celkové populace (871,8 tis. osob) a hraniční příjem určující ohrožení chudobou byl vypočten na 9 683 Kč měsíčně⁴⁴.

Břemeno zvyšujících se nákladů na financování sociálních služeb bude vzhledem k výše uvedeným trendům nést stále se zmenšující skupina ekonomicky aktivního obyvatelstva. Bez provedení strukturálních a parametrických reforem nebude možné zajistit udržitelnost systému sociálních služeb jak po kapacitní, tak po finanční stránce.

Příležitosti	Hrozby
<ul style="list-style-type: none"> Příznivá ekonomická situace a pozitivní ekonomický výhled do budoucna bude příznivě ovlivňovat vývoj osob ohrožených chudobou Zvýšení důchodového věku a jiné parametrické reformy vzhledem k probíhajícím společenským trendům (individualismus, mezigenerační solidarita a jiné) 	<ul style="list-style-type: none"> Zvýšení počtu seniorů, zvýšení očekávaného dožití, zvýšení počtu osaměle žijících osob, u kterých pokles životní úrovně znamená přímé ohrožení sociálním vyloučením, povede ke zvýšení poptávky po sociálních službách Snížení počtu ekonomicky aktivního obyvatelstva, neudržitelnost financování v případě nerealizování strukturálních a parametrických reforem Prohlubování společensky nežádoucích jevů jako individualismus. Oslabení solidarity v a mezi generacemi. Ztráta vnímaní důležitosti rodiny a vazbami v rámci ní.

3.3.4 Technologické trendy

Z hlediska technologického prostředí sledované ekonomiky zkoumá analýza pronikání výzkumu a vývoje do konkrétního odvětví. Souvislost se sociálními službami mají primárně objevy na poli medicíny, biologie a jiných přírodních věd. Schopnost aplikovat nejmodernější technologie ve zdravotním a sociálním sektoru se odráží na kvalitě sociálních služeb v ekonomice. Vliv mají rovněž faktory jako podpora výzkumu ze strany vlády a vyspělost patentového trhu. Rostoucí vyspělost zdravotnictví prodlužuje délku dožití, přispívá ke zlepšení zdravotního stavu populace a pozitivně ovlivňuje výskyt osob se zdravotním postižením díky včasné identifikaci problémů už v průběhu těhotenství.

Rozšiřování moderních komunikačních technologií a využití internetu mezi běžnou populací napomáhá zlepšovat úroveň informovanosti veřejnost o typu poskytovaných služeb a jejich dostupnosti, postupech nutných k čerpání sociálních služeb a také o hodnocení různých poskytovatelů a zařízení. Problematickou částí je chybějící legislativní rámec pro kontrolu a dodržování minimálního materiálního, technického a technologického standardu ze strany poskytovatelů sociálních služeb. Ačkoliv nejpalčivějším problémem z výzkumného šetření mezi poskytovateli v roce 2009⁴⁵ byl nedostatek financí (41 % respondentů), až 17 % respondentů označilo jako problém „nedostatečnou kapacitu a slabé materiální a technické vybavení“. Za hlavní problémy označují nevyhovující prostory, zastaralé technologické vybavení, na které z důvodu nedostatku financí nemají zdroje k investování. Není možné posoudit, jestli by zveřejňování hodnocení sociálních služeb uživatelem na internetu přineslo nárůst konkurence a snahu zlepšovat technickou vybavenost vzhledem ke skutečnosti, že některé sociální služby nevyžadují až tak náročnou vybavenost (ambulantní a pobytové služby pro osoby bez domova, a osoby v krizové situaci).

⁴⁴ ČSÚ: Životní podmínky 2013 – předběžné výsledky, dostupné z:

http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/zivotni_podminky_2013_predbezne_vysledky_20131126

⁴⁵ PRŮŠA L. a kol.: Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, VÚPSV, 2011, Praha

Překážkou modernizace sociálních služeb v ČR je také nedostatek výzkumu v sociální oblasti, slabá propojenost s mezinárodním výzkumem v této oblasti, pomalá implementace nových politik a nízká úroveň spolupráce poskytovatelů sociálních služeb s výzkumnými a vzdělávacími institucemi.⁴⁶

Udržování stávajících a rozšiřování moderních technologií je spojeno s nutnými investicemi do technologického vybavení. V minulém období byla úroveň investovaných prostředků značně nízká. V roce 2010 se na výdajích poskytovatelů sociálních služeb podíleli investiční výdaje podílem 3,1 % (858 mil. Kč) a v roce 2012 tento podíl klesl jenom na pouhých 2,4 % (664 mil. Kč). Právě proto lze předpokládat, že na renovaci opotřebeného současného technologického vybavení bude nezbytné zvýšit objem investic. Moderní technologie jsou dražší a náročnější na technickou způsobilost. Z tohoto důvodu budou pro dorovnání technologického vybavení splňujícího minimální standardy na poskytování sociálních služeb potřeba vyšší výdaje na investice.

Z globálního hlediska se za nejvýznamnější trendy, které v současnosti určují budoucnost sociálních služeb, považuje těchto 5 směrů:

- **Větší partnerství státní a lokální úrovně poskytování sociálních služeb s nestátními neziskovými organizacemi**, které podle zahraničních zkušeností zajišťují činnosti v oblasti sociálních služeb lépe než státem zřizované organizace, a eliminace neparalelního vývoje a rozvoje sociálních služeb;⁴⁷
- **Využívání PPP projektů** v oblasti sociálních služeb;
- **Efektivnější využívání datových analýz**, zlepšení sběru dat, zavádění podnikových systémů poskytovatelům k ulehčení sběru dat;
- **Inspirace soukromými subjekty** při řízení organizace (marketing, plánování, propagace, lepší cílení na zákazníka);
- **Integrace zdravotnických služeb se sociálními službami** vedoucí až ke splynutí obou institucí.

Uvedené trendy jsou stanovené na základě nejlepší praxe vycházejí ze dlouhodobého vývoje sociálních služeb v zahraničí. V případě jejich aplikace v rámci ČR je potřeba zohlednit specifika českého prostředí s cílem eliminace potenciálních rizik spojených s jejich zavedením.

Problémem hodnocení sociálních služeb v ČR je nízká kvalita statistických databází, nedostatečné využití metod sběru a vyhodnocení dat a různá úroveň kvality hlášených dat ze strany poskytovatelů sociálních služeb. Negativně se na dostupnost dat projevil rovněž výpadek systémů agend, z důvodu čehož nejsou dostupná data např. o vyplacených příspěvcích na péči za rok 2013.

Příležitosti	Hrozby
<ul style="list-style-type: none"> • Rostoucí vyspělost zdravotnictví, zlepšení zdravotního stavu populace • Aplikace moderních technologií ve zdravotním a sociálním sektoru, zvýšení úrovně automatizace poskytování sociálních služeb • Zvýšení informovanosti občanů o poskytovaných sociálních službách využitím moderních komunikačních technologií 	<ul style="list-style-type: none"> • Nedostatek výzkumu v oblasti sociálních služeb, slabá propojenost s mezinárodním výzkumem, nízká úroveň spolupráce s výzkumnými institucemi • Nízká kvalita sběru a vyhodnocování statistických dat • Nedostatek investičních prostředků na obnovu stávajících technologií a aplikaci moderních technologií

⁴⁶ SCHOLLES, K. a JOHNSON, G.: *Exploring Public Sector Strategy*, Prentice Hall, London, 2007

⁴⁷ Jedná se o zahraniční zkušenosti, které se osvědčily, co nutně neznamená, že by to mělo platit v ČR.

3.4 Posouzení standardu kvality sociálních služeb v České republice

Cílem této kapitoly je určit hranice minimálního standardu sociálních služeb ve smyslu jejich kvality a míry pokrytí, v kontextu zdrojů veřejných a soukromých rozpočtů a ve vztahu k právním závazkům státu vůči občanům, stanovených nejširším právním rámcem mezinárodních dohod a úmluv. V rámci právního závazku neexistuje žádná ucelená norma na určení standardů kvality pro oblast sociálních služeb. Vznikající snaha ze strany Evropské Komise (EK) zaměřená na sociální služby obecného hospodářského zájmu, kam spadají analyzované služby, projevila eminentní zájem o vytvoření dobrovolného evropského rámce pro kvalitu. Celá agenda v podobě směrnice pro členů EU k tomu, jak monitorovat a hodnotit kvalitu poskytovaných služeb, spadá do kompetence Výboru pro sociální ochranu přes program PROGRESS⁴⁸. V celé EU neexistuje jednotný soubor pravidel pro sledování a dohlížení na standardy kvality.

Standard kvality sociálních služeb v České republice

Standardy kvality sociálních služeb doporučené MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1. 1. 2007. Tyto standardy jsou inspirovány ISO normami – ČSN EN SO 9001, které certifikují systém managementu kvality pro oblast poskytování sociálních služeb⁴⁹. Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Následující tabulka obsahuje seznam kritérií standardů kvality sociálních služeb v ČR včetně indikace, zda je kritérium zásadního charakteru.

Č.	Kritérium	Zásadní	
		Ano	Ne
1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb			
1a)	Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována.	x	
1b)	Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace.	x	
1c)	Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje.	x	
1d)	Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby. Podle tohoto poslání, cílů a zásad poskytovatel postupuje.		X
2. Ochrana práv osob			
2a)	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv	x	

⁴⁸ zdroj dostupný z: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=794>

⁴⁹ zdroj dostupný z: <http://www.cqs.cz/Normy/CSN-EN-ISO-90012009-Management-kvality.html>

Č.	Kritérium	Zásadní	
		Ano	Ne
	osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje		
2b)	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje	x	
2c)	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje		X
3. Jednání se zájemcem o sociální službu			
3a)	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje	x	
3b)	Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby	x	
3c)	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje		X
4. Smlouva o poskytování sociální služby			
4a)	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy x o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje		
4b)	Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba využívající sociální službu rozuměla obsahu a účelu smlouvy		X
4c)	Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby využívající sociální službu		X
5. Individuální plánování průběhu sociální služby			
5a)	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje	x	
5b)	Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti této osoby	x	
5c)	Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní	x	

Č.	Kritérium	Zásadní	
		Ano	Ne
	cíle		
5d)	Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance	x	
5e)	Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám		X
Plnění kritérií uvedených v písmenech d) a e) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.			
6. Dokumentace o poskytování sociální služby			
6a)	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje	x	
6b)	Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost dané osoby		X
6c)	Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby		X
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby			
7a)	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám, kterým je sociální služba poskytována; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje	x	
7b)	Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele	x	
7c)	Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě		X
7d)	Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti		X
8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje			
8a)	Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat	x	
8b)	Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právnických osob		x

Č.	Kritérium	Zásadní	
		Ano	Ne

podle jejich individuálně určených potřeb

8c)	Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím; v případě konfliktu osoby v těchto vztazích poskytovatel zachovává neutrální postoj	X
-----	---	---

9. Personální a organizační zajištění sociální služby

9a)	Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců uvedených v § 115 zákona o sociálních službách; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována	X
9b)	Poskytovatel má písemně zpracovanou vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanoveny oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců; kritérium není zásadní	X
9c)	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovním právním vztahu s poskytovatelem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje	X
9d)	Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovním právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje	X

Plnění kritérií uvedených v písmenech a) až d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

10. Profesionální rozvoj zaměstnanců

10a)	Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace	X
10b)	Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje	X
10c)	Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě; podle tohoto systému poskytovatel postupuje	X
10d)	Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců; podle tohoto systému poskytovatel postupuje, kritérium není zásadní	X
10e)	Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka	X

Č.	Kritérium	Zásadní	
		Ano	Ne

Plnění kritérií uvedených v písmenech c) a d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance; kritéria uvedená v písmenech a) a b) se na tohoto poskytovatele vztahují příměřeně.

11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb	X
---	---

12. Informovanost o poskytované sociální službě

Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena	X
---	---

13. Prostředí a podmínky

13a) Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob	X
---	---

13b) Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám	X
---	---

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který neposkytuje sociální služby v zařízení sociálních služeb.

14. Nouzové a havarijní situace

14a) Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení	X
--	---

14b) Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít	X
--	---

14c) Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací	X
---	---

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

15. Zvyšování kvality sociální služby

15a) Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíli a zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých osob	X
--	---

15b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel	x
---	---

Č.	Kritérium	Zásadní	
		Ano	Ne
	postupuje		
15c)	Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby		X
15d)	Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby		X

Tabulka 5: Standardy kvality sociálních služeb v České republice

Hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb prováděly krajské pobočky ÚP přímo u poskytovatele pomoci inspekčního týmu, s účinností od 1. 1. 2015 byl výkonu inspekcí poskytování sociálních služeb převeden na MPSV ČR.⁵⁰ Plnění standardů kvality se hodnotí systémem bodů stanoveným v prováděcím právním předpise – vyhláška 505/2006 Sb. Bodový systém je popsán v paragrafu 38 a hodnotí podle stupně splnění jednotlivých kritérií. Za každé kritérium se započtou:

- 3 body, jestliže je kritérium splněno výborně,
- 2 body, jestliže je kritérium splněno dobře,
- 1 bod, jestliže je kritérium splněno částečně, nebo
- 0 bodů, jestliže kritérium není splněno.

Poskytovatel splňuje standardy kvality sociálních služeb:

- výborně, jestliže celkový počet bodů dosahuje 90 % - 100 %,
- dobře, jestliže celkový počet bodů dosahuje 70 % - 89 %,
- částečně, jestliže celkový počet bodů dosahuje 50 % - 69 %,
- nesplňuje, jestliže celkový počet bodů dosahuje méně než 50% nebo nesplňuje jedno ze zásadních pravidel.

Ačkoliv je hodnocení registrovaných poskytovatelů sociálních služeb pravidelně provozováno inspekcí, jeho výsledky slouží pouze pro potvrzení schopnosti poskytovatele splňovat podmínky pro poskytování registrované služby, nejsou využívány jako jeden z podkladů pro stanovení výše dotace v rámci dotačního řízení. Hodnocení kvality služeb tak v současné době není motivací pro poskytovatele ke zkvalitňování služeb, zároveň není podkladem pro veřejnost při rozhodování o výběru poskytovatele.

Minimální standardy sociálních služeb v jiných zemích

Anglie

V Anglii jsou zdravotní a sociální služby součástí systému *National health service* (NHS), který spravuje *Department of Health*, což je vlastně ministerstvo zdravotnictví. Do jeho působení spadají další orgány veřejné správy s výkonnou mocí a vystupují jako nezávislí regulátoři zaměřeni na tvorbu a dodržování standardů kvality. Ze sedmi i nezávislých institucí, které mají v kompetenci zmiňované agendy, až tři (viz tabulka níže) se zabírají regulací poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, tvorbě a poradenství ohledně standardů a monitorování jejich dodržování a kvality, čili dodržování minimálních standardů sociálních služeb. Kromě těchto institucí zde funguje tzv. *National Service Framework* (NSF), který popisuje dlouhodobé plány pro konkrétní oblasti služeb.

⁵⁰ Zdroj dostupný z: https://portal.mpsv.cz/upcr/kp/pak/inspekce_kvality_socialnich_sluzeb

Veřejný orgán / agentura	Hlavní úkoly a funkce	Vznik
Care Quality Commission (CQC)	Nezávislý regulátor poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb pro dospělé v Anglii.	2009
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	Vytváří na základě faktů zásady a rady, nastavuje minimální standardy kvality a výkonové ukazovatele a poskytuje informace jednotlivým službám v rámci zdravotních a sociálních služeb	1999
Monitor	Sektorový regulátor pro zdravotnické služby (týká se také sociálních služeb) se zaměřením na různé sdružení zdravotnických pracovníků	2010

NHS od roku 1999 vyvíjí snahu sjednotit kvalitu poskytovaných služeb v rámci národního srovnání, aby nedocházelo ke kvalitativní nerovnosti v rámci různých regionů. Standardy, které vytváří NICE, se prezentují rovněž jako základní standardy (*core standards*). Mají zajistit minimální standard, který mohou uživatelé očekávat od poskytovatele. NSF na druhé straně vytváří rozvojové standardy (*developmental standards*), čímž poskytuje základní rámec pro organizace v rezortu NHS na rozvoj poskytovaných služeb v dlouhodobějším horizontu, který bude v souladu s očekáváním pacientů.

V roce 2008 byl revidován systém standardů zákonem *Health and Social Care Act*⁵¹, který dopomohl k vzniku CQC. Existuje 16 základních norem (uvedené v tabulce), všechny jsou spojené s výstupem poskytovatelů služeb a CQC jako regulátor dohlíží na to, aby tyto standardy byly dodržovány. Kontrola probíhá formou registrace poskytovatelů služeb dodržujících 16 základních norem. Dodržování pravidel kvality a bezpečnosti je kontrolováno pomocí inspekcí na pravidelné bázi. V případě zjištění nedodržování pravidel má autorita právo žalovat neregistrovaného poskytovatele, udělit pokutu, napomenutí, vynucovat dodržování, popřípadě ukončit nebo zastavit činnost registrovaného poskytovatele služeb.⁵²

Č.	Kritérium	Popis
1.	Respektování uživatele	Uživatelé by měli mít možnost diskutovat léčbu s poskytovatelem a možnost ovlivnit proces poskytované péče.
2.	Souhlas k péči a léčbě	Před každým zákrokem musí pacient poskytnout souhlas s plánovanou procedurou a postupem.
3.	Péče a blahobyt pro klienty	Pacienti by měli dostat bezpečnou a důstojnou péči, která vyhovuje jejich potřebám a podporuje jejich práva.
4.	Dodržování nutričních potřeb	Jídlo a pití by mělo splňovat nutriční potřeby jednotlivých klientů.
5.	Spolupráce s jinými poskytovateli	Pacient nemůže být ohrožen přesunem a musí být koordinován při změně poskytovatele služeb.

⁵¹ Zákon novelizovaný v roce 2012.

⁵² The RAND Corporation: *Regulating quality and safety of health and social care - International experiences*, 2014, Londýn, dostupné z: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR500/RR561/RAND_RR561.pdf

Č.	Kritérium	Popis
6.	Ochrana pacientů před zneužíváním	Personál musí respektovat práva pacientů a chránit je vůči zneužívání ze strany zaměstnanců nebo jiných uživatelů sociální služby.
7.	Kontroly čistoty a infekční nezávadnosti	Pacient musí být ochráněn vůči riziku infekce a musí o něj být postaráno v čistém prostředí.
8.	Řízení přidělování léku	Podání potřebného léku ve správný čas a bezpečným způsobem.
9.	Bezpečnost a nezávadnost využívaných prostor	Pohodlí člověka by nemělo být ohroženo nevhodnými prostory nebo materiálním vybavením budovy.
10.	Bezpečnost, dostupnost a vhodnost vybavení	Ochrana pacienta před zdravotní újmou z důvodu nebezpečného a nevhodného vybavení.
11.	Požadavky na zaměstnance	Péče o uživatele musí vykonávat správně a kvalitně vyškolený personál.
12.	Personál	Dostatek personálu na zajištění zdravotních a bezpečnostních potřeb pacientů v zařízení.
13.	Motivace a podpora zaměstnanců	Podporovat potřeby zaměstnanců se vzdělávat, získávat zkušenosti a podporovat je v osobnostním rozvoji.
14.	Hodnocení a monitorování poskytovaných služeb	Nutnost zavedení interního programu na kontrolu kvality a zvládnutí rizik pro zajištění zdraví, blaha a bezpečnosti klientů užívajících službu.
15.	Stížnosti	Stížnosti by se měly brát v úvahu a mělo by se k nim přistupovat konstruktivně.
16.	Uchovávání záznamů	Záznamy o zdravotním stavu pacienta musí být přesné, důvěrné a uchovávány v bezpečí.

Tabulka 6: Standardy kvality sociálních služeb v Anglii

Revidováním Národních minimálních standardů péče v Anglii platných od 1. 4. 2009 pro pečovatelské domovy a ošetrovatelské služby, se zrušilo 7 hlavních oblastí⁵³ (výběr domova, zdravotní a osobní péče, denní život a sociální aktivity, stížnosti a ochrana, prostředí, personál, management a řízení), které obsahovaly 38 standardů. Touto novelizací zákona z roku 2012 se zúžil počet standardů na 16 zmiňovaných plus 12 dodatečných. Ze sledovaných oblastí předchozích minimálních standardů byla nejzajímavější právě poslední, která předpokládala, že řídicí osoba každé sociální služby by měla mít manažerské schopnosti a dodržovat společenský étos, finanční řízení a supervizi personálu na udržení kvality poskytovaných služeb.

⁵³ Dostupné z: http://www.rezidencnipec.cz/dokumenty_ke_stazeni/dokumenty/Standardy.pdf

Německo⁵⁴

Řízení systému zdravotních a sociálních služeb je v Německu rozděleno mezi federální ministerstvo zdravotnictví a 16 státních vlád a korporátních účastníků. Až 90 % populace je pojištěno ve fondech povinného zdravotního pojištění a zbylých 10 % si hradí doplňkové soukromé zdravotní pojištění. Vedle zdravotního pojištění existuje v Německu ještě pojištění dlouhodobé péče hrazené z hrubé mzdy ve výši 1,95 %. V systému zdravotního pojištění vydává závazné nařízení ohledně minimálních standardů kvality Společný federální výbor (*Gemeinsamer Bundesausschuss*) složený ze zástupců fondů zdravotního pojištění, poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, asociace tvořené lékaři a zubaři a z pacientů, kteří mají v rámci výboru je poradní roli.

Co se týče dodržování standardů kvality a bezpečnosti, do roku 1989 se sektor reguloval sám. Začátkem roku 2000 byly všechny nároky sepsané v Knize sociálních pravidel č. 5. V roce 2008 začal platit zákon o Rozvoji služeb dlouhodobé péče (LTC), který zavádí expertízní standardy, každoroční inspekce center domácí péče a pečovatelských služeb. Stejně tak zavádí plány na posílení prevence a rehabilitace v těchto zařízeních a také budování Center asistenční péče na lokální úrovni, která budou vykonávat řízení péče a řízení jednotlivých případů. Dodržování kvality se monitoruje zaváděním systému řízení kvality (E-Qualin) a organizace, které ho používají, mohou získat Národní certifikát kvality (pilotně udělován od roku 2009) za efektivní používání systému řízení kvality. Výsledky hodnocení poskytovatelů sociálních služeb, které hodnotí externí auditní orgán (MDK) každoročně, jsou následně zveřejňované na internetu, v novinách nebo v příručkách. Zveřejněné hodnocení jednotlivých zařízení poskytujících sociální služby slouží ke zvyšování konkurenci v nabízených službách. Externí auditoři (zaměstnanci MDK) dělají kromě hodnocení také průzkum spokojenosti uživatelů, který se zveřejňuje jednou ročně. Instrukce sociální péče a pečovatelské služby musí zveřejňovat výsledky auditu a průzkumu na viditelném místě a jejich obsah musí být jednoduchý, přehledný a obsahovat hodnocení jako ve škole (od výborný až po nedostatečný).⁵⁵ Systém je založený na dostupnosti dat o hodnocení kvality nabízených služeb a zároveň standardu výstupu na základě hodnocení uživatelů. Problémem je soulad mezi metodami hodnocení z pohledu expertní skupiny auditorů MDK a laickým pohledem veřejnosti. Například v případě certifikace zaměstnanců sociálních služeb může docházet k rozličným názorům, protože běžný uživatel hodnotí přístup zaměstnance zařízení k jeho osobě a ne to, kolik má certifikátů a školení.

Veřejný orgán / agentura	Hlavní úkoly a funkce	Vznik
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	Nejvyšší rozhodný orgán nezávislý na vládě. Rozhoduje o závazných nařízeních, určuje benefity a krytí z pojištění, zavádí a zakazuje technologie a postupy péče a nastavuje standardy kvality pro rozdílné druhy služeb.	2004
Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)	Založeno zástupci fondů zdravotního pojištění a zástupci fondu dlouhodobého pojištění z každého spolkového státu. Jeho nezávislí hodnotitelé zkoumají služby lékařů a poskytovatelů dlouhodobých sociálních služeb z hlediska vhodnosti, funkčnosti a efektivity.	2008

⁵⁴ OECD/Evropská Komise: *Country Note: Germany - A Good Life in Old Age*, 2013, dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Germany-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf>

⁵⁵ NIES, H. a kol.: *Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care*, EC, 2010, Utrecht/Vídeň, dostupné z: http://www.crnc.ca/knowledge/related_reports/pdf/INTERLINKS%20Quality%20management%20and%20quality%20assurance%20in%20long-term%20care.pdf

Zkoumání skutečných potřeb uživatelů (spotřebitelů) služeb a následné měření spokojenosti s kvalitou poskytovaných služeb není v našich podmínkách (ČR) zatím prakticky prováděno nebo je prováděno jen u některých druhů služeb (vzdělávací služby, zdravotní služby). Následující část se proto bude věnovat srovnání přístupu k dodržování minimálních standardů mezi Anglií a Německem.

Rozdíl mezi Anglií a Německem v dohledu nad kvalitou sociálních služeb se vyvíjel v závislosti na zdroji financování sociálních služeb. Protože financování v Anglii probíhá z veřejných zdrojů, státní autorita založila instituce, které vykonávají inspekce za účelem monitorování dodržování zákonem nastavených základních norem. Na druhé straně v Německu je systém zcela odlišný od anglického a financování sociálních služeb probíhá prostřednictvím plateb z fondů zdravotního pojištění a z fondů na pojištění dlouhodobé péče. Z toho důvodů vykonávají dohled nad poskytovateli nezávislé orgány složené ze zástupců zainteresovaných stran v procesu financování a poskytování zdravotních a sociálních služeb.

Gap analýza

Základním aspektem při vzájemném srovnávání systémů dohledu nad kvalitou služeb, čili minimálních standardů kvality, je jejich nákladovost. V Anglii je systém mnohem nákladnější než třeba v Německu nebo Česku. Je to dáno primárně tím, že úhrada je z veřejných zdrojů a stát si vynucuje formou nařízení, směrnic a zákonů, aby poskytovatelé každoročně splňovali přísné normy. S tím je spojovaná také velká byrokracie a vysoké náklady spojené s certifikací a školením personálu. Poskytovatelé v Anglii mohou být kontrolováni inspekcí i několikrát ročně. Proces dohledu v Německu je naprosto odlišný. Zdroje určené na úhradu zdravotních a sociálních služeb spravují nestátní fondy, z kterých jsou úkony následně financované. Minimální standardy jsou dané méně přísně než v Anglii, protože je stanovuje nezávislý orgán, který reprezentují právě zástupci fondů. Externí audit provádí nestátní organizace, která veřejně publikuje výsledky jak kvality služeb interně, tak vyhodnocuje každoročně spokojenost uživatelů. Tento model podporuje tržní konkurenci mezi poskytovateli. Čím má poskytovatel sociální služby vyšší hodnocení, tím více klientů má o něho zájem a tím více financí přijme od fondů. Z toho vychází, že investice do kvality se určitě vyplatí a není to z donucení zákonem jako v Anglii, ale z vlastní vůle provozovatelů služeb. Dalším negativním efektem jsou náklady na zaměstnance, tam kde jsou povinné certifikace dané zákonem, dochází k růstu mzdy, aby se zabránilo odlivu profesionálních pracovníků do jiných oblastí.

V České republice jsou sociální služby financované z více zdrojů s cílem dorovnání nákladů na provoz. Rovněž nedochází k zjišťování spokojenosti uživatelů. Hodnocení kvality poskytovaných služeb a splnění standardů se hodnotí jenom při žádosti o registraci a dotačním řízení. Dotační řízení však může být značně ovlivňováno potřebností služby na regionální nebo celostátní úrovni. Třeba především podotknout, že minimální standardy kvality byly schváleny v roce 2002 a od té doby nedošlo k jejich revizi.

4 Posouzení míry udržitelnosti stávajícího systému financování sociálních služeb

Součástí analytických prací bylo zhodnocení udržitelnosti stávajícího systému financování sociálních služeb systému ve smyslu vyváženosti příjmů a výdajů s cílem zachování současného podílu veřejných výdajů na HDP ve střednědobém (do roku 2019) a dlouhodobém horizontu (do roku 2064). Posouzení udržitelnosti bylo zpracováno na základě **predikce veřejných výdajů na sociální služby**⁵⁶ s využitím predikce demografického vývoje dle dynamického mikrosimulačního důchodového modelu.

Další základní parametry vstupující do zpracování predikce veřejných výdajů na sociální služby včetně hodnoty a zdrojů jsou shrnuty v následující tabulce.

Č	Parametr	Hodnota	Zdroj
1	Predikce demografického vývoje do roku 2064	Vývoj v letech	Zdroj: Dynamický mikrosimulační důchodový model MPSV
2	Výše PnP v jednotlivých stupních závislosti (1-4)	Osoba do 18 let: 1. stupeň – 3 000 Kč 2. stupeň – 6 000 Kč 3. stupeň – 9 000 Kč 4. stupeň – 12 000 Kč Osoba starší než 18 let: 1. stupeň – 800 Kč 2. stupeň – 4 000 Kč 3. stupeň – 8 000 Kč 4. stupeň – 12 000 Kč	Zdroj: Zákon 108 / 2006 o sociálních službách
3	Celkový objem výdajů na PnP	18,4 mld. Kč	Stav k 31. 12. 2012 Zdroj: Statistiky měsíčně vyplacených sociálních dávek v letech 2007 – 2013
4	Celkový objem výdajů na sociální služby	11,36 mld. Kč	Stav k 31. 12. 2012 Zdroj: Výkaznictví MPSV ČR v letech 2010 – 2012
5	Průměrná výše veřejných výdajů na uživatele služeb sociální péče	9 584 Kč měsíčně	Stav v roce 2012 Původní výše na úrovni 10 649 Kč a následně vynásobená koeficientem 0,9, který vyjadřuje podíl služeb sociální péče na celkových výdajích na sociální služby Zdroj: Výkaznictví MPSV ČR v letech 2010 – 2012

⁵⁶ Složené z výdajů na PnP a veřejných výdajů na financování služeb poskytovaných registrovanými poskytovateli sociálních služeb.

Č	Parametr	Hodnota	Zdroj
6	Průměrná výše soukromých výdajů na uživatele	5 552 Kč měsíčně	Stav v roce 2012 Zdroj: Výkaznictví MPSV ČR v letech 2010 – 2012
7	Aktuální počet příjemců PnP	312 600	Stav v prosinci 2012 Zdroj: Statistiky měsíčně vyplacených sociálních dávek v letech 2007 – 2013
8	Rozdělení struktury příjemců PnP podle věku a stupně závislosti	Podíl dle věkových kategorií a pohlaví	Zdroj: Podpora procesu: Příspěvek na péči – analýza dostupných datových zdrojů
9	Podíl příjemců PnP využívajících registrované služby	Podíl příjemců PnP využívajících registrované služby: 31 % Podíl příjemců využívajících pobytové služby: 18 % Podíl příjemců využívajících terénní a ambulantní služby: 13 % (podíl dle věkových kategorií a pohlaví)	Zdroj: Podpora procesu: Příspěvek na péči – analýza dostupných datových zdrojů
10	Celkový objem výdajů na služby sociální prevence a sociálního poradenství⁵⁷	3,64 mld. Kč	Stav k 31. 12. 2012 Zdroj: Výkaznictví MPSV ČR v letech 2010 – 2012
11	Podíl veřejných výdajů na sociální služby na HDP	0,77 % (bez příspěvků krajů 0,66 %)	Stav k 31. 12. 2012 Zdroj: Výkaznictví MPSV ČR v letech 2010 – 2012
12	Predikce vývoje HDP	Vývoj v letech	Zdroj: Dynamický mikrosimulační důchodový model MPSV
13	Celkový počet obyvatel ČR	10 516 125	Stav k 31. 12. 2012 Zdroj: ČSÚ

Predikce veřejných výdajů na sociální služby byla zpracována **ve třech variantách:**

- **Varianta 1: Nulová varianta;**
- **Varianta 2: Konzervativní varianta;**
- **Varianta 3: Varianta vycházející z historického růstu výdajů na sociální služby.**

Varianty se odlišují úrovní růstových koeficientů využitých pro predikci **vývoje počtu příjemců PnP, vývoje veřejných výdajů na služby sociální péče a vývoje veřejných výdajů na financování služeb sociální prevence a odborného sociálního poradenství.** Úroveň proměnných v jednotlivých variantách je uvedena v tabulce níže.

⁵⁷ Vzhledem k nedostatkům sledování počtu uživatelů služeb sociální prevence a sociálního poradenství není možné kvantifikovat vývoj počtu uživatelů v této skupině, pouze vývoj celkových veřejných výdajů v těchto skupinách.

Č	Koeficient	Popis	V1: Nulová varianta	V2: Konzervativní varianta ⁵⁸	V3: Varianta vycházející z historického růstu ⁵⁹
1	Roční tempo růstu příjemců PnP	Tempo růstu počtu příjemců nad rámec růstu způsobeného demografickým vývojem.	0 %	0,1 % (predikce zvýšení počtu příjemců PnP, zvýšení počtu osob s postižením v důsledku např. nižší mortality předčasných porodů)	1,6 % (průměrný roční růst počtu příjemců PnP v letech 2007-2013 očištěný o změnu počtu způsobenou demografickým vývojem)
2	Roční tempo růstu veřejných výdajů na služby sociální péče	Tempo růstu veřejných výdajů na služby sociální péče způsobený růstem inflace a valorizací výše výdajů.	0 %	2 % (predikce 1 % růstu inflace a 1 % valorizace výdajů na služby sociální péče)	2,9 % (průměrný roční růst veřejných výdajů na 1 uživatele služeb sociální péče 2011-2012)
3	Roční tempo růstu veřejných výdajů na služby sociálního poradenství a sociální prevence	Tempo růstu veřejných výdajů na služby sociálního poradenství a sociální prevence způsobený růstem inflace a valorizací výše výdajů	0 %	4 % (predikce růstu výdajů v této oblasti z důvodu preference zvyšování investic do oblasti s cílem zvýšení pozitivního dopadu na eliminaci nežádoucích sociálních jevů)	2,4 % (průměrný růst výdajů v této oblasti v letech 2010-2012)

⁵⁸ Růstové koeficienty proměnných ve variantě 1 byly stanovené na základě konzervativního odhadu vývoje sledovaných parametrů expertním týmem Zpracovatele.

⁵⁹ Růstové koeficienty proměnných byly stanovené na základě historického vývoje parametrů v letech 2007 – 2013, v případě vývoje veřejných výdajů na sociální prevenci a odborné sociální poradenství v letech 2010 – 2012.

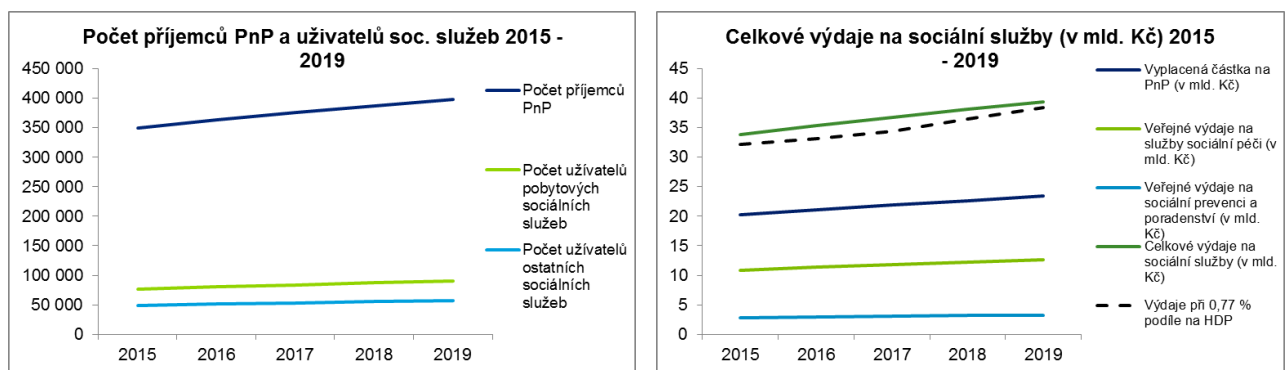
4.1 Nulová varianta

Střednědobý horizont

Vývoj počtu příjemců PnP ve střednědobém horizontu (3 až 5 let) založený **pouze na predikci demografického vývoje a nulovém růstu variabilních proměnných** ukazuje, že při zachování současných demografických trendů lze předpokládat nárůst počtu příjemců PnP v letech 2015 – 2018 přibližně o **13,8 %** (+ 48 113 příjemců). Nárůst počtu uživatelů sociálních služeb dosáhne **17,0 %** (+ 21 460), přičemž počet uživatelů pobytových služeb se zvýší o 18,1 % a počet uživatelů ostatních služeb o 15,4 %. Veřejné výdaje na služby sociální péče vzrostou v roce 2019 oproti roku 2015 o **17,1 %** (+ 1,86 mld. Kč). Veřejné výdaje na sociální prevenci a sociální poradenství porostou o **17,1 %** (+ 480 mil. Kč). Celkové veřejné výdaje na sociální služby porostou ve střednědobém horizontu tempem **16,2 %** (+ 5,5 mld. Kč). Vývoj veřejných výdajů na sociální služby v poměru k HDP zaznamená v prvních letech mírný nárůst (0,01 % ročně), v roce 2019 klesne pod současný podíl vzhledem k růstu HDP na úroveň 0,79 % HDP.

	2015	2016	2017	2018	2019	Změna v %
Počet příjemců PnP	349 794	362 873	375 008	386 244	397 908	13,8 %
Počet uživatelů pobytových sociálních služeb	76 605	80 527	84 097	87 306	90 466	18,1 %
Počet uživatelů ostatních sociálních služeb	49 352	51 418	53 328	55 125	56 951	15,4 %
Počet uživatelů registrovaných sociálních služeb	125 957	131 945	137 425	142 431	147 417	17,0 %
Vyplacená částka na PnP (v mld. Kč)	20,24	21,12	21,92	22,66	23,40	15,6 %
Veřejné výdaje na služby sociální péče (v mld. Kč)	10,83	11,34	11,82	12,25	12,68	17,1 %
Veřejné výdaje na prevenci a poradenství (v mld. Kč)	2,79	2,93	3,05	3,16	3,27	17,1 %
Celkové veřejné výdaje (v mld. Kč)	33,86	35,39	36,79	38,07	39,36	16,2 %
Nominální HDP (v mld. Kč)	4 172,79	4 302,78	4 470,77	4 728,26	4 984,47	19,5 %
Podíl na HDP (v %)	0,81 %	0,82 %	0,82 %	0,81 %	0,79 %	-2,7 %

Tabulka 7: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby ve střednědobém horizontu



Graf 10: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby ve střednědobém horizontu
(Zdroj: vlastní projekce pomocí modelu)

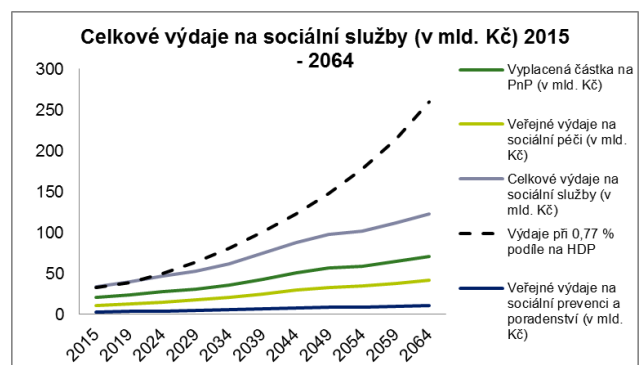
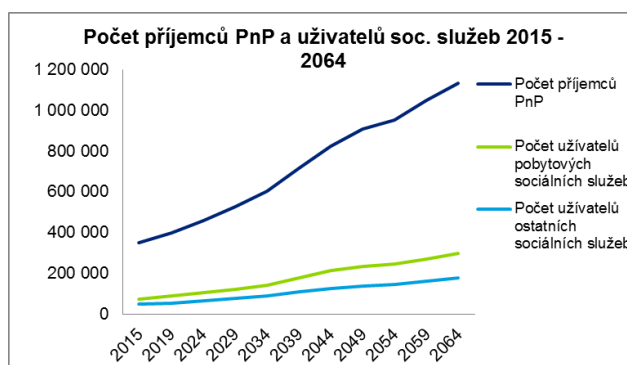
Dlouhodobý horizont

Projekce vývoje počtu příjemců PnP v dlouhodobém horizontu (5 až 50 let) ukazuje, že počet příjemců založený **pouze na predikci demografického vývoje** bude v letech 2015 až 2064 dosahovat růst přibližně **224,4 %** (+ 784 928 příjemců). Vysoký růst v průběhu 50 let je ovlivněn zejména růstem populace 65 let a starší až na 3,266

mil. obyvatel⁶⁰ způsobeným růstem průměrné délky života u obou pohlaví. Počet uživatelů registrovaných služeb naroste do roku 2064 o 281 % (+ 353 888), z toho v pobytových sociálních službách o 293,2 % a v ostatních sociálních službách o 261,9 %. Celkové veřejné výdaje porostou tempem **260,8 %** (+ 88 mld. Kč). Veřejné výdaje na služby sociální péče vzrostou o 282,2 % (+ 31 mld. Kč) a veřejné výdaje na sociální prevenci a sociální poradenství narostou o 268,3 % (+ 8 mld. Kč). V dlouhodobém horizontu se projeví vliv dlouhodobého růstu nominálního domácího produktu, který vytěsňuje efekt rostoucích veřejných výdajů a podíl veřejných výdajů na HDP klesne v roce 2064 na úroveň **0,36 %**.

	2015	2019	2024	2029	2034	2039	2044	2049	2054	2059	2064	Změna v %
Počet příjemců PnP	349 794	397 908	461 653	526 725	605 550	714 871	823 118	906 908	953 035	1 047 592	1 134 722	224,4 %
Počet uživatelů pobytových sociálních služeb	76 605	90 466	106 318	121 556	144 134	179 720	214 507	237 455	247 264	272 565	301 245	293,2 %
Počet uživatelů ostatních sociálních služeb	49 352	56 951	66 748	77 348	91 199	109 725	127 103	139 534	147 306	162 617	178 599	261,9 %
Počet uživatelů registrovaných sociálních služeb	125 957	147 417	173 066	198 904	235 333	289 445	341 610	376 988	394 571	435 183	479 845	281,0 %
Vyplacená částka na PnP (v mld. Kč)	20,24	23,40	27,33	30,96	35,63	42,96	50,51	56,10	58,59	64,46	70,12	246,5 %
Veřejné výdaje na služby sociální péče (v mld. Kč)	10,83	12,68	14,89	17,10	20,24	24,93	29,46	32,52	34,02	37,51	41,37	282,2 %
Veřejné výdaje na prevenci a poradenství (v mld. Kč)	2,79	3,27	3,84	4,41	5,22	6,43	7,60	8,39	8,78	9,68	10,68	282,2 %
Celkové výdaje (v mld. Kč)	33,86	39,36	46,07	52,48	61,09	74,32	87,57	97,01	101,38	111,66	122,2	260,8 %
Nominální HDP (v mld. Kč)	4 172,8	4 984,5	6 405,6	8 261,6	10 511,9	13 109,0	15 844,2	19 097,3	23 026,0	27 686,2	33 708,8	707,8 %
Podíl na HDP (v %)	0,81 %	0,79 %	0,72 %	0,64 %	0,58 %	0,57 %	0,55 %	0,51 %	0,44 %	0,40 %	0,36 %	-55,3 %

Tabulka 8: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby v dlouhodobém horizontu
(Zdroj: vlastní projekce pomocí modelu)



Graf 11: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby v dlouhodobém horizontu
(Zdroj: vlastní projekce pomocí modelu)

⁶⁰ Podle demografické projekce od roku 2059 se začíná populace seniorů pomalu zmenšovat.

Závěr: Nulová varianta vycházející z predikce demografického vývoje při nulovém růstu počtu příjemců PnP a uživatelů sociálních služeb a nulovém růstu výše veřejných výdajů na sociální služby poukazuje **za předpokladu dlouhodobého růstu nominálního HDP na udržitelnosti stávajícího nastavení systému v dlouhodobém horizontu.** Vzhledem ke zvyšujícímu se počtu uživatelů pobytových a ostatních sociálních služeb je potřeba systematického rozvoje a zvyšování kapacit zařízení sociálních služeb.

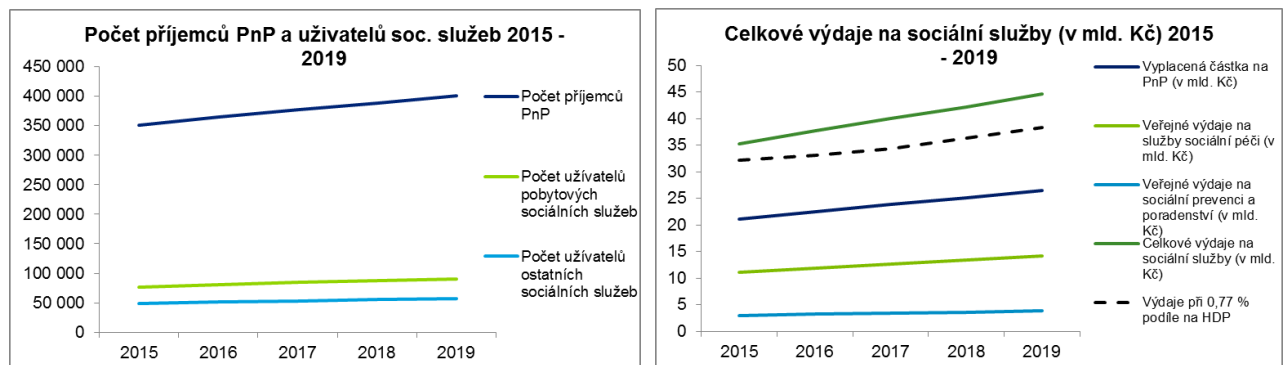
4.2 Konzervativní varianta

Střednědobý horizont

Projekce vývoje počtu příjemců PnP ve střednědobém horizontu (3 až 5 let) ukazuje, že při konzervativním nastavení **ročního tempa růstu příjemců PnP nad rámec růstu způsobeného demografickým vývojem na úrovni 0,1 %** poroste počet příjemců PnP v letech 2015 až 2019 přibližně o **14,2 %** (+ 49 807 příjemců). Počet uživatelů registrovaných sociálních služeb vzroste o **17,5 %** (+ 22 095), z toho počet uživatelů pobytových služeb o **18,6 %** a počet uživatelů ostatních služeb o **15,9 %**. Při současném **konzervativním nastavení ročního tempa růstu veřejných výdajů na služby sociální péče na úrovni 2 % a ročního tempa růstu veřejných výdajů na služby sociálního poradenství a sociální prevence na úrovni 4 %** porostou celkové veřejné výdaje na sociální služby tempem **26,3 %** (+ 9,3 mld. Kč), přičemž veřejné výdaje na služby sociální péče porostou o **27,3 %** (+ 3,1 mld. Kč) a veřejné výdaje na sociální prevenci a sociální poradenství dosáhnou růst **27,3 %** (+0,83 mld. Kč).

	2015	2016	2017	2018	2019	Změna v %
Počet příjemců PnP	350 494	363 962	376 511	388 180	400 301	14,2 %
Počet uživatelů pobytových sociálních služeb	76 758	80 769	84 434	87 743	91 011	18,6%
Počet uživatelů ostatních sociálních služeb	49 451	51 572	53 542	55 401	57 293	15,9%
Počet uživatelů registrovaných sociálních služeb	126 209	132 341	137 976	143 145	148 304	17,5%
Vyplacená částka na PnP (v mld. Kč)	21,10	22,48	23,83	25,14	26,51	25,7%
Veřejné výdaje na služby sociální péče (v mld. Kč)	11,17	11,95	12,71	13,45	14,22	27,3%
Veřejné výdaje na prevenci a poradenství (v mld. Kč)	3,03	3,24	3,45	3,65	3,86	27,3%
Celkové veřejné výdaje (v mld. Kč)	35,30	37,67	39,98	42,24	44,59	26,3%
Nominální HDP (v mld. Kč)	4 172,79	4 302,78	4 470,77	4 728,26	4 984,47	19,5%
Podíl na HDP (v %)	0,85%	0,88%	0,89%	0,89%	0,89%	5,7%

Tabulka 9: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby ve střednědobém horizontu



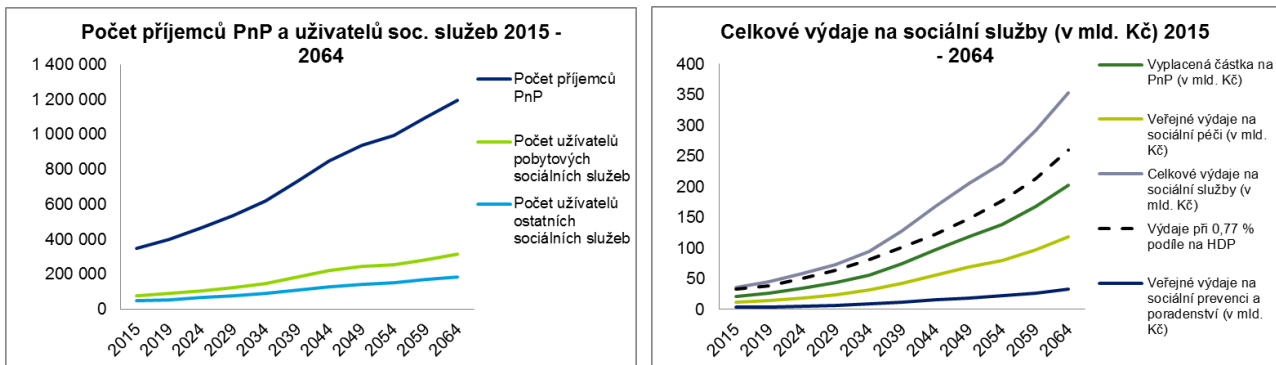
Graf 12: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby ve střednědobém horizontu (Zdroj: vlastní projekce pomocí modelu)

Dlouhodobý horizont

Projekce vývoje počtu příjemců PnP v dlouhodobém horizontu (5 až 50 let) v konzervativní variantě ukazuje, že počet příjemců PnP v období let 2015 - 2064 poroste přibližně o **240,7 %** (+ 843 569 příjemců). Počet uživatelů registrovaných sociálních služeb poroste o **300,1 %** (+ 378 729), z toho počet uživatelů pobytových služeb o **313 %** a počet uživatelů ostatních sociálních služeb o **280,1 %**. Celkové veřejné výdaje na sociální služby porostou tempem **899,9 %** (+ 318 mld. Kč). Veřejné výdaje na služby sociální péče se zvýší o **959,1 %** (+ 107 mld. Kč). Veřejné výdaje na sociální prevenci a sociální poradenství se zvýší o **959,1 %** (+ 29 mld. Kč). Poměr veřejných výdajů na sociální služby na HDP bude nejvyšší v roce 2049 (1,07 %), následně bude mírně klesat z důvodu poklesu podílu seniorů na celkové populaci a ustálí se kolem úrovně 1,05 %.

	2015	2019	2024	2029	2034	2039	2044	2049	2054	2059	2064	Změna v %
Počet příjemců PnP	350 494	400 301	466 757	535 216	618 395	733 692	849 021	940 135	992 901	1 096 881	1 194 064	240,7 %
Počet uživatelů pobytových sociálních služeb	76 758	91 011	107 493	123 515	147 191	184 451	221 258	246 154	257 608	285 390	316 999	313,0 %
Počet uživatelů ostatních sociálních služeb	49 451	57 293	67 486	78 595	93 133	112 614	131 103	144 646	153 468	170 268	187 939	280,1 %
Počet uživatelů registrovaných sociálních služeb	126 209	148 304	174 979	202 110	240 324	297 065	352 361	390 800	411 076	455 658	504 939	300,1 %
Vyplacená částka na PnP (v mld. Kč)	21,10	26,51	34,36	43,19	55,15	73,79	96,27	118,63	137,48	167,84	202,58	860,1 %
Veřejné výdaje na služby sociální péče (v mld. Kč)	11,17	14,22	18,53	23,61	31,01	42,37	55,56	68,05	78,99	96,67	118,30	959,1 %
Veřejné výdaje na prevenci a poradenství (v mld. Kč)	3,03	3,86	5,02	6,40	8,41	11,49	15,06	18,45	21,42	26,21	32,08	959,1 %
Celkové výdaje (v mld. Kč)	35,30	44,59	57,91	73,20	94,56	127,65	166,89	205,13	237,89	290,71	353,0	899,9 %
Nominální HDP (v mld. Kč)	4 172,8	4 984,5	6 405,6	8 261,6	10 511,9	13 109,0	15 844,2	19 097,3	23 026,0	27 686,2	33 708,8	707,8 %
Podíl na HDP (v %)	0,85 %	0,89 %	0,90 %	0,89 %	0,90 %	0,97 %	1,05 %	1,07 %	1,03 %	1,05 %	1,05 %	23,8 %

Tabulka 10: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby v dlouhodobém horizontu
(Zdroj: vlastní projekce pomocí modelu)



Graf 13: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby v dlouhodobém horizontu
 (Zdroj: vlastní projekce pomocí modelu)

Závěr: Současný systém financování sociálních služeb z veřejných zdrojů v konzervativní variantě **není udržitelný ani za předpokladu silného růstu nominálního HDP** v dlouhodobém horizontu. Ve střednědobém horizontu predikuje model růst podílu veřejných výdajů na sociální služby na HDP z 0,77 % na 0,89 %, v dlouhodobém horizontu dochází k růstu na úroveň 1,07 % a následnému poklesu na úroveň 1,05 % v roce 2064 z důvodu poklesu podílu počtu příjemců PnP na celkové populaci. Tento scénář je založen na optimistickém vývoji HDP, který může být ve skutečnosti výrazně nižší. Tato skutečnost by vedla k ještě výraznějšímu narušení udržitelnosti financování sociálních služeb. Model navíc nezohledňuje nutné výdaje, které je potřeba v rozpětí 5 let investovat do zvýšení kapacit pobytových zařízení sociálních služeb a zejména zvýšení kapacit ambulantních a terénních služeb (investice do prostorů, materiálního a technického vybavení, personálních kapacit atd.).

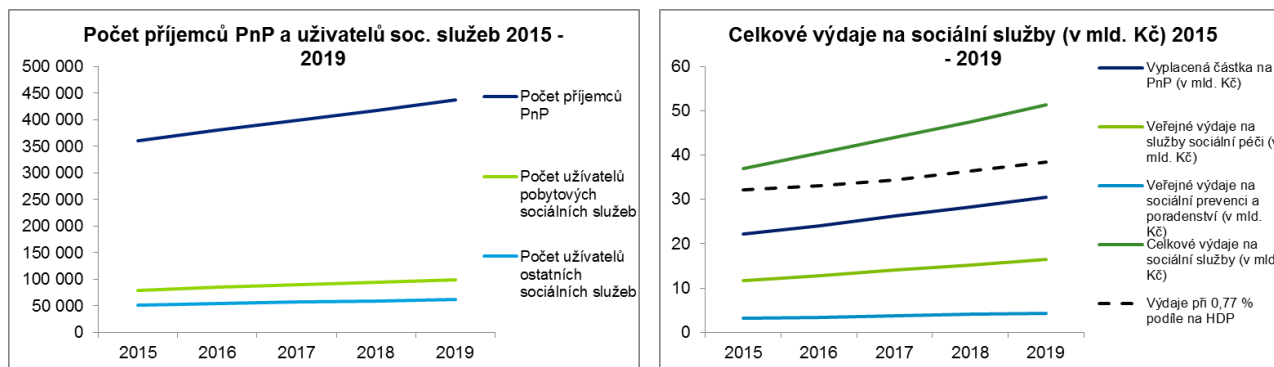
4.3 Varianta vycházející z historického růstu výdajů na sociální služby

Střednědobý horizont

Poslední varianta využívá **výši parametrů založených na historickém vývoji od zavedení PnP do roku 2013**. Projekce vývoje počtu příjemců PnP ve střednědobém horizontu (3 až 5 let) ukazuje, že v případě pokračování trendu vývoje počtu příjemců PnP a využívání sociálních služeb v minulých letech bude růst počtu příjemců PnP v období 2015 až 2019 přibližně **21,2 %** (+ 76 590 příjemců). Počet uživatelů registrovaných sociálních služeb naroste o **24,7 %** (+ 32 128), z toho počet uživatelů pobytových sociálních služeb o **25,8 %** a počet uživatelů ostatních sociálních služeb o **23,0 %**. Celkové veřejné výdaje porostou tempem **38,9 %** (+ 14,4 mld. Kč). Veřejné výdaje na služby sociální péče porostou o **39,9 %** (+ 4,7 mld. Kč). Veřejné výdaje na sociální prevenci a sociální poradenství porostou o **39,3 %** (+ 1,25 mld. Kč). V průběhu 5 let lze v této variantě očekávat téměř 34 % nárůst podílu veřejných výdajů na nominálním HDP.

	2015	2016	2017	2018	2019	Změna v %
Počet příjemců PnP	361 077	380 571	399 591	418 149	437 668	21,2 %
Počet uživatelů pobytových sociálních služeb	79 076	84 455	89 610	94 518	99 506	25,8 %
Počet uživatelů ostatních sociálních služeb	50 944	53 925	56 824	59 679	62 641	23,0 %
Počet uživatelů registrovaných sociálních služeb	130 020	138 380	146 434	154 196	162 147	24,7 %
Vyplacená částka na PnP (v mld. Kč)	22,12	24,13	26,19	28,30	30,56	38,1 %
Veřejné výdaje na služby sociální péče (v mld. Kč)	11,76	12,88	14,03	15,21	16,46	39,9 %
Veřejné výdaje na prevenci a poradenství (v mld. Kč)	3,13	3,43	3,73	4,04	4,38	39,9 %
Celkové veřejné výdaje (v mld. Kč)	37,01	40,44	43,95	47,54	51,39	38,9 %
Nominální HDP (v mld. Kč)	4 172,79	4 302,78	4 470,77	4 728,26	4 984,47	19,5 %
Podíl na HDP (v %)	0,89 %	0,94 %	0,98 %	1,01 %	1,03 %	16,2 %

Tabulka 11: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby ve střednědobém horizontu



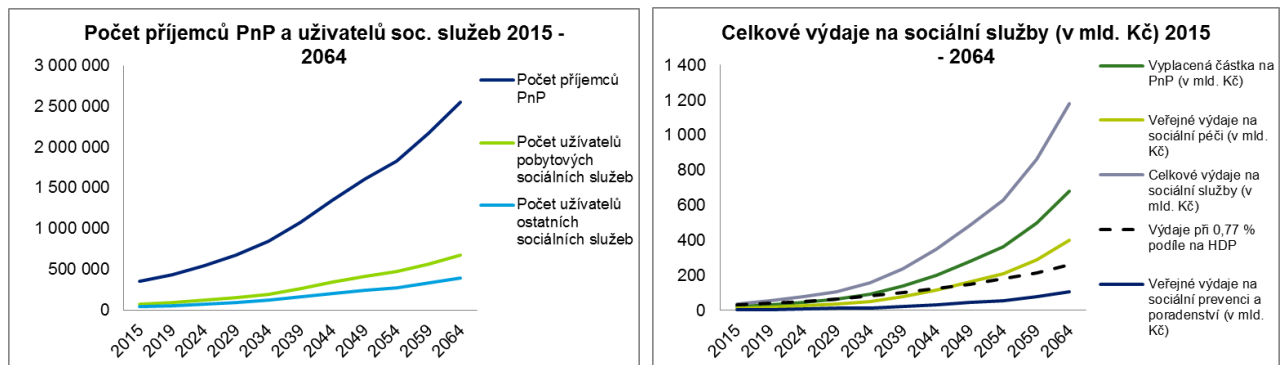
Graf 14: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby v střednědobém horizontu
(Zdroj: vlastní projekce pomocí modelu)

Dlouhodobý horizont

Projekce vývoje počtu příjemců PnP v dlouhodobém horizontu (5 až 50 let) ukazuje růst počtu příjemců PnP v období 2015 až 2064 přibližně o **606,1 %** (+ 2 188 503 příjemců). Tak vysoký růst v průběhu 50 let je způsoben použitím růstového koeficientu založeného na průměrném v tzv. náběhovém období systému PnP v letech 2007-2013 (růst počtu příjemců PnP byl v tomto období byl vysoký). Počet uživatelů registrovaných sociálních služeb naroste o **729,2 %** (+ 948 131), z toho počet uživatelů pobytových sociálních služeb o **756 %** a počet uživatelů ostatních sociálních služeb o **687,7 %**. Celkové veřejné výdaje porostou tempem **3 087,4 %** (+ 1 143 mld. Kč). Veřejné výdaje na služby sociální péče vzrostou v sledovaném období o **3 276,0 %** (+ 385 mld. Kč). Veřejné výdaje na sociální prevenci a sociální poradenství poroste o **3 276,0 %** (+ 102 mld. Kč).

	2015	2019	2024	2029	2034	2039	2044	2049	2054	2059	2064	Změna v %
Počet příjemců PnP	361 077	437 668	549 727	679 021	845 120	1 080 101	1 346 378	1 605 967	1 827 051	2 174 216	2 549 580	606,1 %
Počet uživatelů pobytových sociálních služeb	79 076	99 506	126 601	156 702	201 157	271 539	350 871	420 489	474 028	565 694	676 861	756,0 %
Počet uživatelů ostatních sociálních služeb	50 944	62 641	79 482	99 712	127 279	165 784	207 903	247 089	282 399	337 503	401 290	687,7 %
Počet uživatelů registrovaných sociálních služeb	130 020	162 147	206 083	256 415	328 436	437 323	558 774	667 577	756 427	903 196	1 078 151	729,2 %
Vyplacená částka na PnP (v mld. Kč)	22,12	30,56	44,58	63,06	90,64	136,50	200,45	278,02	362,67	498,34	677,03	2 960,5 %
Veřejné výdaje na služby sociální péče (v mld. Kč)	11,76	16,46	24,13	34,62	51,17	78,71	116,16	160,15	209,25	288,22	397,01	3 276,0 %
Veřejné výdaje na prevenci a poradenství (v mld. Kč)	3,13	4,38	6,42	9,20	13,60	20,93	30,88	42,58	55,63	76,63	105,55	3 276,0 %
Celkové výdaje (v mld. Kč)	37,01	51,39	75,12	106,89	155,41	236,14	347,49	480,75	627,54	863,19	1 179,6	3 087,4 %
Nom. HDP (v mld. Kč)	4 172,8	4 984,5	6 405,6	8 261,6	10 511,9	13 109,0	15 844,2	19 097,3	23 026,0	27 686,2	33 708,8	707,8 %
Podíl na HDP (v %)	0,89 %	1,03 %	1,17 %	1,29 %	1,48 %	1,80 %	2,19 %	2,52 %	2,73 %	3,12 %	3,50 %	294,6 %

Tabulka 12: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby v dlouhodobém horizontu
(Zdroj: vlastní projekce pomocí modelu)



Graf 15: Projekce PnP a veřejných výdajů na sociální služby ve dlouhodobém horizontu (Zdroj: Vlastní projekce pomocí modelu)

Závěr: Predikce modelu varianty vycházející z historického růstu výdajů na sociální služby poukazuje na **výraznou neudržitelnost současného systému financování sociálních služeb**. Výrazný nárůst příjemců PnP a veřejných výdajů na sociální služby v této variantě je způsoben zejména tím, že nárůst počtu příjemců PnP a veřejných výdajů na sociální služby byl ve sledovaném období 2007 – 2013, které představovalo náběhové období pro zavedení institutu PnP, byl růst počtu příjemců PnP a objemu veřejných výdajů extrémní. Aplikace historických měr růstu z tohoto období omezuje vhodnost aplikace tohoto tempa růstu na delší období projekce. Varianta využívající historický vývoj růstu příjemců PnP a veřejných výdajů z období let 2007-2013 předpokládá, že v roce 2064 bude podíl výdajů na sociální služby na nominálním HDP dosahovat více než trojnásobek úrovně v roce 2015.

4.4 Vyhodnocení variant predikce

	Počet příjemců PnP		Počet uživatelů registrovaných služeb		Celkové veřejné výdaje	
	2019	2064	2019	2064	2019	2064
V1: Nulová varianta	397 908	1 134 722	147 417	479 845	39,4	122,2
V2: Konzervativní varianta	400 301	1 194 064	148 304	504 939	44,6	353,0
V3: Varianta založená na historickém růstu	437 668	2 549 580	162 147	1 078 151	51,4	1 179,6

Vzájemným srovnáním zkoumaných variant byla potvrzena nevhodnost modelovat udržitelnost systému financování sociálních služeb pouze na základě demografického vývoje, který nezachycuje tendenční vývoj výdajů na sociální služby. Použití tempa růstu sledovaných proměnných odvíjející na základě historických údajů v letech 2007-2013 je nevhodné z důvodu zavedení PnP v roce 2007, tudíž tempo růstu ve sledovaném období je ovlivněno náběhem nového příspěvku. Konzervativní varianta používá tempa růstu založené na analýze makroekonomického prostředí, demografických trendech a analýze sektoru sociálních služeb. **Konzervativní variantu lze považovat za nejvěrohodnější predikci sledovaných ukazatelů.** Pro stanovení výše potřebných veřejných výdajů na financování sociálních služeb s cílem pokrytí potřeb uživatelů vedoucí k zajištění udržitelnosti systému financování sociálních služeb využívá Zpracovatel v dalších částech konzervativní variantu predikce veřejných výdajů na sociální služby.

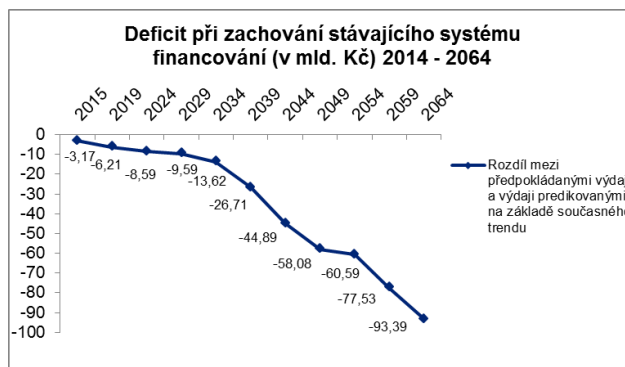
Kvantifikace dopadů demografického vývoje na současný systém financování sociálních služeb

Na základě predikce veřejných výdajů na sociální služby v střednědobém (do roku 2019) a dlouhodobém (do roku 2064) horizontu vyčíslil Zpracovatel předpokládané výdaje na sociální služby složené z výdajů na sociální péči a sociální prevenci a sociální poradenství do roku 2064. V případě nezavedení optimalizace systému financování sociálních služeb ve smyslu zajištění dodatečných zdrojů financování bude v konzervativní variantě odpovídat deficit systému financování sociálních služeb údajům v tabulce níže.

	2015	2019	2024	2029	2034	2039	2044	2049	2054	2059	2064
Celkové veřejné výdaje (v mld. Kč)	35,3	44,59	57,91	73,20	94,56	127,65	166,89	205,13	237,89	290,71	353,0
Nominální HDP (v mld. Kč)	4 172,8	4 984,5	6 405,6	8 261,6	10 511,9	13 109,0	15 844,2	19 097,3	23 026,0	27 686,2	33 708,8
Podíl na HDP (v %)	0,85 %	0,89 %	0,90 %	0,89 %	0,90 %	0,97 %	1,05 %	1,07 %	1,03 %	1,05 %	1,05 %
Výdaje při 0,77 % podílu veřejných výdajů na HDP	32,13	38,38	49,32	63,61	80,94	100,94	122,00	147,05	177,30	213,18	259,56
Deficit při zachování současného podílu výdajů (mld. Kč)	-3,17	-6,21	-8,59	-9,59	-13,62	-26,71	-44,89	-58,08	-60,59	-77,53	-93,39

Tabulka 13: Kvantifikace rizika nezavedení nového systému financování
(Zdroj: Vlastní výpočty z projekce modelu)

V dlouhodobém horizontu naroste deficit ve financování sociálních služeb z 0,05 % v roce 2014 až na 0,28 % nominálního HDP v roce 2064. V roce 2064 může deficit financování sociálních služeb, čili velikost dopadu na státní rozpočet, dosáhnout výši **93,4 mld. Kč**. Kumulovaný deficit v prvních 5 letech (do roku 2019) dosáhne hodnoty **25,3 mld. Kč**.



Graf 16: Kvantifikace dopadů v dlouhodobém horizontu
(Zdroj: Vlastní výpočty dle predikce veřejných výdajů na sociální služby v konzervativní variantě)

5 Výsledky posouzení možnosti většího zapojení soukromých zdrojů do financování sociálních služeb

Předmětem této kapitoly je seznámit čtenáře s výsledky dotazníkového šetření zaměřeného na posouzení ochoty soukromých zdrojů podílet se na financování sociálních služeb vyšší mírou, než je tomu v současnosti⁶¹.

Cílem dotazníkového šetření bylo ověření **následujících hypotéz a nalezení faktorů**⁶² majících vliv na jednotlivé odpovědi:

1. Většina osob se o svého blízkého v případě nutnosti zajištění každodenní péče nepostará sama.
2. Občané budou ochotni vzdát se svého zaměstnání na úkor zajištění péče o své blízké v případě, že jim bude dostatečně kompenzován příjem.
3. Občané budou víc ochotni přispívat na zajištění sociálních služeb využívaných osobou blízkou, než na budoucí využívání sociálních služeb vlastní osobou.
4. V populaci bude nízká míra ochoty přispívat na sociální služby nad rámec stávajících odvodů.

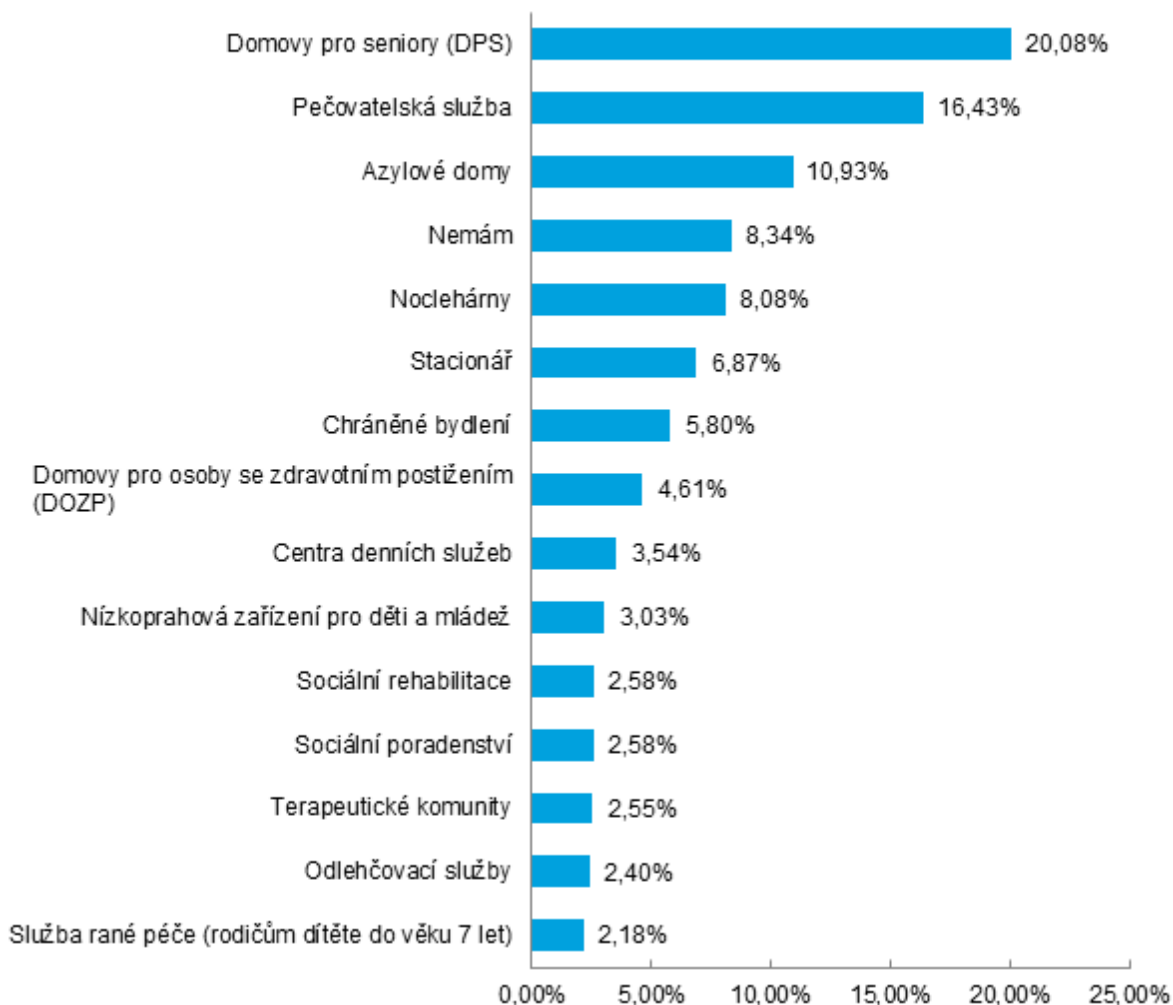
⁶¹ Dotazníkové šetření bylo realizováno metodou PAPI v termínu listopad-prosinec 2014 na vzorku 1000 respondentů. Výběr respondentů proběhl kvótním výběrem, přičemž požadovanými kvótami byly kraj, velikost místa bydliště, pohlaví, věk a vzdělání.

⁶² Jako faktory mající vliv byly vyhodnoceny proměnné, u nichž lze s 95%-ní jistotou říct, že rozdíl nevznikl náhodou, ale lze jej pozorovat i v populaci.

5.1 Zkušenosti respondentů se sociálními službami

1 Zkušenost respondenta (přímé nebo zprostředkované) s některou ze sociálních služeb

Máte zkušenosti at' už přímé nebo zprostředkované s některou ze sociálních služeb?



Graf 17: Zkušenost respondenta (přímé nebo zprostředkované) s některou ze sociálních služeb

Dle zjištění dotazníkového šetření mělo nejvíc respondentů (36,51 %) **zkušenosti se sociálními službami, které jsou poskytované seniorům** (domov pro seniory a pečovatelská služba). Další nejčetnější skupinou (19,01 %) byli **respondenti se zkušenostmi se službami poskytovanými osobám bez přístřeší** (azylové domy a noclehárny). Z vlastního povědomí bez nápovědy respondenti uváděli nejčastěji domovy pro seniory, charitu, hospic a pečovatelské služby. Žádnou zkušenost mělo 5 respondentů a zkušenost s jednou službou 471 respondentů. Vzhledem k pohlaví měli **méně zkušeností se sociálními službami muži než ženy** (rozdíl 4,3 %). V závislosti od věku potvrdilo šetření předpoklad, **že více zkušeností se sociálními službami mají starší osoby**, a to zejména v kategoriích domovy pro seniory, pečovatelskou službu a stacionář.

2 Způsob styku s uvedenou sociální službou

Uveďte prosím, jakým způsobem jste se dostal/a do styku s uvedenou službou.



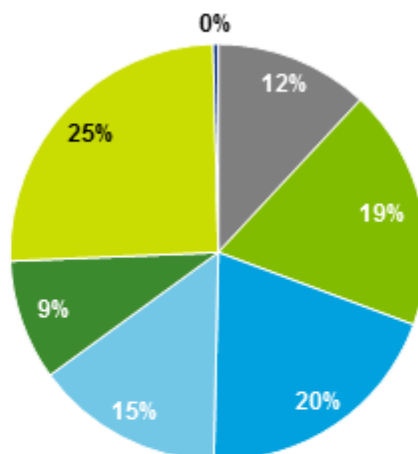
Graf 18: Způsob styku s uvedenou sociální službou

Na otázku ohledně způsobu styku se službou uvedenou v první otázce **pouze 11 % respondentů** odpovědělo, že **službu přímo využívá nebo využívalo**, přičemž se jednalo zejména o respondenty ve věku 61 let a více (15,5 % respondentů z této kategorie), překvapivě následovala kategorie respondentů ve věku 18-25 let (11,4 % z této kategorie). Nejméně osob s přímou zkušeností se sociálními službami (4,3 %) bylo ve věkové kategorii 26-30 let. 2 % respondentů znají uvedenou sociální službu z důvodu, že **pracují** v oblasti poskytování dané služby. Převážná většina respondentů zná uvedenou službu/služby z **médií** (31 %), zprostředkovaně – **využíval ji rodinný příslušník** (29 %), případně **přítel nebo známý** (28 %).

5.2 Preferovaný způsob péče o rodiče/prarodiče

3 Řešení hypotetické situace, ve které je rodič/prarodič upoután na lůžko

Představte si, že je Váš rodič/prarodič upoután na lůžku, protože není schopen se o sebe postarat a velmi omezeně se pohybuje, jakým způsobem byste tuto situaci řešil/a?



- Zajistil/a bych péči o tohoto člena rodiny sám, popřípadě s pomocí dalších příbuzných
- Zajistil/a bych péči o tohoto člena rodiny s občasným využitím sociálních služeb v případě, že bychom na to v rámci rodiny nestačili
- Využil/a bych služeb, které by se o člena rodiny postarali v jeho/jejím domově (terénní služby, pečovatelská služba)
- Využil/a bych služeb, které by se o člena rodiny postarali u mě doma (terénní služby, pečovatelská služba)
- Využil/a bych služeb ambulantního rázu s krátkodobým pobytem (odlehčovací služby, denní stacionář apod.)
- Využil/a bych služeb pobytové sociální péče (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem)
- Jinak

Graf 19: Preferovaný způsob péče o rodiče/prarodiče v případě, že je upoután na lůžko

Na otázku, jakým způsobem by respondent zajistil péči o rodiče/prarodiče v situaci, že by byl rodič/prarodič upoután na lůžko, protože by nebyl schopen se o sebe postarat a velmi omezeně se pohyboval, a tudíž by byl odkázán na neustálou pomoc, **většina respondentů (31 %) odpověděla, že by se pokusila zajistit péči o tohoto člena rodiny sama**, případně s pomocí dalších příbuzných (12 %) nebo s občasným využitím sociálních služeb v případě, že by na to v rámci rodiny nestačili (19%). **Terénní služby**, které by zajistily péči o potřebnou osobu v jejím prostředí nebo v prostředí dotazovaného, by volilo celkem **35 %** respondentů (z toho 20 % v domově potřebné osoby, 15 % v domově respondenta). **25 % respondentů** by volilo využití služeb **pobytové sociální péče** (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem). Pouze **9 % respondentů** by využilo **služeb ambulantního rázu** s krátkodobým pobytem (odlehčovací služby, denní stacionář apod.).

Výsledky dotazníkového šetření poukazují na značné regionální rozdíly v postoji k péči o rodiče/prarodiče upoutaného na lůžko. V Karlovarském a Ústeckém kraji preferuje výrazně většina respondentů variantu **umístění rodiče/prarodiče do zařízení sociálních služeb pobytového charakteru** (82,6 % v Karlovarském kraji, 76,9 % v Ústeckém kraji), což je výrazná disproporce v porovnání s celorepublikovým průměrem (25 %). V Karlovarském

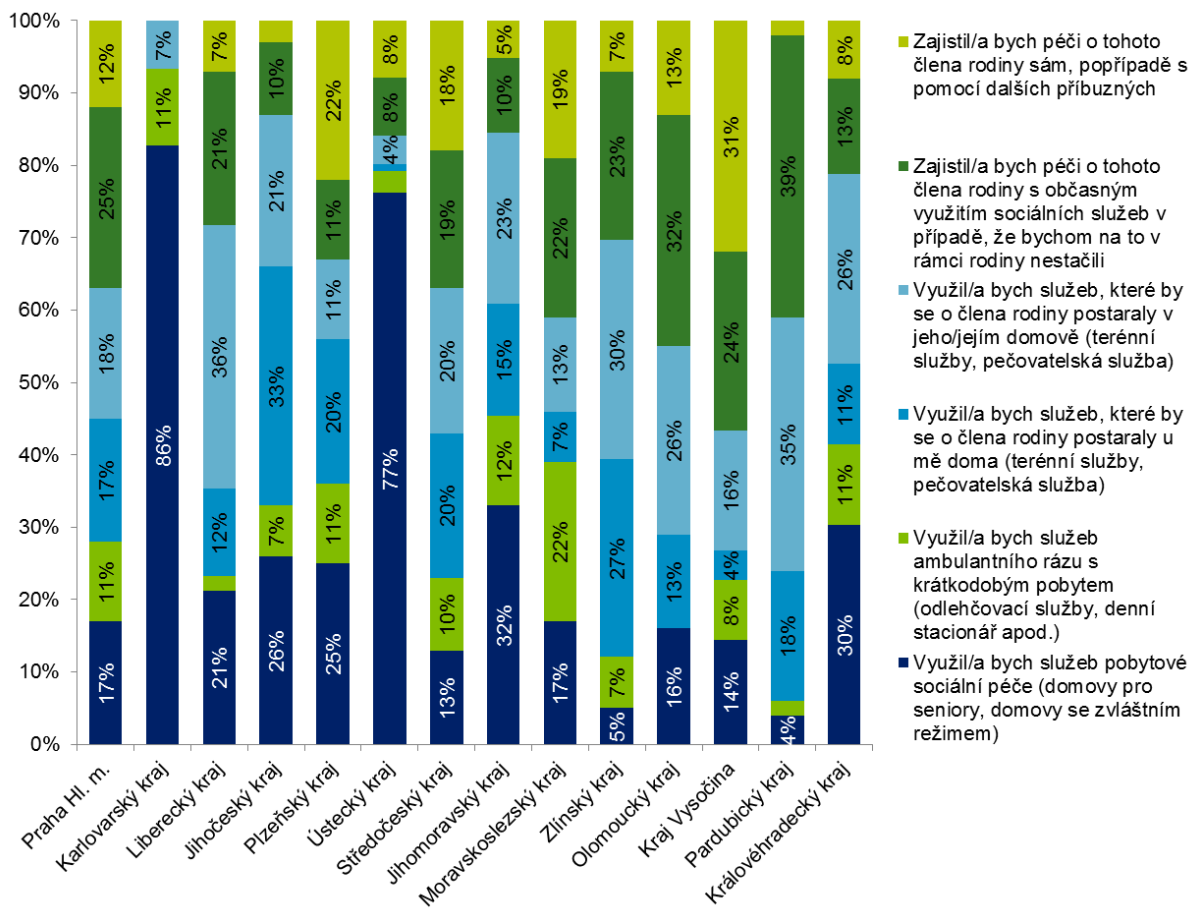
kraji dokonce žádný z respondentů nezmínil možnost, že by se o **rodiče nebo prarodiče upoutaného na lůžko postaral sám v rámci rodiny**. Opačným extrémem jsou výsledky v Pardubickém kraji a Kraji Vysočina, kde se k **využití pobytových služeb** v uvedeném případě přiklánílo pouze 4,1 % respondentů v případě Pardubického kraje a 5,3 % v Kraji Vysočina.

Bez jakékoliv pomoci sociálních služeb by se o rodiče nebo prarodiče v dané situaci chtěli nejvíce postarat obyvatelé z Kraje Vysočina (30,6 %), Plzeňského kraje (21 %), Kraje Vysočina, Moravskoslezského kraje (19,5 %) a Středočeského kraje (18,3 %). **Péči doma v kombinaci s občasným využitím terénních služeb** oproti celorepublikovému průměru (19 %) výrazněji preferovali respondenti v Pardubickém (38,8 %) a Olomouckém kraji (32,3 %).

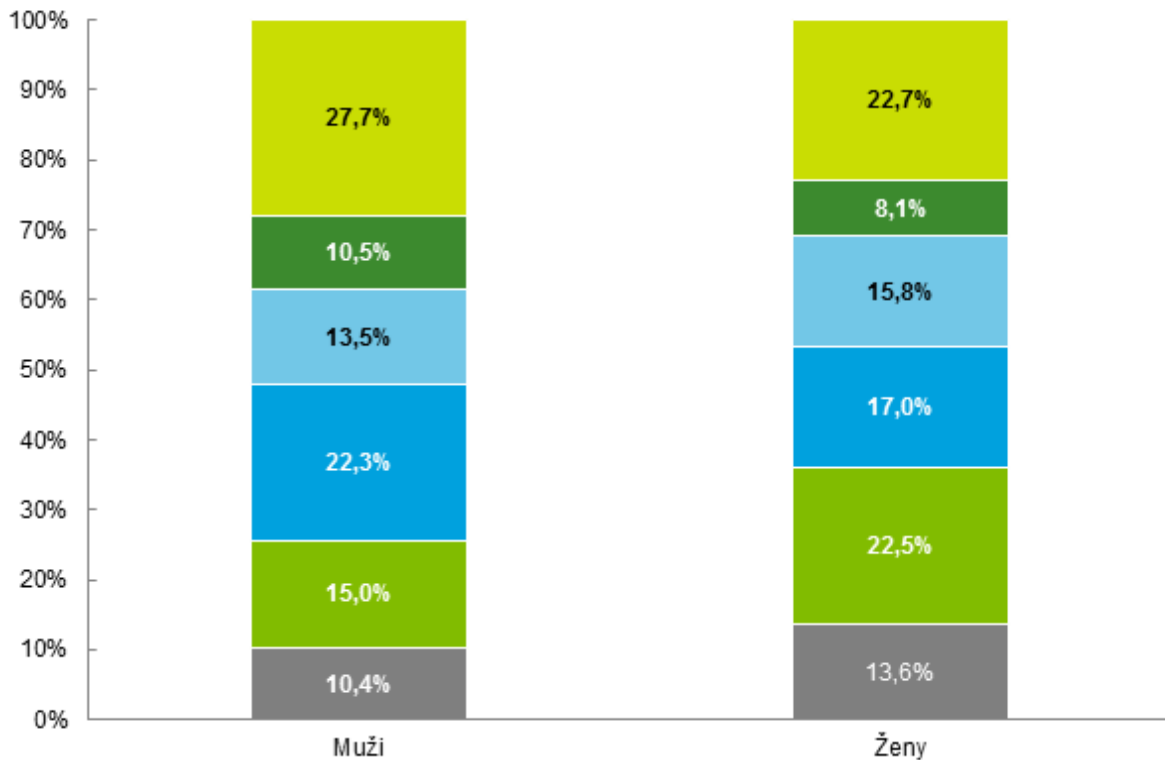
Preference způsobu péče v případě, že by byl rodič/prarodič upoután na lůžko, v členění dle krajů, je zobrazena na následujícím grafu.

Značná regionální disproporce mezi kraji může být způsobena dvěma významnými faktory, které jsou spatřovány v ČR z pohledu socioekonomických odlišností. Ústecký kraj je typický svou **vysokou nezaměstnaností**, která může být důvodem, proč obyvatelé kraje nejsou ochotni vzdát se práce kvůli péči o rodinného příslušníka, resp. z důvodu **nižšího příjmu** nejsou schopni zabezpečit **vhodné podmínky k pečování o rodiče/prarodiče v domácím prostředí** a preferují ústavní péči. Druhým faktorem je přístup k **pojetí rodiny** a rolí v rámci ní. Nepříznivá ekonomická situace může vést k narušení vztahů v rodině, což může mít za následek **nízkou odpovědnost vůči rodičům/prarodičům**. Na druhé straně, obyvatelé Pardubického kraje a Kraje Vysočina žijí na relativně vysoké ekonomické úrovni ve srovnání s Karlovarským nebo Ústeckým krajem, takže pojetí rodiny z jejich pohledu je mnohem významnější, na což má vliv také rostoucí **podíl věřících osob směrem ze západu na východ ČR**.⁶³

⁶³Regionální informační servis, zdroj dostupný z: <http://www.risy.cz/cs/krajske-ris/kraj-vysocina/kraj/hospodarske-prostredi/makroekonomicke-ukazatele/>



Graf 20: Preferovaný způsob péče o rodiče/prarodiče v případě, že je upoután na lůžko, v členění dle krajů



- Využil/a bych služeb pobytové sociální péče (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem)
- Využil/a bych služeb ambulantního rázu s krátkodobým pobytem (odlehčovací služby, denní stacionář apod.)
- Využil/a bych služeb, které by se o člena rodiny postarali u mě doma (terénní služby, pečovatelská služba)
- Využil/a bych služeb, které by se o člena rodiny postarali v jeho/jejím domově (terénní služby, pečovatelská služba)
- Zajistil/a bych péči o tohoto člena rodiny s občasným využitím sociálních služeb v případě, že bychom na to v rámci rodiny nestačili
- Zajistil/a bych péči o tohoto člena rodiny sám, popřípadě s pomocí dalších příbuzných

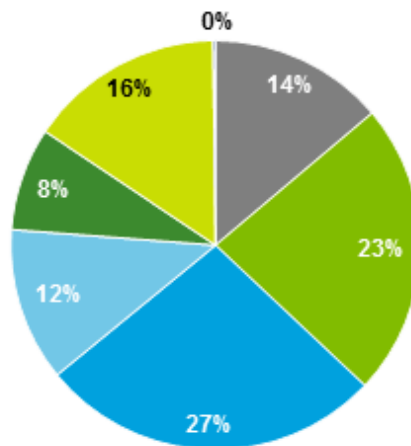
Graf 21: Preferovaný způsob péče o rodiče/prarodiče v případě, že je upoután na lůžko, v členění dle pohlaví

Dalším faktorem ovlivňujícím preferenci péče o rodiče/prarodiče v případě, že je upoután na lůžko, je dle výsledků dotazníkového šetření **náboženství**. V porovnání s celorepublikovým průměrem se o 7,4 % více věřících osob přiklání k variantě postarat se o rodiče/prarodiče samostatně. Věřící osoby zároveň méně často volili variantu **pobytových služeb** (15,5 % méně než v případě nevěřících).

Další faktory jako vzdělání, věk, rodinný stav, ekonomický status a příjem jedince neměly výraznější vliv na preferenci péče o rodiče/prarodiče v případě, že by byl upoután na lůžko.

4 Řešení hypotetické situace, ve které rodič/prarodič potřebuje asistenci

Představte si, že Váš rodič/prarodič potřebuje asistenci, například při podání léků, stravy, zajištěním hygieny atd., jakým způsobem byste tuto situaci řešil/a?



- Zajisti/a bych péči o tohoto člena rodiny sám, popřípadě s pomocí dalších příbuzných
- Zajisti/a bych péči o tohoto člena rodiny s občasným využitím sociálních služeb v případě, že bychom na to v rámci rodiny nestačili
- Využi/a bych služeb, které by se o člena rodiny postarali v jeho/jejím domově (terénní služby, pečovatelská služba)
- Využi/a bych služeb, které by se o člena rodiny postarali u mě doma (terénní služby, pečovatelská služba)
- Využi/a bych služeb ambulantního rázu s krátkodobým pobytem (odlehčovací služby, denní stacionář apod.)
- Využi/a bych služeb pobytové sociální péče (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem)
- Jinak

Graf 22: Řešení hypotetické situace, ve které rodič/prarodič potřebuje asistenci

Na otázku, jakým způsobem by respondent zajistil péči o rodiče/prarodiče v situaci, že by potřeboval asistenci, například při podávání léků, stravy, zajišťování hygieny, volila převážná většina respondentů (39 %) **využití terénních služeb**, které by se postaraly o člena rodiny v **jeho domově** (27 %), případně v **domově respondenta** (12 %). Další preferovanou variantou bylo zajištění péče o člena rodiny s **občasným využitím sociálních služeb** v případě, že by na to v rámci rodiny nestačili (23 %). 14 % respondentů by se o člena rodiny **postaralo samostatně**. **Pobytové služby sociální péče** by v tomto případě využilo pouze 16 % respondentů, **služby ambulantního rázu s krátkodobým pobytem** pouze 8 % respondentů.

I v tomto případě lze spatřovat značné rozdíly v preferenci péče napříč kraji. V porovnání s celorepublikovým průměrem se respondenti v **Praze** nadprůměrně přiklíněli k využití **pobytových sociálních služeb** (38,8 % respondentů, o 22 % více než v ČR celkem). Druhou nejčastěji preferovanou variantou v Praze byla možnost, kdy by se o svého rodiče nebo prarodiče vyžadujícího asistenci postarali sami v **rámci rodiny s občasným využitím sociálních služeb** (18,2 % respondentů).

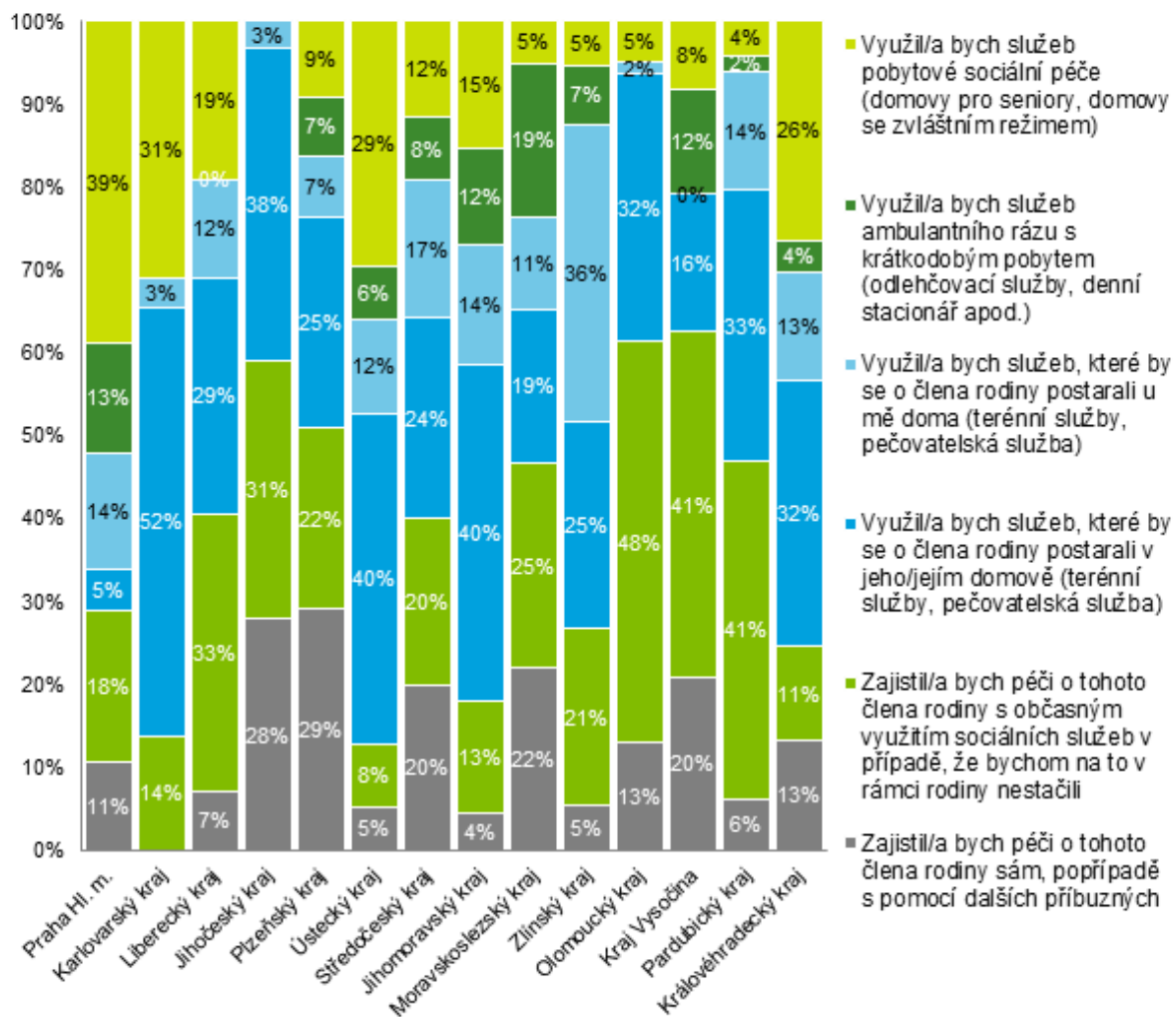
Poskytnutí péče pouze v rámci rodiny by v porovnání s celorepublikovým průměrem (14 %) výrazněji preferovali respondenti z Plzeňského kraje (29,1 %), Jihočeského kraje (27,9 %), Moravskoslezského kraje (22 %) a Středočeského kraje (20 %).

Z hlediska analyzování nejčastěji zmiňovaných odpovědí – **zajištění péče o člena rodiny s občasným využitím sociálních služeb** v případě, že by na to v rámci rodiny nestačili, a **využití služeb, které by se o člena rodiny**

postaraly v jeho/jejím domově – je první z uvedených odpovědí v porovnání s celorepublikovým průměrem (23 %) výrazně nižší v Jihočeském kraj (7,7 %) a Jihomoravském kraji (13,5 %), výskyt druhé z uvedených odpovědí je oproti celorepublikovému průměru (27 %) podprůměrný v Praze, kde tuto možnost volilo pouze 5 % respondentů, a v Moravskoslezském kraji (18,6 %).

Vysoké procento respondentů v Praze preferujících **pobytové služby** může být způsobeno vysokou **nabídkou pobytových sociálních služeb** v okolí Prahy a celkově **rozvinutou sítí** poskytovatelů sociálních služeb. Další důvody jsou vysoký příjem obyvatel v Praze a okolí a **podmínky (pracovní, bytové), které nepodporují péči o člena v domácím prostředí**, ani ve formě pečovatelské služby, protože **vícegenerační domovy** tady existují spíše raritně. Je to více typické pro menší města a obce. Preference domácí péče při asistenci preferují kraje, ve kterých je silnější **důraz na důležitost rodiny**, a jsou na **ekonomicky vyšší úrovni**. V některých krajích s vysokým počtem malých obcí s nízkou mírou anonymity, může být averze vůči externí asistenci při péči o člena rodiny ovlivněná **obavou z odsouzení ostatních za to, že nejsou schopní se o svého rodinného příslušníka postarat sami**.

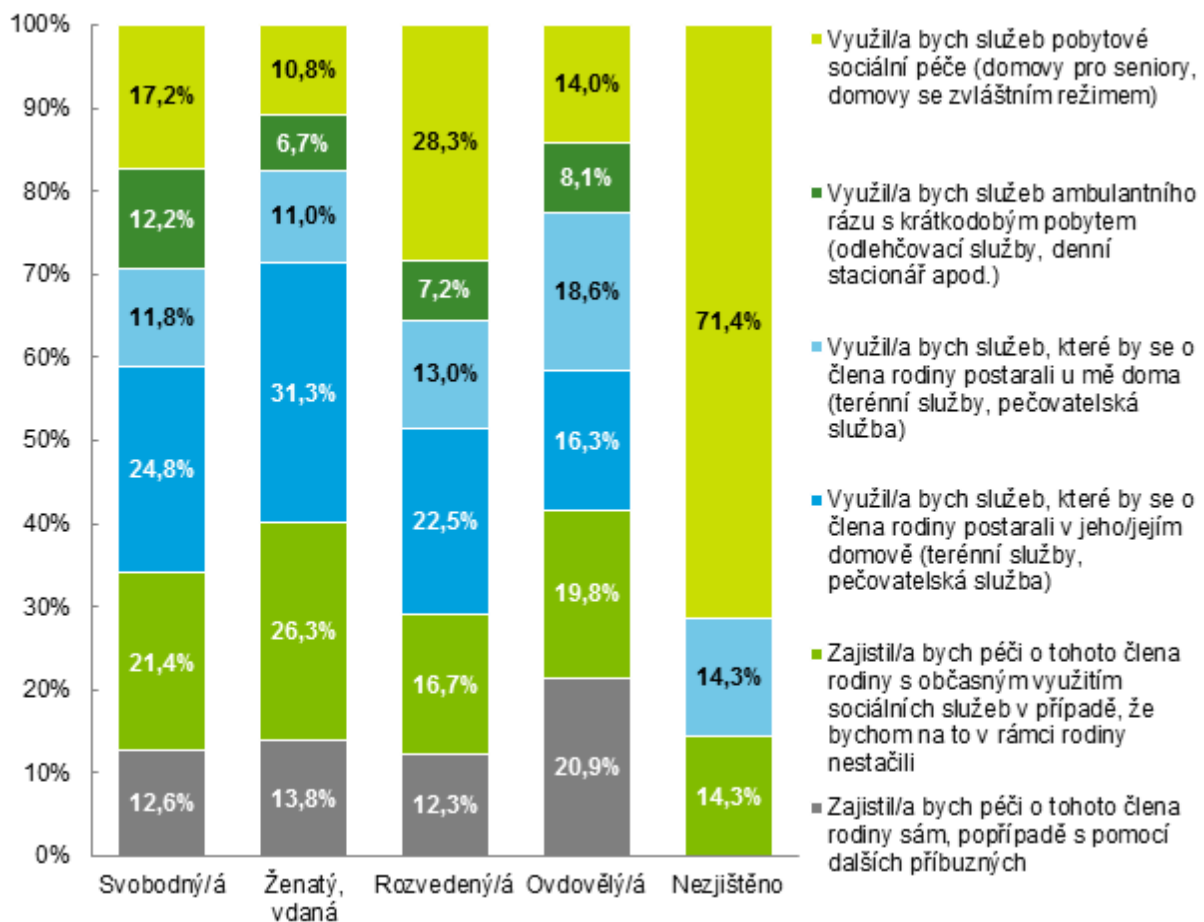
Preference způsobu péče v případě, že rodič/prarodič potřebuje asistenci, v členění dle krajů, je zobrazena na následujícím grafu.



Graf 23: Preferovaný způsob péče o rodiče/prarodiče v případě, že potřebuje asistenci, v členění dle krajů

Z hlediska **pohlaví** inklinovaly k variantám, kdy by se o člena rodiny spíše postaraly samy v rodinném okruhu více **ženy** než **muži**. V rámci **rodiny by se o své prarodiče vyžadující asistenci** postaralo 17,2 % **žen** oproti 10,5 % **mužů**. V případě spolupráce rodinných příslušníků a sociálních služeb byl rozdíl mezi muži (20,1 %) a ženy (26,4 %) velmi podobný. U mužů naopak převládala preference **využívání služeb sociální péče, a to jak terénních, tak pobytových**.

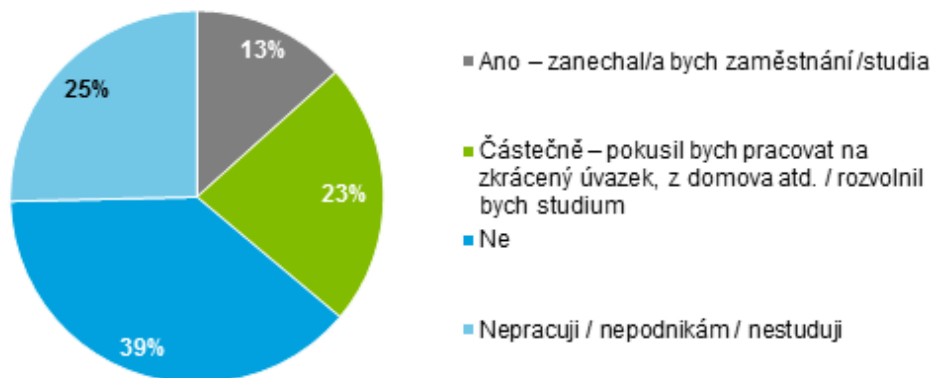
Dalším faktorem ovlivňujícím preferenci způsobu péče o rodiče/prarodiče v případě, že potřebuje asistenci, je **rodinný stav**. Dle výsledků šetření se respondenti z řad **vdaných/ženatých** kloní k využívání terénních sociálních služeb – 31,3 % by volilo variantu péče o osobu v jejím domě s využitím terénních sociálních služeb (nadprůměrné vzhledem k celorepublikovému průměru 27 %), 26,3 % by volilo variantu péče v rámci rodiny s občasným využitím sociálních služeb (nadprůměrné vzhledem k celorepublikovému průměru 23 %). Respondenti z řad **rozvedených** se naopak nejvíce klonili k možnosti využívání pobytových sociálních služeb (28,3 %, výrazný nadprůměr v porovnání s celorepublikovou četností této varianty 16 %). Preference způsobu péče v případě, že rodič/prarodič potřebuje asistenci, v členění dle rodinného stavu, je zobrazena na následujícím grafu.



Graf 24: Preferovaný způsob péče o rodiče/prarodiče v případě, že potřebuje asistenci, v členění dle rodinného stavu

5.3 Ochota vzdát se zaměstnání/podnikání/studia z důvodu péče o rodinného příslušníka

Dovedete si představit, že byste se kvůli péči o rodinného příslušníka vzdal/a svého zaměstnání/podnikání/studia?



Graf 25: Ochota vzdát se zaměstnání/podnikání/studia z důvodu péče o rodinného příslušníka

Na otázku, zda by byl respondent ochoten vzdát se kvůli péči o rodinného příslušníka svého zaměstnání/podnikání/studia, uvedlo 39 % respondentů, že by se zaměstnání/podnikání/studia nevzdalo, 23 % respondentů by se vzdalo částečně – pokusilo by se pracovat na zkrácený úvazek, z domova, rozvolnili by studium, 13 % respondentů by se zaměstnání vzdalo⁶⁴. Zbývající část (25 %) nepracuje, nepodniká ani nestuduje.

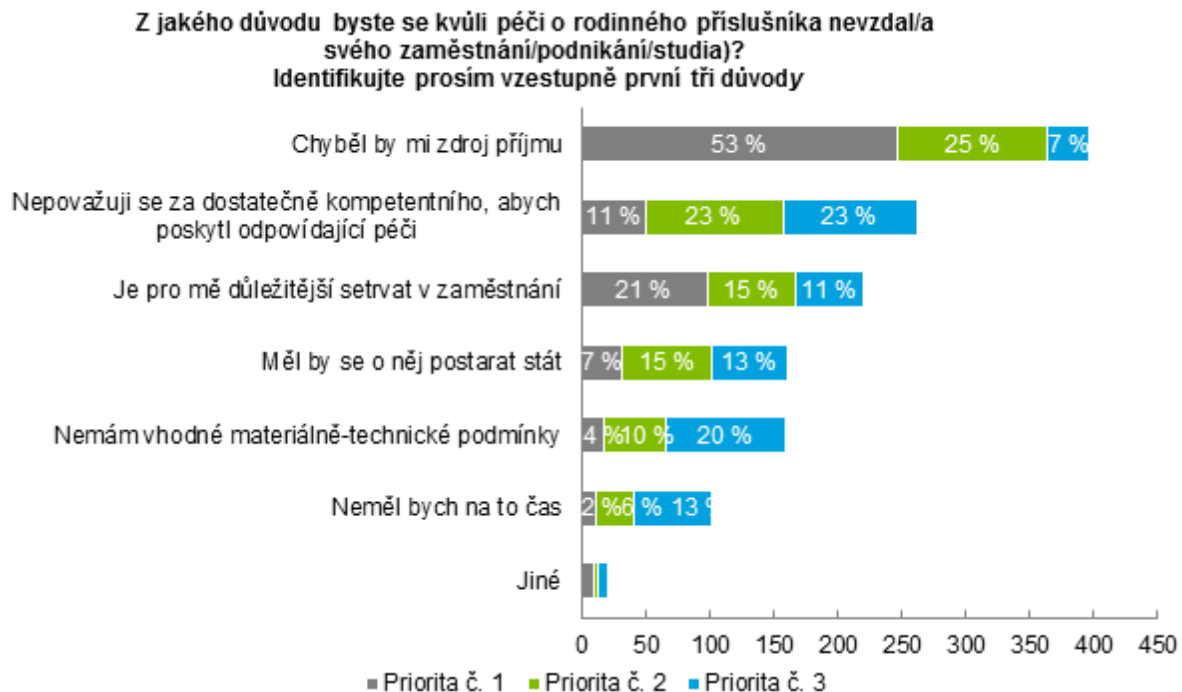
Postoj k možnosti vzdání se zaměstnání/podnikání/studia kvůli péči o rodinného příslušníka je ovlivňován řadou faktorů. Na základě provedených statistických analýz lze tvrdit, že ochotu vzdát se zaměstnání ovlivňují bydliště, pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav, víra, ekonomický status a příjem.

V závislosti od výše zmíněných faktorů je dle výsledků dotazníkového šetření „**typickým**“ respondentem, který by nebyl ochoten vzdát se zaměstnání/podnikání/studia kvůli péči o rodinného příslušníka **muž ve věku 26 – 50 let, vysokoškolsky vzdělaný (titul Bc. a Mgr.), s dětmi, svobodný, bez vyznání, s příjmem v rozmezí mezi 14 000 – 30 000 Kč, jenž je podnikatelem nebo zaměstnancem a bydlí v Karlovarském, Libereckém, Plzeňském, Ústeckém nebo Jihomoravském kraji.**

Naopak „**typický**“ respondent ochotný vzdát se zaměstnání/podnikání/studia je **žena, věřící, studentka/zaměstnankyně/pracující studentka nebo důchodkyně ze Středočeského, Moravskoslezského, Zlínského kraje nebo Kraje Vysočina.**

⁶⁴ Tato hodnota koresponduje s otázkou, kde 12 % respondentů uvedlo, že by se o rodinného příslušníka postarali sami.

5 Důvody pro nevzdání se zaměstnání/podnikání/studia z důvodu péče o rodinného příslušníka



Graf 26: Důvody pro nevzdání se zaměstnání/podnikání povolání/studia z důvodu péče o rodinného příslušníka

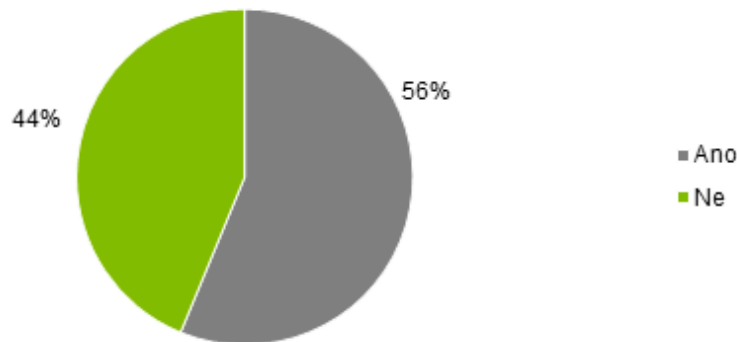
Pokud respondenti uvedli, že by **se nevzdali svého zaměstnání/podnikání/studia**, byli dotazováni na důvody této skutečnosti. Nejčastějším důvodem neochoty respondentů vzdát se svého zaměstnání na úkor péče o rodinného příslušníka byla skutečnost, že by jim **chyběl zdroj příjmů** (53 % - 1. priorita, 25 % - 2. priorita a 7 % - 3. priorita). Tento důvod byl zároveň nejčastější první prioritou zdůvodnění. Dalšími důvody byly skutečnost, že se **nepovažuje za dostatečně kompetentního**, aby poskytoval odpovídající péči (11 %, 23 % a 23 %), a skutečnost, že je pro něj **důležitější setrvat v zaměstnání** (21 %, 15 % a 11 %). Nejméně zmiňovanými prioritami byly **nedostatek času** (2 %, 6 % a 13 %), **nedostatek vhodných materiálně-technických podmínek** (4 %, 10 % a 20 %) a skutečnost, že by se **měl postarat stát** (7 %, 15 % a 13 %).

Pokud respondenti uvedli, že by se nevzdali svého zaměstnání/podnikání/studia, byli dotazováni na skutečnosti, které by změnily jejich názor. Největší část respondentů uvedla, že by jejich **názor nezměnilo nic**, a to z důvodu, že by se o rodinného příslušníka nedokázali postarat. Pokud by byli respondenti ochotni názor změnit, podmínkou by byla dostatečná finanční kompenzace a možnost práce z domova.

5.4 Ochota přispívat rodinnému příslušníkovi

6 Ochota přispívat rodinnému příslušníkovi na čerpání sociálních služeb

Byl/a byste ochoten/a přispívat rodinnému příslušníkovi na čerpání sociální péče?



Graf 27: Ochota přispívat rodinnému příslušníkovi na čerpání sociálních služeb

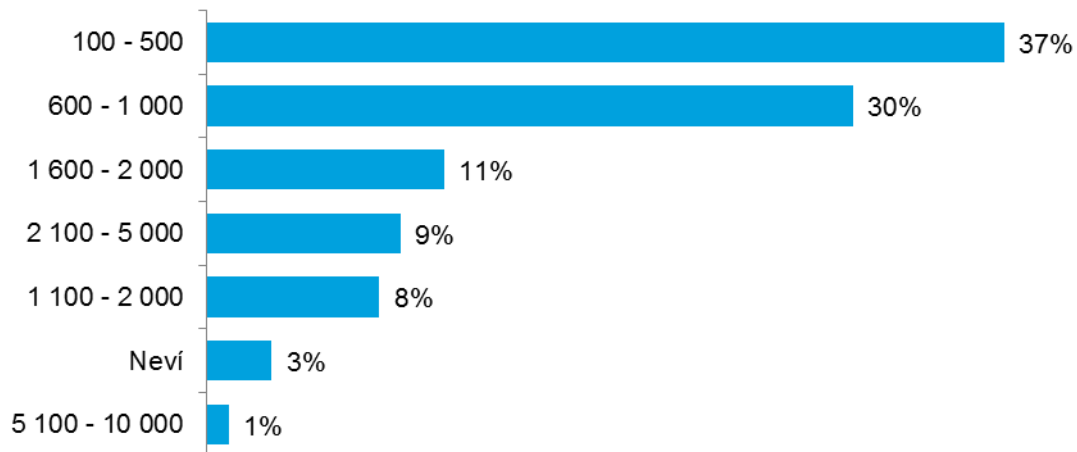
56 % respondentů dotazníkového šetření **by bylo ochotno přispívat** na čerpání sociálních služeb rodinným příslušníkem, **44 % respondentů nikoliv**.

Z hlediska struktury osob ochotných přispívat je patrné, že ochotu přispívat rodinnému příslušníkovi na čerpání sociální péče, ovlivňují místo bydliště, věk, vzdělání, rodinný stav, ekonomický status a příjem.

V závislosti od výše zmíněných faktorů je dle výsledků dotazníkového šetření „**typickým**“ **respondentem, který je ochoten přispívat** rodinnému příslušníkovi na čerpání sociálních služeb, osoba ve věku **31 – 40 let, magisterského a vyššího vzdělání, ženatý/vdaná, podnikatel nebo zaměstnanec s příjmem 14 000 Kč a více bydlící v Praze, Libereckém, Plzeňském, Olomouckém kraji nebo Kraji Vysočina**. Naopak „**typickým**“ **respondentem, který není ochoten přispívat** rodinnému příslušníkovi na čerpání sociálních služeb, je osoba ve věkové kategorii 18 – 25 let nebo 61 let a více, základního vzdělání, rozvedená nebo ovdovělá, student/učeň/důchodce bydlící v Zlínském, Pardubickém, Středočeském, Ústeckém, Jihočeském a Karlovarském kraji.

7 Výše měsíčního příspěvku na čerpání sociálních služeb rodinným příslušníkem

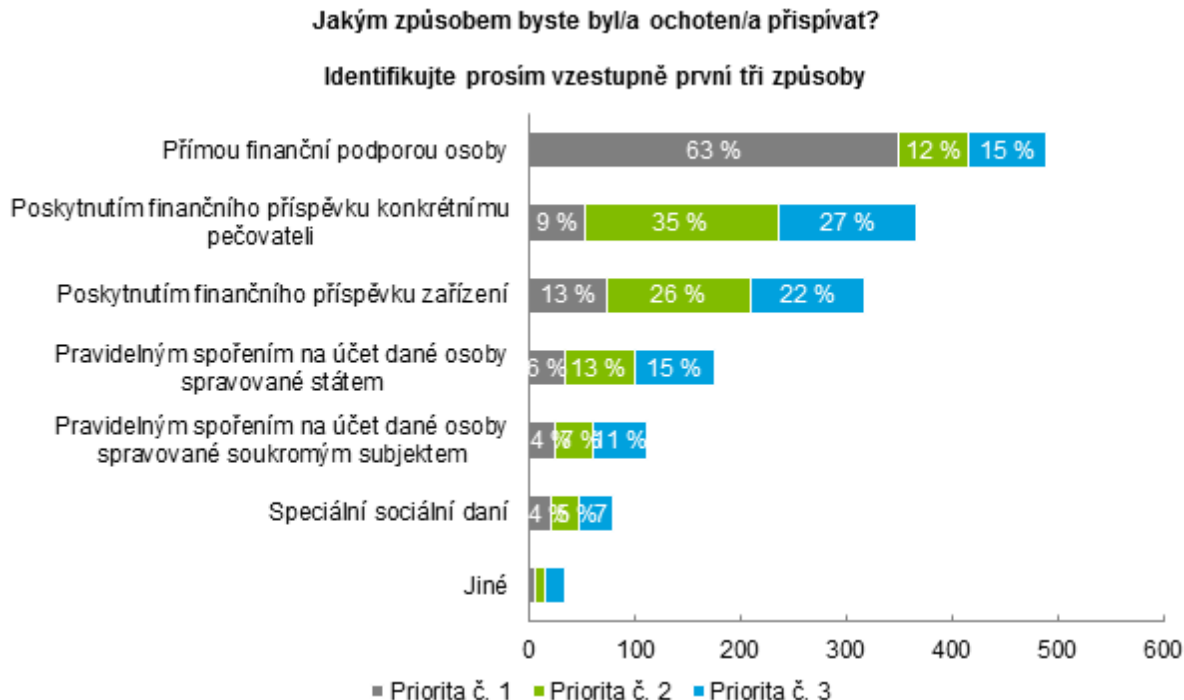
Jakou částku byste byl/a ochoten/ná měsíčně přispívat? (ve stovkách Kč)



Graf 28: Výše měsíčního příspěvku na čerpání sociálních služeb rodinným příslušníkem

Pokud respondenti uvedli, že jsou ochotni přispívat na sociální služby čerpané rodinnými příslušníky, byli dotazováni na výši částky, kterou by byli ochotni přispívat měsíčně. **Největší část** respondentů (37 %) by byla ochotna přispívat částkou **100 – 500 Kč**, 30 % respondentů částkou **500 – 1 000 Kč**, 11 % částkou **1 500 – 2 000 Kč**, 9 % respondentů částkou **2 000 – 5 000 Kč**, 8 % respondentů částkou **1 100 – 1 500 Kč**, 1 % částkou **5 100 – 10 000 Kč**, 3 % respondentů nebylo schopno posoudit. V rámci hodnocení faktorů ovlivňujících výši částky, kterou jsou respondenti ochotni přispívat, nebyla prokázána závislost na žádném z posuzovaných faktorů.

8 Preferovaný způsob přispívání na čerpání sociálních služeb rodinným příslušníkem

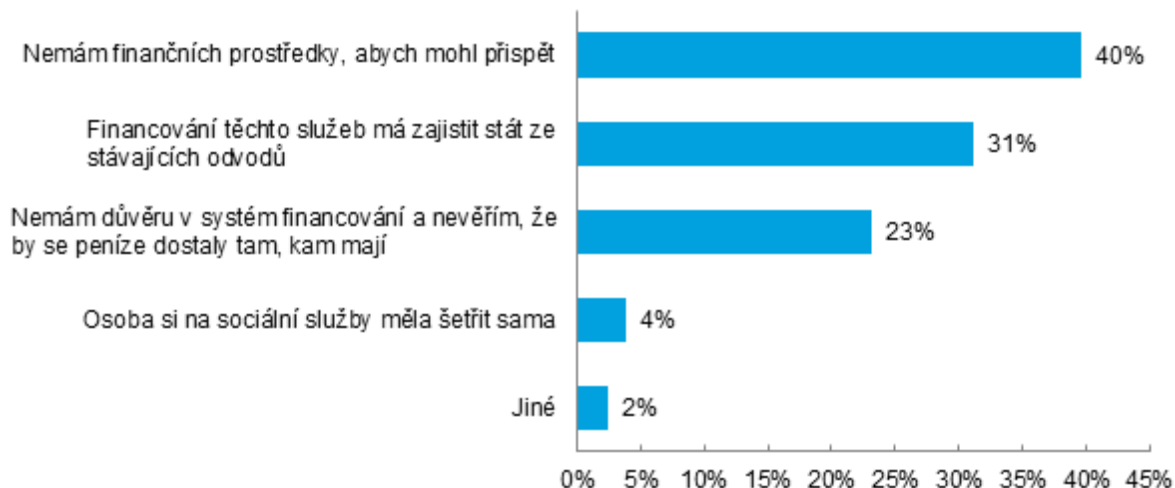


Graf 29: Preferovaný způsob přispívání na čerpání sociálních služeb rodinným příslušníkem

Pokud respondenti uvedli, že jsou ochotni přispívat na sociální služby čerpané rodinnými příslušníky, byli dotazováni na preferovaný způsob přispívání. Nejvíce preferovaným způsobem byla přímá finanční podpora osoby (63 % - 1. priorita, 12 % - 2. priorita a 15 % - 3. priorita). Tento způsob byl zároveň nejčastěji uváděn jako první priorita. Dalšími preferovanými způsoby přispívání bylo poskytnutí finančního příspěvku konkrétnímu pečovateli (9 %, 35 % a 27 %), poskytnutí příspěvku zařízení (13 %, 26 % a 22 %), pravidelným spořením na účet dané osoby spravovaný státem (6 %, 13 % a 15 %). Nejméně preferovanými způsoby přispívání byla speciální sociální daň (4 %, 5 % a 7 %) a pravidelné spoření na účet dané osoby spravované soukromým subjektem (4 %, 7 % a 11 %).

9 Důvody neochoty přispívat na čerpání sociálních služeb rodinným příslušníkem

Z jakého důvodu byste odmítl/a přispět?



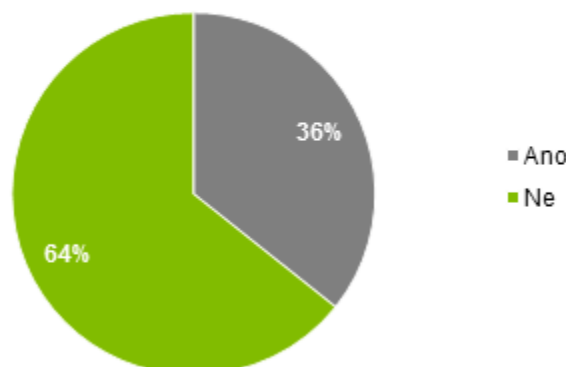
Graf 30: Důvody neochoty přispívat na čerpání sociálních služeb rodinným příslušníkem

V případě, že respondenti uvedli, že nejsou ochotni přispívat na čerpání sociálních služeb rodinným příslušníkem, byli dotazováni na důvody. Nejčastějším důvodem neochoty přispívat, který uvedlo 40 % respondentů, byl **nedostatek finančních prostředků**. Dalšími nejčastějšími důvody bylo tvrzení, že by financování těchto služeb měl **zajistit stát ze stávajících odvodů** (31 % respondentů) a **nedůvěra v systém financování a v to, že by se peníze dostaly tam, kam mají** (23 %) respondentů.

5.5 Ochota spořit si na možné budoucí čerpání sociálních služeb

10 Ochota spořit si na možné budoucí čerpání sociálních služeb

Byl/a byste ochoten/a Vy sám/a si v současné chvíli přispívat na možné budoucí čerpání sociální péče?

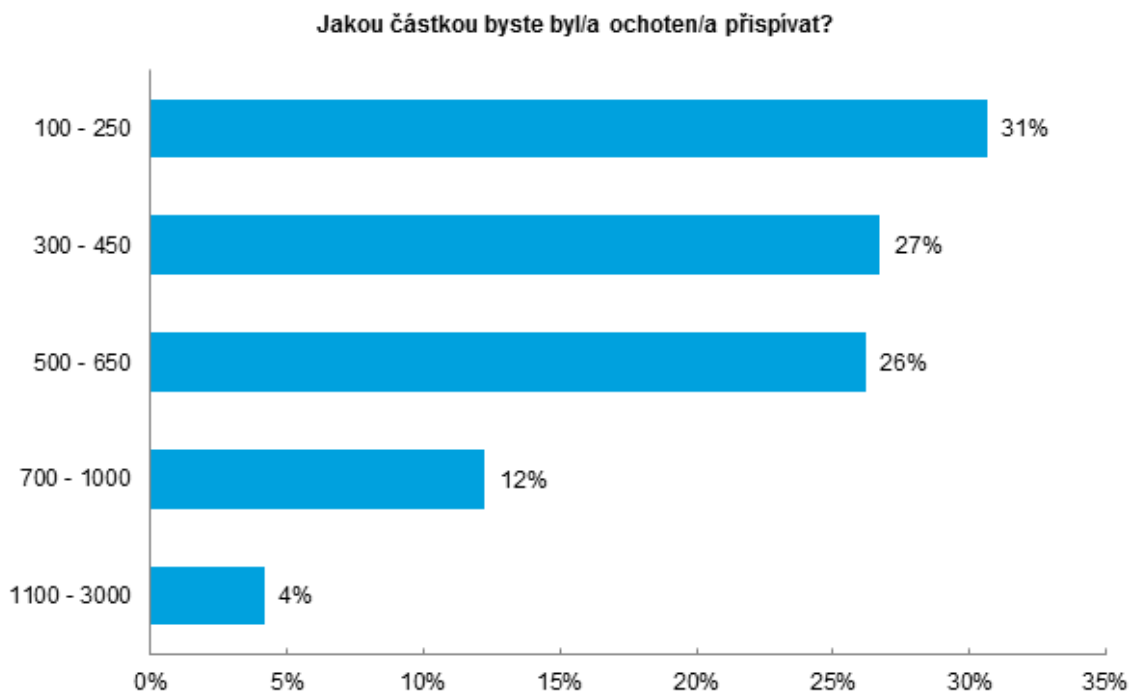


Graf 31: Ochota spořit si na možné budoucí čerpání sociálních služeb

Pouze 36 % respondentů dotazníkového šetření vyjádřilo **ochotu spořit** si na budoucí čerpání sociální péče vlastní osobou. Ve srovnání s ochotou přispívat na čerpání sociálních služeb rodinným příslušníkem je tak patrné, že **ochota přispívat** na sociální služby čerpané rodinnými příslušníky je tak **výrazně (o 20 %) vyšší** než ochota přispívat na budoucí čerpání sociálních služeb vlastní osobou. Faktory ovlivňující ochotu spořit si na budoucí

čerpání sociálních služeb vlastní osobou jsou bydliště, věk, vzdělání, rodinný stav, ekonomický status a příjem. V závislosti od uvedených faktorů je „typickým“ občanem ochotným si spořit na budoucí čerpání sociálních služeb občan ve věku 31 – 40 let nebo 51 – 60 let, ženatý/vdaná, podnikatel nebo zaměstnanec s příjmem vyšším než 14 000 Kč, který má vyšší odborné vzdělání a vyšší, bydlící v Praze, Libereckém, Olomouckém, Jihomoravském nebo Královéhradeckém kraji. Naopak „typický“ občan, který by nebyl ochoten si spořit, je občan ve věku 61 let a více s dokončeným základním vzděláním, ovdovělý, s příjmem do 14 000 Kč, bydlící v Jihočeském, Středočeském, Zlínském kraji nebo Kraji Vysočina.

11 Výše částky, kterou by si byl respondent ochoten měsíčně spořit na budoucí čerpání sociálních služeb

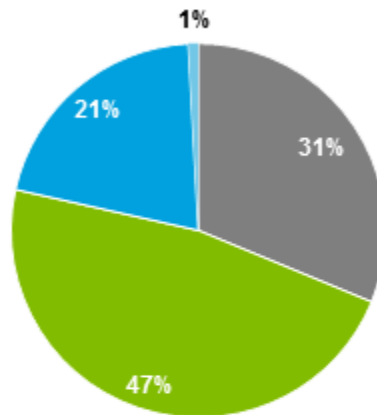


Graf 32: Výše částky, kterou by si byl respondent ochoten měsíčně spořit na budoucí čerpání sociálních služeb

84 % respondentů ochotných spořit si na budoucí čerpání sociálních služeb uvedlo, že by přispívali 100 – 650 Kč, z toho 31 % respondentů by spořilo 100 – 250 Kč, 27 % respondentů 300 – 450 Kč a 26 % respondentů 500 – 650 Kč. Pouze 12 % respondentů by bylo ochotno spořit 700 – 1 000 Kč a pouhé 4 % ve výši 1 100 – 3 000 Kč. Nejpreferovanějším způsobem spoření bylo **soukromé spoření**, kdy pro tento způsob se vyslovilo 47 % respondentů ochotných si spořit.

12 Preferovaný způsob spoření na budoucí čerpání sociálních služeb

Jakým způsobem byste byl/a ochoten/a přispívat?



- Přímým odvodem ze mzdy na zvláštní účet určený pro financování sociálních služeb – speciální sociální daň
- Soukromým spořením
- Státním spořením
- Jiné

Graf 33: Preferovaný způsob spoření na budoucí čerpání sociálních služeb

Z celkového počtu respondentů **ochotných spořit** si na budoucí čerpání sociálních služeb by téměř polovina (47 %) preferovala **soukromé spoření**, třetina přímý **odvod ze mzdy** na zvláštní účet určený pro financování sociálních služeb – speciální sociální daň (31 %), 21 % respondentů by preferovalo **státní spoření**.

13 Důvod neochoty spořit si na budoucí čerpání sociálních služeb

Z jakého důvodu byste nebyl/a ochoten přispívat?



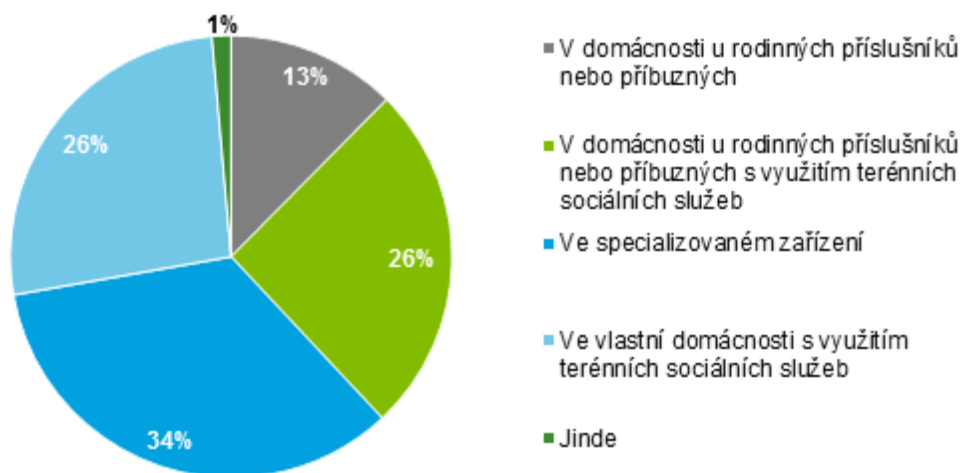
Graf 34: Důvod neochoty si spořit si na budoucí čerpání sociálních služeb

V případě, že respondenti nebyli ochotni spořit si na budoucí čerpání sociálních služeb (64 % respondentů), byly nejčastějšími důvody názor, že **financování těchto služeb má zajistit stát (26 %)**, **nedostatek finančních prostředků (22 %)**, skutečnost, že **stávající odvody státu** (zdravotní a sociální pojištění – 19 %) a **daně (14 %)** **považují za dostatečně vysoké**. Pouze 9 % respondentů není ochotno spořit vzhledem k obavě z **neefektivy spoření** (např. nižší výnos v porovnání s komerčním spořením). Stejný počet respondentů není ochoten spořit z důvodu, že systém financování sociální péče pro něj není transparentní.

5.6 Představa respondenta o strávení stáří

14 Představa respondenta o strávení stáří v případě, že se o sebe nebude schopen postarat

Představte si, že Vy sám/a se nebudete schopen/a ve stáří o sebe postarat, jak byste chtěl/a strávit stáří vy v takovéto situaci?



Graf 35: Představa respondenta o strávení stáří v případě, že se o sebe nebude schopen postarat

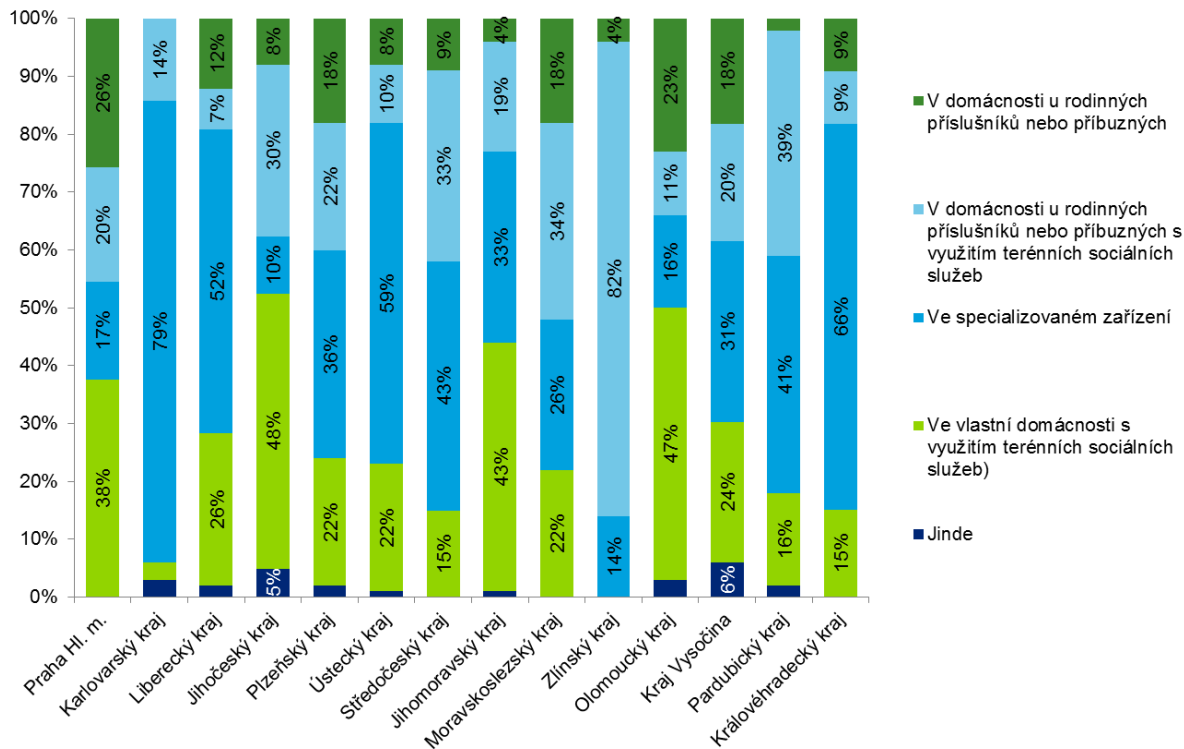
Nadpoloviční většina respondentů (52 %) by v případě, že se o sebe nebude schopna postarat, **chtěla strávit stáří ve vlastní domácnosti (26 %) nebo v domácnosti u rodinných příslušníků (26 %) za využití terénních sociálních služeb**. Více než třetina respondentů (34 %) by v tomto případě chtěla strávit stáří **ve specializovaném zařízení**. Pouze 13 % respondentů by chtěla strávit stáří **v domácnosti u rodinných příslušníků nebo příbuzných bez využití sociálních služeb**.

Faktory ovlivňující preferenci strávení stáří v případě, že se o sebe nebudou moct postarat, **jsou místo bydliště, věk, vzdělání, víra, ekonomický status a příjem**.

Více než třetina respondentů z Prahy (38 %) preferuje strávení stáří ve vlastní domácnosti s **využitím terénních sociálních služeb**, což je o 12 % více v porovnání s celorepublikovým průměrem. 25,6 % respondentů (o 12,6 % více v porovnání s celorepublikovým průměrem) by preferovalo strávit stáří v domácnosti u rodinných příslušníků nebo příbuzných bez využití sociálních služeb, což představovalo největší preferenci této možnosti v rámci celé ČR. Na druhé straně v Karlovarském, Libereckém, Ústeckém a Královéhradeckém kraji preferovala vždy nadpoloviční většina respondentů v případě, že se o sebe nebudou schopni postarat, strávení **stáří ve specializovaném zařízení**. V Karlovarském kraji preferuje tuto možnost **až 82 % respondentů**.

Preferovaný způsob strávení vlastního stáří v případě, že se respondenti o sebe nebudou schopni postarat, je v členění dle krajů zobrazen na následujícím grafu.

Představte si, že Vy sám/a se nebudete schopen/a ve stáří o sebe postarat, jak byste chtěl/a strávit stáří vy v takovéto situaci?

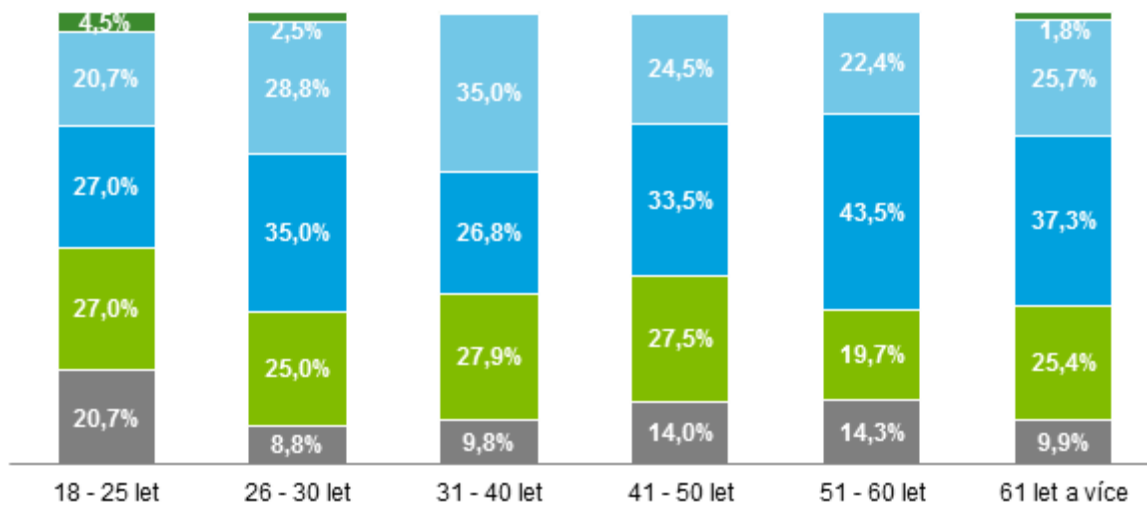


Graf 36: Představa respondenta o strávení stáří v případě, že se o sebe nebude schopen postarat, v členění dle krajů

Z hlediska věku by preferovalo 21,7 % respondentů ve věkové kategorii **18 – 25 let péči v domácnosti u rodinných příslušníků**. U této varianty se jednalo o největší preferenci ze všech věkových kategorií. Na druhé straně téměř polovina respondentů (43,5 %) ve věkové kategorii **51 – 60 let** preferuje strávení stáří v případě, že se o sebe nebude schopna postarat, **ve specializovaném zařízení**. Tuto variantu preferoval výrazně nejvyšší podíl respondentů oproti ostatním věkovým kategoriím. Preferovaný způsob strávení vlastního stáří v případě, že se respondenti o sebe nebudou schopni postarat, je v členění dle krajů zobrazen na následujícím grafu.

Představte si, že Vy sám/a se nebudete schopen/a ve stáří o sebe postarat, jak byste chtěl/a strávit stáří vy v takovéto situaci? Představte si, že Vy sám/a se nebudete schopen/a ve stáří o sebe postarat, jak byste chtěl/a strávit stáří vy v takovéto situ

- Jinde
- Ve vlastní domácnosti s využitím terénních sociálních služeb
- Ve specializovaném zařízení
- V domácnosti u rodinných příslušníků nebo příbuzných s využitím terénních sociálních služeb
- V domácnosti u rodinných příslušníků nebo příbuzných

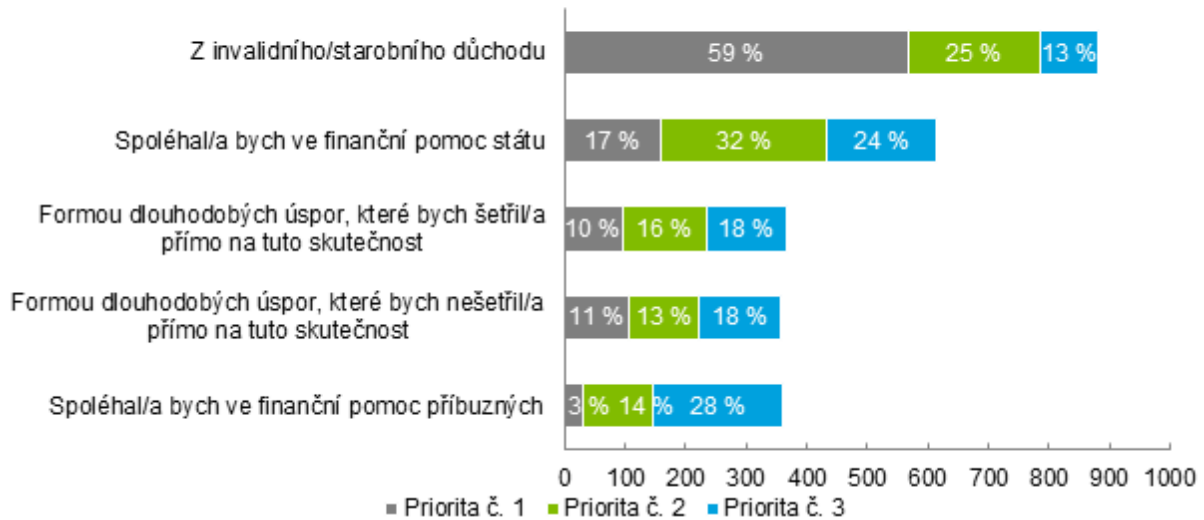


Graf 37: Představa respondenta o strávení stáří v případě, že se o sebe nebude schopen postarat, v členění dle věkových kategorií

Z hlediska **ekonomického statusu** preferuje třetina **studentů a učňů** variantu strávit stáří v **domácnosti u rodinných příslušníků bez využití sociálních služeb**. Tuto variantu by naopak volilo pouze 7,8 % důchodců. Preferovanou variantou v kategorii podnikatelů (35,2 %) a pracujících důchodců/studentů (47,6 %) bylo **strávení stáří ve vlastním bytě a spoléhat na péči terénních a sociálních služeb**.

15 Předpokládané zdroje hrazení nákladů na čerpání sociální péče

Jakým způsobem byste hradil/a sociální služby, které by Vám byly poskytovány (v domácnosti u rodinných příslušníků, ve specializovaném zařízení, ve vlastní domácnosti)?

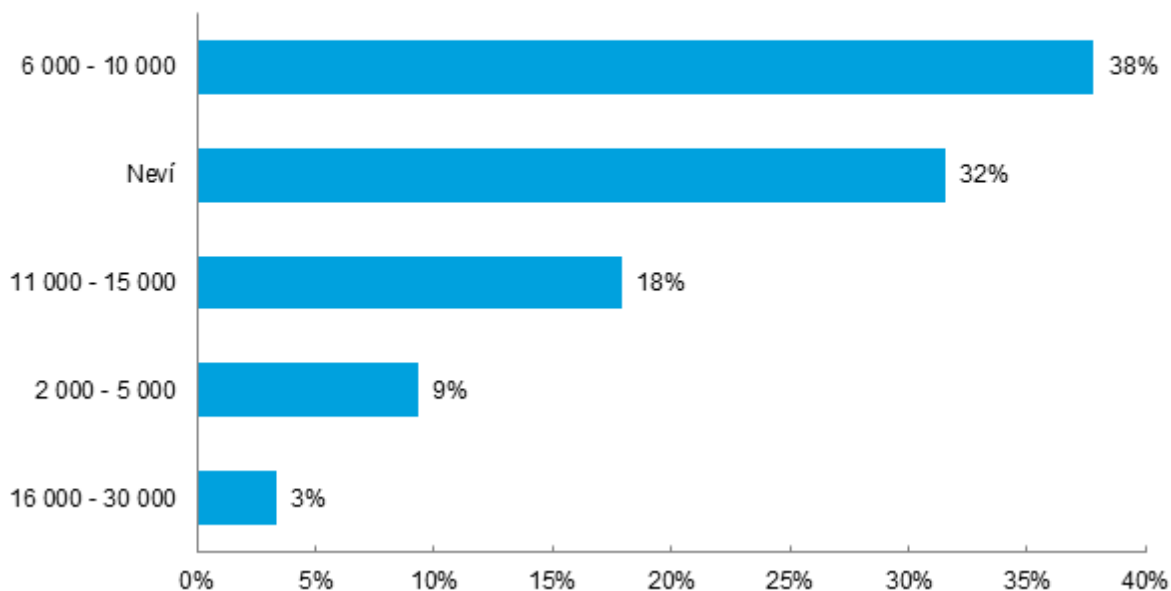


Graf 38: Předpokládané zdroje hrazení nákladů na čerpání sociální péče

Na otázku jakým způsobem (z jakých zdrojů) by respondenti hradili sociální služby poskytované ve vlastní domácnosti, v domácnosti u rodinných příslušníků (terénní sociální služby) nebo ve specializovaném zařízení, by nejvíce respondentů (59 %, 25 % a 13 %) hradilo tyto služby z invalidního nebo starobního důchodu, další největší skupina respondentů (17 %, 32 % a 24 %) by spoléhala na finanční pomoc státu. Přibližně stejný počet respondentů (10 %, 16 % a 18 %) by na úhradu sociálních služeb využil dlouhodobé úspory, které šetřil přímo na tuto skutečnost, případně úspory, které nešetřil na tuto skutečnost, nebo by spoléhal na finanční pomoc příbuzných.

16 Představa o finanční nákladovosti měsíčního pobytu v domě s pečovatelskou službou (např. v domově pro seniory)

Máte představu, kolik stojí měsíční pobyt v domě s pečovatelskou službou, který poskytuje seniorovi, jenž se o sebe není schopen postarat, kompletní péči? (v tis. Kč)



Graf 39: Představa o finanční nákladovosti měsíčního pobytu v domě s pečovatelskou službou

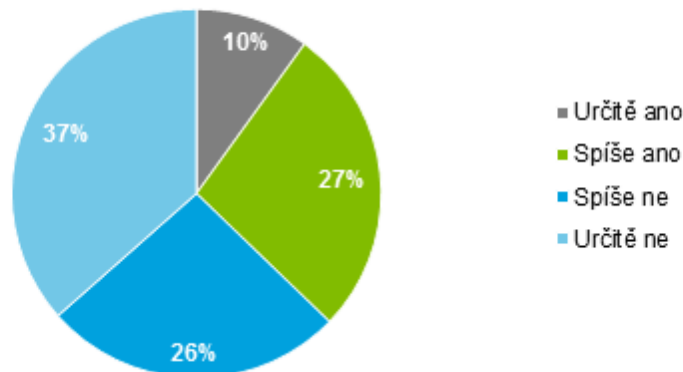
Na otázku, zda mají respondenti **představu o finanční nákladovosti měsíčního pobytu pro seniory**, uvedlo 38 % respondentů náklady v rozmezí **6 000 – 10 000 Kč** a 18 % respondentů náklady v rozmezí **11 000 – 15 000 Kč**.⁶⁵ Přibližně třetina respondentů uvedla, že nemá představu o výši nákladů.

⁶⁵ Skutečné příjmy za 1 uživatele měsíčně v domově pro seniory činily 23 282 Kč v roce 2012 (z toho 8 164 Kč jsou úhrady uživatelů). Až 38 % respondentů odhadlo správně interval ceny, ale pouze cenu hrazenou z vlastních zdrojů a ne celkovou cenu spolu s PnP, dotací a příspěvkem.

5.7 Ochota platit sociální daň

17 Ochota platit speciální sociální daň ve výši 500 Kč měsíčně

Byl/a byste ochoten/a platit speciální sociální daň 500 Kč ze své hrubé mzdy, kdybyste věděl/a, že Vám bude v případě potřeby, když nebudete schopen/schopna se o sebe sám/a postarat poskytnuta odpovídající sociální péče?



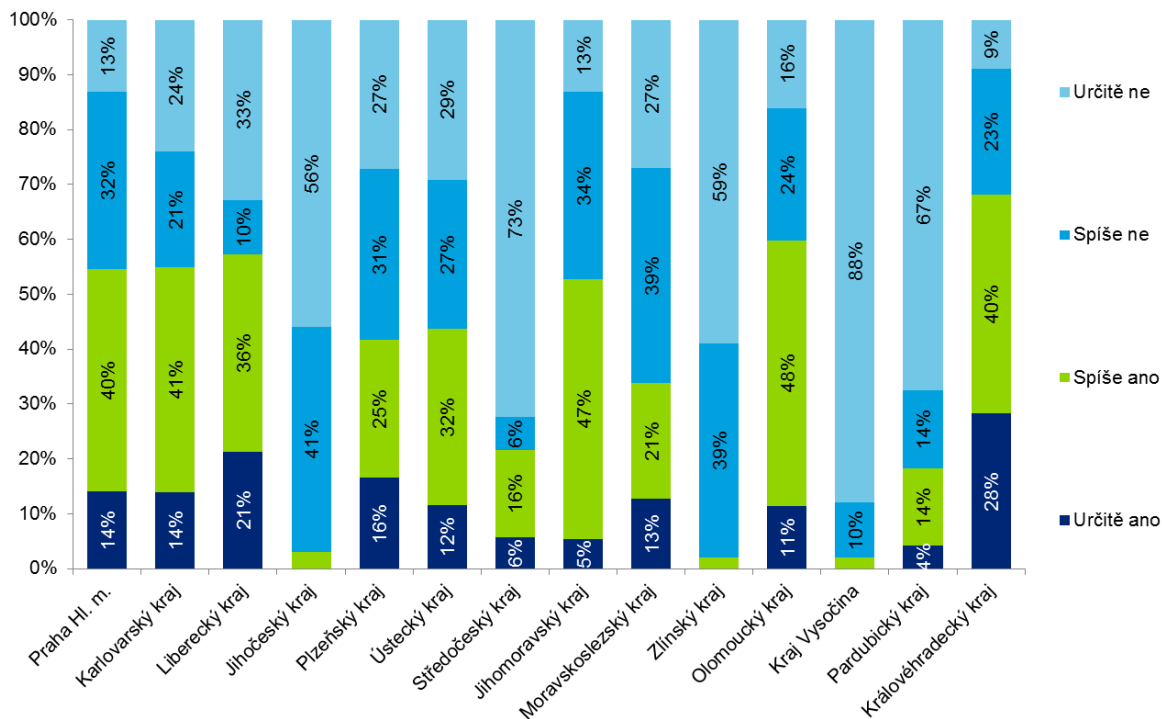
Graf 40: Ochota platit sociální daň

Na otázku, zda by byli respondenti **ochotni platit speciální sociální daň ve výši 500 Kč**, odpovědělo celkem 37 % souhlasně (určitě ano (10 %) nebo spíše ano (27 %)), 63 % nesouhlasně (spíše ne (26 %) nebo určitě ne (37 %)).

Faktory ovlivňujícími ochotu přispívat sociální daň ve výši 500 Kč byly **místo bydliště, vzdělání, věk, rodinný stav, ekonomický status a příjem**.

Z hlediska **kraje** byli nejvíce ochotni přispívat respondenti v **Praze, Jihomoravském, Olomouckém a Královéhradeckém kraji**. V těchto krajích projevilo ochotu platit sociální daň více jak 50 % respondentů. Respondenti v Praze a Královéhradeckém kraji volili odpověď určitě ano v 15 % (v Praze), resp. v 17 % (v Královéhradeckém kraji). Odpověď spíše ano už volilo více respondentů a podíly respondentů v této odpovědi ve vybraných krajích se pohybovaly v rozmezí 40 - 50 %: 48,4 % v Olomouckém kraji, 47,3 % v Jihomoravském kraji, 41,4 % v Karlovarském kraji, 40,5 % v Praze, 39,6 % v Královéhradeckém kraji. **Nejméně ochotni platit sociální daň** byli respondenti z **Kraje Vysočina, Jihočeského a Zlínského kraje**. Ochota platit sociální daň ve výši 500 Kč měsíčně v členění dle krajů je zobrazena na následujícím grafu.

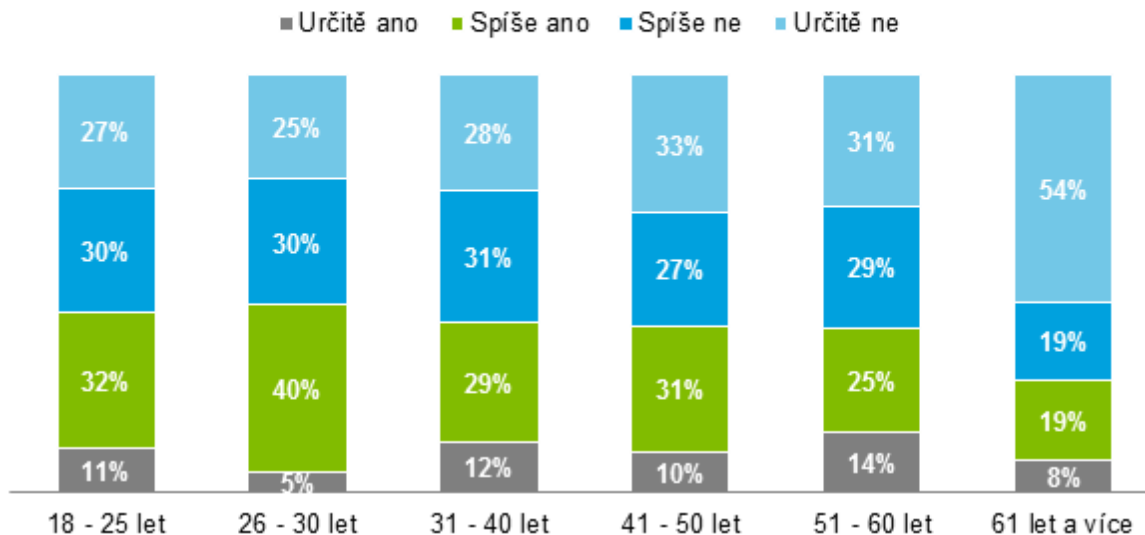
Byl/a byste ochoten/a platit speciální sociální daň 500 Kč ze své hrubé mzdy, kdybyste věděl/a, že Vám bude v případě potřeby, když nebudete schopen/schopna se o sebe sám/a postarat poskytnuta odpovídající sociální péče?



Graf 41: Ochota platit sociální daň ve výši 500 Kč měsíčně v členění dle krajů

Z hlediska **věku** byly nejméně ochotny platit sociální daň **osoby starší 61 let**. Více než polovina respondentů v této kategorii (54,2 %) uvedla, že by určitě nebyla ochotna platit speciální sociální daň. Vyšší ochota platit sociální daň v porovnání s ostatními věkovými kategoriemi projevili respondenti ve věku **26 – 30 let**. Až 40 % respondentů v této kategorii uvedlo, že by bylo spíše ochotno platit navrhovanou daň. Ochota platit sociální daň ve výši 500 Kč měsíčně v členění dle věku je zobrazena na následujícím grafu.

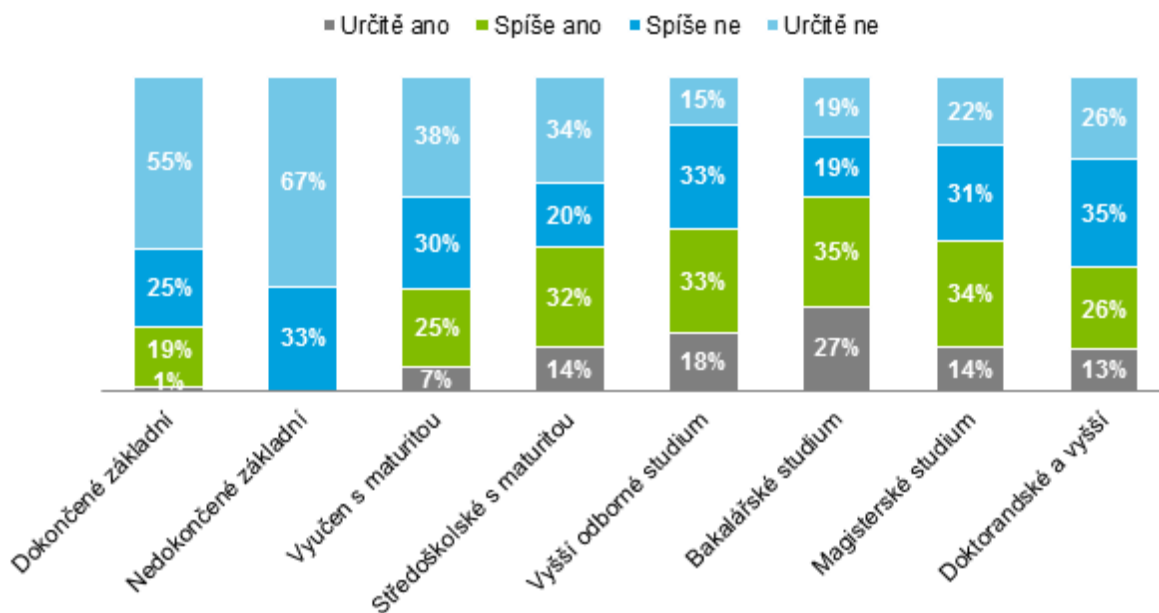
Byl/a byste ochoten/a platit speciální sociální daň 500 Kč ze své hrubé mzdy, kdybyste věděl/a, že Vám bude v případě potřeby, když nebudete schopen/schopna se o sebe sám/a postarat poskytnuta odpovídající sociální péče? Členění dle věku



Graf 42: Ochota platit sociální daň dle věkových kategorií

Z hlediska vzdělání projevily největší **ochotu platit sociální daň** osoby s **vyšším vzděláním**, neplatí ovšem předpoklad, že čím má osoba vyšší dosažené vzdělání, tím je její ochota platit sociální daň vyšší. Ačkoliv více než 50 % respondentů s vyšším odborným vzděláním a bakalářským vzděláním projevilo ochotu platit sociální daň, u osob s magisterským vzděláním byl už tento podíl nižší než 50 % (47,6 %) a u osob s doktorandským vzděláním a vyšším byl pouze 39,1 %. Vyšší ochota platit sociální daň než u osob s doktorandským a vyšším vzděláním byla indikována u respondentů se středoškolským vzděláním (45,5 %). Shodně 54,8 % respondentů se základním vzděláním a nedokončeným základním vzděláním uvedlo, že by určitě neplatilo sociální daň. Ochota platit sociální daň ve výši 500 Kč měsíčně v členění dle vzdělání je zobrazena v následujícím grafu.

Byl/a byste ochoten/a platit speciální sociální daň 500 Kč ze své hrubé mzdy, kdybyste věděl/a, že Vám bude v případě potřeby, když nebudete schopen/schopna se o sebe sám/a postarat poskytnuta odpovídající sociální péče? Členění dle vzdělání



Graf 43: Ochota platit sociální daň v členění dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Z hlediska rodinného stavu uvedlo 61,6 % odvětlých osob, že by určitě nebylo ochotno **platit sociální daň** ve výši 500 Kč. U rozvedených osob byl tento podíl 44,9 %. Nejvíce ochotna platit sociální daň byla skupina **svobodných respondentů**, v rámci které 33,6 % respondentů uvedlo, že by daň spíše platilo.

Z hlediska ekonomického statusu byli nejvíce ochotni platit sociální daň **zaměstnanci, podnikatelé a osoby na mateřské a rodičovské dovolené**. U podnikatelů byl podíl respondentů ochotných přispívat přesně 50 %. U zaměstnanců byl tento podíl 44,7 %, u osob na mateřské a rodičovské dovolené 42,1 %.

Z hlediska příjmu byla **nejméně ochotna platit sociální daň** skupina osob s příjmem **4 000 – 8 000 Kč** (79,7 %), následovaná skupinou osob s příjmem **8 000 – 10 000 Kč** (77,3 %) a osob s příjmem **do 4 000 Kč** (61,8 %).

5.8 Shrnutí

Na základě realizace dotazníkového šetření byly na vybraném reprezentativním vzorku ověřeny stanovené hypotézy a byla odhalena řada faktorů určujících míru ochoty soukromých zdrojů podílet se na financování sociálních služeb vyšší mírou, než je tomu v současnosti.

Dotazníkové šetření směřovalo zejména na posouzení míry ochoty přispívat dodatečnými finančními prostředky na zajištění sociálních služeb. Většina hypotéz byla v rámci šetření **potvrzena**. Výsledky přinesly cenné informace o míře ochoty jednotlivých skupin přispívat na financování sociálních služeb a budou podkladem pro posouzení proveditelnosti zavedení změn v oblasti financování sociálních služeb a pro lepší cílení nástrojů komunikace této problematiky směrem k veřejnosti.

Následující přehled obsahuje vyhodnocení pravdivosti hypotéz:

Č.	Hypotéza	Hypotéza potvrzena?
1	Většina osob by se o svého blízkého v případě nutnosti zajištění každodenní péče nepostarala sama.	Ne
2	Občané budou ochotni vzdát se svého zaměstnání na úkor zajištění péče o své blízké v případě, že jim bude dostatečně kompenzován příjem.	Částečně
3	Občané budou víc ochotni přispívat na zajištění sociálních služeb využívaných osobou blízkou, než na budoucí využívání sociálních služeb vlastní osobou	Ano
4	V populaci bude nízká míra ochoty přispívat nad rámec stávajících odvodů	Ano

Hypotéza 1 – Většina osob by se o svého blízkého v případě nutnosti zajištění každodenní péče nepostarala sama: Hypotéza nebyla potvrzena.

Většina respondentů by se v případě potřeby poskytnutí péče rodinnému příslušníkovi upoutanému na lůžko přiklání k variantě postarat se o něj v domácím prostředí samostatně nebo s využitím terénních sociálních služeb na občasnou nebo pravidelnou bázi. Pouze čtvrtina respondentů by volila variantu pobytové sociální péče, což je proti předpokladům panujícím v rámci ČR překvapivě zjištění. V případě, že by člen rodiny nebyl zcela závislý na péči ostatních členů rodiny, se poměr respondentů, kteří by využili pobytové sociální služby, ještě více snížil. Nejvíce respondentů v tomto případě volilo variantu využití pečovatelské služby v domácnosti dotčeného člena rodiny. V případě, že by bylo nutné se z důvodů péče o rodinného příslušníka vzdát zaměstnání/podnikání/studia, ochotu vzdát se zaměstnání/podnikání/studia projevilo pouze 13 % respondentů.

Hypotéza 2 – Občané budou ochotni vzdát se svého zaměstnání na úkor zajištění péče o své blízké v případě, že jim bude dostatečně kompenzován příjem: Hypotéza byla částečně potvrzena.

Ač většina respondentů uvedla, že by se zaměstnání nevzdala, jako nejčastější důvod uváděli chybějící zdroj příjmu. Lze tedy předpokládat, že při dostatečné míře kompenzace příjmu by se míra ochoty vzdát se zaměstnání ve prospěch péče o osobu blízkou zvýšila.

Hypotéza 3 – Občané budou víc ochotni přispívat na zajištění sociálních služeb využívaných osobou blízkou, než na budoucí využívání sociálních služeb vlastní osobou: Hypotéza byla potvrzena.

Obecně lze konstatovat vyšší ochotu přispívat na sociální služby využívané osobou blízkou (56 %) než spořit na využívání sociálních služeb vlastní osobou v budoucnosti (36 %). Tuto skutečnost ovlivňuje řada faktorů, a to místo bydliště, věk, vzdělání, rodinný stav, ekonomický status a příjem. U otázky jaký je preferovaný způsob financování péče o osobu blízkou uváděli respondenti jako nejčastější způsob přispívání svému rodinnému příslušníkovi přímou finanční podporou osoby, následovalo poskytnutí příspěvku konkrétnímu pečovateli. V případě spoření bylo nejvíce preferovaným způsobem spoření, pro které se vyslovila téměř polovina respondentů. Nejpreferovanějším způsobem spoření bylo soukromé spoření, kdy pro tento způsob se vyslovilo 47 % respondentů ochotných si spořit. Respondenti, kteří nebyli ochotni si spořit, uváděli jako nejčastější důvody názor, že financování těchto služeb by měl zajistit stát, a dále nedostatek finančních prostředků.

Hypotéza 4 – V populaci bude nízká míra ochoty přispívat nad rámec stávajících odvodů: Hypotéza byla potvrzena.

Většina respondentů se neztotožňuje s možností platit speciální sociální daň ve výši 500 Kč měsíčně, nicméně podíl osob ochotných platit sociální daň (37 %) je výrazně vyšší, než bylo očekáváno. Zároveň je nutné rovněž zhodnotit, kdo se konkrétně pozitivně k této variantě přiklání (mladší osoby mají vyšší preference než starší). Nejzávažnější důvod proti placení daně je současná výše daní a odvodů a obava z neefektivity systému veřejného financování sociálních služeb. Právě z uvedených důvodů se většina osob spoléhá na to, že sociální služby si budou hradit ze starobního/invalidního důchodu nebo se o ně postará stát.

6 Identifikace demografických, ekonomických, politických a sociálních rizik spojených se současným stavem financování sociálních služeb

Následující kapitola obsahuje shrnutí rizik identifikovaných v rámci analýzy stávajícího systému poskytování a financování sociálních služeb (SWOT a PEST analýza) a na základě posouzení míry udržitelnosti tohoto systému. Klíčová rizika v členění na demografická, ekonomická, politická a sociální, jsou uvedena v následující tabulce. U jednotlivých rizik je uvedena závažnost rizika stanovená na základě pravděpodobnosti výskytu rizika a velikosti dopadu. Pravděpodobnost výskytu je hodnocena na škále od 1 do 5 podle toho, s jakou pravděpodobností reálně může dojít k naplnění rizika (1 nejmenší, 5 největší). Dopad je stanoven obdobně a určuje velikost dopadu rizika na systém financování sociálních služeb v případě jeho naplnění. Dle závažnosti jsou rizika rozdělena do 3 kategorií:

- Rizika s nízkou mírou závažnosti (závažnost – 1-6 bodů) – označená zeleně;
- Rizika se střední mírou závažnosti (závažnost 7-14 bodů) – označená žlutě;
- Rizika s vysokou mírou závažnosti (vysoká závažnost 15-25 bodů) – označená červeně.

Č.	Název rizika	Pravděpo- dobnost výskytu (1-5)	Dopad (1-5)	Závažnost (1-25)	Odkaz na detailní popis rizika
Demografická rizika					
1	Neudržitelný systém průběžného financování sociálních služeb (Pay as you go - PAYG) v případě nezvyšující se porodnosti nebo výše odvodů (nebo nezajištění alternativního zdroje financování)	5	4	20	SWOT analýza, str. 19 PEST analýza, str. 32 Model míry udržitelnosti stávajícího systému financován, str. 44
2	Zvyšující se poptávka po sociálních službách (zejména pobytového charakteru) z důvodu aktuálních demografických trendů a z důvodu neexistence alternativních řešení	4	4	16	SWOT analýza, str. 21, 26
3	Zvýšení počtu seniorů, zvýšení očekávání dožití, zvýšení počtu osaměle žijících osob, u kterých pokles životní úrovně znamená přímé ohrožení sociálním vyloučením, povede ke zvýšení poptávky po sociálních službách	4	4	16	PEST analýza, str. 33 Model míry udržitelnosti stávajícího systému financován, str. 44
Ekonomická rizika					
4	Nedostatečná koordinace poskytování zdravotních a sociálních služeb	5	5	25	SWOT analýza, str. 17
5	Absence strategického řízení	5	4	20	SWOT analýza, str. 18

Č.	Název rizika	Pravděpodobnost výskytu (1-5)	Dopad (1-5)	Závažnost (1-25)	Odkaz na detailní popis rizika
	a koordinace poskytování sociálních služeb na národní úrovni				
6	Nedostatečné financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb ze strany zdravotních pojišťoven	4	4	16	SWOT analýza, str. 17, 23
7	Chybí definice minimálního standardu sociální péče (sociálních služeb)	4	4	16	SWOT analýza, str. 18
8	Dramaticky se zvyšující míra zadluženosti u sociálně ohrožených skupin či osob	4	4	16	SWOT analýza, str. 21 PEST analýza, str. 32
9	Regulace maximální výše úhrady za sociální služby u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb	5	3	15	SWOT analýza, str. 18
10	Nedostatek kvalifikované pracovní síly v oblasti sociálních služeb	5	3	15	SWOT analýza, str. 18, 23
11	Nedostatky spojené s poskytováním dotací ze státního rozpočtu registrovaným poskytovatelům sociálních služeb	3	4	12	SWOT analýza, str. 17
12	Neexistence „benchmarku“ nákladnosti sociálních služeb napříč registrovanými poskytovateli sociálních služeb	4	3	12	SWOT analýza, str. 18
13	Tlak na zvyšování mezd v sektoru sociálních služeb	4	3	12	PEST analýza, str. 32
14	Nízká úroveň sledování statistických dat v oblasti poskytování a financování sociálních služeb a jejich vyhodnocování	3	4	12	SWOT analýza, str. 18
15	Nízká informovanost cílové skupiny o poskytovaných sociálních službách omezující možnost výběru vhodné sociální služby	4	3	12	SWOT analýza, str. 19
16	Propad (ztráta prestiže) sektoru sociálních služeb	4	3	12	SWOT analýza, str. 21
17	Nárůst investičních nákladů	3	3	9	SWOT analýza, str. 21
18	Nedostatky spojené se systémem posuzování míry závislosti pro účely PnP	3	2	6	SWOT analýza, str. 19
19	Poskytování „nepoptávaných“ služeb v pobytových zařízeních	3	2	6	SWOT analýza, str. 19
20	Nedostatek výzkumu v oblasti sociálních služeb, slabá propojenost s mezinárodním výzkumem, nízká	2	2	4	PEST analýza, str. 35

Č.	Název rizika	Pravděpodobnost výskytu (1-5)	Dopad (1-5)	Závažnost (1-25)	Odkaz na detailní popis rizika
	úroveň spolupráce s výzkumnými institucemi				
21	Málo rozvinutý sektor terénních služeb	2	2	4	SWOT analýza, str. 19
Politická rizika					
22	Politická rizika ovlivňující nastavení systému poskytování a financování sociálních služeb	5	5	25	SWOT analýza, str. 21 PEST analýza, str. 31
23	Pomalá implementace nových politik	4	3	12	PEST analýza, str. 31
24	Nepředvídatelnost legislativních změn v sociální oblasti	3	3	9	PEST analýza, str. 31
Sociální rizika					
25	Prohlubování společensky nežádoucích jevů jako individualismus, oslabení solidarity uvnitř a mezi generacemi, ztráta vnímání důležitosti rodiny a vazbami mezi její členy	4	4	16	PEST analýza, str. 33

Tabulka 14: Rizika spojená se současným stavem financování sociálních služeb

7 Lessons Learned: Zkušenosti se způsoby financování v ČR a v zahraničí

Dle historického vývoje dělíme základní teoretické koncepty financování sociálního zabezpečení a potažmo sociálních služeb a dalších sociálních dávek (nemocenské, podpora v nezaměstnanosti a jiné) na 3 typy⁶⁶:

- **Bismarckův model** – klasický model sociálního pojištění, který vznikl koncem 19. století v Německu (1883 nebo 1889). Využívá **zásluhové dávky** a **univerzální dávky u zdravotní péče**. Uplatňovalo se **povinné pojištění pro zaměstnance** (platil rovněž zaměstnavatel a část příspěvku přidal i stát), kteří odváděli pojištění do „**fondů**“ **odděleného od státního rozpočtu**. Jako základ na výměr slouží mzda, peníze se odvádějí do rozpočtu nebo fondu (instituce sociálního a zdravotního pojištění). Model původně nebyl univerzální, poté byl aplikován princip univerzálnosti na zdravotní péči. Ekonomický statut majetnějšího zaměstnance zůstal po vstupu do důchodového věku, protože občan dostával prostředky v závislosti od toho, kolik do systému přispíval. **Sociální služby v tomto modelu jsou financované ze speciálního fondu používajícího zdroje z dávek ze mzdy a přímých daní**. Z tohoto důvodu je příjem rozpočtu závislý na zaměstnanosti a výši příjmů zaměstnanců v ekonomice⁶⁷.
- **Beveridgův model** – model využívaný typicky vyspělými státy, které inklinují k liberálnějšímu přístupu k sociální politice. Sociální zabezpečení je poskytováno **univerzálně a náklady jsou hrazené z veřejných zdrojů**. Nárok na poskytnutí péče vzniká z občanství nebo pobytu a řídí se principem rovného přístupu. Protože výše veřejných příjmů nepostačuje na financování sociálních služeb, je **doplňujícím zdrojem financování soukromé pojištění/spoření**. Z veřejných zdrojů je hrazen pouze základní okruh sociálních služeb, za vyšší standard nebo jiné druhy služeb si uživatel doplácí ze soukromého pojištění/spoření.
- **Skandinávský model** – kombinace obou výše uvedených modelů. V rámci tohoto modelu je uplatňován princip **sociální solidarity** i **princip ekvivalence (zásluhovosti)**. Téměř všechny dávky jsou **poskytovány univerzálně**. Financování je spíše formou daní (tax-based), jejichž výše umožňuje zabezpečení vysokého standardu poskytovaných sociálních služeb. V posledním období je patrná tendence zavádět tzv. virtuální účty založené na principu ekvivalence.

Na základě aplikace některého z výše uvedených teoretických konceptů je v praxi nejčastěji využíváno 7 základních metod financování sociálního zabezpečení, případně jejich nadstavba a/nebo kombinace:

- **PAYG** (pay-as-you-go, průběžný systém financování) – systém vycházející z Beveridgova modelu, typický pro státy střední a východní Evropy. Průběžné financování zajišťuje, že příjmy a výdaje jsou vyrovnané jenom pomocí financování z jiných oblastí příjmu rozpočtu. Systém PAYG může fungovat ve 3 variantách: V první variantě je zdrojem prostředků **daň z příjmu**, přičemž zdroje proudí přímo do rozpočtu. Systém uplatňuje solidaritu na základě progresivního zdanění. Druhá varianta považuje za hlavní zdroj prostředků **příspěvky na důchodové pojištění** plynoucí přímo do státního rozpočtu. Na rozdíl od předchozí varianty je tento druh financování méně solidární a více zásluhový. Třetí varianta je obdobná jako předchozí s rozdílem, že místo státního rozpočtu směřují zdroje **do speciálního fondu**, který ovšem nedisponuje žádnou kapitálovou rezervou. Poslední varianta je typickým příkladem systému fungujícího na myšlence

⁶⁶ KREBS, V. a kol. Sociální politika, 4. vyd. Praha: ASPI, a.s., 2007

⁶⁷ WEGNER, N.: Financing social security – business as usual?, Zář 2011, ETUI

mezigenerační solidarity. Administrativní náklady spojené s první variantou jsou výrazně nižší než náklady spojené se třetí variantou. Relativně moderním přístupem k PAYG jsou tzv. virtuální účty.⁶⁸

- **PAYG s rezervním fondem** – nadstavba nad systémem PAYG. Rezervní fond může investovat a zhodnocovat vklady, aby do budoucna snížil příspěvky nebo zvýšil dávky.
- **Dodatečné spoření (na povinné nebo dobrovolné bázi)** – nad rámec státního systému odvodů ve formě důchodového připojištění nebo fondového spoření u státních nebo soukromých institucí. Známou formou v českém prostředí je druhý nebo třetí pilíř sociálního zabezpečení. Výhodou je, že spořitel si může sám určit, jakou částku bude do systému odvádět a navíc k vlastním odvodům získá ze státního systému odvodů jisté procento. Nevýhodou je investiční riziko v podobě nedostatečného výnosu nepokrývajícího inflaci nebo turbulentní vývoj na kapitálových a finančních trzích (v případě, že neexistuje státní garance výnosu).
- **Povinné pojištění péče** – tento koncept fungující v Německu je nadstavbou nad systémem zdravotního pojištění. Vztahuje se na všechny osoby, v závislosti na charakteru jejich zdravotního pojištění může mít formu sociálního (93 % pojištěnců) nebo soukromého pojištění (7 %) ⁶⁹.
- **Podnikové zaopatření** – existuje ve dvou formách, a to povinné a dobrovolné. V případě, že je zaopatření povinné, zaměstnavatel přispívá zaměstnanci na povinné spoření do některého z 2. pilířů nebo přímo do státního systému odvodů⁷⁰. V některých státech velcí zaměstnavatelé vytvářejí tzv. **podnikové penzijní fondy** určené k financování důchodů pro zaměstnance vstupující do důchodového věku. Hlavním problémem podnikového důchodového fondu jsou jeho vysoké náklady, které mají kořeny v demografickém trendu ve vyspělých státech. Dlouhověkost seniorů zvýšila náklady v tak vysoké míře, že mnohé fondy mění systém vyplácení dávek z **dávkově definovaných systémů (DB – defined benefit)** na **příspěvkově definované systémy (DC – defined contribution)**. Dávkově definované systémy garantují určitou výši dávek během celé penze, zatímco příspěvkově definované systémy negarantují dávku na základě vzorce po celý zbytek života, ale její výše je vypočtena jako podíl naspořené částky a počet měsíců očekávané doby života od odchodu do důchodu.
- **Sociální dluhopisy (SD)** – nejmodernější alternativní přístup k řešení některých sociálních otázek spojených se sociálními službami. Globálně se nazývají *Social Impact Bonds*, v USA se nazývají „*Pay-for-success bonds*“, protože stát platí investorovi jenom v případě dosažení požadovaného výstupu. Tento způsob financování vznikl v časech silného tlaku na veřejné finance a přináší nižší výdaje pro řešení některých palčivých sociálních problémů. Sociální dluhopisy pracují na principu, že zprostředkovatel, čili organizace určená k řízení celého projektu, uzavře smlouvu se státní agenturou nebo oddělením a následně řídí výběr zdrojů od investorů, kteří za předpokladu úspěchu projektu realizují výnos z investice. V pozici investorů vystupují majetní jedinci, fondy se zaměřením na charitu, případně čisto ziskově orientovaní investoři. Když zprostředkovatel dosáhne požadovaného množství pracovního kapitálu na investici, probíhá výběrové řízení, v rámci něhož se určí instituce, které budou určeny na doručení požadovaného výstupu (výsledku). V závěrečné části se vyhodnocuje dosažený sociální výstup na základě předem domluvené metriky. Pokud je dosaženo cíle, stát vyplácí domluvenou částku zprostředkovateli, který následně vrací investorům jejich vložený kapitál spolu se ziskem. Zprostředkovatel může žádat poplatky za řízení celého projektu. Velkou výhodou je používání nekonvenčních a moderních metod, z čehož profitují všechny zapojené strany hlavně tím, že se vyzkouší, která metoda funguje a která selhává. Metoda sociálních dluhopisů není aplikovatelná ve všech oblastech sociální politiky, protože přínos z lepších sociálních podmínek musí převyšovat vládní výdaj na SD. Další předpoklady úspěšné proveditelnosti a kontroly výstupu závisí na přesném mechanismu

⁶⁸ Virtuální účty (Notional defined contribution) představují nadstavbu nad klasickým modelem příspěvků plynoucích do státního rozpočtu ve smyslu, že systém není založen na plánu dávkově definovaném, ale plátcí si mohou na tzv. virtuálních (hypotetických) účtech kontrolovat stav svých úspor. Při vstupu do penze jim je vyplacena celková suma úspor dělená očekávanou délkou života v měsících. Toto schéma podporuje udržitelnost PAYG systému.

⁶⁹ VÍŠEK, P., PRŮŠA, L.: Optimalizace sociálních služeb, VÚPSV, Národní centrum sociálních studií, Praha, 2012

⁷⁰ zdroj dostupný z: <http://zpravy.aktualne.cz/finance/sporeni-na-duchod-by-ma-byt-povinne-vit-samek-cmkos/r-c9f8eaae16f711e489070025900fea04/>

měření, existenci nezávislého kontrolního orgánu, skutečnosti, že efekt nebyl dosažený externím faktorem a vhodným strukturováním odměny pro investory.⁷¹

7.1 Zkušenosti se způsoby financování sociálních služeb v zahraničí

Následující kapitola stručně popisuje systém fungování a financování sociálních služeb v zahraničí.

7.1.1 Dánsko

Sociální systém v Dánsku má charakter univerzálního modelu sociálního státu (Universal Welfare Model). Sociální služby jsou poskytovány decentralizovaně, klíčovými hráči jsou municipality, které nesou primární odpovědnost za většinu činností v sociální oblasti a také plní velký podíl úkolů v oblasti zdravotnictví zahrnující domácí péči.

Plánování sociálních služeb probíhá na úrovni samospráv, což je příčinou velké rozdílnosti poskytovaných služeb mezi regiony. S cílem zvýšení unifikace systému sociálních služeb proběhla reforma samospráv, která kladla důraz na **primární odpovědnost municipalit** za všechny služby sociální podpory, prevenci a rehabilitaci ve všech oblastech, snahu o vytvoření nástroje na sledování výkonnosti s cílem zajištění nejlepšího efektu služeb a využití zdrojů. Samosprávy musí dodržovat **systém „volného výběru“** (free choice) na povinné bázi. Některé sociální služby jsou poskytovány přímo municipalitami. V systému sociálních služeb je patrná **vysoká priorita vlastní pomoci a prevence**. Testování individuálních potřeb (needs-tested, framework principle) se provádí nezávisle na věku a pohlaví.

Sociální služby jsou v Dánsku financované z prostředků **lokálních daní, centrálních blokových grantů ze státního rozpočtu a systémem vládních úhrad** (*Central government reimbursement scheme*). Systém je založen na vysoké míře zdanění, čímž se řadí mezi skandinávské modely blahobytu. **Úhrady uživatelů jsou využívány ve velmi limitované výši**, pokrývají hlavně nájem (ubytování), stravování, praní, nakupování, dočasné podpůrné služby poskytované doma, některé druhy technické pomoci. Celkový limit ročních výdajů samospráv je stanoven ve finanční dohodě s centrální vládou. V rámci schváleného limitu mohou samosprávy dle vlastního uvážení plánovat činnosti a provádět prioritizaci výdajů (např. výdaje z jedné oblasti mohou být převedené do jiné oblasti).

Základní charakteristiky systému

- Financování sociálních služeb z lokálních daní, centrálních blokových grantů a vládních úhrad;
- Decentralizovaný systém poskytování sociálních služeb – organizace, kontrola a plánování sociálních služeb probíhá na municipální úrovni;
- Úhrady od uživatelů v limitované výši, zejména na ubytování a stravování;
- Volný výběr poskytovatele na povinné bázi;
- Vysoká priorita vlastní pomoci a prevence;
- Silný skandinávský sociální model státu blahobytu.

⁷¹ Historicky poprvé byly SD realizovány v UK. Britské ministerstvo spravedlnosti využilo poprvé SD ve věznici ve městě Peterborough v roce 2010. Investoři byli filantropové a charitativní fondy, kteří nepovažovali neúspěch projektu za ztrátu, ale za pokus přinést převrat v přístupu k financování sociálních projektů. Charitativní fondy zainvestovaly 5 mil. liber do koalice 4 sektorových organizací, které měly za úkol snížit míru recidivy o 7,5 % k průměru dle policejních databází v průběhu 6 let. Dluhopis byl následně vyplácen vládou roční mírou návratnosti v rozpětí 7,5 % až 13 % v závislosti na stupni redukce recidivy. Po úspěšném pilotním projektu byly SD použity na jiné v projekty v Británii, USA a Austrálii v oblastech jako opatrovnictví dětí, bezdomovectví, recidivou mezi mladistvými, nezaměstnaností mladých a prevencí zranitelných dětí před vstupem do rezidenční péče (Zdroj: Deloitte: Paying for outcomes: Solving complex societal issues through Social Impact Bonds).

7.1.2 Švédsko

Obdobně jako v Dánsku má systém sociálního zabezpečení ve Švédsku charakter univerzálního modelu sociálního státu a využívá decentralizovaný systém poskytování sociálních služeb, v němž plní klíčovou roli municipality. Obecnou odpovědnost za financování nesou obdobně jako v Dánsku samosprávy. Individuální plánování sociálních služeb na úrovni samosprávy je typicky spojené s **vysokou rozmanitostí služeb**. Nástrojem pro kontrolu výdajů je prioritizace na straně samosprávy. Systém volného výběru je zaveden na dobrovolné bázi. Dávky jsou udělovány na základě testování potřeb s ohledem na příjem a související uživatelské poplatky za řadu služeb (**testované dávky**). Úhrady uživatelů jsou využívány ve větší míře než v Dánsku, zejména v případě péče o seniory, včetně praktické asistence a domácího pečování – úhrady jsou účtovány samosprávami na základě centrálně stanoveného limitu v závislosti od příjmu (formují pouze velmi limitovanou část celkových výdajů). Švédsko se také řadí mezi státy, které financují systém sociálního zabezpečení vysokými daněmi z příjmů, ale je zde patrné postupné snižování daňového zatížení a uživatelé hradí služby ve větším rozsahu.

V posledních letech neproběhly v oblasti poskytování sociálních služeb žádné zásadní reformy, minulé reformy byly zaměřené zejména na zajištění efektivní koordinace systému sociálních služeb se zdravotním systémem a na kontrolu výdajů, podporu systému volného výběru a tržních mechanismů, důraz na vytvoření nástrojů a metodologie na dokumentaci a měření dopadů.

Základní charakteristiky systému

- Financování téměř všech sociálních služeb na úrovni samospráv z daní z příjmu;
- Decentralizovaný systém poskytování sociálních služeb – organizace, kontrola a plánování sociálních služeb probíhá na municipální úrovni;
- Dávky přidělovány na principu testování potřeb s ohledem na příjem;
- Úhrady od uživatelů postupně rostou z důvodu poklesu míry zdanění příjmu, jejich výše je omezena centrálně stanoveným limitem na základě příjmu;
- Volný výběr poskytovatele na dobrovolné bázi.

7.1.3 Norsko

Systém sociálního zabezpečení v Norsku funguje na obdobném principu jako v ostatních skandinávských zemích (univerzální model sociálního státu, klíčová role samospráv) s **větším důrazem na kooperaci a podporu ze strany národních orgánů**, které podporují činnost samospráv (z důvodu, že samosprávy jsou relativně malé). Rovněž je zajišťována koordinace se systémem řešícím problematiku nezaměstnanosti a systémem zdravotnictví. Individuální plánování probíhá na úrovni samospráv. Norsko je jediná země, která systematicky realizovala kroky k navýšení kapacity a pokrytí služeb pro starší a zdravotně postižené osoby. Systém volného výběru poskytovatele je implementovaný v několika municipalitách. Důležitou roli v systému sociálních služeb mají **služby prevence**.

Odpovědnost za financování nesou samosprávy a do určité míry „Work and Welfare Departement (NAV)“. **Většina služeb je bez úhrady**, s výjimkou praktické asistence doma, dopravy, stravování, záchranných služeb a některých druhů pobytových služeb. Dávky jsou přidělovány na základě **testování příjmu**, úhrady uživatele za některé služby se rovněž určují v závislosti na výši příjmu. Úhrady uživatelů jsou aplikovány zejména v rámci podpůrných služeb poskytovaných v domácnosti v rámci péče o starší.

Výše odvodů na sociální zabezpečení činí 8,2 % z hrubé mzdy a příspěvek na sociální zabezpečení odvádí stejně zaměstnavatel ve výši 11 %. Tyto odvody se platí spolu s daní z příjmu, ale pokud zaměstnanec nedosahuje na státem stanovené minimum, nemusí platit.

Základní charakteristiky systému

- Financování sociálních služeb odvodů na sociální zabezpečení od zaměstnance a zaměstnavatele;
- Klíčová role samospráv, vyšší koordinace ze strany národních orgánů;
- Koordinace se systémem nezaměstnanosti a zdravotnictví;
- Dávka na základě testování příjmu;
- Úhrady od uživatelů jenom v minimální míře, některé závisí na příjmu jedince;
- Volný výběr poskytovatele v několika municipalitách;
- Růst kapacity pro starší a zdravotně postižené osoby;
- Důležitá role služeb prevence.

7.1.4 Nizozemí

V Nizozemí měl systém sociálního zabezpečení charakter **reziduálního modelu sociálního státu**, který vychází z liberálního přístupu k sociální politice a zabezpečení, v rámci něhož jsou sociální potřeby nejprve uspokojované rodinou a trhem, a až když selžou tyto dvě instituce, přichází na řadu stát. V současnosti probíhá v NL přechod od centralizovaného systému státem kontrolované nabídky a cen k decentralizované regulované soutěži. Problém systému je stále v regulaci cen, nabídce a vstupu do sektoru. Náklady jsou uhrazeny poskytovatelům až ex-post, chybí vyjednávání cen mezi pojišťovny a poskytovateli – což nepodporuje tržní prostředí. Chyběl systém pro klasifikaci produktů a indikátory kvality, nedostatečná patientská data a nedostatečná informační infrastruktura.

Vznik systému pojištění dlouhodobé péče se datuje zpátky až do roku 1968 a poskytuje universální krytí v situaci, kdy osoba potřebuje uhradit náklady na dlouhodobou péči. Výdaje na sociální služby jsou obrovské (3,8 % z HDP), ale výstup je stejný jako v jiných zemích s nižším podílem výdajů. Výdaje rostly kvůli rostoucím standardům kvality, většímu spektru služeb (jedinečné služby v rámci EÚ – sociální „sluha“) a kvůli možnosti vyplácet si pojištění v hotovosti. Projekce předpokládá, že do roku 2060 bude až 1 milion osob závislých na jiné osobě a očekává růst výdajů na 8,1 % HDP. Za vysokým podílem výdajů na HDP je velké využívání ubytovacích služeb. Opatření je nutno provést na straně nákladové efektivity a hlavně zlepšit cílování peněžních příspěvků.

Největším nedostatkem holandského modelu financování je skutečnost, že odpovědnost za zajišťování sociálních služeb je rozdělena mezi více institucí zejména v závislosti na typu poskytovaných služeb. **Za služby sociální podpory a preventivní služby nesou odpovědnost samosprávy, dlouhodobá péče spadá do kompetence vlády**, přičemž posuzování potřeb provádějí **vládní centra** a poskytování služeb zajišťují samostatně řízené **zdravotní instituce**. Sociální služby v Nizozemí jsou **poskytované převážně soukromými poskytovateli**. Velká část služeb, které jsou v jiných zemích považované za sociální služby, spadá v Nizozemí do kategorie zdravotních služeb. K neefektivnímu nákupu služeb sociální péče dochází kvůli tomu, že regionální agentury (*Zorgkantoren – úřad pro péči*) nemají vlastní rozpočet, a proto nenesou finanční riziko (chybí podnět) při vyjednávání lepších cen. Existuje jich 32 a vyjednávají ceny při nákupu institucionální péče a pečovatelských služeb poskytovaných doma z veřejných zdrojů (AFBZ – obecný veřejný fond). Ceny, za které nakupují služby, jsou blízko maximální regulované ceně. Toto riziko nemají samosprávy při nákupu služeb, a proto je částečná decentralizace považovaná za krok směrem k nákladové efektivitě – **prioritizace nákupu služeb na úrovni municipalit**. Tato opatření v rámci zabezpečení co nejlepších možných podmínek směřovaly k možnosti výběru poskytovatele sociálních služeb a tím pádem k zvýšené informovanosti. Do budoucna se počítá s úplným zrušením úřadů pro péči nebo jejich přechodem na odměňovací systém, pokud se jim podaří nakoupit levněji.

Decentralizace na municipality vytvořila tlak na snížení cen asistenčních služeb, protože dostávají neurčité množství peněz, a proto snášejí finanční rizika. Municipality ušetřily od provedení decentralizace miliardy eur a systém se stal ještě přebytkovým díky úhradám od uživatelů (financování ostatních výdajů municipalit). Až 40 % uživatelů tvrdilo, že kvalita služeb šla po decentralizaci níž, ale celkové hodnocení služeb zůstalo na úrovni 8 z 10, takže tato souvislost je diskutabilní. Plány do budoucna jsou zrušit regionální agentury, přesunout větší kompetence na municipality s financováním asistenčních služeb (také pro lehce postižené osoby) a přesun nákupu sociálních služeb na zdravotní pojišťovny. Obava z toho, že kraje v zájmu ušetření výdajů budou inklinovat k nabízení institucionální péče (úspory z rozsahu) pro potencionální uživatele, která je financována z centrálního rozpočtu.

Úhrady uživatelů pokrývají převážnou většinu služeb pro dospělé. Sociální služby poskytované samosprávami (služby sociální podpory a preventivní služby) jsou hrazené z **prostředků centrálního vládního blokového grantu** lokálním samosprávám a prostřednictvím extensivního **samosprávného schématu uživatelských poplatků** (zejména pro praktickou asistenci v domácnosti). Dlouhodobá péče je financována prostřednictvím **pojistného schématu AWBZ (Exceptional Medical Expenses Act)**. Centrální pojistné schéma je financováno z vládního grantu financovaného z daňových výnosů a v limitované míře z úhrad uživatelů (7 % z celkových AWBZ výdajů). Většina služeb poskytovaných v rámci péče o starší osoby a zdravotně postižené je poskytována ve formě **osobního rozpočtu** (což vedlo ke zvýšení žádostí o dávky v případech, kdy péči poskytovali rodinní příslušníci). Služby pro děti a mládež jsou financované kombinací zdrojů, a to centrálními vládními granty regionům, z prostředků pojistného schématu AWBZ, z prostředků zdravotního pojištění, ze zdrojů samosprávních rozpočtů dedikovaných na řešení preventivních úkolů. Služby pro dospělé jsou ve většině případů financovány prostřednictvím úhrad uživatelů na základě centrálně stanovené **maximální výše měsíčních nákladů pro uživatele v závislosti od výše příjmu**.

Až 75 % osob využívajících cash benefity z pojištění jsou starší než 65 let a zbytek připadá na fyzicky a mentálně hendikepované osoby. Úhrada ze strany uživatelů je testovaná k příjmu, ale v průměru tvoří jenom 10 % nákladů. Je to nejnákladnější systém v rámci zemí OECD. Ceny jsou regulované, v domácí péči je maximální cena 12,6 € za hodinu a v institucionální léčbě je to 1800 € na měsíc. Neprovádí se testování majetku, jenom příjmu. Dodatečné financování pochází z příspěvku do sociálního zabezpečení a z daní. Podíl osob v institucionální péči tvoří až 40 % z LTC (600 000 osob využívajících sociální služby), nejvyšší podíl v rámci OECD a je známo, že až 6,6 % z celkové populace osob starších než 65 bylo v nějaké formě institucionální péče, i když měli jenom malou nebo střední potřebu péče. Institucionální poskytovatelé musí být neziskoví, kdežto pečovatelské agentury jsou přístupné také pro ziskový sektor.

Způsobilost pro čerpání péče je hodnocená nezávislým Centrem pro hodnocení péče (CIZ) s výjimkou domácí asistence, kterou vyhodnocují municipality. Může si zvolit příspěvek v hotovosti nebo hmotnou dávku. Finanční příspěvek je ve výši 75 % z hmotné dávky a na celkových nákladech systému se podílí 11 %. Výdaje systému vzrostly také kvůli těžšímu přístupu k získání jiných sociálních dávek. Mezi pojišťovnami funguje plná riziková vyrovnávací platba.

Základní charakteristiky systému

- Financování sociálních služeb hrazené prostřednictvím pojistného schématu AWBZ financovaného z centrálního vládního blokového grantu a úhrad uživatelů;
- Důraz na využití vlastních prostředků, omezená podpora ze strany státu – nastupuje až po selhání rodiny a trhu;
- Odpovědnost za sociální služby rozdělena mezi více institucí – samosprávy, vláda, vládní centra, soukromé zdravotní instituce;
- Úhrady uživatelů pokrývající většinu služeb pro dospělé, přičemž je stanovená maximální výše nákladů pro uživatele v závislosti od příjmu. Výše majetku není testována;
- Vysoké užívání institucionální péče, nízké spolufinancování ze strany uživatelů – multizdrojové financování

7.1.5 Nový Zéland

Nový Zéland byl třetím státem světa, který zavedl sociální zabezpečení. Sociální zabezpečení je financováno prostřednictvím **daní**. Do systému přispívají zaměstnanci, samostatně výdělečné osoby a zaměstnavatelé, přičemž zaměstnanci přispívají do **samostatného „fondu“** (*Accident compensation corporation (ACC)*), z něhož se hradí úrazy spojené s výkonem práce. Dávky jsou poskytovány pouze formou **sociální asistence**, protože cílem systému je podporovat snahu jednotlivců zajistit si pomocí **úspor nebo soukromého spoření** dostatečné finanční prostředky na prožití důstojného stáří. Příspěvky na sociální pomoc jsou před poskytnutím **testované z hlediska příjmu** a jsou poskytovány pouze v minimální výši osobám, které nejsou schopné zajistit si důstojnou penzi z vlastních prostředků. Až 60 % výdajů na péči o seniory připadá na pobytové služby. Výše poplatků za pobytové služby jsou regulované, existují příplatky za nadstandard.

Základní charakteristiky systému

- Sociální zabezpečení financováno prostřednictvím daní;
- Dávky poskytovány formou sociální asistence;
- Podpora zajištění prostředků na stáří z vlastních úspor nebo soukromého spoření;
- Příspěvky testované z hlediska příjmu, poskytovány pouze v minimální výši;
- Důraz na využití vlastních prostředků, omezená podpora ze strany státu;
- Regulovaná výše poplatků za pobytové služby, příplatky za nadstandard.

7.1.6 Německo

Sociální zabezpečení v Německu je financováno prostřednictvím **povinného veřejného pojištění pomocí nástrojů pro redistribuci**. Do systému pojištění přispívají zaměstnanci i zaměstnavatelé zhruba ve stejném poměru. Odvody zaměstnanců z hrubé mzdy se pohybují v rozmezí 40,75 – 41 %⁷². V rámci sociálního zabezpečení existuje 5 druhů pojištění – zdravotní, pečovatelské (long-term care, LTC), důchodové, pojištění pro případ nezaměstnanosti a úrazové pojištění. Pro 3 komponenty sociálního zabezpečení existuje jeden společný fond, v případě zdravotního pojištění a pojištění dlouhodobé péče si může zaměstnanec zvolit poskytovatele individuálně.

Zdravotní pojištění (*Krankenversicherung*)

V Německu byly v letech 2012 – 2013 realizované reformy zdravotního a sociálního systému, které měly za cíl posílení konkurence ve zdravotním sektoru a potažmo na snížení tlaku na zdravotní a sociální výdaje státu. Účast v systému zdravotního pojištění a pojištění dlouhodobé péče je povinná pro celou populaci. V případě, že je příjem osoby vyšší než 50 000 €/ročně, existuje možnost vystoupit ze systému veřejného zdravotního pojištění a využívat soukromé pojištění. I přes možnost vystoupení využívá státní pojištění přibližně 85 % populace a je provozované 150 pojišťovnami (*sickness fund*), které si vzájemně konkurují. Soukromé pojištění nabízí cca 45 soukromých pojišťoven, které pojišťují zbývající část populace. V případě, že občan vystoupí ze systému veřejného pojištění a přejde k využívání soukromého pojištění, zpravidla se již nemůže vrátit zpátky do systému veřejného pojištění. Z tohoto důvodu poskytují soukromé pojišťovny základní balíčky v ceně veřejného pojištění pro osoby, které se dostali do situace, kdy se jim příjem snížil pod požadovanou hranici.

Základními principy pojistného systému jsou solidarita, subsidiarita a korporatizmus⁷³. Zdravotní fondy čili pojišťovny se dělí do 6 hlavních skupin: **Obecné regionální fondy** (je v nich pojištěná cca 1/3 populace), **Fondy**

⁷² Odvody na pojištění pro dlouhodobou péči se zvyšují o 0,25 %, pokud je zaměstnanec starší než 23 let a bezdětný.

⁷³ Dle principu korporatizmu je správní rada pojišťovny složená ze zástupců zaměstnavatelů a zaměstnanců jako důležitých rozhodovacích orgánů na národní a regionální úrovni. Ti vyjednávají se zástupci lékařů, farmaceutů, zubařů a pojišťovatelů o výši plateb do pojišťovny od pojištěnců a zároveň z pojišťoven poskytovatelům zdravotnických a pečovatelských služeb. Výhoda systému je vyvažování zájmů některé ze zúčastněných stran na případném růstu poplatků nebo růstu pojištění. Nevýhodou korporatizmu je pomalé prosazování změn z důvodu střetu mnohých zájmů a návaznost na politický cyklus.

založené společnostmi (pojišťují cca 1/5 populace), **Fondy obchodných cechů, Zemědělské fondy, Fondy horníků, železničářů a námořníků** a **Substituční fondy** (pojišťují cca 1/3 populace).

Na zdravotní pojištění se odvádí 15,5 % z hrubé mzdy do fondu pojišťovně (8,2 % zaměstnanec, 7,3 % zaměstnavatel). Růst pojištění může ročně odpovídat maximálně výši růstu administrativních nákladů pojišťoven a míry inflace. Nezaměstnaní odvádějí pojištění proporčně k podpoře v nezaměstnanosti a osoby, které nikdy nepracovaly, jsou zajištěny přes sociální fond (*Sozialamt*). Tento fond hradí přímo náklady poskytovatelům zdravotnických služeb. Náklady na děti jsou hrazeny z daní, čímž se nahrazují příspěvky ze mzdy (neplatí pro soukromé pojištění, které se vztahuje i na rodinné příslušníky v předproduktivním věku). Centrální fond (*Central Krankenversicherung*) zastřešující ostatní fondy je financován z daňových příjmů a zároveň z příspěvku ze všech fondů. Příjmy centrálního fondu jsou následně na základě ekvalizační (vyrovňovací) rovnice přerozdělovány podle morbidity mezi fondy. Morbidita fondů se vypočítává na základě tabulek obsahujících míry úmrtnosti různých nemocí, dle principu, že čím je ve fondu pojištěných víc osob s těžkou nemocí, tím víc dostane fond v rámci vyrovnávací platby. Mezi zdravotními fondy vládne konkurence ve výši plateb pojištění z důvodu, že každý fond je schopen vyjednat si jiné podmínky vzhledem k působnosti, velikosti či cílové skupině. Fondy mají pevně stanoven maximální objem zdrojů, které mohou utratit na administrativní náklady (5 %). Reforma vedla ke snaze o snižování nákladů (výdajů) tak, aby nemusely být zvyšovány platby od pojištěnců.

Zdravotní fondy disponovaly v roce 2012 přebytky a byly mnohé debaty o tom, jak je utratit (snížit dotaci z MF, zavést návštěvy u lékaře zdarma (jednou kvartálně), vytvořit rezervní fond). V současné době jsou úhrady od uživatelů zdravotních služeb minimální, pouze u zubaře a v lékárně. V případě obvodních lékařů existuje pravidlo, že výše úhrady může být maximálně do výše 2 % z příjmu domácnosti a mnohým skupinám osob (těhotné ženy, děti) jsou služby poskytovány bez úhrady nebo se slevou (chronicky nemocní platí jenom 1 % ve výši příjmu v domácnosti).⁷⁴

Pojištění dlouhodobé péče (*Pflegeversicherung*)

Pojištění pečovatelské služby čili dlouhodobé péče bylo zavedeno v roce 1995⁷⁵ a funguje na obdobném principu a využívá stejné instituce jako zdravotní pojištění. Pojistné je hrazeno do zdravotních pojišťoven, které si vedou oddělený fond pro dlouhodobou péči mimo zdravotní pojištění. Téměř celá populace je pojištěná ve veřejných nebo soukromých fondech. **Existuje 145 fondů (LTC)**, které jsou napojeny na sociální a zdravotní pojištění. Mimo to na trhu působí 45 soukromých pojišťoven spravujících povinné soukromé LTC pojištění. **Příspěvek ve výši 1,95 % z hrubé mzdy (dělí se v stejném poměru mezi zaměstnance a zaměstnavatele). Osoby starší než 23 let bez dětí platí o 0,25 p. b. více (2,2 %). Plánované je postupné zvyšování tohoto příspěvku každé 3 roky.** Maximální výše měsíčního příspěvku z hrubé mzdy je stanovena na 4 012,5 €. Doplňkové soukromé pojištění dlouhodobé péče má 3 formy – pojištění na hmotnou dávku, pojištění na dorovnání nadbytečných nákladů a pojištění na příspěvek k nákladům na dlouhodobou péči bez ohledu na náklady.⁷⁶

Pojištění slouží na pokrytí nákladů osob, kterým choroba nebo postižení brání ve výkonu běžných denních činností minimálně po dobu 6 měsíců. Výše podpory z LTCI závisí na zhodnocení individuální potřeby péče ze strany Lékařské hodnotící rady, přičemž je omezená maximální výši podpory vzhledem k potřebě péče. Německý systém rozlišuje 3 stupně závislosti a úplnou závislost. Pojistné plnění se vyplácí ve formě hmotné dávky (pečovatelská služba), nebo jako finanční hotovost, kdy příjemce dostává možnost zvolit si vlastní zaopátrání (pomoc osob blízkých). Způsobilost pro vyplácení dávky není vázaná na věk pojištěnce, přesto je až 80 % osob, jimž jsou dávky vypláceny, starší než 65 let.

⁷⁴ GREEN D., IRVINE B.: Healthcare systems: Germany, CIVITAS, 2013, Londýn, dostupné z:

<http://www.civitas.org.uk/nhs/download/germany.pdf>

⁷⁵ Globálně se tenhle systém využívá v dalších 3 státech (Nizozemsko, Jižní Korea a Japonsko).

⁷⁶ OECD: *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, 2011, Paris, dostupné z: www.oecd.org/health/longtermcare

V roce 2012 využívalo **69 % pojištěnců domácí péči**, a to ve formě **finanční podpory (300€ až 700€)** nebo **hmotné dávky formou profesionální pečovatelské služby (450€ až 1550€)**. Obdobně jako v Nizozemsku je finanční dávka výrazně nižší než hmotná dávka. Finanční platbu z pojistného systému mohou příjemci dát osobám blízkým nebo pečujícím známým. **31 % pojištěnců využívalo služby rezidenční péče**, která není plně hrazena z pojištění a je potřeba doplácet z důchodu nebo jiného soukromého připojištění, případně využít finanční podporu ze strany rodiny nebo sociální pomoc.⁷⁷

Pojistný systém je odpovědný za kontrolu kvality ve všech 12 000 zařízeních institucionální péče (269 000 zaměstnanců) a uživatelé mají možnost volného výběru služeb dle vyhovující kvality. V roce 2009 bylo v pobytových zařízeních pečováno o 2,34 milionu osob. Celkový počet pečovatelských služeb je 11 600 a zaměstnávají 621 000 osob. Většina poskytovatelů pečovatelské služby jsou soukromé neziskové organizace založené církevními nebo charitativními skupinami.

V roce 2011 činily příjmy z LTC pojištění 22,1 mld. € a výdaje na LTC na vyplacené dávky 20,9 mld. € a další 1 mld. € na administrativu. Aktuálně se výdaje na LTC pojištění pohybují ve výši cca 1,5 % na HDP. Problémem systému pojištění dlouhodobé péče je výše odvodů z hrubé mzdy, která nekoresponduje s měnícím se podílem populace přispívající do systému a počtem osob, kterým je pojištění vyplácené. Z toho titulu uvažují němečtí zákonodárci nad zavedením tzv. vyplácení mzdy v jisté procentuální výši zaměstnanci, když se rozhodne dobrovolně pečovat o rodinného příslušníka a zároveň se vzdá pracovního úvazku. Nesrovnalosti je vidět v systému při posuzování člověka trpícího demencí s normálním fyzickým stavem, tento druh osob není kvalifikován jako osoba vyžadující dlouhodobou péči. Dalším problémem je špatná koordinace mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli pečovatelských služeb.⁷⁸ Výzvami systému financování sociálních služeb v Německu do budoucna jsou **posílení soukromého pojištění, poskytování služeb dlouhodobé péče na komunitní bázi a adekvátní příspěvky speciálně pro osoby s demencí na základě jejich potřeb.**

Základní charakteristiky systému

- Pojištění pečovatelské služby čili dlouhodobé péče platí rovnoměrně zaměstnanec a zaměstnavatel – příspěvek 1,95 % z hrubé mzdy (maximální výše 4 012,5 €), hrazeno přes zdravotní pojišťovnu do fondu dlouhodobé péče u stejné pojišťovny;
- Dávky jsou poskytované formou finančního příspěvku, jako hmotná dávka nebo jejich kombinací;
- Výše dávky v závislosti na způsobu využívání služeb.
- Podpora domácí péče před institucionální vyšší hmotnou dávkou než finančním příspěvkem
- Systém je přebytkový, sazba pojistného na dlouhodobou péči se zvyšuje jednou za 4 let a kopíruje růst nákladovosti a demografický vývoj

⁷⁷ SHOLKOPF, M.: Long-term care insurance (LTCI) in Germany, Federal Ministry of Health, Germany, 2012

⁷⁸ World Health Organization, zdroj dostupný z: <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/1/12-020112/en/>

7.1.7 Zkušenosti se způsoby financování v ČR

Pojištění na sociální zabezpečení – důchodové a nemocenské pojištění

Pojistné na sociální zabezpečení je založeno na pojistném principu, tj. na pravidelném placení příspěvku – pojistného. Peníze, které ČSSZ v souladu se zákonem č. 589/1992 Sb. na pojistném vybere, jsou příjmem státního rozpočtu. Pojistné na sociální zabezpečení zahrnuje platby na nemocenské pojištění, důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti.⁷⁹ ČSSZ vede individuální konta pojištěnců v rámci registru individuálních kont pojištěnců.

Pojistné platí povinně zaměstnavatelé, zaměstnanci, OSVČ, které se přihlásily k dobrovolnému nemocenskému pojištění, a další osoby přihlášené k dobrovolnému důchodovému pojištění. Pojistné se vypočítává jako stanovené procento z vyměřovacího základu za dané období. Z prostředků důchodového pojištění jsou hrazeny starobní, předčasné starobní, vdovské a vdovecké, sirotčí a invalidní důchody. Z prostředků nemocenského pojištění je hrazeno nemocenské vyplácené od 15. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti, ošetrovné, peněžitá pomoc v mateřství a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství.

Sazba pojistného pro zaměstnance činí 6,5 % z vyměřovacího základu, pokud není účastníkem důchodového spoření. Pokud je účastníkem důchodového spoření, činí sazba 3,5 % z vyměřovacího základu na důchodové pojištění (1. pilíř) a dalších 5 % na důchodové spoření (2. pilíř). Sazba pojistného za zaměstnavatele je 25 % vyměřovacích základů všech jeho zaměstnanců, z toho je 2,3 % na nemocenské pojištění, 21,5 % na důchodové pojištění a 1,2 na státní politiku zaměstnanosti. Celkovou částku za pojistné odvádí zaměstnavatel na účet příslušné OSSZ. Zaměstnavatelé vyplácejí náhradu mzdy svým zaměstnancům za dobu prvních 14 dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti. Sazba pojistného na důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti u OSVČ činí 29,2 % z vyměřovacího základu, pokud není OSVČ účastna důchodového spoření. Pokud je OSVČ účastna důchodového spoření platí pojistné ve výši 26,2 % z vyměřovacího základu a dalších 5 % na důchodové spoření. Pojistné na nemocenské pojištění OSVČ je dobrovolné a je stanoveno z měsíčního základu procentní sazbou ve výši 2,3 %. Výše odvodů na pojistné na sociální zabezpečení je limitovaná maximálním vyměřovacím základem stanoveným na 48násobek průměrné mzdy.

Důchodový systém v ČR se skládá z 3 pilířů, přičemž v současné době je návrh zákona o zrušení II. pilíře projednáván.

I. pilíř důchodového pojištění – Povinné státní pojištění

Je tvořen pojištěním na sociální zabezpečení (viz výše) a jedná se o průběžné financování z prostředků aktivních lidí, které jsou okamžitě přerozdělovány mezi současných pobíratelů důchodů. Jedná se o systém povinného důchodového pojištění průběžného typu (PAYG). Z prostředků pojištění se hradí starobní důchod, ale i další typy důchodů.

II. pilíř důchodového pojištění – Dobrovolné státní spoření⁸⁰

II. pilíř je tvořený státním spořením na dobrovolné bázi, financovaným přesunutím 3 % z I. pilíře (povinné důchodové pojištění) a doplněním o dodatečné 2 % ze mzdy. Spoření se uzavírá na základě smlouvy o důchodovém spoření s vybranou penzijní společností/fondem. Prostředky jsou spořeny na vlastním účtu u penzijního fondu/penzijní společnosti. Prostředky jsou využitelné na vlastní spotřebu v penzi nebo se za specifických podmínek mohou stát předmětem dědictví.

Pro zhodnocení prostředků v rámci spoření je možné využít investiční strategie nabízené jednotlivými investičními fondy – dynamická, vyvážená a konzervativní investiční strategie s výběrem investičních nástrojů (dluhopisy, akcie).

Platby na důchodové spoření odvádí OSVČ prostřednictvím finančního úřadu, za zaměstnance odvádí zaměstnavatel měsíčně zálohovým způsobem. Do II. pilíře se platí pouze tehdy, když má osoba výdělek. V případě výpadku výdělku se platba automaticky přerušuje a obnoví se po obnovení výdělku.

⁷⁹ Česká správa sociálního zabezpečení, zdroj dostupný z: <http://www.cssz.cz/cz/pojistne-na-socialni-zabezpeceni/>

⁸⁰ zdroj dostupný z: <http://www.kbps.cz/pro-zamestnavatele/ii-pilir-duchodove-sporeni/>

Vstoupit do II. pilíře mohla fyzická osoba starší 18 let, spoření musela uzavřít nejpozději do konce roku, v němž dosáhla 35 let. Vstup je dobrovolný, ale není z něj možné vystoupit před dosažením důchodového věku nebo přiznáním invalidní penze (neexistence opt-out možnosti). Po dosažení důchodového věku se prostředky převedou do klientem zvolené pojišťovny, která bude klientovi pravidelně vyplácet důchod ke státnímu důchodu. Naspořené prostředky je možné vyplácet následujícími formami:

- Pokud spořitel zemře před vyplacením celé naspořené částky a čerpal formou renty na 20 let, dědicové jednorázově obdrží zbývající část nevyčerpaných úspor, přičemž je vyplacen celý zbytek naspořených prostředků (3 + 2 %);
- Doživotní penzí s pozůstalostní penzí na 3 roky – výplata bude trvat po celou dobu života spořitele a po jeho smrti bude vyplácena 3 roky osobě uvedené ve smlouvě ve formě pozůstalostní penze. Penze spořitele bude nižší než v případě doživotní penze.
- Doživotní penze – výplata končí úmrtím, nedědí se.

Peníze není možné vybrat jednorázově, je možná pouze měsíční výplata. V případě úmrtí před odchodem do důchodu se naspořené prostředky stávají předmětem dědického řízení, pokud byl dědic účastníkem 2. pilíře, byly by prostředky převedeny na jeho účet ve 2. pilíři, v opačném případě by byl podíl vyplacen hotově, nezletilým dětem by byly prostředky vyplaceny během 5 let v pravidelných měsíčních splátkách.⁸¹

II. pilíř byl výhodný pouze pro úzkou skupinu osob, zejména pro mladé lidi na začátku pracovního zapojení (max. do 35 let) s vyšším příjmem.

III. pilíř – Dobrovolné doplňkové připojištění

Do roku 2012 byl třetí pilíř znám pro širokou veřejnost jako velice oblíbený produkt důchodového připojištění. Od ledna 2013 je veřejnosti znám jako doplňkové penzijní spoření. V současnosti 3. pilíř tvoří staré smlouvy o penzijním připojištění a nové smlouvy doplňkového penzijního spoření, ve kterém spořilo k 31. 12. 2013 celkem 4 961 201 občanů.

V nových účastnických fondech jsou zachovány státní příspěvky, daňové úlevy a příspěvky zaměstnavatele. Garance nezáporných zhodnocení výnosu byla zrušena, je v nich možnost dosáhnout vyšších, ale i záporných výnosů. Neposkytují dále výsluhové a pozůstalostní penze. Podstatnou změnou je i to, že majetek fondu a majetek penzijní společnosti je oddělen, účastnické fondy tak fungují obdobně jako klasické otevřené podílové fondy. Výhodou jsou nízké poplatky za správu, které definuje zákon. Mezi novými účastnickými fondy je možné přestupovat. Zcela klíčovou je volba investiční strategie, která může být konzervativní, vyvážená nebo dynamická.

Spoření ve III. pilíři se od ostatních spořicíh produktů odlišuje státním příspěvkem, který je hlavní motivací pro uzavření spoření pro většinu občanů. Měsíční státní příspěvek se pohybuje od 90 Kč do 230 Kč při měsíční platbě na smlouvu od 300 Kč do 1000 Kč a výše. Daňový odpočet je možné uplatnit až při spoření nad částku 12 000 Kč ročně a to až do výše 12 000 Kč za rok. Maximální daňová úleva je tak dosažena při měsíční úložce 2 000 Kč a více. V tomto případě činí sleva na dani 1 800 Kč (15 % z 12 000 Kč), daňová povinnost se totiž snižuje o 15 % (sazba daně z příjmu) z daňového odpočtu.

Příspěvek na penzijní připojištění je častým zaměstnaneckým benefitem. Pro zaměstnavatele představuje levnější variantu „zvýšení mzdy“, protože příspěvky na penzijní připojištění jsou daňově osvobozeny až do souhrnné výše 30 000 Kč za rok.⁸²

Zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění v ČR má charakter povinného veřejného zdravotního pojištění. Pojištění hradí zaměstnanec i zaměstnavatel, sami si platí zdravotní pojištění OSVČ, dodatečně nepovinné zdravotní připojištění. Za osoby bez zdanitelného příjmu platí zdravotní pojištění stát. Některé osoby bez zdanitelných příjmů se mohou stát

⁸¹ zdroj dostupný z: <http://www.duchody-duchodci.cz/2-pilir-duchodu-vyplata.php>

⁸² zdroj dostupný z: <http://www.duchodovareforma.cz/penzijni-pripojisti/i-iii-pilir-ceskeho-duchodoveho-systemu-bude-doplňkove-penzijni-sporeni/>

dobrovolnými plátcí zdravotního pojištění. Ze státního rozpočtu je hrazené zdravotní pojištění osobám v invalidním a starobním důchodu, nezaopatřeným dětem, osobám bezmocným a osobám o ně pečujícím, osobám ve výkonu trestu, osobám se zdravotním postižením pobírajícím sociální dávky, osobám na rodičovské dovolené, osobám celodenně pečujícím o jedno dítě do 7 let věku nebo o 2 děti do 15 let věku. Podíl pojištěnců v ČR, za které hradí pojištění stát, je více než polovina.

Zdravotní pojištění v ČR není součástí pojištění na sociální zabezpečení, je založeno na základě smluvního vztahu mezi pojištěncem a jím zvolenou zdravotní pojišťovnou. Zdravotní pojišťovny mají následně smlouvy se zdravotnickými zařízeními, na jejichž základě proplácejí realizované úkony. Celkem v ČR působí 7 zdravotních pojišťoven. Veřejné výdaje na zdravotnictví tvoří především výdaje zdravotních pojišťoven, které např. v roce 2013 činily 221,8 mld. Kč.⁸³

Soukromé zdravotní pojištění je určeno ke krytí zdravotní péče nad rámec veřejného zdravotního pojištění. Pojištění je dobrovolné s předdefinovaným plněním výše pojistného. Myslem soukromého zdravotního pojištění je ochrana pojištěnce před ztrátou příjmu v důsledku úrazu či nemoci.⁸⁴

V případě zaměstnanců odvádí zdravotní pojištění zaměstnavatel za své zaměstnance, část ze své mzdy odvádí i zaměstnanec. Vyměřovacím základem zdravotního pojištění je obdobně jako u sociálního zabezpečení úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků. Minimálním vyměřovacím základem je minimální mzda, neplatí pro pojištěnce, za které platí pojistné stát. U zdravotního pojištění došlo ke zrušení maximálního stropu. Z vyměřovacího základu se odvádí 13,5 %, přičemž jednu třetinu hradí zaměstnanec, dvě třetiny zaměstnavatel. Prostředky zdravotního pojištění jsou využívány na úhradu hrazených zdravotních služeb (vymezené v zákoně).

Stavební spoření⁸⁵

Stavební spoření je ukázkou spořicího schématu se státním příspěvkem, který může sloužit jako inspirace pro nastavení systému spoření na sociální služby. Stavební spoření je upraveno zákonem č. 96/1993 sb. o stavebním spoření a státní podpoře stavebního spoření, novelizováno naposled změnou 135/2014 Sb. Zákon vymezuje pojem stavební spoření jako příjem vkladu od účastníků spoření, poskytování úvěru účastníkům spoření a poskytování příspěvků FO účastníkům stavebního spoření. Principiálně je tento produkt považován za spoření, ke kterému stát přispívá stanovenou částku odvíjející se od počátečního vkladu (10 % z vkladu), ale v maximální výši 2 000 Kč ročně. Pro vyplacení plné výše spoření ve formě úvěru je nutné splnit 3 podmínky:

- Dosažením určité výše hodnotícího čísla, které se odvíjí od toho, kolik a jak často klient spoří;
- Splněním naspoření určitého procenta z cílové částky (cca 40 %);
- Spořením po určitou dobu (standardně 3 až 6 let).

Úvěr lze použít jenom na účely bydlení nebo rekonstrukce a nákupu nábytku, a právě proto slouží jako vhodná inspirace pro financování sociálních služeb. Osoba si může spořit během domluveného období a obnovovat ho pokaždé, když nenastane situace k potřebě využití prostředků na daný účel. Za tuto dobu mu bude stát přispívat (což znamená nižší náklady pro státní výdaje jako v případě přímého příspěvku). V případě, že nastane krizová situace, bude si spořitel moci naspořenou částku vybrat a použít ji na daný účel.

⁸³ zdroj dostupný z: <http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/vydaje-zdravotnich-pojistoven-na-peci-loni-klesly-nejvic-laznim/1130510>

⁸⁴ KREBS, V. a kol. Sociální politika, 4. vyd. Praha: ASPI, a.s., 2007

⁸⁵ zdroj dostupný z: <http://www.burinka.cz/cs/obchodni-podminky/zakon-o-stavebnim-sporeni/02/>

8 Návrh nového optimálního systému financování sociálních služeb

8.1 Varianty fungování optimálního systému financování sociálních služeb

Následující kapitola obsahuje **rámcový popis navrhovaných variant** optimálního systému financování sociálních služeb, jejichž primárním cílem je **zajištění udržitelnosti** financování sociálních služeb a nenavyšování výdajů ze státního rozpočtu, **jejich vyhodnocení a výběr nejvhodnější varianty k implementaci**. Vybraná varianta je detailně popsána v navazující kapitole.

8.1.1 Představení navrhovaných variant financování sociálních služeb

Varianta 1: Pojištění na sociální služby (dodatečně k pojistnému na sociální zabezpečení nebo zdravotnímu pojištění)

Povinné pojištění na sociální služby jako doplněk ke stávajícímu pojištění na sociální zabezpečení a zdravotnímu pojištění (období německého systému). Zdravotní pojištění funguje na principu solidárnosti, tento princip svým charakterem odpovídá účelu pojištění na sociální služby vzhledem ke skutečnosti, že sociálně nepříznivou situací je ohrožen každý občan. Pojistné na sociální zabezpečení je hrazeno přímo do rozpočtu. Následné přerozdělování je založeno primárně na principu ekvivalence, částečně využívá i princip solidarity, který funguje na principu redukčních hranic. Existence redukčních hranic existuje kvůli vysoce příjmovým osobám, které nejsou závislé na veřejném pojištění. Od roku 2015 existují už pouze 2 redukční hranice, kde příjmy do 11 709 Kč se započítají ve výši 100 % a příjmy od 11 709 Kč do 106 444 Kč se započítají ve výši 26 % pro účely výpočtu důchodu.

Pojištění bude účelově vázáno na financování dávek pro osoby v nepříznivé situaci (příspěvky na péči) a sociálních služeb. Výše příspěvku bude diferencována dle typu využívaných služeb (pobytové služby / ambulantní služby / terénní služby / služby poskytované rodinným příslušníkem). V případě využívání služeb poskytovaných poskytovateli sociálních služeb nebo pečovateli může být částka proplácena přímo na jejich účet (na základě smluvního vztahu). Poskytovatelé sociálních služeb nebudou mít nárok na dodatečnou vyrovnávací platbu v současné době poskytovanou z prostředků státního rozpočtu ve formě dotace. Výše spolufinancování ze strany uživatelů bude zachována, ale je nutné zabývat se testováním příjmu/majetku, aby nedocházelo k vyloučení nízkopříjmových skupin z využívání sociálních služeb

Výhledově je možné sledovat stav pojistného prostřednictvím „virtuálních účtů“, v rámci nichž bude mít občan přehled o objemu prostředků, které na pojištění na sociální služby odvedl. Z hlediska nákladnosti implementace se jeví neefektivnější využít současnou vybudovanou síť zdravotních pojišťoven.

Vzhledem k současné výši výdajů na sociální služby a jejich predikci doporučujeme stanovit sazbu pojistného na sociální služby na úrovni 2 % hrubé mzdy⁸⁶. Aby byla zajištěna udržitelnost systému financování sociálních služeb, do roku 2044 by měla sazba pojistného narůst na 3 %.⁸⁷

Výhody	Nevýhody
• Okamžité zajištění prostředků na financování	• Celkový počet ekonomicky aktivní populace se

⁸⁶ Pojistné bude placené na obdobném principu, jako pojištění na sociální zabezpečení tzn., bude odváděno zaměstnanci a zaměstnavateli (v obdobném poměru jako pojištění na sociální zabezpečení, tedy cca 1,5 % odvádí zaměstnavatel z hrubé mzdy, 0,5 % odvádí zaměstnanec) a OSVČ. Pojistné nebudou odvádět osoby bez zdanitelného příjmu.

⁸⁷ Za předpokladu nárůstu hrubé mzdy o 3,5 % ročně.

Výhody

- sociálních služeb bez nutnosti přechodného období na změnu financování;
- Možné aplikovat v rámci stávajících struktur, nebude nutná výrazná změna systému (z institucionálního nebo technologického hlediska);
- Možnost upravovat sazbu pojistného s cílem zajištění udržitelnosti systému financování sociálních služeb;
- Nízkopříjmové skupiny obyvatelstva, které nebudou schopné zajistit si financování sociálních služeb z vlastních zdrojů, nebudou zavedením nového systému dotčené – budou schopné čerpat sociální služby za nezměněných podmínek jako v současnosti.

Nevýhody

- bude snižovat, zatímco počet osob potřebujících sociálních služby se bude zvyšovat, čímž vznikne potřeba zvyšování sazby pojištění⁸⁸;
- Nízká ochota občanů přispívat do systému vzhledem k navýšení odvodů ze mzdy a k nemožnosti kontroly těchto jejich prostředků (neadresnosti příspěvků) – riziko nízké politické průchodnosti zavedení změny;
- Riziko zneužívání systému vzhledem k možnosti čerpání prostředků i bez nutnosti přispívání (přispívají pouze zaměstnanci a OSVČ, nikoliv osoby bez zdanitelného příjmu – s výjimkou dobrovolných plátců);
- Nebude mít výrazný dopad na posílení tržních principů na trhu sociálních služeb.
- Možnost upravovat sazbu pojistného je v realitě rigidní, protože za posledních 23 let se sazba u zdravotního pojištění nezměnila.

Obdobně jako pojištění lze zavést tzv. sociální daň. Vzhledem ke skutečnosti, že daně nejsou účelově vázány, nelze jejich využití vázat na sociální služby. Sociální daně by tak byly příjmem státního rozpočtu, z něhož by následně byly alokovány na sociální služby. S financováním sociálních služeb z prostředků státního rozpočtu by tak byly zachovány neduhy současného stavu (financování pouze na roční bázi, nutnost každoročního schvalování rozpočtu, riziko využití prostředků na jiné účely atd.).

Varianta 2: Povinné spoření na sociální služby

Občané budou na povinné bázi spořit prostředky na speciálním účelově vázaném účtu spravovaném státem pověřenou organizací/organizacemi za podmínek upravených zákonem. Jako optimální řešení se nabízí využití fungujících podílových fondů, které by vytvářely oddělené úspory na sociální služby. Pověřit tím banky může být docela riskantní.

Zákonem bude rovněž stanovena minimální výše spoření. Naspořené prostředky mohou být účelově využité na financování sociálních služeb pro sebe nebo osobu blízkou. Spoření bude odměňováno státní prémie, která bude k prostředkům na účet připlácena na pravidelné bázi (např. jednou ročně) nebo při čerpání prostředků na využití sociálních služeb. Prostředky na spořicí účet by byly zároveň zhodnoceny na základě úrokové míry nabízené danou finanční institucí (fondem/bankou). Motivací pro občana ke spoření je tak vysoká míra zhodnocení spořené prostředků.⁸⁹ Státní prémie se doporučuje vyplácet až při užití zdrojů, aby došlo k vyšší motivaci spořit. Taktéž by to prodloužilo dobu spoření, kterou je potřebné definovat předem, aby spořitelé si byli vědomí minimální době spoření, výše příspěvku a optimálním věku na vstup do systému.

Podmínky spoření budou umožňovat jejich dědění v případě nevyčerpání (prostředky na vázaném účtu budou v případě dědění částečně převedené ve prospěch státu (minimálně ve výši úročené státní prémie) do fondu sociálních služeb, zbývající částka bude vyplacena dědicí osobě a to v poměru stanoveném zákonem, kdy část

⁸⁸ RUTAROVÁ, R.: Populační vývoj a ekonomická aktivita obyvatel České republiky v letech 1993-2002 a výhled do roku 2050, Česká národní banka, Praha, str. 20

⁸⁹ Podle předběžné kalkulace lze při spoření ve výši 700 Kč/měsíčně, státní prémie ve výši 2 000 Kč/ročně a úrokové sazbě 3 % za 30 let naspořit cca 500 000 Kč, které lze využít na financování sociálních služeb (současná výše veřejných výdajů na sociální služby na 1 uživatele na cca 4 roky).

prostředků bude muset být převedená na účelově vázaný účet na sociální služby dědicí osoby, část prostředků může být volně využitelná. Z prostředků převedených do fondu sociálních služeb (v případě dědění, případně při nevyužití naspořených prostředků) budou hrazeny sociální služby osob v nepříznivé situaci, které nemají vlastní spořicí účty (zejména se jedná o nízkopříjmovou kategorii obyvatel, osob bez zdanitelného příjmu atd.), případně již své spořicí účty vyčerpali. Pokud osoba nemá nárok na financování ze státního fondu na sociální služby a nemá prostředky na spořicím účtu, musí si hradit sociální služby z vlastních prostředků.

Občané budou mít přehled o poskytovaných sociálních službách včetně jejich cen, sami se budou moci rozhodnout, které služby budou využívat (přičemž by měli brát ohled na objem naspořených prostředků). Poskytovatelé služeb tak budou motivováni k optimalizaci svých cen a ke zvyšování kvality. Je pravděpodobné, že v budoucnosti bude nutné tento systém zavádět povinně, otázkou zůstává nakládání s nevyužitými úsporami.

Výhody	Nevýhody
<ul style="list-style-type: none"> • Volný výběr využívaných sociálních služeb vedoucí k podpoře tržních principů a posílení konkurence (snížování cen, zvyšování kvality služeb); • Přilákání velkého objemu soukromých finančních prostředků na financování sociálních služeb, které zůstanou v systému i po případném nezapojení konkrétního občana (např. formou dědění, převodu); • Ochota občanů zapojit se do systému financování sociálních služeb vzhledem k adresnosti prostředků, možnosti zhodnocení úspor a bonifikací státních prémie, možností využití prostředků ve prospěch osob blízkých (využití na financování sociálních služeb pro jiné osoby, dědění); • Jako možný způsob implementace lze uvažovat využití stávajících struktur II. pilíře důchodového spoření (penzijní fondy); • Eliminace rizik zneužívání systému; • Optimalizace rozdělování prostředků – prostředky jsou vázané na občany, jsou rozdělované transparentně v souladu s výběrem konkrétního poskytovatele; • Aktivní účast občanů na financování sociálních služeb využívaných v budoucnosti a na financování služeb využívaných osobami blízkými (solidární systém), 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutná dlouhá doba pro akumulaci prostředků na spořicích účtech – nutné přechodné období (odhadem cca 20 let), v průběhu kterého budou sociální služby hrazené z prostředků státního rozpočtu; • Dopad na nízkopříjmové skupiny obyvatelstva – prostředky na sociální služby pro tuto skupinu budou značně omezené, v případě nesplnění podmínek tak nebudou mít zdroje na financování sociálních služeb; • Nemožnost využití prostředků na jiný účel.

Varianta 3: Kombinace pojištění na sociální služby a dobrovolného spoření

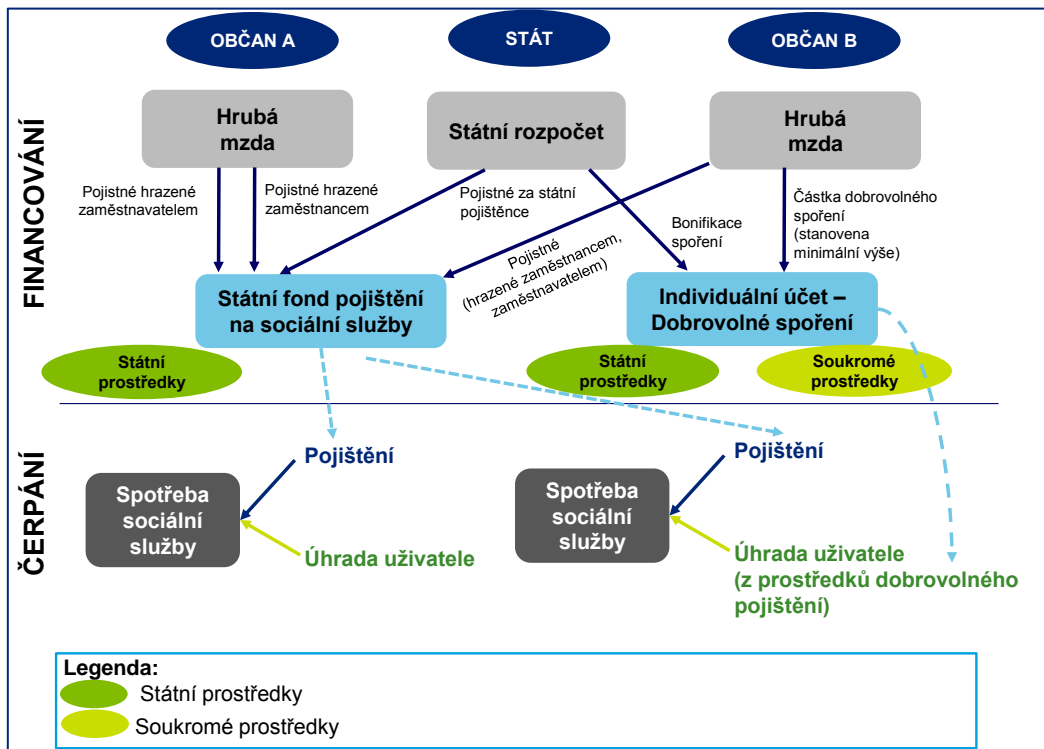
Kombinace dvou výše uvedených typů financování na principu podobném současnému druhému pilíři důchodového pojištění:

- Zaměstnanci a OSVČ povinně platí pojistné na sociální služby ve výši např. 2 % (1,5 % odvádí zaměstnavatel, 0,5 % odvádí zaměstnanec);
- Stát hradí pojistné za státní pojištěnce;
- Osoby mají možnost dodatečně nad rámec pojištění spořit si na využívání sociálních služeb na speciálním účelově vázaném účtu spravovaném státem určeným institucemi (obdobně viz V2). V případě, že občan spoří, bude část prostředků, které odvádí (0,5 % z hrubé mzdy) převáděna na jeho účet, nikoliv na vrub státního spoření (obdobna II. pilíře);

Pojištění bude sloužit ke krytí výdajů na sociální služby u státních pojištěnců a osob, které dobrovolně spoření nemají. Pojištění bude rovněž kryt výdaje u osob, které dobrovolně spoří, nicméně v nižší výši než u osob, které

nespoří (vzhledem k tomu, že jim již část ze spoření byla „vyplacena“ ve formě bonifikace spoření (0,5 %)). Občan může naspořené prostředky využít na úhradu sociálních služeb poskytovaných registrovanými poskytovateli sociálních služeb. Nevyužitá prostředky spoření bude možné dědit (část z nich bude účelově vázána na sociální služby), část prostředků bude převedena do státního fondu pojištění na sociální služby. Lze předpokládat, že postupně se bude výše bonifikace dobrovolného spoření zvyšovat.

Pro názornost je tento systém zobrazen na následujícím schématu.



Obrázek 3: Kombinace pojištění na sociální služby a dobrovolného spoření

Výhody	Nevýhody
--------	----------

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Přilákání výrazného objemu soukromých prostředků na financování sociálních služeb; • Snížení nákladů státního rozpočtu, generování prostředků do budoucnosti; • Možné implementovat v rámci stávajících struktur (systém pojištění na sociální zabezpečení, II. pilíř důchodového pojištění); • Eliminace negativního dopadu na nízkopříjmovou kategorii; • Vzhledem k vyššímu podílu vlastních prostředků na financování motivace ke snižování nákladů na sociální služby a podpora tržních principů; • Ochota občanů přispívat do systému – výrazné zhodnocení vlastních prostředků; • Naspořené prostředky lze využít na financování úhrady uživatele, případně na nadstandardní služby. | <ul style="list-style-type: none"> • Náročné na administraci – nutné implementovat systém spoření i systém pojištění. |
|---|--|

Pro tuto variantu platí další výhody a nevýhody variant 1 a 2.

8.1.2 Výběr nejvhodnější varianty k implementaci členy expertního týmu Zpracovatele

Vyhodnocení a výběr nejvhodnější varianty k implementaci členy expertního týmu bylo provedeno v následujících krocích:

1. **Návrh a prioritizace hodnotících kritérií (stanovení vah)** – přiřazení vah na základě lineárního párového srovnání prostřednictvím Saatyho matice (dvojice kritérií byla podrobena vzájemnému srovnání);
2. **Vyhodnocení navrhovaných variant** na základě naplňování hodnotících kritérií;
3. **Doporučení nejvhodnější varianty k implementaci.**

1. Návrh a prioritizace hodnotících kritérií

Č	Název kritéria	Popis	Váha kritéria (Hodnocení expertního týmu Deloitte)
1	Dopad na nízkopříjmové skupiny obyvatelstva (past chudoby)	Kritérium hodnotí, zda systém bere v potaz nízkopříjmovou skupinu potenciálních uživatelů sociálních služeb (osoby bez přístřeší, osoby závislé na návykových látkách atd.), případně skupinu osob, která si na využívání služeb dlouhodobé péče není schopna našetřit z vlastních prostředků, a zda v případě nepříznivé životní situace jsou nastavené mechanismy umožňující zajistit služby pro tuto cílovou skupinu.	25 %
2	Výdaje státního rozpočtu	Kritérium hodnotí, zda prostředky generované touto formou budou dostatečné k financování sociálních služeb, nebo bude potřeba dofinancování sociálních služeb z prostředků státního rozpočtu (riziko selhání). Pozitivně je rovněž hodnocena skutečnost, že prostředky budou generovat další příjem v budoucnu a nebudou využitelné na jiný účel.	17 %
3	Náklady na administraci systému, možnost využití stávajících struktur	Kritérium hodnotí náročnost administrace systému – náklady na institucionální a technické zajištění, a to z hlediska iniciačních nákladů (náklady na zavedení systému) a provozních nákladů. Pozitivně je hodnocena skutečnost, že systém je možné implementovat v rámci stávajících struktur a není potřeba vytvoření nových institucí/systémů atd.	13 %
4	Ochota občanů přispívat do systému (Adresnost, možnost rozhodování o využití prostředků)	Kritérium hodnotí, zda systém motivuje občany k přispívání ze soukromých prostředků. Pozitivně jsou hodnocené případy, kdy jsou vložené prostředky využívány adresně (ten, kdo spořídá, může čerpat sociální služby do výše naspořené částky), občan má informaci o „naspořených“ prostředcích a je schopný rozhodovat o jejich využití.	12 %
5	Rychlost náběhu zdrojů na financování sociálních služeb do systému	Kritérium hodnotí, jak rychle po zavedení by navržená varianta dokázala generovat zdroje využitelné na financování sociálních služeb, resp. zda by vznikla finanční mezera zapříčiněná délkou zavedení vyžadující v meziobdobí navýšení finančních prostředků ze státního rozpočtu.	9 %
6	Optimalizace distribuce prostředků	Kritérium hodnotí míru transparentnosti rozdělování prostředků poskytovatelům sociálních služeb. Pozitivně jsou hodnoceny případy, kdy jsou prostředky přímo navázané na uživatele a jsou vyplácené následně po využití služby na principu fakturace.	7 %
7	Vliv na cenotvorbu – dopad na tržní ceny	Kritérium hodnotí, jaký vliv na samoregulaci cen na straně poskytovatelů sociálních služeb bude mít implementace dané varianty. Pozitivně bude hodnocena možnost vyšší samoregulace cen a kvality	6 %

Č	Název kritéria	Popis	Váha kritéria (Hodnocení expertního týmu Deloitte)
		poskytovaných služeb na základě tržních principů (ceny nižší než konkurence, poskytování lepších služeb než konkurence atd.), nikoliv na základě zákonných nařízení (zejména maximální výše úhrady).	
8	Riziko zneužívání systému (sociální parazitismus)	Kritérium hodnotí, zda nastavený systém omezuje možnost zneužívání podpory.	6 %
9	Politická průchodnost, legislativní proveditelnost	Kritérium hodnotí náročnost zajištění podpory politického spektra a závislost změny systému od politického rozhodnutí. Současně je hodnocena náročnost nutných legislativních úprav spojených se změnami systému.	4 %

Tabulka 15: Návrh a prioritizace hodnotících kritérií

2. Vyhodnocení navrhovaných variant na základě naplňování hodnotících kritérií

Č	Název	Váha	V1 Pojištění	V2 Spoření	V3 Kombinace
1	Dopad na nízkopříjmové skupiny obyvatelstva	25 %	22	5	10
2	Nižší výdaje státního rozpočtu	17 %	17	8	12
3	Nízké náklady na administraci systému	13 %	13	5	7
4	Ochota občanů přispívat do systému	12 %	5	12	8
5	Rychlost náběhu zdrojů do systému	9 %	9	2	6
6	Optimalizace distribuce prostředků	7 %	3	7	5
7	Vliv na cenotvorbu - dopad na tržní ceny	6 %	0	6	3
8	Eliminace rizika zneužívání systému	6 %	2	6	4
9	Politická průchodnost, legislativní proveditelnost	4 %	1	2	3
	Σ	100 %	72	53	58

Tabulka 16: Vyhodnocení navrhovaných variant na základě naplňování hodnotících kritérií

3. Doporučení nejvhodnější varianty k implementaci

Dle výsledků kvalitativního hodnocení je z hlediska naplňování stanovených kritérií nejvhodnější **Varianta 1: Pojištění**, následovaná **Variantou 3: Kombinace pojištění a dobrovolného spoření** a **Variantou 2: Povinné spoření**. Každá z navrhovaných variant kvalitativně převažuje v některé z hodnocených oblastí. Z 9 sledovaných kritérií dosáhla varianta Pojištění nejvyšší hodnocení ve 4 kritériích. Výrazným přínosem varianty pojištění je téměř okamžité generování prostředků využitelných na financování sociálních služeb.

Na základě realizovaného hodnocení **doporučuje Zpracovatel v krátkodobém horizontu implementovat Variantu 1: Pojištění**. Následně (v střednědobém až dlouhodobém horizontu) lze pojišťný systém doplnit o **dobrovolné spoření**, které je spojené s generováním výrazných dodatečných soukromých prostředků do oblasti sociálních služeb v dlouhodobém horizontu.

8.1.3 Výběr nejvhodnější varianty k implementaci experty na oblast sociálních služeb

S cílem získání odborného pohledu zainteresovaných institucí na vizi budoucího stavu a návrh variant budoucího systému financování sociálních služeb byl dne 9. 1. 2015 realizován workshop za účasti zástupců Zadavatele, zástupců institucí vystupujících v systému financování sociálních služeb: MPSV, MF, poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb. Účastníky workshopu byla konsenzuálně preferovaná **Varianta 1: Pojištění**.

9 Doporučení pro transparentní a politicky nezávislý systém financování sociálních služeb v dlouhodobém horizontu

S cílem zajištění udržitelnosti systému financování sociálních služeb v budoucnosti a naplnění vize budoucího systému financování sociálních služeb byla jako nejvhodnější varianta doporučena k realizaci Varianta 1: **Pojištění na sociální služby.**

Následující kapitola obsahuje rozpracování doporučení pro transparentní a nezávislý systém financování sociálních služeb v dlouhodobém horizontu v členění na následující podkapitoly:

- Vize optimalizace systému financování sociálních služeb v ČR;
- Detailní deskripce struktury navrženého optimálního systému financování sociálních služeb;
- Popis optimální míry subsidiarity v rámci nového systému financování sociálních služeb;
- Kalkulace zatížení soukromých zdrojů, veřejných, krajských a obecních rozpočtů;
- Identifikace rizik zavedení a efektivního fungování sociálních služeb v dlouhodobém horizontu a doporučení ohledně jejich eliminace.

9.1 Základní myšlenky transparentního a politicky nezávislého systému financování sociálních služeb v ČR

- ✓ **Zajištění udržitelnosti systému**, zajištění dostatečných prostředků na financování zvyšující se poptávky po sociálních službách⁹⁰;
- ✓ **Podpora kvalitních služeb** opírající se o systematické hodnocení a kontrolu kvality⁹¹;
- ✓ **Podpora služeb, které jsou potřebné**, tedy služeb, po nichž je poptávka a jsou využívané (podpora tržních principů) **na základě systematického monitorování a vyhodnocování využívání služeb**;
- ✓ **Větší zapojení soukromých zdrojů**, aktivní účast občanů na financování sociálních služeb využívaných v budoucnosti a na financování služeb využívaných osobami blízkými (solidární systém);
- ✓ **Adresní systém financování** – prostředky vázané na uživatele;
- ✓ **Diferenciace výše příspěvku v závislosti od způsobu využití služeb dlouhodobé péče – finanční dávky** v případě využívání služeb neformální péče, **hmotné dávky** v podobě poskytnutí sociálních

⁹⁰ V současné době připadá **1 příjemce PnP na cca 14,6 ekonomicky aktivních obyvatel**, v budoucnosti se bude tento poměr vyvíjet v neprospěch ekonomicky aktivního obyvatelstva (**1 příjemce PnP na 10,7/11,7 v roce 2020; na 7,7/9,3 v roce 2030**);

⁹¹ **Optimalizace systému nastavení a hodnocení kvality poskytovatelů sociálních služeb**, zapracování kontrolních mechanismů do právní úpravy (včetně mechanismů supervize a následných (follow-up) kontrol u registrovaných subjektů) – blíže viz kapitola 10 Popis minimálního standardu sociálních služeb garantovaného novým systémem financování sociálních služeb;

služeb v případě využívání služeb formální péče (poskytované registrovanými poskytovateli sociálních služeb)⁹², eventuálně možnost jejich kombinace;

- ✓ Stanovení výše úhrad za ubytování a stravu na základě **skutečné výše nákladů na ubytování a stravu**;
- ✓ **Kapitační platba ze zdravotního pojištění na „zdravotní den“** pro jednotlivé typy zařízení sociální péče a skupiny uživatelů (dle věku a stupně závislosti), resp. zohledňující další atributy – např. regionální dostupnost (bonifikace v případě, že služby využívá málo osob, ale musí být zajištěná jejich dostupnost, limitování v opačném případě atd.) – povinnost poskytovat minimálně úkony obsažené v kapitační platbě, povinnost zdravotních pojišťoven tyto úkony proplácet
- ✓ **Vytvoření Fondu sociálního poradenství a sociální prevence (FSPSP)** – vyhrazení určitého procenta z celkového objemu vybraného pojistného, případně vyčlenění prostředků státního rozpočtu. Prostředky z FSFS budou využity na financování provozu služeb prevence a sociálního poradenství. Strategické a metodické řízení poskytování a financování služeb sociální prevence a sociálního poradenství (prioritizace, vyhodnocování na základě využívání a výsledků služeb atd.) bude v kompetenci MPSV, řízení na úrovni kraje zajišťují krajské úřady. Alternativně mohou na základě metodických pokynů MPSV nakládat s prostředky FSFS zdravotní pojišťovny (tento způsob by mohl být problematicky proveditelný vzhledem ke komplexnosti problematiky prevence a poradenství a nezbytnosti garantování dostupnosti těchto služeb ze strany MPSV);
- ✓ **Omezení využití institutu maximální výše úhrady** za poskytované služby (stravu, ubytování), případně **zavedení možnosti navýšení úhrady v případě nadstandardních/dodatečných služeb** (např. větší pokoj, vlastní toaleta atd.).
- ✓ **Podpora terénních a ambulantních služeb** – zvýšení podpory tohoto typu služeb zejména zvýšením dostupnosti a povědomí o těchto službách a zvýšením nefinanční motivace pro tento typ služby (motivační nastavení hmotné dávky v podobě terénních a ambulantních služeb);
- ✓ Zavedení **podpurných služeb pro pečující rodinné příslušníky**;
- ✓ **Maximální využití stávajících institucí** eliminující nutnost vytváření nového složitého systému a administrace;
- ✓ **Strategické řízení a technické zajištění PR aktivit s cílem zvýšení informovanosti občanů** o dostupných sociálních službách umožňující přijímání informovaných rozhodnutí – výběr služby bude probíhat na základě tržních principů, občané mají dostatek informací k přijetí kvalifikovaného rozhodnutí, budou nastaveny informační kanály pro přístup k informacím o dostupnosti, ceně a kvalitě poskytovaných služeb (webové stránky⁹³, obecní úřady, atd.);
- ✓ **Jednoduchost a přehlednost systému** pro koncového uživatele (příjemce PnP, uživatele služeb);
- ✓ **Postupné navyšování příspěvků** ze soukromých zdrojů;
- ✓ **Legislativní ukotvení úprav** v zákonech, příp. prováděcích právních předpisech;
- ✓ **Posílení metodického řízení ze strany MPSV; Zvýšení úrovně a kvality sledování dat** – systematické získávání informací o spokojenosti uživatelů s kvalitou sociálních služeb a o zkušenostech se specifickými službami; sledování dopadu využití sociální služby na nepříznivou životní situaci na individuální bázi; systematická dokumentace počtu uživatelů, indikátorů kvality, výdajů, atd. a pravidelný automatizovaný reporting;

⁹² Výše hmotné dávky pro jednotlivé typy zařízení sociální péče a skupiny uživatelů (dle věku a stupně závislosti) bude stanovena na základě nákladnosti služeb na jeden „den péče“ (na principu kapitační platby). Poskytovatelům sociálních služeb tak budou hrazené náklady v plné výši formou kapitační platby za poskytnutou péči a nebudou jim poskytovány dodatečné vyrovnávací platby v současné době poskytované z prostředků státního rozpočtu ve formě dotace.

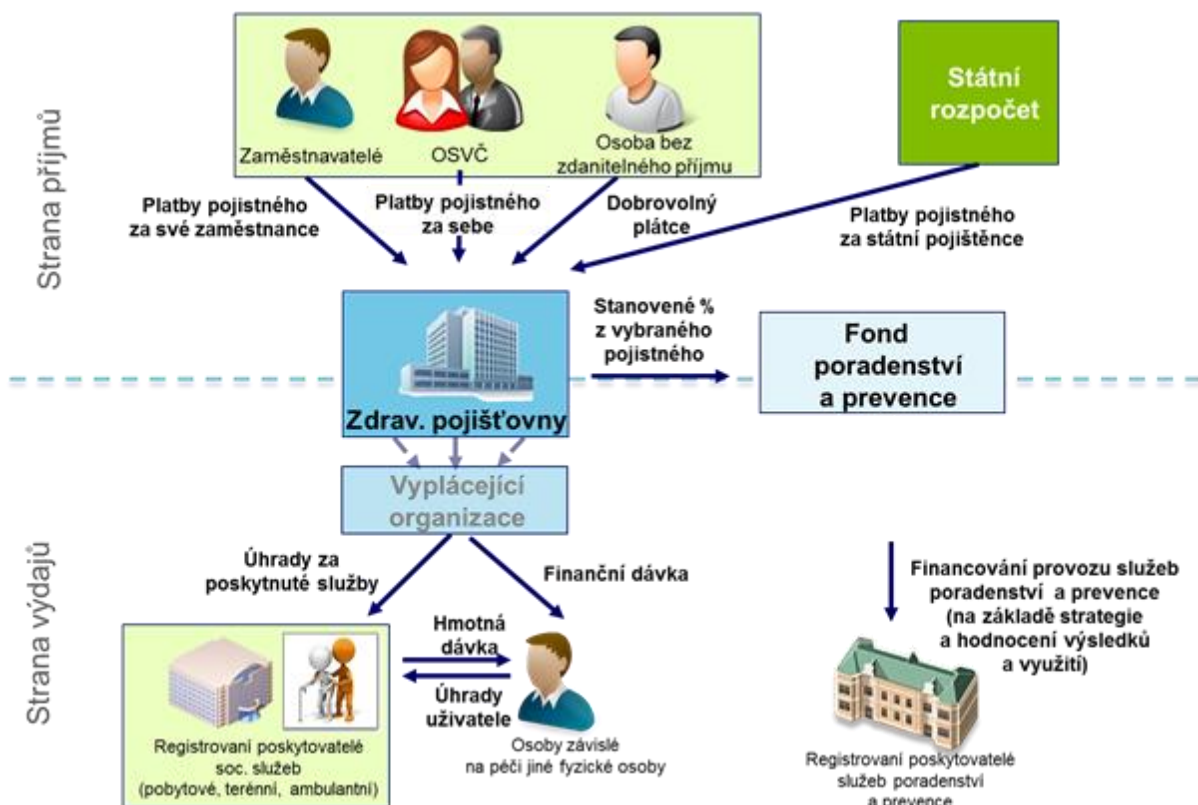
⁹³ Zpracovatel **doporučuje vytvoření komplexního nástroje umožňujícího vyhledávání v systému sociálních služeb** včetně informace o cenách služeb a kvalitě služeb u jednotlivých poskytovatelů (umožnění vyhledávání podle regionu, potenciálního příjemce atd.).

- ✓ **Posílení koordinace se souvisejícími agendami**, zejména s politikou zaměstnanosti a s poskytováním zdravotních služeb;
- ✓ **Účelové vázání vybraných prostředků** na financování osob závislých na péči jiné osoby, případně přímo sociálních služeb využívaných těmito osobami;
- ✓ **Dofinancování úhrad uživatelů z prostředků „rezervního fondu“** v případě, že osoby závislé na pomoci vyžadující péči v rámci pobytového zařízení nemají dostatek vlastních prostředků (dle výsledků majetkového testování) na financování stravy a ubytování (současný systém neřeší, když člověk nemá na dofinancování úhrady uživatele).

Přístup a doporučení k posílení silných stránek, odstranění slabých stránek, využití příležitostí a omezení hrozeb identifikovaných v rámci současného systému poskytování a financování sociálních služeb v průběhu analytické fáze projektu je uveden v kapitole 3.2.2 Přístup k jednotlivým atributům SWOT analýzy v rámci návrhu budoucího stavu.

9.2 Detailní deskripce struktury navrženého optimálního systému financování sociálních služeb

Následující kapitola obsahuje konceptuální zobrazení fungování navrhovaného systému pojištění na sociální služby a základní popis procesů, organizace a finančních toků.



Obrázek 4: Konceptuální schéma fungování systému pojištění na sociální služby

Povinné pojištění na sociální služby⁹⁴ se navrhuje zavést jako doplněk ke stávajícímu zdravotnímu pojištění a pojištění na sociální zabezpečení. PSS by mělo být hrazeno na obdobném principu jako zdravotní pojištění a pojištění na sociální zabezpečení tzn., že by mělo být hrazeno povinně zaměstnavateli za jejich zaměstnance (v obdobném poměru jako zdravotní pojištění, tedy cca 2/3 hradí zaměstnavatel, 1/3 hradí zaměstnanec) a OSVČ a dobrovolně osobami bez zdanitelného příjmu. Pojistné za osoby bez zdanitelného příjmu, které nejsou dobrovolnými plátcí, hradí stát. Sazba pojistného by měla být stanovena zákonem. Přínosem veřejného pojištění je **uplatnění principu solidarity**, tzn., že každý má nárok na zajištění minimálního rozsahu péče, prevence a poradenství, bez ohledu na to, zda a v jaké výši do systému přispívá. Míra solidarity je ještě posílena v případě neexistence horního limitu pro platbu pojistného. Nízkopříjmové skupiny obyvatelstva, které nejsou schopné zajistit si financování sociálních služeb z vlastních zdrojů, tak budou nést benefity tohoto systému a budou schopné čerpat sociální služby za obdobných podmínek jako v současnosti. Uvedená skutečnost může na druhé straně vést ke zneužívání systému osobami, které do systému nepřispívají.

Sazba pojistného pro zaměstnance a zaměstnavatele a pro osoby samostatně výdělečně činné, **výše pojistného hrazeného za státní pojištěnce, výše vyplácených dávek a míra diferenciací finančních a hmotných dávek** bude stanovena na základě schválení Parlamentu ČR dle výsledků detailní analýzy. Možné varianty stanovení sazby pojistného a výše pojistného hrazeného za státní pojištěnce včetně jejich vývoje v letech s cílem zajištění udržitelnosti systému jsou popsány v kapitole 9.4 Popis zatížení soukromých a veřejných zdrojů. S cílem zajištění politické průchodnosti zavedení nového odvodu a minimalizaci rizika negativních reakcí ze strany aktivní populace **doporučujeme zavést sazbu pojistného v nejnižší možné výši umožňující udržitelnost systému a výši odvodů postupně zvyšovat v čase.**⁹⁵ Uvedená flexibilita systému umožňuje reagovat na případnou změnu parametrů systému, např. v případě extrémního zvýšení nároků na sociální služby.

Strana příjmů

Výběr a správu pojistného včetně vymáhání budou zajišťovat organizace v současné době zajišťující výběr a správu zdravotního pojištění – **zdravotní pojišťovny**. Využití stávajících organizací pro výběr a správu pojistného bez nutnosti vzniku nových organizací umožní minimalizaci iniciačních nákladů spojených se zavedením systému a administrativních nákladů spojených s provozem. Výhodou tohoto řešení bude **přehlednost a jednoduchá pochopitelnost** ze strany plátců pojištění (pouze zvýšení sazby pojistného v současnosti vypláceného zdravotního pojišťovnám (pojistné na zdravotní pojištění) o pojistné na pojištění na sociální služby). **Propojení se systémem zdravotního pojištění umožní koordinaci výdajů z obou systémů pojištění a** minimalizaci duplicitních výdajů⁹⁶. Zdravotní pojišťovny budou monitorovat a reportovat celkový objem vyplácených prostředků z jednotlivých pojistných systémů. Pojistné na sociální péči budou vést zdravotní pojišťovny **na samostatném účtu** tak, aby byla zajištěna **oddělenost od prostředků zdravotního pojištění**.

Stanovené procento z vybraných prostředků odvádějí zdravotní pojišťovny do Fondu sociálního poradenství a sociální prevence (FSPSP). Fond může být spravován jednotlivými pojišťovnami samostatně dle pokynů MPSV, nebo jednou organizací určenou MPSV (zvolený odbor MPSV, ČSSZ, VZP nebo jinou organizaci). Správa prostředků fondu zdravotními pojišťovnami může být problematická vzhledem ke komplexnosti problematiky prevence a poradenství a nezbytnosti garantování regionální dostupnosti těchto služeb ze strany MPSV. (Pozn.: Fond označuje finanční prostředky účelově vázané na financování sociálního poradenství a sociální prevence. Nejedná se o samostatnou organizaci se zaměstnanci spravující prostředky fondu.). **Strategické a metodické řízení nakládání s prostředky fondu je v kompetenci MPSV.**

⁹⁴ Navrhovaný systém pojištění na sociální služby je inspirován německým systémem veřejného pojištění na sociální služby, které funguje v Německu od roku 1995.

⁹⁵ Budoucí zvyšování sazby pojistného lze upravit v zákoně.

⁹⁶ Typickým případem je např. překryv služeb „domácí péče“ hrazených ze zdravotního pojištění a terénních sociálních služeb hrazených z MPSV.

Strana výdajů

Financování služeb dlouhodobé péče

Vyplácení dávek osobám závislým na péči (finanční dávka v případě, že osoba využívá služby neformální péče, **hmotná dávka** (hrazení prostředků **přímo poskytovateli sociálních služeb** na principu kapitační platby) v případě, že osoba využívá služby formální péče), může být zajišťováno **jak jednou organizací**, na jejíž účet převedou všechny zdravotní pojišťovny prostředky z vybraného pojistného (po snížení o administrativní náklady spojené s výběrem prostředků), tak **přímo zdravotními pojišťovnami**. V případě, že úhrady poskytovatelům a osobám budou realizovat přímo zdravotní pojišťovny, je nutno nastavit **smluvní vztahy mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami, způsob stanovení ceny** (zda bude cena za poskytované služby stanovená fixně ze strany MPSV, nebo budou ceny sjednávány jednotlivými zdravotními pojišťovnami na základě tržního principu), způsob vyrovnání napříč pojišťovnami vzhledem ke struktuře pojištěnců (obdobu vyrovnávací platby v rámci zdravotního pojištění). **Vyplácení dávek jednou organizací** (centralizované řešení) by představovalo výrazně přehlednější a jednodušší řešení jak pro poskytovatele, tak pro MPSV, nicméně by vedlo k odbourání některých výhod spojených s vyplácením prostřednictvím zdravotních pojišťoven (koordinace vyplácených prostředků z obou systémů) a zvýšení, resp. nutnosti rozdělení administrativních nákladů mezi zdravotní pojišťovny a organizaci vyplácející dávky. V případě distribuce prostřednictvím jedné organizace lze do této role ustanovit např. zvolený odbor MPSV, ČSSZ, VZP nebo jinou organizaci.

Poskytovatelům sociálních služeb tak budou hrazené náklady v plné výši formou kapitační platby za poskytnutou péči a nebudou jim poskytované dodatečné vyrovnávací platby v současné době poskytované z prostředků státního rozpočtu ve formě dotace. (Pozn.: Úprava se nedotýká příspěvků zřizovatele – návrh na stabilizaci jejich výše nebyl předmětem analýzy.)

Ubytování a strava a vybrané služby (specifikované zákonem) budou financované prostřednictvím úhrad uživatelů. Minimální výše úhrady bude stanovená zákonem. Nadstavbou nad současným systémem regulace úhrad uživatelů formou limitování maximální výše úhrady stanovenou zákonem za současného limitování procentem z příjmu, které musí osobě zůstat po zaplacení úhrady uživatele, lze stanovit výše úhrad na základě majetkového, resp. příjmového testování. Tato metoda, využívaná v řadě vyspělých zemí, vychází při stanovení výše úhrady uživatele z výše příjmu a majetku uživatele, tzn. v případě, že má osoba nízký důchod a nedisponuje majetkem, je pro ni stanovená úhrada v nižší výši než v případě, že osoba má vysoký příjem (důchod) a zároveň vlastní majetek⁹⁷. Parametrizací úhrad uživatelů lze zapojit do poskytování nadstandardních služeb. (Pozn.: V rámci zařízení sociálních služeb by bylo nezbytné stanovit kapacitu, která musí být dostupná bez ohledu na výši úhrady, pouze část kapacity by bylo možné využít na „nadstandardní“ péči.) Způsob majetkového testování včetně vlivu na výši úhrady, neměnné parametry úhrady a vliv na poskytování služeb by bylo v případě zavedení nezbytné podrobit detailní analýze, aby bylo eliminováno riziko diskriminace nízkopříjmové skupiny uživatelů.

Financování služeb sociálního poradenství a sociální prevence

Služby sociálního poradenství a sociální prevence budou financované z prostředků Fondu sociální prevence a sociálního poradenství. Strategické a metodické řízení bude zajišťovat MPSV formou nařízení pro využití prostředků fondu, prioritizací služeb, které mají být podporovány, stanovením minimálních standardů v krajích, pravidelným sledováním a vyhodnocováním služeb na základě využívání a výsledků zpracování strategie na národní úrovni, která by měla být na úrovni krajů promítnuta do krajské strategie. MPSV bude přerozdělovat prostředky fondu na úroveň krajů. Kraje, odpovědné za zajišťování služeb sociální prevence a sociálního poradenství na úrovni kraje, budou financovat provoz zařízení sociálních služeb a sociální prevence v souladu

⁹⁷ Další nadstavbou může být zavedení „rezervního fondu“ na financování úhrad uživatelů v případě, že jejich situace vyžaduje poskytování sociálních služeb (zejména se jedná o služby pobytového charakteru) a nedisponují prostředky potřebnými na financování úhrad uživatelů.

s krajskou a národní strategií. Zároveň budou kontrolovat vytiženost zařízení a výsledky, pravidelně vyhodnocovat a reportovat MPSV.

9.3 Popis optimální míry subsidiarity v rámci nového systému financování sociálních služeb

Následující tabulka obsahuje základní vymezení rolí jednotlivých subjektů zapojených do optimalizovaného systému financování sociálních služeb v ČR.

Organizace	Role
Ministerstvo práce a sociálních věcí	<ul style="list-style-type: none"> • Strategicky a metodicky řídí poskytování služeb sociálního poradenství a sociální prevence, rozděluje prostředky na financování poradenství a prevence na úroveň krajů • Stanovuje minimální požadavky na dostupnost a kvalitu sociálních služeb • Zajišťuje nebo dohlíží nad realizací úhrad poskytovatelům sociálních služeb a osobám závislým na pomoci jiné osoby • Metodicky řídí zapojení jednotlivých subjektů do systému poskytování a financování sociálních služeb (krajské úřady, obecní úřady, zdravotní pojišťovny, organizace vyplácející finanční a hmotné dávky) • Řídí poskytování podpůrných služeb pro neformální pečovatele • Řídí a koordinuje aktivity v oblasti zajištění informovanosti potenciálních uživatelů sociálních služeb na národní úrovni – zejména koordinuje informační kanály a role zapojených subjektů, řídí komplexní nástroj pro poskytování informací (webový portál)
Ministerstvo financí	<ul style="list-style-type: none"> • Hradí pojistné za státní pojištěnce • Poskytuje případné další prostředky ze státního rozpočtu na financování sociálních služeb (např. do Fondu sociální prevence a sociálního poradenství, případně do rezervního fondu)
Ministerstvo zdravotnictví	<ul style="list-style-type: none"> • Financuje zdravotní úkony poskytované v zařízeních sociálních služeb z prostředků zdravotního pojištění
Zdravotní pojišťovny	<ul style="list-style-type: none"> • Zajišťují výběr pojistného a v případě potřeby jeho vymáhání • Vybrané pojistné vedou na odděleném účtu (s cílem zajištění oddělení od prostředků zdravotního pojištění), stanovené procento vyčleňují do Fondu sociální prevence a sociálního poradenství • Zaslají na účet, z něhož jsou prostředky hrazeny poskytovatelům a osobám závislým na péči jiné osoby (v případě, že je spravován jinou organizací), případně realizují úhrady přímo (v případě, že je realizace úhrad poskytovatelům a osobám v kompetenci zdravotních pojišťoven)
Organizace distribuující úhrady za sociální služby	<ul style="list-style-type: none"> • Zajišťuje vyplácení příspěvků na péči příjemcům a distribuci úhrad za poskytované sociální služby registrovaným poskytovatelům sociálních služeb • Poskytuje prostředky Fondu sociální prevence a sociálního poradenství ve stanoveném podílu krajům • Roli organizace vyplácející dávky může plnit pověřený Úřad práce (s využitím sítě krajských poboček), odbor MPSV, ČSSZ, VZP, případně jiná pověřená organizace.
Krajské úřady	<ul style="list-style-type: none"> • Řídí a financují poskytování služeb sociální prevence a sociálního poradenství – zpracování krajské strategie služeb prevence a poradenství, distribuce přidělených prostředků poskytovatelům služeb poradenství a prevence, monitorování a reportování poskytování služeb, aktualizace strategie na roční bázi

Organizace	Role
	<ul style="list-style-type: none"> • Zajišťují dostupnost sociálních služeb • Kontrolují naplňování minimálních požadavků na dostupnost a kvalitu služeb sociální péče na úrovni kraje • Řídí a zajišťují financování zařízení zřízených krajem (poskytování příspěvků zřizovatele) – obdobně jako v současnosti
Obecní úřady	<ul style="list-style-type: none"> • Zajišťují informovanost občanů o poskytovaných službách sociální péče, prevence a poradenství v dané obci • Poskytují informace krajům o poskytovaných službách a potřebách na úrovni obce • Řídí a zajišťují financování zařízení zřízených obcí (poskytování příspěvků zřizovatele) – obdobně jako v současnosti
Zaměstnavatelé	<ul style="list-style-type: none"> • Hradí pojistné (plní funkci plátce) za své zaměstnance (poplatníky) • Přihlašovací povinnost – v případě, že budou poplatníkem pojistného na sociální péči pouze osoby mající trvalý pobyt v ČR, resp. jinak definované bydliště, bude mít nad rámec současných povinností povinnost informovat se o trvalém bydlišti zaměstnance
OSVČ	<ul style="list-style-type: none"> • Hradí pojistné za vlastní osobu
Krajské pobočky Úřadu práce	<ul style="list-style-type: none"> • Rozhodují o přiznání příspěvku na péči • Za účelem posouzení stupně závislosti provádí sociální šetření v přirozeném sociálním prostředí
OSSZ	<ul style="list-style-type: none"> • Provádí posouzení stupně závislosti

9.4 Kalkulace zatížení soukromých zdrojů, veřejných, krajských a obecních rozpočtů

Cílem této kapitoly je kvantifikovat dopady zavedení nového systému financování sociálních služeb na **soukromé zdroje** – odvodová zátěž zaměstnavatelů a zaměstnanců a na **veřejné zdroje** – výdaje státního rozpočtu na financování sociálních služeb, resp. objem plateb za státní pojištění.

Alternativně jsou zpracované 3 scénáře pojištění na sociální služby odlišující se různým přístupem k vývoji státních výdajů, přičemž všechny varianty zohledňují zajištění udržitelnosti systému financování sociálních služeb (vyrovnanost příjmů a predikovaných výdajů) a požadavek na nenavyšování současného podílu veřejných výdajů na sociální služby z prostředků státního rozpočtu na HDP (0,66 %).

Předpoklady platné pro všechny 3 scénáře jsou následující:

- **Financování sociálních služeb je každý rok vyrovnané**, tj. příjmy z vybraného pojistného se rovnají výdajům (včetně administrativních nákladů ve výši 3 % z vybraného pojistného);
- **Výdaje v letech 2015 – 2064 jsou stanovené na základě konzervativní predikce veřejných výdajů na sociální služby** (viz kapitola 4: Posouzení míry udržitelnosti stávajícího systému financování sociálních služeb). V roce 2015 byla výchozí výše výdajů 30,5 mld. Kč, včetně 3 % na administrativní náklady pojišťoven (888,5 mil. Kč);
- **Velikost pracovní síly (aktivní populace) je odvozená od stavu v 3. kvartálu 2014** a ročně navyšovaná v souladu s projekcemi MPSV. Po odečtení aktivní populace od celkové prognózované velikosti populace dle dynamického mikrosimulačního důchodového modelu je stanovena velikost populace, za kterou hradí pojistné stát;
- **Výpočet odvodů** odvozen od výše hrubé mzdy v ČR ve 3. kvartálu 2014 a ročním tempu růstu 3,5 %;
- **Podíl výdajů krajských a obecních rozpočtů na sociální služby** je odvozený od současné výše výdajů těchto subjektů na sociální služby (0,14 % podíl na HDP) a roste konstantě s růstem celkových výdajů na sociální služby, přičemž v roce 2064 dosáhne výši 0,18 % HDP.
- **Možnost flexibilní úpravy sazby pojistného** s cílem zajištění pokrytí výdajů na sociální služby.
- Zaměstnavatel hradí **2/3 výše pojistného**, zaměstnanci hradí **1/3 výše pojistného**.

Scénář 1: Stanovení poměru úhrad od soukromého sektoru a veřejného sektoru na základě poměru v odvedech za pojistné na zdravotní pojištění⁹⁸

Klíčové závěry

- Sazba pojistného pro aktivní populaci bude v roce 2015 stanovená na úrovni **2,19 % z hrubé mzdy**, objem pojistného hrazený v roce 2015 ze strany aktivní populace (soukromými zdroji) bude činit **23,3 mld. Kč**. S cílem zachování podílu veřejných a soukromých zdrojů bude výše pojistného flexibilně narůstat. V roce 2064 dosáhne sazba pojistného na sociální služby úrovně 3,69 % z hrubé mzdy.
- Objem pojistného hrazeného za státní pojištění (z veřejných zdrojů) činí v roce 2015 **7,2 mld. Kč**, v roce 2064 naroste na **71,2 mld. Kč**. Podíl výdajů státního rozpočtu na financování sociálních služeb na celkovém HDP se bude pohybovat **od 0,17 % v roce 2015 do 0,21 % v roce 2064**.

⁹⁸ 23,6 % veřejný sektor, 76,4 % soukromý sektor

Scénář 2: Stanovení výše veřejných výdajů ve výši současného podílu na HDP (0,66 %) po dobu 50 let

Klíčové závěry

- Sazba pojistného pro aktivní populaci bude v roce 2015 stanovená ve výši **0,21 %** z hrubé mzdy, v roce 2064 naroste na **0,97 %**. Objem pojistného hrazený v roce 2015 ze strany aktivní populace (soukromými zdroji) bude činit **3,0 mld. Kč**, v roce 2064 **79,1 mld. Kč**.
- Objem pojistného hrazeného za státní pojištěnce (z veřejných zdrojů) činí v roce 2015 **27,5 mld. Kč**, v roce 2064 **222,5 mld. Kč**. Podíl výdajů státního rozpočtu na financování sociálních služeb na celkovém HDP bude po celé období stabilně ve výši **0,66 % HDP**.

Scénář 3: Stanovení výše veřejných výdajů ve výši současného podílu na HDP (0,66 %) a jejich postupné snižování o 2 % ročně po dobu 50 let

Klíčové závěry

- Sazba pojistného pro aktivní populaci bude v roce 2015 činit **0,21 %** z hrubé mzdy, ale bude rychle narůstat z důvodu poklesu podílu veřejných výdajů na HDP. V roce 2064 bude sazba pojistného činit **2,68 %**. Objem pojistného hrazený v roce 2015 ze strany aktivní populace (soukromými zdroji) bude činit **3,0 mld. Kč**, v roce 2064 **218,9 mld. Kč**.
- Objem pojistného hrazeného za státní pojištěnce (z veřejných zdrojů) činí v roce 2015 **27,5 mld. Kč**, v roce 2064 **82,7 mld. Kč**. Podíl výdajů státního rozpočtu na financování sociálních služeb na celkovém HDP se bude pohybovat **od 0,66 % v roce 2015 do 0,25 % v roce 2064**.

Zatížení soukromých a veřejných zdrojů v jednotlivých scénářích v letech 2015-2064 je zobrazeno v tabulkách níže.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	2064	Celkem
Veřejné výdaje na sociální služby (mld. Kč)	30,5	32,5	34,5	36,5	38,5	40,5	52,6	66,0	85,8	116,7	149,4	181,9	210,6	257,9	301,6	6 504,1
Zatížení soukromých zdrojů																
Výběr pojistného – zaměstnanci (mld. Kč)	7,8	8,3	8,8	9,3	9,8	10,3	13,4	16,8	21,8	29,7	38,0	46,3	53,6	65,6	76,7	1 654,4
Výběr pojistného – zaměstnavatele (mld. Kč)	15,5	16,6	17,6	18,6	19,6	20,6	26,8	33,6	43,7	59,4	76,1	92,7	107,3	131,4	153,7	3 313,8
Výběr pojistného celkem	23,3	24,9	26,4	27,9	29,4	30,9	40,2	50,4	65,5	89,1	114,1	138,9	160,8	197,0	230,4	4 968,2
Sazba pojištění pro zaměstnance (celkem je průměr za 2015 – 2064)	0,7 %	0,7 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,9 %	0,9 %	1,1 %	1,2 %	1,2 %	1,2 %	1,2 %	1,23 %	0,95 %
Sazba pojištění pro zaměstnavatele (celkem je průměr za 2015 – 2064)	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,6 %	1,6 %	1,7 %	1,7 %	1,9 %	2,1 %	2,3 %	2,4 %	2,4 %	2,4 %	2,46 %	1,90 %
Sazba pojistného celkem (zaměstnavatel + zaměstnanec)	2,19 %	2,24 %	2,27 %	2,30 %	2,34 %	2,37 %	2,53 %	2,61 %	2,78 %	3,18 %	3,48 %	3,59 %	3,53 %	3,65 %	3,69 %	2,85 %
Zatížení státního rozpočtu																
Platba pojistného státem (mld. Kč)	7,2	7,7	8,2	8,6	9,1	9,6	12,4	15,6	20,3	27,5	35,3	42,9	49,7	60,9	71,2	1 535,9
Ročně na 1 neaktivní osobu (Kč)	1 175	1 252	1 332	1 405	1 480	1 555	2 013	2 559	3 387	4 586	5 755	6 929	7 963	9 769	11 575	4 182,4
Podíl výdajů státního rozpočtu na sociální služby k HDP (v %)	0,17%	0,18%	0,18%	0,18%	0,18%	0,18%	0,18%	0,18%	0,18%	0,20%	0,21%	0,22%	0,21%	0,21%	0,21%	0,19%
Zatížení krajských a obecních rozpočtů (mld. Kč)	5,7	6,1	6,5	6,8	7,2	7,6	9,9	12,6	16,7	23,0	29,5	35,8	41,5	51,0	60,1	1 287,3
Podíl výdajů krajských a obecních rozpočtů na HDP (v %)	0,14%	0,14%	0,14%	0,14%	0,15%	0,14%	0,15%	0,15%	0,15%	0,17%	0,18%	0,18%	0,17%	0,18%	0,18%	0,16%

Tabulka 17: Zatížení soukromých a veřejných rozpočtů - scénář 1

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	2064	Celkem
Veřejné výdaje na sociální služby (mld. Kč)	30,5	32,5	34,5	36,5	38,5	40,5	52,6	66,0	85,8	116,7	149,4	181,9	210,6	257,9	301,6	6 504,1
Zatížení soukromých zdrojů																
Výběr pojistného – zaměstnanci (mld. Kč)	1,0	1,4	1,7	1,7	1,9	1,9	2,7	2,9	4,4	8,9	13,7	17,0	17,7	22,7	26,3	515,28
Výběr pojistného – zaměstnavatele (mld. Kč)	2,0	2,8	3,3	3,5	3,7	3,9	5,3	5,9	8,7	17,9	27,4	34,0	35,4	45,4	52,8	1 032,10
Výběr pojistného celkem	3,0	4,1	5,0	5,3	5,6	5,8	8,0	8,8	13,1	26,8	41,0	51,0	53,1	68,1	79,1	1 547,38
Sazba pojištění pro zaměstnance (celkem je průměr za 2015 – 2064)	0,07 %	0,10 %	0,11 %	0,11 %	0,11 %	0,11 %	0,13 %	0,12 %	0,14 %	0,24 %	0,32 %	0,34 %	0,30 %	0,32 %	0,32 %	0,19 %
Sazba pojištění pro zaměstnavatele (celkem je průměr za 2015 – 2064)	0,14 %	0,19 %	0,22 %	0,22 %	0,23 %	0,23 %	0,26 %	0,23 %	0,28 %	0,49 %	0,64 %	0,67 %	0,59 %	0,64 %	0,65 %	0,38 %
Sazba pojistného celkem (zaměstnavatel + zaměstnanec)	0,21 %	0,29 %	0,33 %	0,33 %	0,34 %	0,34 %	0,38 %	0,35 %	0,42 %	0,73 %	0,96 %	1,01 %	0,89 %	0,97 %	0,97 %	0,57 %
Zatížení státního rozpočtu																
Platba pojistného státem (mld. Kč)	27,5	28,4	29,5	31,2	32,9	34,7	44,6	57,2	72,7	89,9	108,4	130,9	157,5	189,7	222,5	4 956,76
Podíl výdajů státního rozpočtu na sociální služby k HDP (v %)	0,66 %	0,66 %	0,66 %	0,66 %	0,66 %	0,66 %	0,66 %	0,66 %	0,66 %	0,66 %	0,66 %	0,66 %	0,66 %	0,66 %	0,66 %	0,66 %
Zatížení krajských rozpočtů (mld. Kč)	5,7	6,1	6,5	6,8	7,2	7,6	9,9	12,6	16,7	23,0	29,5	35,8	41,5	51,0	60,1	1 287,3
Podíl výdajů krajských a obecních rozpočtů na HDP (v %)	0,14 %	0,14 %	0,14 %	0,14 %	0,15 %	0,14 %	0,15 %	0,15 %	0,15 %	0,17 %	0,18 %	0,18 %	0,17 %	0,18 %	0,18 %	0,16 %

Tabulka 18: Zatížení soukromých a veřejných rozpočtů - scénář 2

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	2064	Celkem
Veřejné výdaje na sociální služby (mld. Kč)	30,5	32,5	34,5	36,5	38,5	40,5	52,6	66,0	85,8	116,7	149,4	181,9	210,6	257,9	301,6	6 504,1
Zatížení soukromých zdrojů																
Výběr pojistného – zaměstnanci (mld. Kč)	1,0	1,6	2,1	2,4	2,7	3,0	5,4	7,9	12,4	20,8	30,1	39,1	46,7	60,4	72,9	1 278,9
Výběr pojistného – zaměstnavatele (mld. Kč)	2,0	3,1	4,1	4,7	5,4	6,1	10,8	15,8	24,8	41,6	60,2	78,3	93,6	121,0	146,0	2 561,6
Výběr pojistného celkem	3,0	4,7	6,2	7,1	8,1	9,2	16,1	23,8	37,2	62,4	90,3	117,3	140,4	181,4	218,9	3 840,5
Sazba pojištění pro zaměstnance (celkem je průměr za 2015 – 2064)	0,07 %	0,11 %	0,14 %	0,15 %	0,16 %	0,18 %	0,26 %	0,31 %	0,40 %	0,57 %	0,70 %	0,77 %	0,78 %	0,86 %	0,89 %	0,42 %
Sazba pojištění pro zaměstnavatele (celkem je průměr za 2015 – 2064)	0,14 %	0,22 %	0,27 %	0,30 %	0,33 %	0,36 %	0,52 %	0,63 %	0,80 %	1,13 %	1,40 %	1,55 %	1,57 %	1,71 %	1,79 %	0,85 %
Sazba pojistného celkem (zaměstnavatel + zaměstnanec)	0,21 %	0,32 %	0,41 %	0,45 %	0,49 %	0,54 %	0,78 %	0,94 %	1,21 %	1,70 %	2,11 %	2,32 %	2,35 %	2,57 %	2,68 %	1,27 %
Zatížení státního rozpočtu																
Platba pojistného státem (mld. Kč)	27,5	27,8	28,3	29,4	30,3	31,3	36,5	42,2	48,5	54,2	59,1	64,5	70,2	76,4	82,7	2 663,7
Podíl výdajů státního rozpočtu na sociální služby k HDP (v %)	0,66 %	0,65 %	0,63 %	0,62 %	0,61 %	0,60 %	0,54 %	0,49 %	0,44 %	0,40 %	0,36 %	0,33 %	0,29 %	0,27 %	0,25 %	0,47 %
Zatížení krajských rozpočtů (mld. Kč)	5,7	6,1	6,5	6,8	7,2	7,6	9,9	12,6	16,7	23,0	29,5	35,8	41,5	51,0	60,1	1 287,3
Podíl výdajů krajských a obecních rozpočtů na HDP (v %)	0,14 %	0,14 %	0,14 %	0,14 %	0,15 %	0,14 %	0,15 %	0,15 %	0,15 %	0,17 %	0,18 %	0,18 %	0,17 %	0,18 %	0,18 %	0,16 %

Tabulka 19: Zatížení soukromých a veřejných rozpočtů - scénář 3

Vyhodnocení scénářů stanovení sazby pojistného na sociální služby

Následující tabulka shrnuje zatížení soukromých a veřejných zdrojů (státního a krajských a obecních rozpočtů) v rámci jednotlivých scénářů.

	Scénář 1	Scénář 2	Scénář 3
Zatížení státního rozpočtu			
Podíl výdajů státního rozpočtu na HDP	0,17 % - 0,21 %	cca 0,66 %	0,66 % - 0,25 %
Výdaje státu na 1 státního pojištěnce (v Kč)/ročně	1 175 – 11 575	4 491 – 36 160	4 491 – 13 437
Celkové výdaje státního rozpočtu	7,2 mld. – 71,2 mld.	27,5 mld. – 222,5 mld.	27,5 mld. – 82,7 mld.
Zatížení soukromých zdrojů			
Sazba pojistného (2015-2064)	2,19 % - 3,69 %	0,21 % - 0,97 %	0,21 % - 2,68 %
Zatížení krajských a obecních rozpočtů⁹⁹			
Podíl výdajů krajů a obcí na HDP	0,14 % - 0,18 %	0,14 % - 0,18 %	0,14 % - 0,18 %

Tabulka 20: Shrnutí zhodnocení scénářů

Vyčíslení scénářů zatížení soukromých a veřejných (státních, krajských, obecních) zdrojů ukazuje, že čím více jsou snižované výdaje státního rozpočtu, tím výrazněji roste zatížení soukromých subjektů. Tento „trade off“ mezi poklesem podílu veřejných výdajů na HDP a růstem sazby pojistného pro soukromé subjekty není rovnoměrný. Když stát potřebuje snížit výdaje o cca 0,5 % Z HDP, musí zvýšit sazbu pojistného o více než 2 %.

Závěr: Na základě vyčíslení zatížení soukromých a veřejných zdrojů po zavedení nového systému financování sociálních služeb ve třech scénářích se jako nejvhodnější řešení jeví zavedení výše pojistného na sociální služby na úrovni 1,5 % - 2 %. Tato sazba eliminuje nutnost zvyšování podílu výdajů za státního rozpočtu na HDP a zároveň zajistí udržitelnost financování sociálních služeb v dlouhodobém horizontu.

Jako vhodné opatření vedoucí ke snížení neochoty aktivní populace hradit nový typ pojistného může být zavedení nižší sazby v prvních letech a její postupné zvyšování s cílem zajištění udržitelnosti systému sociálních služeb. Možnost upravovat sazbu pojistného je v realitě rigidní (sazby pojistného na zdravotní pojištění je posledních 23 let na stejné úrovni). V případě aplikace postupného zvyšování sazby pojistného je potřeba stanovení harmonogramu zvyšování sazby v rámci právní úpravy.

⁹⁹ Výdaje krajských a obecních rozpočtů představují zejména příspěvky zřizovatelů, případně další zdroje poskytované z rozpočtů krajů a obcí. Pro účely vyčíslení dopadů Zpracovatel nerozděloval příjmy krajských a obecních rozpočtů do zvláštních kategorií.

9.5 Analýza rizik pro zavedení nového způsobu financování sociálních služeb a doporučení pro anticipaci a eliminaci těchto rizik

Cílem této kapitoly je:

- **Identifikovat rizika** spojená se zavedením nového systému financování sociálních služeb (Pojištění na sociální služby) a s jeho efektivním fungováním v dlouhodobém horizontu;
- **Vyhodnotit rizika** z hlediska **závažnosti dopadu a pravděpodobnosti výskytu**;
- Rámcově **navrhnout možnosti jejich eliminace**.

Klíčová rizika v členění na politická, legislativní, procesně-organizační, technická, rizika financování a makroekonomická rizika, jsou uvedena v následující tabulce. U jednotlivých rizik je uvedena závažnost rizika stanovená na základě pravděpodobnosti výskytu rizika a velikosti dopadu. Pravděpodobnost výskytu je hodnocena na škále od 1 do 5 podle toho, s jakou pravděpodobností reálně může dojít k naplnění rizika (1 nejmenší, 5 největší). Dopad je stanoven obdobně a určuje velikost dopadu rizika na systém financování sociálních služeb v případě jeho naplnění. Dle závažnosti jsou rizika rozdělena do 3 kategorií:

- **Rizika s nízkou mírou závažnosti** (závažnost – 1-6 bodů) – označená zeleně;
- **Rizika se střední mírou závažnosti** (závažnost 7-14 bodů) – označená žlutě;
- **Rizika s vysokou mírou závažnosti** (vysoká závažnost 15-25 bodů) – označená červeně.

Oblast rizik	Č.	Název rizika	Popis rizika	Pravděpodobnost výskytu (1-5)	Dopad (1-5)	Závažnost (1-25)	Způsob eliminace rizika
Politická	1	Politická neprůchodnost zavedení pojistného na sociální služby	Riziko neschválení zvýšení odvodového zatížení ze strany tripartity. Riziko nedostatečné politické podpory vládnoucích stran vzhledem k reformnímu charakteru a negativnímu dopadu na aktivní populaci.	4	5	20	<ul style="list-style-type: none"> • Systematické informování o nutnosti řešení budoucího deficitu systému financování sociálních služeb napříč veřejností a politickým spektrem
	2	Nedostatečná exekutivní podpora politického vedení MPSV – projekt má zásadní reformní charakter a vyžaduje adekvátní politickou podporu	Existuje riziko nedostatečné exekutivní podpory projektu politickým vedením MPSV a to vzhledem k strategickým a reformním ambicím celého projektu. Naplnění tohoto rizika může mít závažný vliv na zavedení nového systému a na komunikaci veřejnosti.	4	4	16	<ul style="list-style-type: none"> • Riziko bude eliminováno informováním o projektu na poradě vedení MPSV, v rámci osobních schůzek, jednání, atd.
	3	Riziko zrušení reformy v případě změny vlády v dalším volebním cyklu	Po zavedení systému hrozí nespokojenost voličů z řad aktivní populace s růstem odvodů. V rámci voleb mohou strany opozice přislíbit zrušení provedené reformy a v případě získání většiny zrušení reformy realizovat.	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> • Ukotvení změn v rámci zákonné úpravy s cílem snížení rizika jednoduchého zrušení úprav
Legislativní	4	Neprovedení legislativních změn v potřebném času a rozsahu	Z důvodu časových nároků na provedení legislativních změn a vlivu ostatních faktorů (např. volby do Poslanecké sněmovny) existuje riziko prodloužení legislativního procesu oproti plánovanému harmonogramu. S potřebou schvalování zákonů na politické úrovni je spojené riziko neprosazení všech plánovaných změn a potřeba přizpůsobit koncepci a technické řešení projektu po odsouhlasení případných legislativních změn.	4	4	16	<ul style="list-style-type: none"> • Schválení komplexního rozsahu úprav (zavedení pojištění na sociální služby a úpravy na výdajové straně) realizovat před iniciací procesu legislativních změn • Riziko bude eliminováno vytvořením legislativního týmu projektu a průběžným informováním politického vedení MPSV

Oblast rizik	Č.	Název rizika	Popis rizika	Pravděpodobnost výskytu (1-5)	Dopad (1-5)	Závažnost (1-25)	Způsob eliminace rizika
			Zároveň existuje riziko, že rozhodnutí o nadstavbových funkcionalitách (např. kapitální úhrady poskytovatelům, zrušení maximální výše úhrady za stravu a ubytování) proběhne až po legislativních změnách spojených se zavedením pojistného systému a bude nutné realizovat dodatečné úpravy legislativy.				
Procesně-organizační	5	Nedostatečné metodické a strategické řízení ze strany MPSV	MPSV nebude strategicky řídit zavedení nového systému a koordinovat zapojení institucí a úrovní samospráv.	4	4	16	<ul style="list-style-type: none"> Nastavení pravidel projektového řízení na straně MPSV Nastavení pravidelných informačních a koordinačních jednání se zástupci zapojených organizací a úrovní samospráv
	6	Nezajištění koordinace subjektů zapojených do systému financování sociálních služeb	MPSV selže v roli koordinátora financování sociálních služeb. Vyplácení úhrad poskytovatelům z jednotlivých zdrojů (pojistné, příspěvky zřizovatele, další veřejné zdroje) nebude koordinované.	3	4	12	<ul style="list-style-type: none"> Přehledné a transparentní nastavení finančních toků Pravidelná kontrola čerpání prostředků poskytovateli z jednotlivých veřejných zdrojů
	7	Selhání nastavení smluvních vztahů a finančních toků mezi organizacemi zapojenými do systému financování sociálních služeb	Pokud bude pouze jedna organizace vyplácející pojistné, musí být systematicky garantována smluvní přístupnost pro všechny poskytovatele. Pokud by pojištění vybíraly všechny zdravotní pojišťovny a pouze jedna by vyplácala, mohlo by docházet ke konfliktům při úhradě služeb, protože systém by generoval dodatečné administrativní náklady spojené s vyrovnávací platbou.	2	3	6	<ul style="list-style-type: none"> Možnost pro každého poskytovatele uzavřít smlouvu pouze se zdravotní pojišťovnou, která je koncovou institucí pro vyplácení úhrad Zamezit skutečnosti, že pojištěnec uzavře smlouvu s pojišťovnou vybírající pojistné, která nemá uzavřenou smlouvu s poskytovatelem, jehož služby chce osoba využít
	8	Nezvládnutí komunikace ve vztahu k veřejnosti	Nevhodná komunikace vládních institucí s veřejností ohledně odvodové reformy a nezvládnutí logického podání funkce	3	4	12	<ul style="list-style-type: none"> Vytvoření a systematická realizace komunikační strategie jak ve vztahu k veřejnosti, tak ve vztahu ke konečným uživatelům

Oblast rizik	Č.	Název rizika	Popis rizika	Pravděpodobnost výskytu (1-5)	Dopad (1-5)	Závažnost (1-25)	Způsob eliminace rizika
			a výhod nového systému vytvoří negativní postoj veřejnosti k navrženému systému.				
	9	Vysoká konkurence na trhu pojišťoven	Konkurence na trhu institucí, které uzavírají smlouvy s poskytovateli, vede k situaci sledující snižování nákladů. To by narušilo adekvátní výši úhrady služby poskytnuté poskytovatelem, jejichž finanční situace je při regulované ceně značně poddimenzovaná.	2	3	6	<ul style="list-style-type: none"> Regulace cen na úrovni, která dovoluje poskytovat služby levně a zároveň neohrozí finanční situaci v sektoru Pokud chce stát regulovat ceny na přijatelné úrovni, může tak učinit určením jedné organizace odpovědné za úhrady poskytovatelům
	10	Nezajištění efektivní míry subsidiarity	Bez legislativní úpravy, která by vymezovala role jednotlivých subjektů v novém systému financování služeb, bude docházet k neefektivnímu a koliznímu fungování celého systému, což může narušit jeho optimální fungování.	2	3	6	<ul style="list-style-type: none"> Důkladné legislativní ukotvení kompetencí jednotlivých subjektů zainteresovaných v systému řízení a financování sociálních služeb
	11	Nulová ekvivalence pojištění	Pojištění na sociální služby vychází ze zdravotního pojištění, které na rozdíl od pojištění na sociální zabezpečení není založeno na ekvivalenčním principu. Mnoho jednotlivců demotivuje právě přílišná solidarita, která podporuje obcházení placení odvodů.	3	2	6	<ul style="list-style-type: none"> Možnost vystoupit při jistém příjmu ze systému a využívat soukromé spoření Nastavení stropu na výši odvodů dle příkladu Německa
	12	Nastavení výše PnP a úhrad poskytovatelům pro jednotlivé služby v rozporu s cílem podpory služeb ze strany MPSV	Nastavení výše PnP upřednostňující „nejdražší“ služby (pobytové) způsobí růst poptávky po těchto službách, což nemusí být v souladu s vizí MPSV o podpoře jednotlivých služeb.	2	3	6	<ul style="list-style-type: none"> Snaha podporovat ambulantní a terénní služby musí zvýhodňovat užívání těchto služeb např. vyššími finančními příspěvky nebo jednoduší dostupností hmotné dávky
Technická	13	Nerealizování přínosů spojených s optimalizací monitoringu a reportingu v případě nezajištění	V případě, že nebude zajištěno technické řešení pro sjednocení předávání informací a dat z výkaznictví, existuje riziko, že nedojde ke zlepšení monitoringu, reportingu,	2	3	6	<ul style="list-style-type: none"> Riziko bude odstraněno důslednou přípravou technického řešení včetně specifikace požadovaných funkcionalit a výběrem dodavatele. Technické

Oblast rizik	Č.	Název rizika	Popis rizika	Pravděpodobnost výskytu (1-5)	Dopad (1-5)	Závažnost (1-25)	Způsob eliminace rizika
		nebo selhání technického řešení	informování potenciálních příjemců a možnosti přijímání kvalifikovaných rozhodnutí v rámci rozhodování o výběru služby a v rámci strategického řízení.				řešení bude upraveno na základě přijatých legislativních změn a bude zprovozněno až po provedení legislativních změn
Rizika financování	14	Neudržitelný růst poptávky po sociálních službách způsoben větší přístupností zdrojů financování	Pojistná schéma pro sociální služby zaručuje universální přístup k jejich využívání. Náklady na využívání hradí buď v plné výši (nízkopříjmové skupiny) nebo částečně (finanční příspěvek nebo hmotná dávka) pojistný systém. Právě existence povinného schématu vyvolává růst poptávky také ze strany těch, který by si jinak služby hradili z vlastních zdrojů.	3	3	9	<ul style="list-style-type: none"> • Navýšení příspěvku pro péči v domácím prostředí (finanční dávka) • Majetkové a příjmové testování pro osoby se středním až vyšším příjmem, zvyšuje podíl spolufinancování při úhradě za služby • Zrušení maximální výše úhrady za bytování a stravu
	15	Riziko diskriminace	Diskriminace z pohledu výše úhrady ze soukromých zdrojů po majetkovém testování může v prostoru ČR vyvolávat pocit cenové diskriminace v situaci, kde dvě osoby platí rozdílné částky za stejnou službu.	3	2	6	<ul style="list-style-type: none"> • Nabídka nadstandardních služeb pro občany, kteří mají vyšší příjem nebo větší majetek s cílem zavedení principů ekvivalence
Makroekonomická	16	Nutnost zvyšování sazby pojistného na sociální služby vzhledem k demografickému vývoji	V případě, že se současné demografické prognózy na nadcházejících 30-40 let naplní (trend „stárnutí“ populace), existuje riziko, že podíl aktivní populace bude klesat a s cílem zajištění udržitelnosti systému financování sociálních služeb bude nutné navyšovat sazbu pojistného.	5	3	15	<ul style="list-style-type: none"> • Riziko může být akceptováno, sazbu pojistného lze postupně zvyšovat. Míru zvyšování lze omezit vytvářením rezervního fondu, optimalizací využití prostředků na výdajové straně a motivací ke zvyšování podílu vlastních zdrojů financování, např. zavedením možnosti dobrovolného spojení se státní premii • Riziko lze částečně omezit plným využitím principu solidarity, tzn., že nebude stanoven horní limit pro platbu pojistného • Riziko může být eliminováno zvyšováním podílu aktivní populace metodami politiky zaměstnanosti, např. zvýšením věku odchodu do důchodu

Oblast rizik	Č.	Název rizika	Popis rizika	Pravděpodobnost výskytu (1-5)	Dopad (1-5)	Závažnost (1-25)	Způsob eliminace rizika
							(důchodová reforma)
	17	Negativní důsledky růstu odvodového zatížení aktivní populace	<p>Očekávaný růst odvodů ze strany zaměstnavatele na úrovni 1 – 2 % z celkových mzdových nákladů může mít za následek zvýšení nezaměstnanosti, utlumení investiční aktivity v různých odvětvích ekonomiky, snížení konkurenceschopnosti ČR a přesun podniků do levnějších států.</p> <p>Vzhledem ke zvýšení zatížení aktivní populace existuje riziko zvýšení snahy o obcházení povinnosti platby odvodů (i v dalších oblastech veřejného pojištění a daní)</p>	3	5	15	<ul style="list-style-type: none"> • Postupné zvyšování sazby pojistného na sociální pojištění • Zvážené možnosti snížení daňových odvodů ve prospěch pojistného na sociální služby

Oblast rizik	Č.	Název rizika	Popis rizika	Pravděpodobnost výskytu (1-5)	Dopad (1-5)	Závažnost (1-25)	Způsob eliminace rizika
	18	Provázanost s hospodářským cyklem	Příjmy z pojistného jsou úzce navázané na výši mzdy a počet zaměstnaných. V recesi roste nezaměstnanost a růst hrubé mzdy stagnuje, což může způsobit nedostatek zdrojů na financování sociálních služeb v případě přetrvávající deprese.	2	4	8	<ul style="list-style-type: none"> Existence rezervního fondu Možnost čerpání zdrojů na sociální služby v čase krize z jiných rozpočtových kapitol (udržení standardu kvality života je prvořadé)

Tabulka 21: Rizika zavedení a efektivního fungování sociálních služeb



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚTNANOST

PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

10 Návrh legislativních změn

Pro zavedení nového systému pojištění na sociální služby umožňující zajištění udržitelnosti systému financování sociálních služeb je nutná realizace souvisejících legislativních úprav, a to jak ve formě **zavedení nového zákona** (Zákon o pojistném na sociální služby¹⁰⁰), tak ve formě **novelizace stávajících právních předpisů**, na které budou mít zavedení nového pojištění a úpravy stávajícího systému financování sociálních služeb dopad. Následující kapitola obsahuje shrnutí tezí pro změnu současného zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů včetně vymezení důvodů pro nutnost legislativních změn a cílů zákonných úprav nezbytných pro zavedení takového systému.

10.1.1 Důvody pro legislativní změnu

Vzhledem k současným demografickým trendům, které se projevují v poklesu porodnosti, stárnutí populace a zvyšování očekávané délky dožití, lze v nadcházejících letech očekávat zvýšení počtu uživatelů sociálních služeb. Demografický vývoj bude mít nejvýraznější dopad na zvýšení počtu uživatelů služeb sociální péče dlouhodobého charakteru, které jsou zároveň nejnákladnější skupinou sociálních služeb. Poskytování sociálních služeb je v současné době z velké části hrazené z veřejných prostředků. S cílem zamezení nutnosti navyšování úhrad uživatelů a zvyšování podílu veřejných výdajů na sociální služby na HDP je nezbytné hledat alternativní zdroje financování sociálních služeb. Nejvhodnějším řešením, které přinese okamžité zvýšení příjmů a zároveň bude spojené s minimálními investičními a provozními náklady, je zavedení systému pojištění na sociální služby.

V souvislosti se zavedením nového typu pojištění, které doposud v České republice nebylo aplikované, tudíž ani právně ukotvené, je nutné upravit tento institut v rámci samostatného právního předpisu na úrovni zákona – zákon o pojištění na sociální služby. Nový zákon bude vymezovat způsob výběru pojistného a stavovat jeho výši a upravovat podmínky využití prostředků vybraného pojistného od soukromých i veřejných subjektů. Zákon musí dále definovat kompetence hlavních aktérů v pojistném systému a včetně způsobu přechodu kompetencí v současné době zajišťovaných státem.

Přechod kompetencí financovat poskytovatele sociálních služeb ze státní úrovně do rukou jedné nebo více zdravotních pojišťoven vytváří nutnost legislativních úprav také v zákonu o sociálních službách. Současné znění zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, bude upraveno zejména v následujících částech:

- Úprava způsobu stanovení PnP (§7 – §31);
- Úprava systému přidělování dotací – stanovení povinnosti vyhodnocování a přidělování dotací na základě automatizovaného hodnocení nákladnosti služeb;
- Úhrady nákladů na sociální služby (§71 - §74, §91 zákona) – zrušení maximální výše úhrady na stravu a ubytování. Ochrana příjmu uživatelů bude zajištěna zachováním minimální výše příjmu, který musí být

¹⁰⁰ V souvislosti se zavedením systému pojištění je nezbytné definovat okruh subjektů povinných hradit pojistné. Okruh povinných osob musí být odvozený od okruhu osob majících nárok na péči (definovaných v rámci §4 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách). Vzhledem k uvedenému je možné, že okruh účastníků pojištění na sociální služby bude jiný než okruh účastníků zdravotního pojištění.

uživateli ponechán po uhrazení stravy a ubytování. Zrušení maximální výše úhrady bude mít dopad na zrušení stropů pro poplatky upravené v rámci vyhlášky 505/2006 Sb. (§3 - §35 vyhlášky);

- Povinnosti poskytovatelů (§88) – jednoznačné vymezení povinností zejména v oblasti výkaznictví a v oblasti zajišťování kvality sociálních služeb;
- Smlouva o poskytnutí sociální služby (§90 – 91 zákona);
- Vymezení působnosti při zajišťování sociálních služeb, revize kompetencí jednotlivých zapojených subjektů, doplnění odkazů na detailnější úpravu v rámci metodických pokynů (Díl 4 Působnost při zajišťování sociálních služeb, §92 – 96 zákona);
- Úprava způsobu posuzování kvality sociálních služeb – V případě, že dojde k přesunu dané kompetence na novou instituci, která bude vytvořena účelově pouze na tuto činnost, bude tato změna promítnuta do vyhlášky 505/2006 Sb. (§38 a příloha 2.) Případné úpravy systému registrace a kontroly kvality (rozšíření registračních podmínek, zavedení pravidelných kontrol, stanovení sankcí v případě neplnění podmínek atd.) budou mít dopad na právní úpravu v části Hlava II Díl 1 Registrace (§78 – 84 zákona) a části čtvrté Inspekce poskytování sociálních služeb (§97 – §99 zákona), §38 vyhlášky (Hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb a informace o výsledku provedené inspekce). V §78 až §84 je potřeba definovat podmínky pro přidělení registrace formou certifikátu kvality, aby měli všichni zájemci rovnocenné podmínky pro přidělení a celý proces byl nezávislý na názoru rozhodující autority.
- Financování sociálních služeb (§101a - §104 zákona) – úprava v souladu se změnou zdrojů financování sociálních služeb (pojistné na sociální služby), popis způsobu výběru pojistného a stanovení kompetencí v rámci výběru a výplaty pojistného;
- Jasně vymezení kompetencí v oblasti poskytování informací o dostupnosti sociálních služeb.

10.1.2 Cíl zákonné úpravy

Úprava zrušení výše maximální úhrady přispěje ke zlepšení příjmové stránky poskytovatelů sociálních služeb a zvýšení kvality poskytovaných služeb a technického vybavení poskytovatelů prostřednictvím vyšší investiční aktivity umožněné vyššími příjmy. Plánované zavedení tzv. nadstandardních služeb bude muset zavést institut pravidel úhrady za dodatečné služby v poměru k minimálnímu standardu, co v současné době není v rámci právní úpravy definováno. Další úprava ustanovení upravujících úhrady nákladů za sociální služby by byla potřebná v případě zavedení testování majetku pro stanovení výše úhrad uživatelů, případně v případě doplacení pro osoby s nedostačujícím příjmem s cílem zpřístupnění sociálních služeb i pro osoby, které si jejich využívání v současnosti nemohou dovolit. Změna v hodnocení a výkonu kontroly kvality povede ke zvýšení kvality sociálních služeb. Diferenciace výše PnP v závislosti od způsobu využití služeb dlouhodobé péče na základě zavedení finanční dávky (neformální péče) a hmotné dávky (formální péče – zařízení sociálních služeb), popřípadě jejich kombinace, zvýší transparentnost systému a umožní motivaci uživatelů k využívání terénních a ambulantních služeb.

10.1.3 Vztahy a vazby k dalším právním předpisům

Změny systému poskytování sociálních služeb opírající se o zavedení pojištění na sociální služby budou mít dále dopad na následující právní předpisy:

- **Zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách** – vymezení role a kompetencí zdravotních pojišťoven v rámci výběru a správy pojistného na sociální služby a v rámci výplaty pojistného (zda budou prostředky převedeny na účet jedné organizace zajišťující úhrady, případně zda budou dávky vyplácet přímo zdravotní pojišťovny) a úprava způsobu výběru, správy a výplaty pojistného na sociální služby (nutnost vedení samostatného účtu, tvorba fondu sociální prevence a sociálního poradenství atd.)
- **Zákon č. 48/1997 Sb., o zdravotním pojištění** – v zájmu zlepšení koordinace mezi zdravotními a sociálními službami.

- **Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění** - správcové vybraného pojištění budou stejné instituce a proto musí být vymezené přesný seznam služeb a úkonů, které budou hrazeny ze zdravotního pojištění a které z nově zavedeného pojištění.
- **Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti**
- **Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení**
- **Zákon č. 243/2000 Sb., o rozpočtovém určení daní** – financování sociálních služeb z rozpočtu krajů a obcí je významným zdrojem příjmů poskytovatelů a proto je nutné po odluce financování ze strany MPSV a jeho přenesení na pojišťovny, ponechat jisté kompetence při rozhodování o veřejných zdrojích také na samosprávu.
- **Zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech** a o změně některých souvisejících zákonů
- **Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů**, ve znění pozdějších předpisů
- **Zákon č. 73/2011 Sb. o Úřadu práce České republiky** a o změně souvisejících zákonů
- **Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení), zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecné zřízení)**

10.1.4 Soulad s mezinárodní právní úpravou

Nad rámec dopadu do národní legislativy je nutné zajistit **slučitelnost s právem Evropské unie a mezinárodními smlouvami**. Jedná se zejména o zohlednění ustanovení Koordinačních nařízení – Nařízení EP a Rady (ES) 883/04, 987/09 upravujících sociální zabezpečení osob migrujících v rámci EU a mezinárodní úpravy – Mezinárodní organizace práce, Evropská charta, Evropský zákoník sociálního zabezpečení.

11 Podmínky nutné k zavedení navrhovaného způsobu financování sociálních služeb

Následující kapitola obsahuje shrnutí **podmínek nutných k zavedení navrhovaného způsobu financování sociálních služeb a kroky implementace** v logické návaznosti a časové posloupnosti v rámci harmonogramu realizace. Harmonogram zobrazuje **minimální dobu potřebnou na zavedení systému pojištění na sociální služby**. Celková předpokládaná doba realizace je **31 měsíců**. Tato doba je rozdělena na 2 základní části: schválení zavedení systému ze strany vlády a související změna legislativy a samotné zavedení systému pojištění na sociální služby a související změny. Předpokládaná doba trvání první fáze je cca **22 měsíců**, nicméně je spojena s řadou rizik zejména politického charakteru, jež mohou délku trvání této fáze prodloužit. Předpokládaná doba trvání zavedení systému pojištění na sociální služby a případných dalších úprav na výdajové straně je **12 měsíců**.

12 Analýza nákladů a přínosů zavádění nového způsobu financování sociálních služeb

Cílem následující kapitoly je vyhodnocení zavedení systému pojištění na sociální služby na základě posouzení přínosů a investičních a provozních nákladů z hlediska státního rozpočtu. Ekonomická analýza je zpracovaná po období let 2015 – 2023.

Kvantifikace přínosů

Přínosy pro státní rozpočet představuje výše pojistného vybrané od soukromých subjektů (zaměstnavatelé, zaměstnanci, OSVČ, dobrovolně přihlášené OBZP). Výdaje státního rozpočtu na financování sociálních služeb představují platby pojistného za státní pojištění.

Přínosy z výběru pojistného hrazeného soukromými subjekty	2015	2016	2017	2018	2019	Celkem 2020 - 2023
	<i>v mld. Kč</i>					
Celkový objem vybraného pojistného na sociální služby od soukromých subjektů	27,8	29,5	31,1	32,8	34,4	156,8

Kvantifikace nákladů

Investiční náklady

V případě, že výběr pojistného bude realizován zdravotními pojišťovnami, lze za tímto účelem využít stávající infrastrukturu a personální kapacity zajišťující v současné době výběr pojistného na zdravotní pojištění. Zpracovatel v tomto případě **nepředpokládá potřebu navýšování počtu zaměstnanců ani investice do IT infrastruktury**, jak by bylo potřeba v případě zřízení nové instituce.

Provozní náklady

Náklady na provoz systému budou v případě zapojení zdravotního pojišťoven v porovnání s přínosy spíše zanedbatelné. V souladu s praxí stanovení provozních nákladů v systému zdravotního pojištění by provozní náklady dosahovaly výše 3 % na objemu vybraného pojistného.

Provozní náklady	2015	2016	2017	2018	2019	Celkem 2020 - 2023
	<i>v mld. Kč</i>					
Administrativní náklady (3 % z vybraného pojistného)	1,06	1,12	1,19	1,25	1,31	5,98

Z pohledu veřejné správy jsou přímé náklady pro veřejné instituce zainteresované v systému financování sociálních služeb téměř nulové. Diskutabilním je nepřímý dopad na příjmy státního rozpočtu po zvýšení odvodů. Domácnosti zvyknou na zvýšení odvodu reagovat dočasným snížením spotřeby a vyšší spořivostí, což negativně ovlivňuje výši nepřímých daní plynoucích do státního rozpočtu.

Ekonomické zhodnocení zavedení pojištění na sociální služby

Cílem ekonomického vyhodnocení je srovnání přínosů a nákladů spojených se zavedením systému pojištění na sociální služby, na základě kterého byla vyčíslena čistá současná hodnota (NPV). Pro výpočet NPV využívá analýza diskontní míru doporučenou v návodu Evropské komise pro cost – benefit analýzu investičních projektů¹⁰¹ ve výši 5,5 %. Následující tabulka obsahuje shrnutí základních finančních ukazatelů zavedení systému pojištění na sociální služby.

Finanční ukazatele	Význam ukazatele	Hodnota ukazatele	Komentář hodnoty
Kumulativní čistá současná hodnota (NPV) za prvních pět let provozu v Kč.	Čistá současná hodnota je kumulovaná hodnota diskontovaných ekonomických hotovostních toků v příslušném období. Diskontováním diskontní sazbou (5,5%) dojde k výpočtu reálné hodnoty budoucího hotovostního toku.	134 mld. Kč	Systém pojištění ne sociální služby je z hlediska státního rozpočtu ekonomicky velmi výhodný.
Vnitřní výnosové procento (EIRR)	Vnitřní výnosové procento je míra výnosnosti investice, vypočítaná iterací, tj. hledáním takové úrokové míry, pro kterou je čistá současná společenská hodnota investiční varianty rovna nule.	n/a	Vzhledem k výrazné výhodnosti zavedení nového systému (převisu přínosy nad náklady) není možné vyčíslit vnitřní výnosové procento.
Index NPV/I	Index rentability NPV/I uvádí poměr čisté současné hodnoty a investičních nákladů investiční varianty. V podstatě udává ekonomickou rentabilitu investice.	27,5	Systém pojištění ne sociální služby má vysokou rentabilitu tj. přínosy výrazně převyšují náklady.
Doba návratnosti	Doba návratnosti je čas, za který se investice splatí z generovaného hotovostního toku. Počítá se od počátku realizace investice do jejího splacení.	0 let	Vzhledem k tomu, že již v prvním roce přínosy převyšují náklady projektu, splatí se investice v prvním roce zavedení nového systému.
B/C	Poměr přínosů a nákladů poměruje sumaci dosažených nediskontovaných přínosů k sumaci nediskontovaných celkových nákladů varianty projektu.	26,24	Ekonomické přínosy zavedení systému pojištění na sociální službu výrazně převyšují jeho náklady.

¹⁰¹ EUROPEAN COMMISSION: Guide to COST-BENEFIT ANALYSIS of investment projects, Structural Funds, Cohesion Fund and Instrument for Pre-Accession, Directorate General Regional Policy, 2008

13 Návrh způsobu dosažení a institucionálního uchopení minimálního standardu sociálních služeb

V současnosti minimální standardy kvality definují dostupnost, kvalitu a způsob kontroly a zlepšování základních a nutných procesů uvnitř subjektů poskytujícího sociální služby. Cílem návrhu v této části je institucionální konstrukce s co nejnižšími nároky na vznik nových institucí oproti stávajícímu systému. V současnosti je kontrolním orgánem pro inspekci registrovaných poskytovatelů sociálních služeb úřad práce, resp. jeho krajské pobočky podle trvalého pobytu FO nebo sídla PO. Předmětem inspekce je plnění povinností stanovených v §88 a §89 a kvalita sociálních služeb.

Standardy kvality sociálních služeb byly doporučeny v roce 2002 a zavedené do používání schválením zákona o sociálních službách v roce 2007¹⁰².

Existují 4 druhy základních regulačních strategií zajištění kvality a bezpečnosti v poskytování sociálních služeb¹⁰³:

1. Příkazy a kontrola;
2. Samoregulace s dohledem třetí strany;
3. Samoregulace na báze dobrovolnictví;
4. Tržní mechanismus.

Pro ČR jsou typické první dva nástroje, protože současný systém je nastaven přímým vynucováním standardů kvality stanovenými MPSV přes kontrolní orgán. Některé sociální služby (ambulantní pro osoby závislé na návykových látkách) si v soutěži zvolily nezávislou instituci, která jim poskytuje certifikaci, pokud jejich služby odpovídají stanoveným kritériím kvality a komplexnosti, kromě toho dodržují také standardy stanovené MPSV ČR. Ostatní dva nástroje nepovažujeme v ČR za aplikovatelné z důvodu nedostatku finančních zdrojů, snahy regulovat výši cen a nevýraznému podílu soukromých subjektů na celkovém počtu poskytovatelů sociálních služeb. Prostor pro užití tržního mechanismu existuje v případě selektivního výběru ze strany uživatelů (např. přes hodnocení klientů na speciálním serveru nebo průzkumem vedeným pojišťovny pro jejich smluvní potřeby).

Inspirace anglickým systémem

Při návrhu nového znění manuálu pro standardy kvality sociálních služeb v ČR s využitím anglického modelu je potřeba poukázat na zásadní rozdíl mezi ČR a Anglií. Jednotlivé standardy v ČR jsou dělené na kritéria, které mají buď zásadní, nebo dobrovolný charakter. Více než příkaz mají sloužit jako návod k tomu jak dosahovat vyšší úrovně poskytovaných služeb. Na rozdíl od ČR, v Anglii mají standardy (kterých je 16) příkazový charakter a jsou explicitně stanovené. Možný návrh na změnu v přístupu k českým minimálním standardům kvality je primárně v jejich síle (postavit na stejnou úroveň všechny), odstranit standardy, které slouží pouze jako vodítko a stanovit konkrétní pravidla pro fungování procesů ve vztahu mezi poskytovateli, uživateli, personálem a legislativou. Následující tabulka obsahuje srovnání minimálních standardů v ČR se standardy v Anglii.

¹⁰² MPSV ČR: STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB: Příručka pro uživatele, dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf

¹⁰³ The RAND Corporation: *Regulating quality and safety of health and social care - International experiences*, 2014, Londýn, dostupné z: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR500/RR561/RAND_RR561.pdf

Oblast	ČR	Anglie
Procesní – vztah mezi uživatelem a poskytovateli	Cíle a způsoby poskytování sociálních péče	
	Ochrana práv osob	Respektování uživatelé Ochrana pacientů před zneužíváním Péče a blahobyt pro klienty Dodržování nutričních potřeb Řízení přidělování léků
	Jednání se zájmem o SS	X
	Smlouva o poskytování SS	X
	Individuální plánování průběhu	Souhlas k péči a léčbě
	Dokumentace o poskytování	Uchovávaní záznamů
	Stížnosti na kvalitu	Konstruktivní stížnosti na kvalitu
	Návaznost poskytované SS na další dostupné zdroje	Spolupráce s jinými poskytovateli
Personální	Personální a organizační zajištění	Personální zajištění
	Profesní rozvoj	Motivace a podpora zaměstnanců
	X	Dostatek personálu
Provozní	Místní a časová dostupnost SS	X
	Informovanost	X
	Prostředí a podmínky	Kontrola čistoty a infekční nezávadnosti Bezpečnost, dostupnost a vhodnost vybavení
	Nouzové a havarijní situace	Bezpečnost a nezávadnost prostorů
	Zvyšování kvality sociálních služeb	Hodnocení a monitorování poskytovaných služeb

Tabulka 23: Srovnání minimálních standardů ČR a Anglie

Inspirace německým systémem

Jelikož je systém v Německu financován přes povinné pojistné schéma (zdravotní pojišťovny), vynucování standardů je na straně korporatistů v rukou Rady pro zdravotní hodnocení (zástupci všech stran aktivních v systému financování sociálních služeb). Základní regulace se tvoří podle zákona základních práv (*Social code book*) a platí pro poskytovatele, pacienty a pojišťovny. Nezávislý orgán (*Federal joint committee*) má právo vydávat závazné regulace a nařízení pro poskytovatele, které nemusí ministerstvo zdravotnictví schvalovat. MDK dělá hodnocení přes externí audity a kontroluje, zda poskytovatelé dodržují standardy. Regulační strategie fungují na bázi dobrovolnictví a samoregulace formou akreditace služby, výkonových indikátorů/cílů, benchmarkingu, zveřejňování dokumentů a snaze o vzdělávání personálu. V případě, že systém samoregulace selhal, vstupuje třetí strana (MDK), která vyhodnocuje a dává doporučení na zlepšení přes *quality reporting*, nařízení ombudsmana a auditní zprávy určené pro veřejnost. Zavedené jsou rovněž hodnocení uživatelů dostupné v médiích, které využívají pojišťovny pro budoucí vyjednávání s poskytovateli.

Doporučení pro ČR

Vhodným způsobem zavedení minimálních standardů v ČR je spojení udělování registrace s certifikací dané služby. Rozhodování o registraci/certifikaci lze přenést mimo krajské úřady, které zároveň vystupují v roli zřizovatele sociálních služeb, čímž může potenciálně docházet ke konfliktu zájmů. V případě, že financování služeb bude zajištěno zejména z prostředků pojištění a hrazené pojišťovnami, je vhodné určit instituci, která bude pro účely scoringu poskytovatelů hodnotit dodržování kvality u jednotlivých poskytovatelů a poskytovat je pojišťovnám a veřejnosti. V současné době kontroluje dodržování standardů kvality krajská pobočka úřadu práce, na které sídlí inspektory dohlížejících nejenom na dodržování kvality, ale i na naplňování podmínek pro udržení registrace. V jejich kompetenci je pouze hodnotit standardy kvality bodově nebo vzít registraci poskytovatelů.

Sankce za nedodržování mohou fungovat na principu „**command and control**“ (pokuty, doporučení k nápravě nebo šíření zlé pověsti mezi veřejností), nebo s využitím třetí strany v podobě ukončení smlouvy s pojišťovnou, případně snížením financování z pojištění. Třetí strana může být také subjektem plnícím funkci certifikační agentury vybraným na základě výběrového řízení (obdobně jako v případě „Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog“)¹⁰⁴.

¹⁰⁴ zdroj dostupný z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Zaostreno_200401_certifikace_web.pdf

14 Identifikace demografických rizik financování sociálních služeb v dlouhodobém horizontu a sada návrhů k jejich eliminaci

Od období „baby boomu“ po 2. světové válce zažívá Evropa postupný **pokles míry úhrnné plodnosti**, což vnáší do populační politiky Evropské Unie řadu rizik¹⁰⁵. Udržitelná míra úhrnné porodnosti pro zachování konstantní velikosti populace ve státě je 2,1 dítěte na ženu v plodném věku. Míra úhrnné plodnosti v ČR v roce 2011 činila 1,43 dítěte na jednu ženu. Tato skutečnost jasně prokazuje, že se populace přirozeným pohybem (porodností) zmenšuje. Nižší míra porodnosti přináší na jedné straně benefity v podobě nižší spotřeby zdrojů a nižší zátěže na životné prostředí, na druhé straně má výrazně negativní vliv na pokles počtu osob v ekonomicky aktivní skupině obyvatel. Nevhodná struktura obyvatelstva vytváří vyšší tlak na pracující osoby, co se týče odvodů a zároveň staré státy¹⁰⁶ s nedostatkem mladých lidí jsou méně konkurenční a mají slabší inovační tendence. Vzhledem k negativním vlivům snižující se porodnosti je potřeba efektivního nastavení populační a rodinné politiky, které bude podporovat zvyšování porodnosti a fungování rodiny jako takové.

Ve vztahu k návrhu nového systému financování sociálních služeb je největším negativním projevem nízké porodnosti **pokles ekonomicky aktivní populace**. Systém financování sociálních služeb je z velké části závislý od výše odvodů této skupiny obyvatel. Se snižujícím se podílem aktivní populace roste potřeba zvýšení odvodového zatížení. V případě nezvýšení odvodového zatížení nutně dojde k tlaku na pokles veřejných výdajů, případně výdajů na sociální služby. Riziko narušení ekonomického růstu z důvodu nerovnoměrného zvyšování zatížení aktivní populace je nutné eliminovat vhodnými opatřeními **pro podporu rodiny a zvýšení porodnosti**. V roce 2011 až 30 % mužů a žen starších 40 let nedosáhlo ze svého pohledu optimální velikosti rodiny. Tato „mezera plodnosti“ (fertility gap) řeší až čtyři pětiny členských států Evropské unie **politikou podporující porodnost**.

Mezi nástroje na podporu zvyšování plodnosti u žen v plodném období patří:

- **Finanční příspěvky** (přídavky a příspěvky na děti) – tento nástroj populační politiky je považován za administrativně a finančně náročný a jeho dopady na zvýšení porodnosti se napříč krajinami EU různí;
- **Daňové úlevy** – rodiny s dětmi do jistého příjmu mají možnost uplatnění slevy na dani. Tento způsob podpory rodin s dětmi je administrativně méně náročný, ale ze strany příjemců není až tak viditelný, proto jsou dopady daňových úlev na porodnost téměř zanedbatelné;
- **Dovolená související s péčí o dítě** (mateřská nebo otcovská dovolená). Problémem v této oblasti bývá zpravidla příliš dlouhá délka trvání dovolené, nebo nízké využití možnosti čerpat otcovskou dovolenou pro muže.
- **Formální péče o dítě** – z výsledků analýzy míry plodnosti v členských státech vykazují nejvyšší plodnosti právě státy, ve kterých existuje kvalitní síť jeslí a školce pro děti od 6 měsíců do věku nástupu na základní školu. Možnost svěřit dítě do péče v jeslích, školce nebo specializované chůvě má silný pozitivní dopad na porodnost, přičemž míra porodnosti je přímo úměrná výši veřejných výdajů na systém

¹⁰⁵ Míra úhrnné plodnosti definuje počet dětí, které může žena hypoteticky během plodných let (15 – 49) mít.

¹⁰⁶ S vysokým podílem seniorů – postproduktivních osob.

formální péče o dítě – čím vyšší podíl výdajů na HDP na tento systém státy vykazují, tím vyšší je míra porodnosti.¹⁰⁷

Vzhledem ke skutečnosti, že udržitelnost systému sociálních služeb výrazně ovlivňuje demografický vývoj v dlouhodobém období, je **nezbytné realizovat systematická opatření zaměřená na podporu porodnosti**. Výčet opatření cílících na zvýšení porodnosti je uveden v tabulce níže.

Č	Oblast	Doporučení
1	Nastavení motivujících pravidel pro mateřskou/otcovskou dovolenou	<ul style="list-style-type: none"> Flexibilní pracovní doba Možnost práce na poloviční/zkrácený úvazek Větší zapojení mužů do procesu péče o dítě
2	Financování a dostupnost formální péče o děti v předškolním věku	<ul style="list-style-type: none"> Zvýšení dostupnosti zařízení zajišťujících péči o děti v předškolním věku (jesle, mateřské školy, předškolní zařízení) Zvýšení podpory péče o děti v předškolním věku
3	Zefektivnění systému příspěvků na děti	<ul style="list-style-type: none"> Nastavení příspěvků na děti motivujících ke zvýšení porodnosti aktivní populace
4	Koordinace politik majících dopad na podporu porodnosti a rodiny	<ul style="list-style-type: none"> Systematické propojení politik a právních úprav v oblasti podpory péče o dítě a rodinu napříč resorty (zákoník práce, sociální politika, politika bydlení, školství, fiskální politika atd.) Koordinace národní a regionálních strategií a regionálních strategií navzájem

Dalším dopadem současného demografického vývoje je **stárnutí populace a zvýšení očekávané délky dožití**. V současné době je rovněž zaznamenán trend **zvýšování počtu osaměle žijících osob, u kterých pokles životní úrovně znamená přímé ohrožení sociálním vyloučením**. Uvedené skutečnosti mají přímý dopad na zvýšení počtu uživatelů sociálních služeb a zvýšení veřejných výdajů na sociální služby. V této oblasti je nutné zefektivnění systému poskytování a financování sociálních služeb, zejména služeb sociální péče dlouhodobého charakteru, a to jak služeb poskytovaných v rámci pobytových zařízení, tak služeb poskytovaných v přirozeném prostředí občana. Opatření zaměřená na zvýšení zdrojů financování sociálních služeb jsou detailně popsána v kapitole 8: Návrh nového optimálního systému financování sociálních služeb. Výčet opatření zaměřených na zvýšení dostupnosti sociálních služeb je uveden v tabulce níže.

Č	Oblast	Doporučení
1	Zvýšení dostupnosti pobytových služeb sociální péče dlouhodobého charakteru	<ul style="list-style-type: none"> Strategické plánování sociálních služeb na národní úrovni s cílem uspokojení poptávky po sociálních službách Automatizace vybraných činností
2	Zvýšení dostupnosti služeb sociální péče poskytovaných v přirozeném prostředí občana	<ul style="list-style-type: none"> Podpora poskytování péče v domácím prostředí, např. formou sdílené péče, dodatečná podpora pečujících osob – rodinných příslušníků Cílená podpora poskytování terénních služeb ze strany státu – formou státní dotace a dalších forem finanční podpory, např. využití strukturálních fondů, nefinanční podpora, zvýšení dostupnosti tohoto typu služeb, rozvoj služeb, zajištění informovanosti potenciálních uživatelů

¹⁰⁷ DAVIES, R.: Promoting fertility in the EU, Library of the European Parliament, 2013, dostupné z: http://www.europarl.europa.eu/RegData/bibliotheque/briefing/2013/130519/LDM_BRI%282013%29130519_REV2_EN.pdf

Č	Oblast	Doporučení
3	Zvýšení dostupnosti služeb sociální péče poskytovaných ambulantní formou	<ul style="list-style-type: none"> • Cílená podpora poskytování ambulantních služeb ze strany státu – formou státní dotace a dalších forem finanční podpory, např. využití strukturálních fondů, nefinanční podpora, zvýšení dostupnosti tohoto typu služeb, rozvoj služeb, zajištění informovanosti potenciálních uživatelů
4	Zajištění informovanosti občanů o poskytovaných službách	<ul style="list-style-type: none"> • Systematické sledování potřeb jednotlivců • Vytvoření komplexního portálu poskytujícího informace potenciálním uživatelům o poskytovaných sociálních službách • Posílení informovanosti o poskytovaných sociálních službách – nastavení informačních kanálů, realizace informační kampaně • Metodické řízení obcí a krajů v rámci zajišťování dostupnosti a informovanosti o poskytovaných službách v lokalitě ze strany MPSV
5	Prevence vzniku sociálně nepříznivé situace	<ul style="list-style-type: none"> • Zavádění moderních technologií umožňujících prevenci vzniku sociálně nepříznivé situace
6	Propojení systému poskytování zdravotních a sociálních služeb umožňující flexibilní přechod mezi systémem zdravotních a sociálních služeb	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivity směřující k zefektivnění přechodu občana mezi systémem poskytování zdravotní a sociální péče (např. „rezervace lůžek“ pro pacienty v dostatečném časovém předstihu atd.) • Podpora poskytování zdravotních služeb v zařízeních poskytujících sociální služby • Nastavení paušálu pro financování zdravotních úkonů v jednotlivých typech zařízení sociální péče dle stupně závislosti • Koordinace financování zdravotní péče a sociálních služeb
7	Řešení situace, kdy občan potřebující institucionální péči nemůže čerpat sociální služby z důvodu nedostatku prostředků na úhradu uživatele	<ul style="list-style-type: none"> • Poskytnutí pomoci ve formě půjčky v rámci systému pomoci v hmotné nouzi v případě neschopnosti klienta uhradit náklady na sociální služby, která by byla hrazená dědici, případně by byla převedena na dávku • Zavedení možnosti spoření na sociální služby (adresné a dobrovolné)
8	Zvýšení kvality poskytovaných sociálních služeb	<ul style="list-style-type: none"> • Nastavení minimálního standardu sociální péče a zavedení systému kontroly kvality • Umožnění poskytování nadstandardních služeb (za příplatek) v případě zájmu klienta • Zrušení maximální výše úhrady za stravu a ubytování

15 Zdroje

Legislativní úprava

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- Zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
- Zákon č. 48/1997 Sb., o zdravotním pojištění
- Zákon č. 48/1997 Sb., o zdravotním pojištění
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti
- Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení
- Zákon č. 243/2000 Sb., o rozpočtovém určení daní
- Zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů
- Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 73/2011 Sb. o Úřadu práce České republiky a o změně souvisejících zákonů
- Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení), zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecné zřízení)

Výstupy Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí

- PRŮŠA, L.: Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči, 2013, VÚPSV, Praha
- PRŮŠA, L.: Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory, 2008, VÚPSV, Praha
- PRŮŠA, L.: Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty, 2007, VÚPSV, Praha
- VÍŠEK, P. a PRŮŠA, L.: Optimalizace sociálních služeb, 2012, Národní centrum sociálních studií, o. p. s., Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, Praha
- PRŮŠA, L. a JEŘÁBKOVÁ, V.: Příspěvek na péči, 2013, VÚPS, v. v. i. Praha,
- PRŮŠA, L.: Předpoklady efektivního financování sociálních služeb, 2012, VÚPSV, Praha
- PRŮŠA, L.: Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče, 2011, VÚPSV, Praha
- PRŮŠA L. a kol.: Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, VÚPSV, 2011, Praha

Výstupy projektu Podpora procesu

- DAŇKOVÁ, Š. a kol.: Analýza příjemců příspěvku na péči a potenciálních příjemců dlouhodobé péče, 2011
- ONDRUŠOVÁ, I. a kol.: Analýza existujících Střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb, GI projekt o. p. s., 2011

- HRKAL J. a kol.: Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče, 2011
- Analýza ekonomické efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči, 2012
- Model minimální kapacity sítě sociálních služeb na daném modelovém území
- Pilotní výzkum způsobu zajištění péče o příjemce příspěvku na péči ve vybraných lokalitách, srpen 2011
- Případová studie způsobu zajištění péče o příjemce příspěvku na péči, 2011
- Příspěvek na péči – analýza dostupných datových zdrojů, 2011
- Komplexní analýza zdrojů – analýza příjmů a výdajů veřejných rozpočtů, včetně pojistných a nepojistných systémů sociální ochrany, analýza právních závazků veřejných rozpočtů, analýza soukromých zdrojů, Prosinec 2013
- Institut evaluací a sociálních analýz: Vstupní analýza existujících systémů pro sledování výkonů a efektivity služeb, 2012
- KOZLOVÁ, L. a kol.: Zpráva o stavu poskytování sociálních služeb v České republice v roce 2010 („Validační studie“)
- ČTVRTNÍK, J. a LEJSAL, M.: Sociální služby a způsob financování – podklad k odborné diskuzi, 2013
- DVOŘÁK, D. a kol.: Posouzení dopadů nové legislativy EU v oblasti veřejné podpory službám obecného hospodářského zájmu na pravidla financování sociálních služeb v České republice, MPSV ČR, Praha, 2012

Další zdroje

- PETROVÁ KAFKOVÁ, M.: Mezigenerační solidarita ve stárnoucí společnosti, Masaryková univerzita, 2010, Brno
- POSPÍŠIL D., MARŠÍKOVÁ L.: Proces přechodu části dotačního řízení na krajskou úroveň, MPSV ČR, 2014, Praha
- DELOITTE DENMARK: Social Welfare: International Perspectives
- DELOITTE CANADA: Paying for outcomes: Solving complex societal issues through Social Impact Bonds
- HOLEC, ZUSKA & Partneři: Příprava modelu víceletého financování sociálních služeb v Královéhradeckém kraji, zpracovaný jako výstup projektu Rozvoj dostupnosti a kvality sociálních služeb v Královéhradeckém kraji II., 2012
- RUTAROVÁ, R.: Populační vývoj a ekonomická aktivita obyvatel České republiky v letech 1993-2002 a výhled do roku 2050, Česká národní banka, Praha, str. 20
- WEGNER, N.: Financing social security – business as usual?, Zář 2011, ETUI
- KREBS, V. a kol. Sociální politika, 4. vyd. Praha: ASPI, a.s., 2007
- SCHOLLES K. a JOHNSON G.: *Exploring Public Sector Strategy*, Prentice Hall, Londýn, 2007
- GREEN D., IRVINE B.: Healthcare systems: Germany, CIVITAS, 2013, Londýn, dostupné z: <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/germany.pdf>
- The RAND Corporation: *Regulating quality and safety of health and social care - International experiences*, 2014, Londýn, zdroj dostupný z: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR500/RR561/RAND_RR561.pdf
- SHOLKOPF, M.: Long-term care insurance (LTCI) in Germany, Federal Ministry of Health, Germany, 2012
- SALTMAN, R. a kol.: Social health insurance systems in western Europe, Open University Press, 2004, New York, zdroj dostupný z: http://www.who.int/health_financing/documents/shi_w_europe.pdf

- WHO: Social health insurance: Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance, 2005, Ženeva, zdroj dostupný z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20302/1/A58_20-en.pdf?ua=1
- ILO: Social protection - Pros and cons of key financing mechanisms for social health protection, zdroj dostupný z: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.action?th.themeld=3108>
- EUROPEAN COMMISSION: Guide to COST-BENEFIT ANALYSIS of investment projects, Structural Funds, Cohesion Fund and Instrument for Pre-Accession, Directorate General Regional Policy, 2008
- CARRIN, G. a JAMES C.: Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage, WHO, 2005, zdroj dostupný z: http://www.who.int/health_financing/documents/shi_key_factors.pdf
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVŮ ZÁVISLOSTI: Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, Úřad vlády ČR, Praha, 2004, zdroj dostupný z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Zaostreno_200401_certifikace_web.pdf

Datové podklady

- Údaje z výkaznictví MPSV ČR (2007-2012) – příjmy a výdaje poskytovatelů sociálních služeb
- Statistiky přidělených dotací (2012-2013) – export ze žádostí o dotace od MPSV ČR
- Statistiky měsíčně vyplacených sociálních dávek (2007-2013) – MPSV ČR
- Měsíční přehled o vyplácení PnP (2009-2011)
- Statistická ročenka MPSV ČR (2007-2012)
- Demografická ročenka 2013 (ČSÚ)
- Databáze Českého statistického úřadu
- Statistická databáze EUROSTAT
- Regionální informační servis

Příloha 1: Analýza poskytovatelů a poskytovaných sociálních služeb

Poskytovatelé sociálních služeb v ČR

Sociální služby jsou poskytovány poskytovateli sociálních služeb, kteří obdrželi rozhodnutí o registraci a jsou vedeni v Registru poskytovatelů sociálních služeb spravovaném MPSV¹⁰⁸, vedeném v elektronické i listinné podobě. Rozhodnutí o registraci vydává krajský úřad příslušný podle místa bydliště fyzické osoby nebo sídla právnické osoby (garant). Toto platí v případě, že zřizovatelem je nestátní subjekt, církev, kraj a obec. Je-li zřizovatelem poskytovatele sociální služby ministerstvo, rozhoduje o registraci samotné ministerstvo. MPSV ČR jako garant služby nese zodpovědnost za nastavení parametrů dostupnosti a kontrolu výkonu státní správy a kvality sociálních služeb v České republice. Odpovědnost za dostupnost sociálních služeb a zajištění informovanosti o poskytovaných službách je v kompetenci kraje.

Podmínky pro udělení registrace k poskytování sociálních služeb jsou následující¹⁰⁹:

1. Podání písemné žádosti;
2. Odborná způsobilost všech fyzických osob, které budou služby poskytovat;
3. Bezúhonnost;
4. Zajištění hygienických podmínek, když se jedná o zařízení sociálních služeb;
5. Vlastnické nebo jiné právo k prostorám poskytování služeb;
6. Zajištění materiálních a technických podmínek;
7. Potvrzení o neexistenci konkursu a insolvenčního řízení na majetek.

Registrace se nevyžaduje, pokud je poskytovatelem služby osoba blízká nebo asistent sociální péče, který nevykonává svou činnost jako podnikání. Bez registrace může také působit fyzická nebo právnická osoba se sídlem v jiném členském státu EU, ve kterém jí byl udělen statut poskytovatele sociálních služeb nebo jiné období registrace.

Sociální služby poskytují také zdravotnická zařízení lůžkové péče, která ovšem nespadají pod zákon o sociálních službách, ale upravuje je zákon č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zdravotnická zařízení poskytují sociální služby prostřednictvím tzv. „sociálních lůžek“ v případě, že léčená osoba už nepotřebuje lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopná se obejít bez pomoci jiné osoby. Pobytová sociální služba je poskytována osobě do doby, než jí je zabezpečena pomoc od osoby blízké nebo jiné fyzické osoby, zajištěn přístup k poskytnutí terénních nebo ambulantních sociálních služeb, umístění do zařízení pobytových služeb, případně obnovení poskytování zdravotních služeb.

V následujících kapitolách je používáno členění sociálních služeb na služby poskytované v zařízeních sociálních služeb vycházející z definice sociálních služeb v §33 a §34 zákona o 108/2006 Sb. o sociálních službách. Pod sociálními službami poskytovanými v zařízeních se rozumí služby spojené s ubytováním, případně s ambulantním charakterem poskytování služby. Ostatní služby, které nejsou poskytovány v zařízeních, se dle zákona dají

¹⁰⁸ Registr poskytovatelů sociálních služeb, dostupný z:

http://registr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1409665735639_36

¹⁰⁹ Obsaženo v §79, Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

charakterizovat jako služby poskytované v přirozeném prostředí osoby, tudíž služby terénní. Tyto služby Zpracovatel v rámci analýzy označuje jako služby poskytované mimo zařízení.

Počet poskytovatelů a poskytovaných sociálních služeb v ČR

Dle údajů MPSV ČR platných k 31. prosinci 2012 bylo v Registru poskytovatelů sociálních služeb celkově **1 985 poskytovatelů** včetně poskytovatelů sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Celkem poskytovatelé nabízeli ke sledovanému datu **5 454 sociálních služeb**. Toto množství lze rozdělit do dvou hlavních kategorií sociálních služeb, a to na služby poskytované v zařízeních sociálních služeb (20 druhů sociálních služeb) a služby poskytované osobám v jejich přirozeném prostředí (12 druhů sociálních služeb).

Dělení poskytovatelů sociálních služeb podle právní formy

Hlavní právní formy poskytovatelů sociálních služeb vycházejí z podstaty financování a funkce založení této fyzické nebo právnické osoby. K 31. 12. 2012 mělo **30,6 % (608 poskytovatelů)** z celkového počtu poskytovatelů formu příspěvkové organizace, která je nejčastější formou v případě, že zřizovatelem je kraj, obec nebo stát. Hlavním zdrojem příjmu je u tohoto typu organizací příspěvek zřizovatele. Druhou nejčastější formou byla sdružení. Této právní formy se dotkly změny v Novém občanském zákoníku (NOZ)¹¹⁰, který vstoupil v platnost 1. ledna 2014. NOZ zrušil některé formy právnických osob spojených s NNO, např. právé sdružení a obecně prospěšné společnosti (OPS). Podíl poskytovatelů majících právní formu sdružení byl **25,14 % (499)**. Od 1. 1. 2014 jsou tyto organizace vedené buď jako spolky (v případě, že plní funkci vzájemné prospěšnosti) nebo jako ústavy (v případě, že plní funkci veřejné prospěšnosti). Sdružení měla možnost transformovat se na OPS před nabytím účinnosti NOZ. Další častou právní formou poskytovatelů sociálních služeb je obec – **14,26 % (283)** a obecně prospěšná společnost – **9,47 % (188)**, která podle nového NOZ může fungovat, ale už nemůže být v této formě po 1. lednu 2014 zakládána. Dalšími právními formami poskytovatelů sociálních služeb jsou církevní organizace (9,27 %), společnosti s ručením omezeným (3,63 %), akciové společnosti (1,81 %) a soukromé fyzické osoby (1,26 %). Počet poskytovatelů sociálních služeb k 31. 12. 2012 v členění dle právní formy je uveden v tabulce níže.

Právní forma	Počet poskytovatelů	Podíl
Příspěvková organizace	608	30,63 %
Sdružení (svaz, spolek, klub)	499	25,14 %
Obec (obecní úřad)	283	14,26 %
Obecně prospěšná společnost	188	9,47 %
Církevní organizace	184	9,27 %
Společnost s ručením omezeným	72	3,63 %
Akciová společnost	36	1,81 %
Organizační jednotka sdružení	36	1,81 %
Zájmové sdružení	25	1,26 %
Fyzická osoba podnikající dle ŽZ nezapsaná v OR	16	0,81 %
Zájmové sdružení právnických osob	9	0,45 %
Fyzická osoba podnikající dle ŽZ zapsaná v OR	6	0,30 %
Organizační složka státu	6	0,30 %
Fyzická osoba podnikající dle jiného zákona nezapsaná v OR	3	0,15 %
Neurčeno	3	0,15 %

¹¹⁰ Občanský zákoník (zákon číslo 89/2012 Sb.)

Právní forma	Počet poskytovatelů	Podíl
Školské zařízení	3	0,15 %
Zdravotnické zařízení	2	0,10 %
Družstvo	1	0,05 %
Fyzická osoba	1	0,05 %
Střední škola	1	0,05 %
Svazek obcí	1	0,05 %
Školská právnická osoba	1	0,05 %
Veřejná obchodní společnost	1	0,05 %
Celkem ČR	1 985	100,00 %

Tabulka 24: Počet poskytovatelů sociálních služeb dle právní formy (stav k 31. 12. 2012).
(Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrka za sociální služby 2012)

Dělení poskytovatelů sociálních služeb podle zřizovatele

K 31. 12. 2012 byla struktura poskytovatelů sociálních služeb podle zřizovatele následující: **60,7 %** tvořily organizace zřízené nestátním zřizovatelem vyjma církevních institucí, **30,1 %** organizace zřízené státními zřizovateli, z toho **15,3 %** organizace zřízené krajem, **14,3 %** organizace zřízené obcí nebo městem, **0,5 %** organizace zřízené státem¹¹¹. Církev jako zřizovatel vystupoval v **9,3 %** případech. Počet poskytovatelů v členění dle zřizovatele je zobrazen v tabulce níže.

Zřizovatel	Počet	Podíl
Ostatní	1 204	60,70 %
Kraj	304	15,30 %
Obec/město	283	14,30 %
Církev	184	9,30 %
Stát	10	0,50 %
Celkem ČR	1 985	100,00 %

Tabulka 25: Struktura poskytovatelů sociálních služeb dle zřizovatele (stav k 31. 12. 2012).
(Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrka za sociální služby 2012)

Dělení poskytovatelů sociálních služeb podle regionu

Geografické rozložení poskytovatelů sociálních služeb v krajích koreluje s počtem obyvatel kraje a zohledňuje socioekonomickou strukturu obyvatelstva. V krajích s vyšší nezaměstnaností je zpravidla větší potřeba sociálních služeb než v krajích „bohatších“, vyznačujících se menšími příjmovými rozdíly. Z uvedených předpokladů vychází skutečnost, že nejvyšší počet poskytovatelů se nachází ve Středočeském kraji (264), Praze (245) a Moravskoslezském kraji (203), tedy v krajích s nejvyšším počtem obyvatel. Dalším krajem s nejvyšším počtem poskytovatelů sociálních služeb je Ústecký kraj (190), tedy kraj vyznačující se nižším počtem obyvatel, ale vážnou romskou problematikou a nejvyšší nezaměstnaností v rámci ČR, což zvyšuje nároky na rozvoj sociálních služeb zřizovaných krajem a obcemi, tudíž i jejich počet. Rozložení poskytovatelů sociálních služeb v členění dle kraje (stav k 31. 12. 2012) je zobrazen v tabulce níže.

Region	Počet	Podíl v %

¹¹¹ Stát je zřizovatelem 10 zařízení, z toho MPSV ČR je zřizovatelem 5 ústavů (Diagnostický ústav sociální péče v Tloskově, Ústav sociální péče pro tělesně postižené v Hrabyni, Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch, Centrum Kociánka a Ústav sociální péče pro zrakově postižené v Brně- Chřlčích), MZ je zřizovatelem 5 státních nemocnic, které se zaměřuje na sociální služby poskytované v zařízeních lůžkové péče. Tento druh služby představuje samostatnou kategorii sociálních služeb a je poskytován v přibližně 80 nemocnicích nebo hospicích s různým zřizovatelem.

Region	Počet	Podíl v %
Středočeský kraj	264	13,30 %
Hl. m. Praha	245	12,34 %
Moravskoslezský kraj	203	10,23 %
Ústecký kraj	190	9,57 %
Jihomoravský kraj	163	8,21 %
Jihočeský kraj	134	6,75 %
Vysočina	119	5,99 %
Královohradecký kraj	109	5,49 %
Plzeňský kraj	106	5,34 %
Olomoucký kraj	106	5,34 %
Pardubický kraj	100	5,04 %
Liberecký kraj	98	4,94 %
Zlínský kraj	84	4,23 %
Karlovarský kraj	64	3,22 %
CELKEM ČR	1985	100,00 %

Tabulka 26: Rozložení poskytovatelů sociálních služeb v ČR (stav k 31. 12. 2012).
(Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrka za sociální služby 2012)

Druhy sociálních služeb v ČR

Dělení sociálních služeb podle skupin

Podle účelu poskytování se sociální služby dělí na 3 velké skupiny:

- **Služby sociálního poradenství** – cílem služeb sociálního poradenství je poskytování potřebných informací (základních, odborných i právních) přispívajících k řešení nepříznivé sociální situace občanů;
- **Služby sociální péče** – cílem služeb sociální péče je pomoc osobám při zajištění jejich fyzické a psychické soběstačnosti, pomoc při zapojení do sociálního života a v případě nemožnosti zapojení zajištění důstojných podmínek pro život a dožití;
- **Služby sociální prevence** – cílem služeb sociální prevence je zabránění vzniku nežádoucích společenských jevů prostřednictvím pomoci osobám ohroženým sociálním vyloučením.

Dělení sociálních služeb podle formy poskytování

Podle formy poskytování se sociální služby dělí na:

- **Pobytové** – služby spojené s krátkodobým nebo dlouhodobým ubytováním v zařízeních sociálních služeb;
- **Terénní** – služby poskytované osobám v jejich přirozeném sociálním prostředí;
- **Ambulantní** – služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.

Poskytovatel sociálních služeb poskytuje jednu nebo více služeb na základě registrace (viz kapitola Poskytovatelé sociálních služeb v ČR). V seznamu registrovaných poskytovatelů sociálních služeb je uvedeno, které služby je daný poskytovatel oprávněn poskytovat.

Zařízení sociálních služeb jsou vymezena v zákoně o sociálních službách v §34¹¹². Následující tabulka obsahuje popis služeb poskytovaných v zařízeních sociálních služeb a služeb poskytovaných v ambulantní a terénní formě mimo zařízení sociálních služeb. Tabulka obsahuje indikaci formy poskytování služby (P – pobytové, T – terénní, A – ambulantní), informace o úhradě (zda se jedná o služby za úhradu (A) nebo nikoliv (N)) a základní statistiky o příjmech služeb, počtu uživatelů a počtu sociálních služeb v každé kategorii, stav k 31. 12. 2012.

¹¹² V Sociální služby poskytované v zařízeních formou pobytových nebo ambulantních služeb, za kterými musí klient docházet mimo svoje přirozené prostředí, jsou vymezené v §34 zákona o sociálních službách.

Č.	Název	Popis	Forma služby	Zařízení sociálních služeb	Uhrada	Celkové příjmy v 2012 (v tis. Kč)	Počet uživatelů k 31. 12. 2012 (za rok 2012) ¹¹³	Počet poskytovaných služeb v 2012 ¹¹⁴
Služby sociální péče						23 391 509¹¹⁵	201 491	2 879¹¹⁶
1.)	Centra denních služeb	Služby pro seniory, zdravotně postižené osoby a chronicky nemocné osoby. Pomoc při zajištění péče o vlastní osobu a soběstačnosti.	A	Ano	Ano	142 982	844 (6 267)	86
2.)	Denní stacionáře	Služby pro seniory, zdravotně postižené a chronicky nemocné (duševně). Pomoc při zajištění péče o vlastní osobu a soběstačnosti.	A	Ano	Ano	640 201	2 894 (5 176)	262
3.)	Týdenní stacionáře	Služby pro seniory, zdravotně postižené a chronicky nemocné (duševně). Pomoc při zajištění péče o vlastní osobu a soběstačnosti.	P	Ano	Ano	235 412	827 (827)	66
4.)	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	Služby pro osoby zdravotně postižené. Pomoc při zajištění péče o vlastní osobu a soběstačnosti.	P	Ano	Ano	4 649 511	13 334 (13 334)	214
5.)	Domovy pro seniory	Služby pro seniory. Pomoc při zajištění péče o vlastní osobu a soběstačnosti.	P	Ano	Ano	10 112 872	36 197 (36 197)	485
6.)	Domovy se zvláštním režimem	Služby pro duševně choré osoby, osoby závislé na návykových látkách a osoby s různými variantami demence. Pomoc při zajištění péče o vlastní osobu a soběstačnosti je individuálně přizpůsobena.	P	Ano	Ano	3 315 898	10 300 (10 300)	211
7.)	Chráněné bydlení	Služby skupinového nebo individuálního charakteru pro osoby se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním.	P	Ano	Ano	454 289	2 606 (2 606)	144
8.)	Osobní asistence	Služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, onemocnění či postižení.	T	Ne	Ano	391 391	6 554	209

¹¹³ Údaje ze Statistické ročenky 2012 vypracované MPSV ČR. Stavové statistiky uvádějí počet uživatelů ke konkrétnímu datu – např. 31. 12. 2012, zatímco tokové statistiky uvádí počet uživatelů v průběhu sledovaného období, nejčastěji 1 roku. Nedostatkem tokových statistik je nemožnost zjistit unikátnost nebo duplicitu uživatele a nemožnost zjistit délku užívání služby (zda uživatel službu využíval pouze jednorázově, nebo po celé sledované období). Z toho důvodu preferuje Zpracovatel v rámci analýzy statistiky stavové. Nedostatkem stavových statistik je rovněž nesledování délky užívání služby, které podhodnocují údaje o celkové vytíženosti z důvodu, že někteří uživatelé využívají služby pouze krátkodobě nebo jednorázově, nikoliv po celé období sledování. Toková statistika nenavýšuje počet uživatelů z pohledu vícenásobných návštěv u poskytovatele v průběhu sledovaného období, a proto vyjadřuje ke konkrétnímu datu procentuální obsazenost daného zařízení.

¹¹⁴ Kombinací zařízení sociálních služeb jsou zřizována mezigenerační a integrovaná centra.

¹¹⁵ Včetně Sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

¹¹⁶ Včetně Sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Č.	Název	Popis	Forma služby	Zařízení sociálních služeb	Úhrada	Celkové příjmy v 2012 (v tis. Kč)	Počet uživatelů k 31. 12. 2012 (za rok 2012) ¹¹³	Počet poskytovaných služeb v 2012 ¹¹⁴
9.)	Pečovatelská služba	Služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, onemocnění, postižení nebo rodinám s dětmi.	A, T	Ne	Ano	2 226 350	113 041	730
10.)	Tísňová péče	Poskytuje distanční hlasovou nebo elektronickou komunikaci rizikovým osobám (zdraví, postižení).	T	Ne	Ano	26 410	2 392	16
11.)	Průvodcovské a předčitatelské služby	Pomáhá osobám v orientaci a komunikaci při vyřizování vlastních záležitostí.	T	Ne	Ano	9 677	723	25
12.)	Podpora samostatného bydlení	Poskytuje služby osobám bydlícím ve vlastním obydlí s chronickým onemocněním nebo postižením.	T	Ne	Ano	39 781	578	44
13.)	Odlehčovací služby	Všechny služby na pomoc osobám při odpočinku v jejich přirozeném prostředí.	A, T	Ne	Ano	600 705	11 201	271
Služby sociální prevence						3 197 480	55 564	1950
14.)	Azylové domy	Služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení.	P	Ano	Ano	697 113	5 454 (5 454)	209
15.)	Domy na půl cesty	Osoby do 26 let, které po dosažení zletilosti opustily školské zařízení ústavní (ochranné), výkon odnětí svobody nebo zařízení pro péči o děti a mládež.	P	Ano	Ano	67 065	314 (314)	42
16.)	Krizová pomoc	Služba pro osoby v ohrožení zdraví nebo života na přechodnou dobu.	A, T, P	Ano	Ne	56 138	13 (8 772)	46
17.)	Nízkoprahová denní centra	Služby pro osoby bez přístřeší.	A, T	Ano	Ano	82 326	0 (39 510)	51
18.)	Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	Služby pro osoby ve věku 6 až 26 let ohrožené společensky nežádoucími jevy.	A, T	Ano	Ne	287 517	0 (31 195)	231
19.)	Noclehárny	Služby pro osoby bez přístřeší k přenocování a hygienické potřebě.	A	Ano	Ano	88 498	656 (13 096)	68
20.)	Terapeutické komunity	Služby na přechodné období pro osoby závislé na návykových látkách a duševně choré osoby, které se chtějí začlenit do běžného života.	P	Ano	Ano	79 790	222 (222)	18
21.)	Sociálně terapeutické dílny	Dílny pro osoby s postižením se sníženou soběstačností, které nejsou umístitelné na trhu práce.	A	Ano	Ne	221 219	745 (3 608)	119
22.)	Centra sociálně rehabilitačních služeb	Soubor specifických činností k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob.	A	Ano	Ano	559 494	949 (18 066)	274

Č.	Název	Popis	Forma služby	Zařízení sociálních služeb	Úhrada	Celkové příjmy v 2012 (v tis. Kč)	Počet uživatelů k 31. 12. 2012 (za rok 2012) ¹¹³	Počet poskytovaných služeb v 2012 ¹¹⁴
23.)	Pracoviště rané péče	Služby pro rodiny, kterým se narodilo dítě se zrakovým nebo kombinovaným postižením.	A	Ano	Ne	90 395	0 (3 853)	44
24.)	Intervenční centra	Všechny druhy služeb pro osoby, které byly vykázané ze společného obydlí, nebo jim bylo vyhrožováno násilím.	A, P, T	Ano	Ano	35 638	0 (2 142)	18
25.)	Zařízení následné péče	Služby osobám, ré jsou po lůžkové léčbě, ambulantní léčbě nebo abstinují.	A, P	Ano	Ano	58 774	157 (1 535)	44
26.)	Tlumočnické služby	Služby poskytované osobám s poruchami komunikace.	T	Ne	Ne	19 019	7 235	35
27.)	Kontaktní centra	Služby pro osoby závislé na návykových látkách.	A, T	Ne	Ano	115 070	N/A	60
28.)	Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	Služby pro rodiny s dítětem, jehož vývoj je ohrožen krizovou situací, kterou rodiče nedokáží sami vyřešit.	A, T	Ne	Ne	259 729	N/A	224
29.)	Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním pojištěním	Služby poskytované starším osobám, aby nedošlo k jejich sociálnímu vyloučení.	A, T	Ne	Ne	116 212	39 819	229
30.)	Telefonická krizová pomoc	Služby poskytované na přechodnou dobu osobám, které jsou v ohrožení zdraví nebo života.	A	Ne	Ne	59 246	N/A	38
31.)	Terénní programy	Služby poskytované osobám, které vedou rizikový život.	T	Ne	Ne	304 237	N/A	200
Služby sociálního poradenství						441 898	0	625
32.)	Služby sociálního poradenství	Poskytování informací k řešení nepříznivých situací.	A	Ano	Ne	441 898	0 (311 960)	625
Samostatná kategorie						546 030		116
33.)	Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	Služby poskytované osobám, které už nepotřebují lůžkovou péči, ale nedokáží se kvůli zdravotnímu stavu starat o svoji osobu. Zůstávají zde, dokud jim není poskytnuta jiná sociální služba.	P	Ne	Ne	546 030	N/A	116
Celkový počet						27 030 888	257 055	5 454

Tabulka 27: Druhy sociálních služeb poskytovaných v ČR, stav k 31. 12. 2012

(Zdroj: Statistická ročenka 2012 vypracovaná MPSV ČR (údaj o počtu příjemců); Statistické údaje z účetní závěrky za sociální služby 2012 (údaje o finančním objemu a o počtu poskytovaných služeb))

Závěr: Analýza poskytovatelů a poskytovaných sociálních služeb

Na základě provedené analýzy sociálních služeb lze zhodnotit, že největší objem finančních zdrojů je ročně směřován do **služeb sociální péče**, a to až **86,5 %** z celkového objemu **27 mld. Kč**, které tvořily příjmy poskytovatelů sociálních služeb. Největší počet poskytovatelů poskytuje **pečovatelskou službu** (730 poskytovatelů) spadající dle formy poskytování do terénních služeb, následuje **služba sociální poradenství** (625 poskytovatelů) poskytovaná ambulantní formou a služba **domovy pro seniory** (485 poskytovatelů) poskytovaná pobytovou formou.

Z hlediska formy poskytování je nejnákladnější pobytová forma – pobytové služby se podílí na celkových příjmech sociálních služeb podílem 73,1 %. Z hlediska služeb byla nejnákladnější služba **domovy pro seniory** – příjmy této služby činily v roce 2012 **10,1 mld. Kč** (37 % z celkových příjmů poskytovatelů sociálních služeb a 51,1 % z příjmů poskytovatelů pobytových služeb), následovaly služba **domovy pro osoby se zdravotním postižením** (příjmy ve výši 4,6 mld. Kč) a služba **domovy se zvláštním režimem** (příjmy ve výši 3,3 mld. Kč). Z nepobytových služeb zaznamenala největší příjmy **pečovatelská služba** (2,2 mld. Kč).

Příloha 2: Analýza uživatelů a žadatelů o sociální služby

Cílová skupina

Uživatelé sociálních služeb může být jakákoliv osoba, která je **závislá na pomoci jiné fyzické osoby**¹¹⁷ (invalidní důchodce, osoba se zdravotním postižením nebo důchodce, osoba dlouhodobě nemocná) nebo **osoba, která se nachází v krizové situaci nebo které taková situace hrozí** (osoby bez přístřeší, týraná osoba, osoba závislá na návykových látkách, sociálně vyloučená osoba a další).

Nejčtenější skupinu osob ohrožených nepříznivou sociální situací v podobě nemožnosti péče o vlastní osobu, ztráty soběstačnosti a hrozby sociálního vyloučení, a tedy největší skupinu uživatelů sociálních služeb, tvoří osoby pobírající starobní nebo invalidní důchod. V roce 2013 představovala populace osob starších než 65 let více než 1,8 mil. obyvatel. Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, riziko potřeby sociální služby začíná exponenciálně růst od 80 let věku. Počet lidí v této věkové kategorii se vzhledem k očekávané délce života postupně snižuje, a to zejména u mužské části populace¹¹⁸. Druhou největší skupinou uživatelů sociálních služeb jsou **osoby se zdravotním postižením nebo duševním onemocněním**, které mají sníženou pracovní schopnost nebo jsou praceneschopné. Tyto osoby mohou být zregistrovány jako invalidní důchodci nebo mohou pobírat invalidní důchod v rámci důchodu starobního. Vývoj počtu osob pobírajících některou z forem důchodu (starobní, invalidní, vdovský/vdovecký) je uveden v následující tabulce.

Rok	2009	2010	2011	2012	2013
Starobní	2 108 368	2 260 032	2 340 147	2 341 220	2 340 321
Invalidní	585 944	466 329	445 033	438 509	433 414
Vdovský/vdovecký	96 076	92 732	87 824	86 327	84 121
Celkem důchodů	2 790 391	2 819 093	2 873 004	2 856 066	2 857 856

Tabulka 28: Vývoj počtu osob pobírající konkrétní formu důchodu v letech 2009 – 2013
(Zdroj: ČSSZ – Statistiky měsíčně vyplacených sociálních dávek)

Vývoj počtu příjemců příspěvku na péči

Vzhledem ke skutečnosti, že velká část uživatelů sociálních služeb jsou příjemci příspěvku na péči, vývoj počtu uživatelů koreluje s vývojem počtu příjemců PnP. Počet příjemců PnP zároveň determinuje výši výdajů na financování sociálních služeb, konkrétně výši přidělených příspěvků na péči.

Tabulka níže zobrazuje celkový počet příjemců příspěvku na péči, jejich podíl na celkové populaci ČR a počet a podíl příjemců PnP využívajících služby registrovaných poskytovatelů a pobytové služby na celkovém počtu příjemců PnP.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Počet příjemců PnP (měsíčně)	255 711	289 565	296 131	304 842	319 453	312 600	325 000
Podíl příjemců PnP	2,46 %	2,77 %	2,82 %	2,91 %	3,04 %	2,97 %	3,09 %

¹¹⁷ Osoba závislá na pomoci jiné osoby, je osoba s nějakou formou stupně závislosti (1. až 4.), který popisuje rozsah denních činností, které dotyčná osoba nezvládá samostatně vykonávat.

¹¹⁸ SHOLKOPF, M.: *Long-term care insurance (LTCI) in Germany*, Federal Ministry of Health, Germany, 2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
na celkové populaci ČR							
Počet příjemců PnP využívajících služby registrovaných poskytovatelů	55 610	83 634	88 981	94 763	83 348	n/a	n/a
Podíl příjemců PnP využívajících služby registrovaných poskytovatelů na celkovém počtu příjemců PnP (v %)	21,74 %	28,88 %	30,05 %	31,09 %	26,09 %	n/a	n/a
Počet příjemců PnP využívajících pobytové služby	36 266	50 363	52 817	55 470	n/a	n/a	n/a
Podíl příjemců PnP využívajících pobytové služby na celkovém počtu příjemců PnP (v %)	14,18 %	17,39 %	17,84 %	18,20 %	n/a	n/a	n/a
Počet příjemců PnP využívajících ostatní služby (terénní a ambulantní)	19 344	33 271	36 164	39 293	n/a	n/a	n/a
Podíl příjemců PnP využívajících ostatní služby na celkovém počtu příjemců PnP (v %)	7,56 %	11,49 %	12,21 %	12,89 %	n/a	n/a	n/a

Tabulka 29: Statistiky počtu příjemců příspěvku na péči v letech 2007 – 2013

(Zdroj: Podpora procesu – Příspěvek na péči: analýza dostupných datových zdrojů a MPSV ČR – Informace o vyplacených dávkách)

Osoby, které nevyužívají PnP na služby registrovaných poskytovatelů, mohou být příjemci péče poskytované ze strany rodinných příslušníků, případně mohou využívat PnP na financování běžných výdajů (mimo sociální služby). Způsob poskytování služeb u příjemců PnP v roce 2009 je uveden v tabulce níže. Dle uvedených údajů je PnP využíván jako zdroj úhrady péče poskytované registrovanými poskytovateli v cca 28 % případů. Z hlediska posuzování sdílené péče je způsob využití PnP v kombinaci neformální péče a profesionálního poskytovatele sociálních služeb velmi nízký (9,45 %).

Způsob poskytování péče	Celkem	Podíl v %
Jako pečující je uvedena jedna fyzická osoba – osoba blízká	156 032	52,76 %
Jako pečující je uvedena jedna fyzická osoba – jiná osoba	16 760	5,67 %
Jako pečující je uvedena jedna fyzická osoba – více osob	40 961	13,85 %
Jako pečující je uveden jeden poskytovatel sociálních služeb	52 891	17,88 %
Jako pečující je uveden registrovaný poskytovatel sociálních služeb – více poskytovatelů	1 032	0,35 %
Jako pečující je uvedena kombinace péče fyzické osoby a registrovaného poskytovatele sociálních služeb	27 970	9,45 %
Celkem	295 754	100 %

Tabulka 30: Způsob poskytování péče (stav v roce 2009).

(Zdroj: Ladislav Průša: Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče, 2011)

Vývoj počtu uživatelů sociálních služeb

MPSV pravidelně zveřejňuje statistiky z oblasti využívání sociálních služeb ve Statistické ročence. Počet uživatelů jednotlivých sociálních služeb od roku 2007 (kdy byl zaveden PnP) do roku 2012 je uveden v tabulce níže. Tabulka neobsahuje počet uživatelů služeb, které jsou poskytované bez úhrady (krizová pomoc, sociální poradny, zařízení následné péče, pracoviště rané péče, intervenční centra, terénní programy, telefonická krizová pomoc, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, kontaktní centra, sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny a tlumočnické služby). "

Statistiky z oblasti využívání sociálních služeb nesledují následující důležité skutečnosti:

- Počet dní využívání služby uživatelem;

- Sledování unikátních uživatelů – v případě, že jeden uživatel využívá službu vícenásobně (např. v případě jednorázových služeb), statistiky evidují jako více uživatelů. Není sledován pohyb jednoho uživatele systémem sociálních služeb (jak dlouho službu využíval, zda a kolikrát se vrátil);
- Nedostatek sledování stavu – v oblasti ambulantních, terénních a krátkodobých pobytových služeb používá Zpracovatel tokové počty uživatelů, nikoliv stav k určitému datu, a to z důvodu, že stavový údaj vyjadřuje stav k 31. 12. K tomuto datu má velký počet služeb nízkou obsazenost. Tokový údaj na druhé straně v některých případech převyšuje obsazenost 100 % z důvodu nesledování počtu dní využívání služby uživatelem. Vysokou vypovídací hodnotu by měl průměrného denního stavu za dané období. Tento údaj v současné době není sledován.

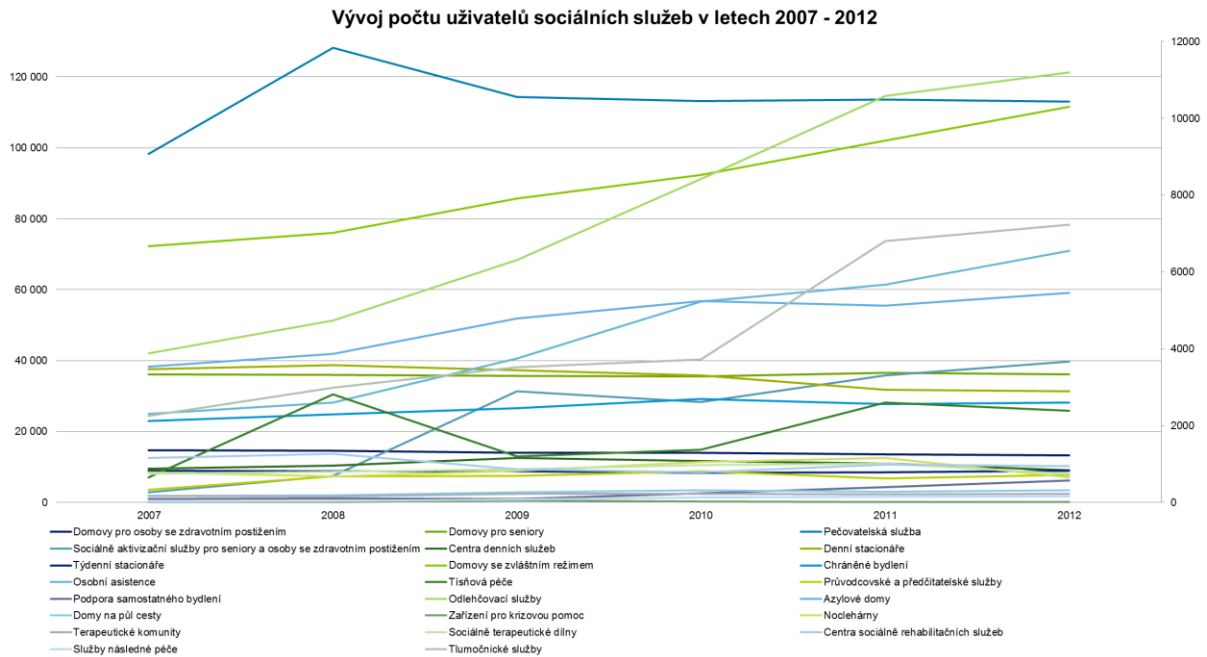
U služeb dlouhodobé péče využil Zpracovatel stavové statistiky z důvodu, že většina uživatelů využívá zařízení dlouhodobě, je tedy vysoká pravděpodobnost, že zařízení využívají po celé období sledování (1 rok).

Vzhledem k uvedeným nedostatkům statistického sledování a vykazování existuje riziko, že počet uživatelů služeb a vyhodnocení vytíženosti se bude odchylovat od reálného stavu. Vývoj počtu uživatelů služeb a vyhodnocení vytíženosti kapacit sociálních služeb uvedené v následující kapitole je proto nutno interpretovat s ohledem na uvedená omezení.

ID	Druh služby	2007	2008	2009	2010	2011	2012	% změna 2012/2007
Služby sociální péče		170 535	204 390	191 934	195 272	200 346	201 491	18,15 %
1	Centra denních služeb	882	961	1 158	1 083	1 019	844	-4,31 %
2	Denní stacionáře	3 466	3 571	3 442	3 310	2 941	2 894	-16,50 %
3	Týdenní stacionáře	825	812	816	772	782	827	0,24 %
4	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	14 765	14 604	14 085	13 964	13 618	13 334	-9,69 %
5	Domovy pro seniory	36 166	35 945	35 640	35 605	36 523	36 197	0,09 %
6	Domovy se zvláštním režimem	6 670	7 016	7 911	8 526	9 415	10 300	54,42 %
7	Chráněné bydlení	2 121	2 291	2 461	2 695	2 567	2 606	22,87 %
8	Osobní asistence	2 302	2 608	3 752	5 228	5 677	6 554	184,71 %
9	Pečovatelská služba	98 373	128 250	114 364	113 238	113 607	113 041	14,91 %
10	Tísňová péče	654	2 816	1 198	1 368	2 595	2 392	265,75 %
11	Průvodcovské a předčitatelské služby	331	681	696	819	622	723	118,43 %
12	Podpora samostatného bydlení	95	101	94	243	404	578	508,42 %
13	Odlehčovací služby	3 885	4 734	6 317	8 421	10 576	11 201	188,31 %
Služby sociální prevence		11 807	17 540	42 904	40 857	51 596	55 564	370,60 %
14	Azylové domy	3 537	3 864	4 794	5 242	5 124	5 454	54,20 %
15	Domy na půl cesty	178	184	264	323	275	314	76,40 %
16	Zařízení pro krizovou pomoc	3	15	55	26	19	13	333,33 %
19	Noclehárny	793	680	833	1 049	1 164	656	-17,28 %
20	Terapeutické komunity	175	160	220	229	211	222	26,86 %
21	Sociálně terapeutické dílny	744	805	870	976	1 016	745	0,13 %
22	Centra sociálně rehabilitačních služeb	1 162	1 262	871	785	981	949	-18,33 %
25	Služby následné péče	22	41	80	134	140	157	613,64 %
26	Tlumočnické služby	2 257	2 989	3 518	3 719	6 801	7 235	220,56 %
29	Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	2 936	7 540	31 399	28 374	35 865	39 819	1256,23 %
Celkem ČR		182 342	221 930	234 838	236 129	251 942	257 055	40,97 %

Tabulka 31: Počet uživatelů sociálních služeb v letech 2007 – 2012

(Zdroj: MPSV ČR, Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2007 – 2012)



Graf 44: Vývoj počtu uživatelů sociálních služeb v letech 2007 až 2012.¹¹⁹
(Zdroj: Statistické ročenky MPSV ČR)

Údaje o uživatelích v tabulce výše zachycují stav ke konci roku, s výjimkou služeb 1 – 9, které vyjadřují celkový počet uživatelů v průběhu sledovaného roku (tok). Při těchto službách terénního charakteru neexistuje lůžková kapacita a tak je zcela nemožné zjistit kolik uživatelů v daném momentě (ke konci roku) čerpalo jednotlivé služby. V některých případech¹²⁰ stav ke konci roku odpovídá lůžkové kapacitě služby, lépe vypovídajícím údajem o vytíženosti je proto údaj o celoroční fluktuaci. Tento údaj se může v případě některých ambulantních služeb pohybovat v řádech tisíců uživatelů.

Ve všech oblastech s výjimkou center denních služeb (1), denních stacionářů (2), domovů pro osoby se zdravotním postižením (4), nocleháren (19) a center sociálně rehabilitačních služeb (22) je patrný nárůst počtu uživatelů. Nejvýraznější pokles uživatelů ve výši 10 % byl zaznamenán u služby domovy pro osoby¹²¹ se zdravotním postižením. Důvodem poklesu počtu uživatelů této sociální služby je probíhající proces transformace, v rámci něhož dochází ke změně velkokapacitní ústavní služby pro osoby se zdravotním nebo mentálním postižením na bydlení a poskytování podpory v jejich přirozeném prostředí. Dalšími sociálními službami, které zaznamenaly pokles, jsou ambulantní služby nebo služby spojené s krátkodobým pobytem uživatele.

Růst využívání sociálních služeb byl nejvýraznější v kategorii terénních služeb (služby následné péče, podpora samostatného bydlení, krizová pomoc a tísňová péče), přičemž nejrychleji rostoucí službou byly sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Stagnace počtu uživatelů domovů pro seniory navzdory rostoucímu počtu seniorů je pravděpodobně zapříčiněna neschopností kapacity domovů pro seniory reagovat na zvyšující se poptávku. Velký růst byl zaznamenán u služby domovy se zvláštním režimem (o 54 %), kam se pravděpodobně přesunula část uživatelů z domovů pro osoby se zdravotním postižením v souladu

¹¹⁹ Vývoj počtu uživatelů služeb domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, pečovatelská služba a sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením je zobrazený na ose vlevo. Vývoj počtu uživatelů ostatních služeb je zobrazený na ose vpravo.

¹²⁰ Služby, které měly vytíženost k 31. 12. 2012 na úrovni 100 %.

¹²¹ Dlouhodobá pobytová služba s druhým nejvyšším počtem uživatelů.

s transformací velkých pobytových zařízení na menší zařízení (chráněné bydlení). Z hlediska počtu uživatelů rostl sektor sociálních služeb v průběhu let 2007 až 2012 agregátně o **41 %**.¹²²

Kapacita pobytových zařízení sociálních služeb

Kapacity pobytových zařízení sociálních služeb odrážejí členění cílové skupiny, jejíž nejčetnější kategorií jsou senioři. Počet lůžek v domovech pro seniory činil v roce 2012 **37 477** (46,8 % z celkového počtu lůžek v zařízeních poskytujících pobytové služby). Celková lůžková **kapacita zařízení pro osoby se zdravotním postižením nebo chronickým duševním onemocněním je 13 820 míst** (17,3 % z celkového počtu lůžek). Významnou pobytovou kapacitu dále disponují **domovy se zvláštním režimem s 10 748 lůžky** (13,4 % z celkového počtu lůžek) určené pro osoby závislé na návykových látkách a osoby s mentálním postižením, **azylové domy** s kapacitou 6 534 lůžek a **stacionáře** (týdenní i denní) s kapacitou 4 139 lůžek.

Ve sledovaném období 2007 – 2012 došlo k nárůstu lůžkové kapacity o **6,6 % (4 957)**. Nejvýraznější růst byl zaznamenán v období po zavedení PnP. Po odeznění prvotních dopadů zavedení příspěvku dochází k postupnému ustálení některých služeb, již je často doprovázen také poklesem kapacity. Největší nárůst zaznamenaly domovy se zvláštním režimem (+ 180,5 %) a centra sociálně rehabilitačních služeb (+158,1 %). Nevýraznější pokles byl pozorován v případě **služeb následné péče o 61,8 %**, dále při **domovech pro osoby se zdravotním postižením o téměř 17 %** a **zařízeních pro krizovou pomoc o 3,6 %**. Překvapivý je mírný pokles kapacity lůžek v domovech pro seniory, který neodráží trend růstu počtu seniorů (viz výše). V roce 2012 byla kapacita domovů o seniory v porovnání s kapacitou v roce 2007 o 10 % (3 527 lůžek) nižší. Pokles kapacity domovů pro seniory a obsazenost této služby dlouhodobě se pohybující na úrovni 96 % v porovnání s trendem růstu počtu seniorů a zvyšující se poptávkou po této službě výrazně převyšující její kapacitu jasně demonstruje, že rozvoj domovů pro seniory není organizován optimálně a mívá se s potřebami společnosti.

Kapacita zařízení sociálních služeb včetně její vytiženosti v letech 2007-2012 je zobrazen v tabulce níže.

Druh zařízení	2007		2008		2009		2010		2011		2012		Změna
	Už.	Kap.	Už.	Kap.	Už.	Kap.	Už.	Kap.	Už.	Kap.	Už.	Kap.	
Centra denních služeb	882	740	961	2 470	1 158	1 215	1 083	1 109	1 019	1 063	844	896	121,1 %
Denní stacionáře	3 466	2 958	3 571	4 866	3 442	3 844	3 310	3 685	2 941	3 227	2 894	3 188	107,8 %
Týdenní stacionáře	825	702	812	1 009	816	956	772	892	782	908	827	951	135,5 %
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	14 765	16 638	14 604	15 113	14 085	14 552	13 964	14 396	13 618	13 978	13 334	13 820	83,1 %
Domovy pro seniory	36 166	41 618	35 945	37 733	35 640	37 192	35 605	37 818	36 523	37 616	36 197	37 477	90,0 %
Domovy se zvláštním režimem	6 670	3 829	7 016	7 396	7 911	8 223	8 526	8 822	9 415	9 727	10 300	10 740	280,5 %
Chráněné bydlení	2 121	2 087	2 291	2 503	2 461	2 591	2 695	2 818	2 567	2 667	2 606	2 743	131,4 %
Azylové domy	3 537	4 208	3 864	5 600	4 794	5 593	5 242	6 037	5 124	6 245	5 454	6 534	155,3 %
Domy na půl cesty	178	334	184	332	264	346	323	410	275	368	314	429	128,4 %
Zařízení pro krizovou pomoc	3	0	15	28	55	71	26	36	19	32	13	27	96,4 %
Noclehárny	793	459	680	1 112	833	1 085	1 049	1 122	1 164	1 250	656	781	170,2 %
Terapeutické komunity	175	136	160	270	220	251	229	261	211	249	222	274	201,5 %
Sociálně terapeutické dílny	744	337	805	886	870	911	976	980	1 016	1 080	745	823	244,2 %
Centra sociálně rehabilitačních služeb	1 162	408	1 262	1 558	871	991	785	862	981	1 021	949	1 053	258,1 %
Služby následné péče	22	526	41	62	80	130	134	162	140	177	157	201	38,2 %
Celkem ČR	73 516	74 980	74 219	80 938	75 509	77 951	76 729	79 410	77 806	79 608	77 524	79 937	106,6 %

Tabulka 32: Počet lůžek v zařízeních sociálních služeb a jejich využití
(Zdroj: MPSV ČR, Statistické ročenky z oblastí práce a sociálních věcí 2007-2012)

Vývoj příjmů poskytovatelů sociálních služeb významně koreluje s počtem lůžek, již představují hlavní příjem řady poskytovatelů. Analýza příjmů jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb jednoznačně poukazuje na

¹²² Transformační plán domova pro osoby se zdravotním postižením "Pata" v Hazlově, p. o., 2014, dostupné z: http://www.usp-pata.cz/dokumenty_s/transformacni_plan.pdf

skutečnost, že největší příjmy mají pobytové služby s dlouhodobými lůžkovými kapacitami a to i navzdory tomu, že počet uživatelů je nižší než u terénních služeb. S cílem snížení výdajů na sociální služby by tak měl být kladem důraz na propagaci využívání terénních služeb poskytovaných v přirozeném prostředí.

Když byl v roce 2007 zákonem o sociálních službách zaveden příspěvek na péči, očekávali poskytovatelé sociálních služeb zvýšení využívání sociálních služeb poskytovaných registrovanými poskytovateli, v důsledku čehož došlo k výraznému rozšiřování kapacit poskytovaných služeb. Očekávání zvýšení objemu uživatelů sociálních služeb se ukázala jako přehnaná. Extrémní počet lůžek v roce 2008 se v roce 2009 snížil a vrátil zpět na potřebnou úroveň¹²³.

Obsazenost lůžek v zařízeních sociálních služeb vykazovala v roce 2007 hodnoty reflektující špatné kapacitní nastavení z období před zavedením PnP. Vytíženost kapacit byla u více než poloviny služeb vyšší než 100 %, celková vytíženost činila 98 %. Převis poptávky nad nabídkou se růstem kapacity v následujícím roce snížil a obsazenost klesla na 91,7 %. V následujících letech se obsazenost zvyšovala a v roce 2012 už opět dosahovala úrovně kolem 97 %.

Druh zařízení	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Centra denních služeb	119,2 %	38,9 %	95,3 %	97,7 %	95,9 %	94,2 %
Denní stacionáře	117,2 %	73,4 %	89,5 %	89,8 %	91,1 %	90,8 %
Týdenní stacionáře	117,5 %	80,5 %	85,4 %	86,5 %	86,1 %	87,0 %
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	88,7 %	96,6 %	96,8 %	97,0 %	97,4 %	96,5 %
Domovy pro seniory	86,9 %	95,3 %	95,8 %	94,1 %	97,1 %	96,6 %
Domovy se zvláštním režimem	174,2 %	94,9 %	96,2 %	96,6 %	96,8 %	95,9 %
Chráněné bydlení	101,6 %	91,5 %	95,0 %	95,6 %	96,3 %	95,0 %
Azylové domy	84,1 %	69,0 %	85,7 %	86,8 %	82,0 %	83,5 %
Domy na půl cesty	53,3 %	55,4 %	76,3 %	78,8 %	74,7 %	73,2 %
Zařízení pro krizovou pomoc	100,0 %	53,6 %	77,5 %	72,2 %	59,4 %	48,1 %
Noclehárny	172,8 %	61,2 %	76,8 %	93,5 %	93,1 %	84,0 %
Terapeutické komunity	128,7 %	59,3 %	87,6 %	87,7 %	84,7 %	81,0 %
Sociálně terapeutické dílny	220,8 %	90,9 %	95,5 %	99,6 %	94,1 %	90,5 %
Centra sociálně rehabilitačních služeb	284,8 %	81,0 %	87,9 %	91,1 %	96,1 %	90,1 %
Služby následné péče	4,2 %	66,1 %	61,5 %	82,7 %	79,1 %	78,1 %
Celkem ČR	98,0 %	91,7 %	96,9 %	96,6 %	97,7 %	97,0 %

Tabulka 33: Vytíženost kapacit sociálních služeb
(Zdroj: MPSV ČR, Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2007-2012)

Pozn.: Terénní a ambulantní služby zobrazují tokové statistiky vzhledem k omezení stavových statistik, viz popis omezení v kapitole Vývoj počtu uživatelů sociálních služeb. Počet uživatelů v případech tokových statistik podléhá oproti realitě zkreslení z důvodu, že většina uživatelů služby nevyužívá v průběhu celého sledovaného období.

Celková poptávka po službách a počet zamítnutých žádostí

Celkovou poptávku po sociálních službách stanovil Zpracovatel na základě součtu počtu uživatelů služeb a počtu zamítnutých žádostí o využití sociálních služeb. **Vypovídací schopnost této analýzy je limitována skutečností, že poskytnutá data neobsahují informaci o počtu unikátních uživatelů nebo žadatelů, jeden žadatel mohl podat i více žádostí, čímž je poptávka vyčíslená na základě poskytnutých dat vyšší než skutečná poptávka.**

¹²³ MPSV: Dva roky sociálních reforem 2007-2008

Jak vyplývá z tabulky níže, nejvíce poptávanou **službou sociální péče** byla v roce 2012 **pečovatelská služba** (114 448 poptávajících), následovaná **domovy pro seniory** (95 225 poptávajících). Struktura poptávky po službách sociální péče poukazuje na významné postavení seniorů jako nejčastěji poptávajících osob. Výrazný převis poptávky nad nabídkou služeb v případě domovů pro seniory odrážející se v 65 %-ní míře zamítnutí žádostí je zapříčiněn jejich omezenou kapacitu (37 477 lůžek) vyplývající z pobytového charakteru této služby. Na rozdíl od domovů pro seniory, pečovatelská služba nemá kapacitní omezení závislé na počtu lůžek, poskytované množství této služby se odvíjí od počtu zaměstnanců, který je schopný efektivně reagovat na nárůst poptávky. Právě z toho důvodu je **míra zamítnutí při pečovatelské službě minimální (1,2 %)**. Souhrnná poptávka v kategorii služeb sociální péče byla v roce 2012 **284 535 žádostí**, míra zamítnutí se blížila k **30 %**. **Vysoká míra zamítnutí nereflexuje počet zamítnutých jednotlivců, ale počet zamítnutých žádostí, a to z důvodu, že jedna osoba může podat více žádostí u jednoho nebo více poskytovatelů pobytových zařízení.** Při interpretaci ukazatele míry zamítnutí a celkové poptávky po sociálních službách je nutno zohlednit tuto skutečnost.

V kategorii **služeb sociální prevence** byly v roce 2012 nejvíce poptávanými službami **sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (40 188)** a **nízkoprahová denní centra (39 067)**. Poptávka po sociálně aktivizačních službách je tvořena hlavně staršími osobami a osobami s omezenou schopností pečovat o svou osobu, cílovou skupinou nízkoprahových denních center tvoří osoby bez přístřeší. Obě služby měly v roce 2012 nízkou míru zamítnutí ve výši 0,9 % v případě sociálně aktivizačních služeb, resp. 1,4 % v případě nízkoprahových denních center. Dle dostupných dat připadá na služby sociální prevence o polovinu nižší poptávka v porovnání se službami sociální péče, která v roce 2012 dosáhla úrovně 141 466 zájemců při míře zamítnutí 8,5 %. Při stanovení celkového počtu uživatelů služeb v kategorii prevence dochází nad rámec zkrácení uvedeného výše k dodatečnému zkrácení z důvodu, že i celé rodiny jsou statisticky vykazovány jako jeden žadatel nebo uživatel. Služby sociální prevence jsou anonymní, vzhledem ke svému charakteru preventivních služeb jsou uživateli služeb i zájemce o službu, nikoliv jen smluvní klienty.

Poptávka po **službách sociálního poradenství**, které jsou poskytované ambulantní formou a bez úhrady, je vysoká z důvodu vysokého počtu nízkopříjmových osob a osob ohrožených sociálně nežádoucí situací, které vyžadují služby v této kategorii a pravděpodobně i z důvodu bezplatného poskytování této služby. Míra zamítnutí služeb sociální prevence činila v roce 2012 pouze 0,6 %. Problémem hodnocení poptávky po službách sociální prevence a poradenství je dostupnost a úroveň statistik, které v případě některých druhů služeb (zejména poskytovaných ambulantní a terénní formou) nejsou vedené vůbec, nebo jsou vedené tokově. Tokové statistiky jsou negativně ovlivněny skutečností, že nezaznamenávají unikátní uživatele, jeden uživatel může být zaznamenán duplicitně nebo i vícenásobně.

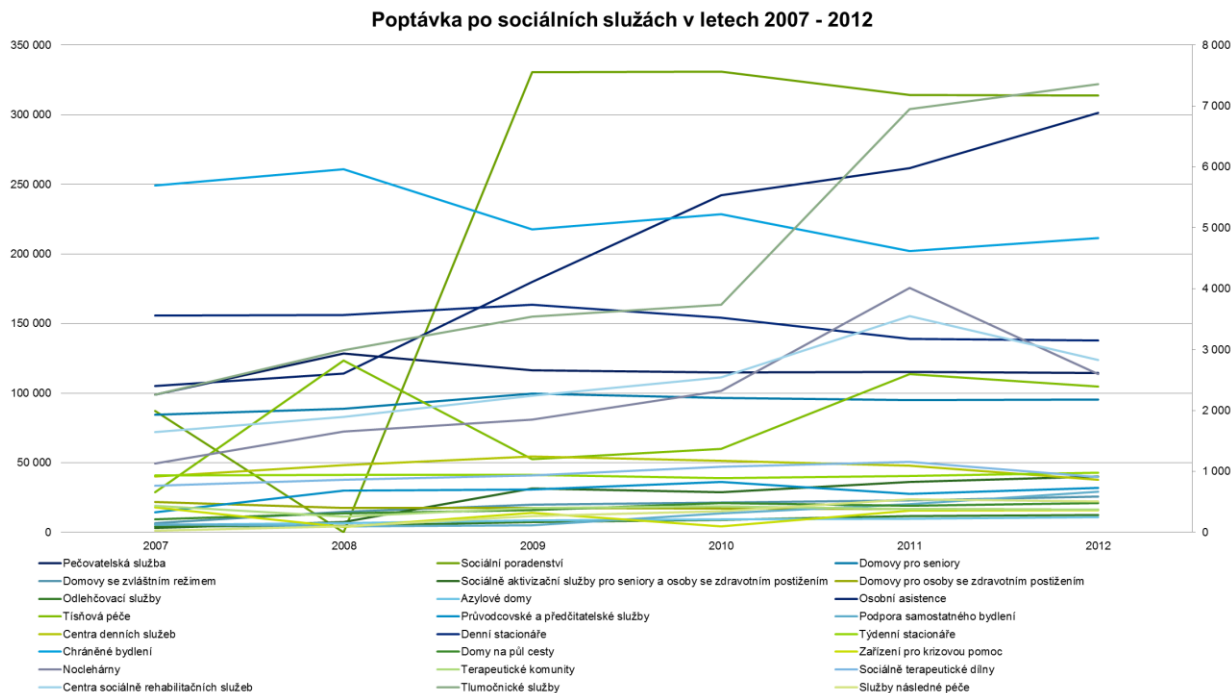
Druh služby	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Průměr
Služby sociální péče	230 507	272 036	277 638	277 573	281 612	284 535	270 650
Pečovatelská služba	98 943	128 250	116 498	114 761	115 385	114 448	114 714
Osobní asistence	2 398	2 608	4 109	5 531	5 981	6 885	4 585
Tísňová péče	654	2 816	1 198	1 371	2 596	2 392	1 838
Průvodcovské a předčitatelské služby	331	681	702	829	633	730	651
Podpora samostatného bydlení	137	101	116	311	462	663	298
Odlehčovací služby	4 165	4 734	7 380	9 001	11 745	12 547	8 262
Centra denních služeb	912	1 105	1 249	1 171	1 096	861	1 066
Denní stacionáře	3 555	3 571	3 735	3 525	3 172	3 153	3 452
Týdenní stacionáře	930	945	946	892	922	978	936
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	21 821	17 477	17 501	17 123	16 859	16 265	17 841
Domovy pro seniory	84 297	88 898	99 553	96 374	95 013	95 225	93 227
Domovy se zvláštním režimem	6 670	14 890	19 680	21 458	23 128	25 561	18 565
Chráněné bydlení	5 694	5 960	4 971	5 226	4 620	4 827	5 216
Služby sociální prevence	56 778	22 101	133 570	125 944	123 464	141 466	100 554
Azylové domy	5 241	6 412	8 448	9 483	9 890	10 747	8 370
Domy na půl cesty	217	315	367	483	433	483	383

Druh služby	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Průměr
Zařízení pro krizovou pomoc	410	88	316	100	353	360	271
Nízkoprahová denní centra*	10 172	n/a	21 500	23 699	19 047	39 067	22 697
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež*	17 425	n/a	39 845	40 778	37 337	31 740	33 425
Noclehárny	1 133	1 657	1 849	2 326	4 014	2 600	2 263
Terapeutické komunity	435	254	404	428	380	369	378
Sociálně terapeutické dílny	762	858	936	1 080	1 160	907	951
Centra sociálně rehabilitačních služeb	1 644	1 894	2 241	2 548	3 545	2 831	2 451
Pracoviště rané péče*	2 357	n/a	3 235	3 253	3 297	3 931	3 215
Intervenční centra	n/a	n/a	22	9	86	9	32
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	3 689	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	3 689
Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	2 988	7 540	31 557	28 787	36 147	40 188	24 535
Tlumočnické služby	2 257	2 989	3 537	3 732	6 947	7 359	4 470
Terénní programy*	8 022	n/a	18 893	8 479	n/a	n/a	11 798
Služby následné péče	26	94	262	346	546	506	297
Celkem ČR	287 285	294 137	411 050	403 104	404 794	425 632	371 000
Sociální poradenství	86 997	0	330 545	330 758	314 261	313 777	229 390
Sociální poradny*	86 997	n/a	330 545	330 758	314 261	313 777	275 268
Celkem ČR včetně sociálních poraden	374 282	294 137	741 595	733 862	719 055	739 409	600 594

* nejedná se o stavový údaj, ale o tok za celý rok

Tabulka 34: Poptávka po sociálních službách v letech 2007 – 2012

(Zdroj: MPSV ČR, Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2007-2012)



Graf 45: Vývoj poptávky po sociálních službách v letech 2007 až 2012.¹²⁴
(Zdroj: Statistické ročenky MPSV ČR)

¹²⁴ Vývoj poptávky po službách domovů pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, pečovatelské služby, sociálních aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálního poradenství, domovů se zvláštním režimem, odlehčovacích služeb a azylových domů je zobrazená na ose vlevo. Vývoj poptávky po ostatních službách je zobrazen na ose vpravo.

Využívání sociálních služeb zaznamenalo v letech 2007 – 2008 období silného růstu, přičemž nejvyšší poptávka byla v roce 2009 (741 753 osob). Aspekty ovlivňující poptávku v roce 2009 a 2010 byly podloženy rostoucí výší veřejných výdajů ve formě PnP, které byly výrazně vyšší než v následujících letech. Rok 2010 byl zároveň posledním rokem před finanční a hospodářskou krizí, takže kondice veřejných financí umožňovala vyšší podporu financování sociálních služeb a míra zamítnutí žádostí byla v porovnání s předchozími lety výrazně nižší. Od zhoršení ekonomické situace v roce 2010 dochází k poklesu financování z veřejných a soukromých zdrojů. Do roku 2012 již poptávka nedosáhla předkrizovou úroveň.

Druh služby	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Průměr
Služby sociální péče	26,0 %	24,9 %	30,9 %	29,7 %	28,9 %	29,2 %	28,2 %
Pečovatelská služba	0,6 %	0,0 %	1,8 %	1,3 %	1,5 %	1,2 %	6,7 %
Osobní asistence	4,0 %	0,0 %	8,7 %	5,5 %	5,1 %	4,8 %	5,3 %
Tísňová péče	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	13,9 %
Průvodcovské a předčitatelské služby	0,0 %	0,0 %	0,9 %	1,2 %	1,7 %	1,0 %	20,7 %
Podpora samostatného bydlení	30,7 %	0,0 %	19,0 %	21,9 %	12,6 %	12,8 %	61,2 %
Odlehčovací služby	6,7 %	0,0 %	14,4 %	6,4 %	10,0 %	10,7 %	48,7 %
Centra denních služeb	3,3 %	13,0 %	7,3 %	7,5 %	7,0 %	2,0 %	52,3 %
Denní stacionáře	2,5 %	0,0 %	7,8 %	6,1 %	7,3 %	8,2 %	4,7 %
Týdenní stacionáře	11,3 %	14,1 %	13,7 %	13,5 %	15,2 %	15,4 %	1,1 %
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	32,3 %	16,4 %	19,5 %	18,4 %	19,2 %	18,0 %	0,0 %
Domovy pro seniory	57,1 %	59,6 %	64,2 %	63,1 %	61,6 %	62,0 %	0,8 %
Domovy se zvláštním režimem	0,0 %	52,9 %	59,8 %	60,3 %	59,3 %	59,7 %	16,1 %
Chráněné bydlení	62,8 %	61,6 %	50,5 %	48,4 %	44,4 %	46,0 %	8,0 %
Služby sociální prevence	8,4 %	25,0 %	5,7 %	7,2 %	11,0 %	8,5 %	11,0 %
Azylové domy	32,5 %	39,7 %	43,3 %	44,7 %	48,2 %	49,3 %	42,9 %
Domy na půl cesty	18,0 %	41,6 %	28,1 %	33,1 %	36,5 %	35,0 %	32,0 %
Zařízení pro krizovou pomoc	99,3 %	83,0 %	82,6 %	74,0 %	94,6 %	96,4 %	88,3 %
Nízkoprahová denní centra	7,4 %	n/a	0,0 %	0,1 %	5,3 %	1,4 %	2,4 %
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	3,3 %	n/a	0,7 %	1,2 %	1,8 %	1,7 %	1,5 %
Noclehárny	30,0 %	59,0 %	54,9 %	54,9 %	71,0 %	74,8 %	57,4 %
Terapeutické komunity	59,8 %	37,0 %	45,5 %	46,5 %	44,5 %	39,8 %	45,5 %
Sociálně terapeutické dílny	2,4 %	6,2 %	7,1 %	9,6 %	12,4 %	17,9 %	9,2 %
Centra sociálně rehabilitačních služeb	29,3 %	33,4 %	61,1 %	69,2 %	72,3 %	66,5 %	55,3 %
Pracoviště rané péče	0,2 %	n/a	1,7 %	1,7 %	1,2 %	2,0 %	1,1 %
Intervenční centra	n/a	n/a	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	66,7 %
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	3,1 %	n/a	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	57,6 %
Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	1,7 %	0,0 %	0,5 %	1,4 %	0,8 %	0,9 %	0,8 %
Tlumočnické služby	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,3 %	2,1 %	1,7 %	0,5 %
Terénní programy	0,0 %	n/a	1,5 %	0,8 %	n/a	n/a	0,9 %
Služby následné péče	15,4 %	56,4 %	69,5 %	61,3 %	74,4 %	69,0 %	0,4 %
Sociální poradenství	1,3 %	n/a	1,7 %	1,3 %	2,0 %	0,6 %	1,2 %
Sociální poradny	1,3 %	n/a	1,7 %	1,3 %	2,0 %	0,6 %	1,2 %
Celkem ČR	17,6 %	25,6 %	13,3 %	13,0 %	14,1 %	13,1 %	16,1 %

Tabulka 35: Míra zamítnutí žádostí o využívání sociálních služeb v letech 2007 – 2012
(Zdroj: MPSV ČR, Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2007-2012)

Závěr: Analýza uživatelů a žadatelů o sociální služby

Počet uživatelů sociálních služeb (vyjádřeno stavem) v roce 2012 činil celkem 257 055 uživatelů, oproti roku 2007 vzrostl o 41 %. Nejvíce vytižené služby byly v roce 2012 pečovatelská služba (113 041), sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (39 819) a domovy pro seniory (36 197). Lůžková kapacita poskytovatelů sociálních služeb dosáhla v roce 2012 celkem 79 937 lůžek, od roku 2007 se zvýšila o 6,6 %. Vytíženost zařízení poskytujících sociální služby se pohybovala v průměru na úrovni 97 %.

Dle odhadu Zpracovatele se na základě počtu uživatelů a celkové poptávky pohybovala míra zamítnutí poptávky po sociálních službách v roce 2012 na úrovni 13,1 % z celkových žádostí. Průměrná míra zamítnutí v letech 2007 – 2012 byla na úrovni 16,1 %. Celková poptávka po sociálních službách byla v roce 2012 ve výši 425 632 osob bez zahrnutí služby sociálního poradenství a 739 778 včetně zahrnutí služby sociálního poradenství. Míra zamítnutí činila u žadatelů o služby odborného sociálního poradenství 0,6 % z celkové poptávky v roce 2012.

Příloha 3: Analýza financování sociálních služeb v ČR

V současném schématu financování sociálních služeb dominují veřejné zdroje, kterými jsou dotace MPSV zpravidla přerozdělované kraji registrovaným poskytovatelům sociálních služeb, příspěvky zřizovatele v případě příspěvkových organizací zřízených kraji a obcemi, dotace krajů a obcí, případně další veřejné zdroje. Dalšími zdroji financování sociálních služeb jsou Evropské strukturální fondy (zejména Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost), platby od zdravotních pojišťoven, dary právnických a fyzických osob a ostatní provozní a finanční výnosy poskytovatelů sociálních služeb. Uživatelé sociálních služeb hradí z vlastních zdrojů ubytování, stravu a fakultativní služby. Na zajištění financování péče pro osoby závislé na pomoci jiné osoby přiděluje MPSV na základě posouzení stupně závislosti příspěvek na péči, který je vyplácen přímo příjemci, případně registrovanému poskytovateli jako úhrada za poskytovanou péči, pokud příjemce PnP využívá služby registrovaných poskytovatelů. PnP je v obou způsobech vyplácení adresný, tedy vázaný na uživatele. Způsob využití příspěvku vypláceného přímo příjemci není mapováno.

Péče a pomoc osobám v nepříznivé situaci v přirozeném prostředí je častokrát zabezpečena s využitím neformálních (soukromých) zdrojů v případné kombinaci s veřejnými zdroji¹²⁵. Míra spoluúčasti neformálních a veřejných zdrojů je individuální a závisí na jedné straně na možnostech a životních okolnostech jednotlivců a jejich blízkých a na druhé straně na fyzické a finanční dostupnosti sociálních služeb.

Vývoj jednotlivých kategorií výdajů na sociální služby a příjmů registrovaných poskytovatelů sociálních služeb a podíl veřejných výdajů na sociální služby na celkových výdajích státního rozpočtu a hrubém domácím produktu je zobrazen v následující tabulce. Soukromé výdaje potřebných osob nebo jejich blízkých na sociální služby mimo úhrady u registrovaných poskytovatelů není na základě v současné době definovaných indikátorů možné sledovat.

v mld. Kč	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Celkové výdaje na sociální služby	n/a	n/a	n/a	40,78	40,00	40,03	n/a
Veřejné výdaje na sociální služby¹²⁶	n/a	n/a	n/a	31,35	29,77	29,98	n/a
Příspěvek na péči	13,89	17,54	18,73	19,77	18,29	18,39	19,56
Z toho pro registrované poskytovatele	n/a	n/a	n/a	5,47	5,39	5,38	n/a
Dotace MPSV ČR	n/a	n/a	n/a	7,26	6,71	6,86	n/a
Příspěvky krajů a obcí	n/a	n/a	n/a	4,05	4,47	4,50	n/a
Ostatní veřejné výdaje	n/a	n/a	n/a	0,27	0,30	0,23	n/a
Podíl na HDP	n/a	n/a	n/a	0,83 %	0,78 %	0,78 %	n/a
Podíl na výdajích státního rozpočtu	n/a	n/a	n/a	2,69 %	2,55 %	2,58 %	n/a
Soukromé výdaje na sociální služby	n/a	n/a	n/a	9,43	10,23	10,05	n/a
Úhrada za ubytování a stravu	n/a	n/a	n/a	5,79	6,2	6,45	n/a
Další	n/a	n/a	n/a	3,64	4,03	3,60	n/a
Celkové příjmy poskytovatelů sociálních služeb	n/a	n/a	n/a	26,48	27,09	27,03	n/a

¹²⁵ Synergické využití neformálních a veřejných zdrojů je označováno pojmem sdílená péče či pomoc.

¹²⁶ Zahnují příspěvek na péči, dotace ze státního rozpočtu, příspěvek zřizovatele a ostatní veřejné výdaje na financování poskytovatelů sociálních služeb.

Tabulka 36: Vývoj jednotlivých kategorií výdajů na sociální služby 2007 – 2013
(Zdroj: Podpora procesu – Příspěvek na péči: analýza dostupných datových zdrojů a MPSV ČR – Účetní závěrky za sociální služby 2010 - 2012)

Následující kapitola obsahuje vyhodnocení současných nákladů na financování sociálních služeb v členění na příspěvek na péči, příjmy registrovaných poskytovatelů sociálních služeb a výdaje registrovaných poskytovatelů sociálních služeb.

Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je dle zákona o sociálních službách určen osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních úkonů v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Nárok na příspěvek má osoba starší jednoho roku závislá na pomoci jiné osoby v rozsahu stanoveném stupněm závislosti.

Příspěvek na péči (PnP) byl zaveden v roce 2007¹²⁷. Cílem jeho zavedení bylo podpořit větší spoluúčast jedince při rozhodování o řešení sociální situace a výběru péče. Osoby závislé na péči tak nejsou nucené využívat státem přiděleného poskytovatele (tzv. závislé pacientství), což má vytvářet tlak na aktivní přístup k výběru poskytovatele sociálních služeb a hlavně k posilnění koupěschopné poptávky a vytváření tržních atributů v rámci systému veřejných služeb. Sjednocení podmínek pro nárok na příspěvek vedlo ke zjednodušení procesu financování sociálních služeb a ke zjednodušení procesu získání veřejných prostředků pro poskytovatele péče. Zjednodušení spočívalo ve vytvoření jasných pravidel pro možnost žádat o příspěvek. Nárok na podání žádosti o PnP má každý občan ČR. Zavedení příspěvku na péči nastartovalo proces de-institucionalizace a individualizace sociální péče, protože do té doby neexistoval systém pro distribuci zdrojů na úhradu péče, který by nenařizoval příjemcům způsob jejich využití.

Příspěvek na péči je přidělován na základě posouzení zdravotního stavu podle stupně závislosti. Posuzování stupně závislosti provádějí posudkoví lékaři ČSSZ na základě posouzení zdravotního stavu osoby doloženého nálezem ošetřujícího lékaře a výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, případně z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře. Žádost o posudek zdravotního stavu zasílá osoba na Okresní správu sociálního zabezpečení (OSSZ). OSSZ zašle příslušné krajské pobočce Úřadu práce stejnopis posudku s uvedením základních životních potřeb, které osoba není schopna vykonávat. O nároku na PnP rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce, která rovněž provádí sociální šetření. Toto posouzení je součástí rozhodnutí o přiznání či zamítnutí příspěvku, které obdrží žadatel. Lhůta pro vydání posudku činí 45 dní (+30 dní v závažném případě). Posouzení stupně závislosti je vyhodnocováno na základě testu základních všedních činností ADL (*Activities of Daily Living*) a také dle MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví). Při posuzování stupně závislosti činnosti ADL se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého stavu na schopnost uspokojovat základní životní potřeby, jimiž jsou mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví¹²⁸, osobní aktivity, péče o domácnost¹²⁹. Česká legislativa má definované 4 stupně závislosti podle počtu činností, které osoba není schopna vykonávat (lehká, střední, těžká a úplná závislost). V tabulce níže jsou uvedeny podmínky (počet činností, které osoba samostatně nezvládá) na splnění přisouzení některého ze stupňů závislosti, čímž vzniká nárok na PnP. Následně je PnP vyplácen měsíčně, a to v kalendářním měsíci, ke kterému náleží. Vyplácí ho krajská pobočka Úřadu práce formou převodu na platební účet nebo poštovním poukazem.

Stupeň závislosti	do 18 let	starší 18 let
-------------------	-----------	---------------

¹²⁷ Příspěvek na péči - analýza dostupných datových zdrojů, dostupné z: http://podporaprocessu.cz/wp-content/uploads/2013/02/prispevek_pece.pdf

¹²⁸ Péče o zdraví se hodnotí ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému lékařem.

¹²⁹ U osob do 18 let se nehodnotí schopnost péče o domácnost. U osoby do 18 let se hodnotí schopnost zvládnutí situací v porovnání s fyzicky zdravým jedincem téhož věku.

Stupeň závislosti	do 18 let	starší 18 let
1. - lehká	3	3 – 4
2. - středně těžká	4 – 5	5 – 6
3. - těžká	6 – 7	7 – 8
4. - úplná	8 – 9	9 – 10

Tabulka 37: Počet činností, které osoba nezvládá samostatně vykonávat na přiznání stupně závislosti
(Zdroj: MPSV ČR - Posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči od 1. ledna 2012)

Výše PnP je odvozena od obvyklých nákladů na péči, přičemž se jedná o příspěvek, nikoliv o plnou saturaci nákladů spojených s péčí. Výše PnP v členění dle věku a stupně závislosti je zobrazena v tabulce níže.

Stupeň závislosti	do 18 let	starší 18 let
1. - lehká	3 000 Kč	800 Kč
2. - středně těžká	6 000 Kč	4 000 Kč
3. - těžká	9 000 Kč	8 000 Kč
4. - úplná	12 000 Kč	12 000 Kč

Tabulka 38: Měsíční výše příspěvku na péči (Zdroj: MPSV ČR – zákon 108/2006 Sb.)

Příspěvek na péči je zvýšený o 2 000 Kč v případě, že se jedná o nezaopatřené dítě do 18 let, které nepobírá příspěvek ze systému dávek pěstounské péče, dítě, které požívá důchod z důchodového pojištění rovný nebo vyšší než příspěvek nebo dítě, které je v plném přímém zaopatření zařízení pro péči o děti nebo mládež. Na zvýšení příspěvku má také nárok rodič nezaopatřeného dítěte, který o něj pečuje a jeho (a osob s ním společně posuzovaných) rozhodný příjem není vyšší než dvojnásobek životního minima.

Z poskytnutého PnP hradí příjemce pomoc, která je mu na základě vlastního rozhodnutí poskytována buď osobou blízkou nebo asistentem sociální péče (73,4 %), registrovaným poskytovatelem sociálních služeb (25,6 %), nebo dětským domovem nebo speciálním lůžkovým zdravotnickým zařízením hospicového typu (1 %).

Vývoj příspěvku na péči včetně počtu příjemců v členění dle způsobu využívání sociálních služeb je zobrazen v tabulce níže.

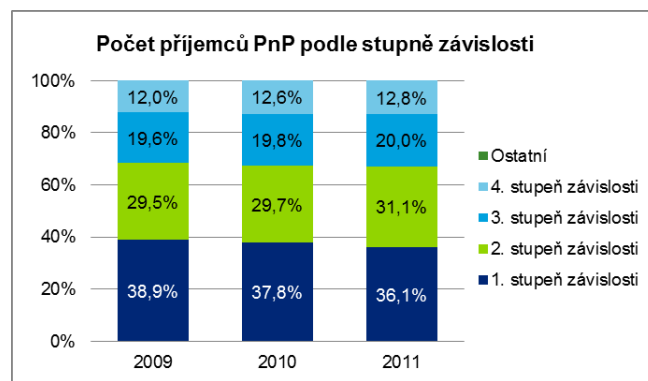
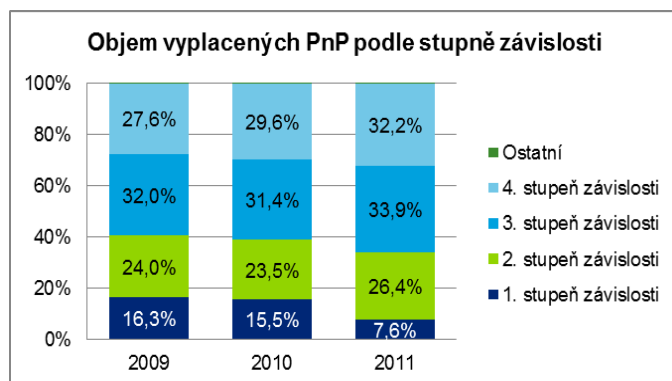
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fin. objem vyplacených PnP (v mld. Kč)	13,89	17,54	18,73	19,77	18,29	18,39	19,56
Z toho: PnP využité na služby registrovaných poskytovatelů	n/a	n/a	4,39	4,85	4,72	n/a	n/a
Z toho: PnP využité na služby neregistrovaných poskytovatelů	n/a	n/a	0,1	0,06	0,05	n/a	n/a
Z toho: PnP využité mimo systém poskytování sociálních služeb	n/a	n/a	11,1	11,56	10,46	n/a	n/a
Počet příjemců (měsíčně)	255 711	289 565	313 490	322 209	319 453	312 600	325 000
Z toho: Počet příjemců využívajících služby registrovaných poskytovatelů	n/a	n/a	78 217	82 483	83 729	n/a	n/a
Z toho: Počet příjemců využívajících služby neregistrovaných poskytovatelů	n/a	n/a	1 695	1 031	911	n/a	n/a
Z toho: Počet příjemců nevyužívajících služby poskytovatelů	n/a	n/a	232 962	238 502	234 670	n/a	n/a

Tabulka 39: Vývoj PnP včetně počtu příjemců dle způsobu využívání sociálních služeb
(Zdroj: MPSV ČR – Přehled PnP 2009 - 2011)

Vývoj vyplaceného objemu PnP a počtu příjemců PnP v letech 2009 – 2011 v členění dle stupně závislosti je zobrazený v tabulce a grafech níže.

	2009	2010	2011
Fin. objem vyplacených PnP (v mld. Kč)	18 726 458 004	19 771 812 000	18 293 274 037
1. stupeň závislosti	3 059 639 000	3 055 517 000	1 382 563 200
2. stupeň závislosti	4 503 498 000	4 650 588 000	4 822 209 092
3. stupeň závislosti	5 984 301 000	6 201 271 000	6 198 327 273
4. stupeň závislosti	5 176 341 000	5 860 382 000	5 887 983 273
Ostatní ¹³⁰	2 679 004	4 054 000	2 191 200
Počet příjemců (měsíčně)	313 490	322 209	319 453
1. stupeň závislosti	121 818	121 685	115 179
2. stupeň závislosti	92 382	95 805	99 334
3. stupeň závislosti	61 477	63 957	64 009
4. stupeň závislosti	37 767	40 707	40 898
Ostatní	46	56	33

Tabulka 40: Vývoj vyplaceného objemu a počtu příjemců PnP podle stupně závislosti (Zdroj: MPSV ČR – Přehled PnP 2009 - 2011)



Graf 46: Objem vyplacených PnP a počet příjemců PnP – struktura v % (Zdroj: MPSV ČR – Přehled PnP 2009 - 2011)

Na základě analýzy struktury objemu vyplacených PnP a počtu příjemců lze konstatovat, že s rostoucím stupněm závislosti klesá počet příjemců PnP). Celkový objem vyplacených zdrojů roste se stupněm závislosti do 3. Stupně závislosti, ve 4. stupni závislosti je celkový objem vyplacených PnP nižší z důvodu nižšího počtu příjemců v tomto stupni.

Vývoj a struktura příjmů poskytovatelů sociálních služeb v ČR

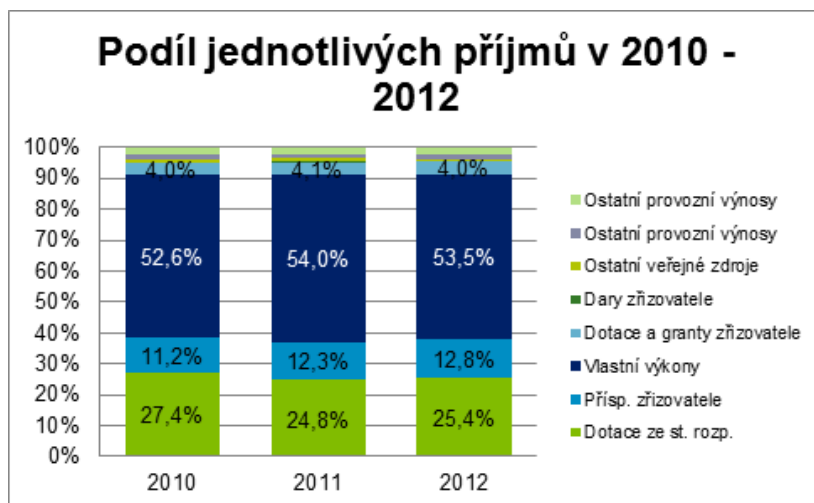
V roce 2010 dosahovaly příjmy všech druhů sociálních služeb téměř **26,5 mld. Kč**. V roce 2011 došlo k mírnému růstu příjmů na **27,1 mld. Kč**, v roce 2012 kvůli recesi v české ekonomice klesly příjmy na **27 mld. Kč**. Při posuzování struktury příjmů sociálních služeb je patrné dominantní postavení **příjmů za vlastní výkony a příjmů z dotací a výnosů z veřejných zdrojů**, které souhrnně tvoří více než 95 % veškerých příjmů. Následující kapitola obsahuje detailní analýzu uvedených příjmových položek. Vývoj a struktura celkových příjmů poskytovatelů sociálních služeb je obsažena v tabulce a grafu níže.

Druh příjmu	2010		2011		2012	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
Vlastní výkony	13 918 173 248	52,6 %	14 642 976 916	54,0 %	14 455 830 776	53,5 %
Dotace a výnosy z veřejných zdrojů	11 581 420 363	43,7 %	11 484 319 784	42,4 %	11 590 475 651	42,9 %

¹³⁰ Zpravidla se jedná o překvalifikování mezi stupni závislosti v průběhu měsíce.

Druh příjmu	2010		2011		2012	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
Z toho: Dotace ze státního rozpočtu	7 257 083 138	27,4 %	6 711 387 489	24,8 %	6 857 806 280	25,4 %
Z toho: Příspěvek zřizovatele	2 976 782 272	11,2 %	3 336 657 885	12,3 %	3 468 883 081	12,8 %
Z toho: Dotace a granty zřizovatele	976 843 338	3,6 %	1 115 772 789	4,1 %	1 090 837 180	4,0 %
Dary zřizovatele	15 384 339	0,1 %	20 287 979	0,1 %	20 723 398	0,1 %
Ostatní provozní výnosy ¹³¹	342 860 539	1,3 %	376 274 283	1,4 %	382 089 393	1,4 %
Dary a čerpaní z RF	256 696 863	1,0 %	277 619 436	1,0 %	276 845 727	1,0 %
Ostatní	180 154 129	0,7 %	112 077 313	0,4 %	127 541 703	0,5 %
Přijaté příspěvky	159 063 901	0,6 %	117 604 394	0,4 %	147 687 061	0,5 %
Finanční výnosy ¹³²	38 445 386	0,1 %	61 049 960	0,2 %	43 281 222	0,2 %
Aktivace majetku	6 497 590	0,0 %	19 020 211	0,1 %	5 656 593	0,0 %
Změna stavu zásob	716 654	0,0 %	397 493	0,0 %	565 408	0,0 %
Výnosy ze sdílených daní	269 724	0,0 %	15 700	0,0 %	15 933	0,0 %
Výnosy z daní a poplatků	38 212	0,0 %	1 091 034	0,0 %	898 924	0,0 %
Celkové příjmy	26 484 336 609	100,0 %	27 092 446 524	100,0 %	27 030 888 391	100,0 %

Tabulka 41: Vývoj a struktura příjmů sektoru sociálních služeb v letech 2010 až 2012
(Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrky za sociální služby 2010-2012)



Graf 47: Struktura příjmů v letech 2010 – 2012
(Zdroj: MPSV ČR – Účetní závěrky za sociální služby 2010 – 2012)

Vlastní výkony

Druh výkonu	2010		2011		2012		Průměr
Poskytnutá péče	5 473 145 158	20,7 %	5 386 242 605	19,9 %	5 384 813 298	19,9 %	20,17 %
Poskytnuté ubytování	3 299 192 373	12,5 %	3 593 067 167	13,3 %	3 750 487 454	13,9 %	12,23 %
Poskytnutá strava	2 491 747 932	9,4 %	2 612 875 987	9,6 %	2 705 679 350	10,0 %	9,67 %
Zdravotní pojišťovně	1 090 646 266	4,1 %	1 269 121 884	4,7 %	1 139 604 604	4,2 %	4,33 %
Ostatní	1 563 441 519	5,9 %	1 781 669 273	6,6 %	1 475 246 070	5,5 %	6,00 %
Celkem	13 918 173 248	52,6 %	14 642 976 916	54,0 %	14 455 830 776	53,5 %	53,37 %

Tabulka 42: Detailní analýza vlastních příjmů v letech 2010 – 2012
(Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrky za sociální služby 2010 – 2012)

¹³¹ Ostatní provozní výnosy jsou tvořené zejména z prodeje majetku, materiálu a příjmů z jiných činností nesouvisejících s poskytováním sociálních služeb.

¹³² Příjmy z úroků z bankovních vkladů a poskytnutých půjček.

V tabulce výše jsou zobrazeny hlavní položky, ze kterých je složen účet vlastních výkonů. Poplatky za poskytnutou péči jsou hrazené převážně z příspěvku na péči. V průběhu sledovaného období tato položka nepatrně poklesla na **19,9 %** z celkových příjmů. Služby spojené s ubytováním a stravou jsou hrazené z vlastních prostředků klienta, přičemž právní úprava stanovuje maximální výši úhrady za pobyt a stravu¹³³. V těchto položkách dochází k nejvýraznějšímu růstu příjmů za vlastní výkony – jejich souhrnný podíl vzrostl na téměř **24 %**. Podíl zdravotních pojišťoven na financování sociálních služeb osciluje ve sledovaném období na úrovni **4,5 %**. Podíl ostatních příjmů činil přibližně **6 %**.

Dotace a výnosy ze státního rozpočtu

Zdroje veřejných příjmů	2010		2011		2012		Průměr
Prostředky ze st. rozpočtu	7 257 083 138	27,4 %	6 711 387 489	24,8 %	6 857 806 280	25,4 %	25,84 %
Prostředky z rozpočtů zřizovatelů	4 051 787 254	15,3 %	4 472 718 653	16,5 %	4 502 707 907	16,7 %	16,26 %
z toho: Přísp. zřizovatele	2 976 782 272	11,2 %	3 336 657 885	12,30 %	3 468 883 081	12,80 %	12,14 %
z toho: Dotace a granty zřizovatele	1 059 620 643	4,00 %	1 115 772 789	4,10 %	1 090 837 180	4,00 %	4,05 %
z toho: Dary zřizovatele	15 384 339	0,10 %	20 287 979	0,10 %	20 723 398	0,10 %	0,07 %
Ostatní (fondy, EÚ)	272 549 971	1,0 %	300 213 642	1,1 %	229 961 464	0,9 %	1,00 %
Celkem	11 581 420 363	43,7 %	11 484 319 784	42,4 %	11 590 475 651	42,9 %	43,00 %

Tabulka 43: Detailní analýza veřejných příjmů v letech 2010 – 2012
(Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrky za sociální služby 2010-2012)

Dalším důležitým zdrojem financování sociálních služeb jsou veřejné zdroje. Jejich podíl by se měl snižovat ve prospěch soukromých zdrojů, nicméně současný trend tomu nenasvědčuje. V roce 2011 se podíl prostředků ze státního rozpočtu, který obsahuje peníze přerozdělované a schvalované v dotačním řízení MPSV ČR, snížil, ale už v roce 2012 byl zaznamenán nárůst o 150 mil. Kč. V tomto roce tvořil **25,4 %** celkových příjmů poskytovatelů sociálních služeb. Do budoucna lze vzhledem k růstu HDP a vyššímu příjmu státního rozpočtu očekávat další nárůst výdajů na příspěvky k provozu a rozvoji sociálních služeb.

Financování sociálních služeb prostřednictvím **dotace ze státního rozpočtu** zajišťuje MPSV ČR, oddělení financování sociálních služeb. Dotační politika podpory sociálních služeb je upravená zákonem č. 108/2006 Sb. a metodikou Ministerstva práce a sociálních věcí ČR pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb a posouzení žádosti o dotaci ze státního rozpočtu v oblasti podpory poskytování sociálních služeb. Dotace ze státního rozpočtu jsou poskytovány na zajištění a rozvoj poskytování sociálních služeb, které jsou v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb kraje. Dále se míra podpory řídí principy a prioritami dotačního řízení na podporu poskytování sociálních služeb v daném roce, vyhlášenými současně s dotační výzvou v dokumentu s názvem „Principy a priority dotačního řízení na podporu poskytování sociálních služeb v roce 2015“¹³⁴. Dotace slouží hlavně na kofinancování základní sítě sociálních služeb v rozsahu základních činností sociálních služeb stanoveného zákonem o sociálních službách. Dotační program je určen pro všechny poskytovatele bez ohledu na právní formu. Proces přidělování dotací probíhal ještě v roce 2014 formou dotačního řízení v gesci MPSV, ale od roku 2015 se některé kompetence při přerozdělování dotace

¹³³ Maximální výše úhrady je upravena podle vyhlášky č. 505/2006 Sb., přičemž úhrada za poskytování pobytu (za úkony) může činit maximálně 210 Kč/den (6 300 Kč/měsíc) a úhrada za poskytování stravy 170 Kč/den (5 100 Kč/měsíc) nebo 75 Kč za oběd. Souhrnná maximální výše úhrady za poskytování pobytu a stravy tak může činit maximálně 11 400 Kč/měsíc. Maximální výše úhrady za hodinu poskytované péče v rámci terénních služeb činí 130 Kč. Azylové domy mají úhradu za pobyt ve výši 130 Kč/noc, v případě rodiny s nezletilým dítětem 100 Kč/noc a úhrada za dítě je 70 Kč/noc, případně 180 Kč/noc a náležitě služby pro osoby v těžkých sociálních situacích.

¹³⁴ Nejaktuálnější verze (**nejedná se o závazný dokument**) ze dne 31. 7. 2014 dostupná na:
http://www.vlada.cz/assets/ppov/mno/aktuality/6_pospasil_marsikova_prezentace_3_pro_web.pdf

přesunuly na kraje úpravou §101a (popsáno v kapitole 3.2.1 příležitost 1). Program je MPSV stále vyhlašován 1x ročně v období od 15. října do 15. listopadu pro dotační řízení oblasti B – celonárodní působnost. Dotační komise je složená ze zástupců MPSV ČR, MZ, Asociace krajů ČR, unie zaměstnavatelských svazu, Úřadu vlády ČR, Sdružení měst a obcí a odborového svazu zdravotnické a sociální péče ČR. V roce 2014 obdrželo MPSV ČR v dotačním řízení žádosti o dotaci v celkovém objemu 10,4 mld. Kč. Výše prostředků určených pro toto období činila 7,4 mld. Kč. O dotaci požádalo přibližně 5 000 sociálních služeb (z celkového počtu cca 6 000).

Veřejné prostředky od krajů a obcí, které zahrnují příspěvky zřizovatelů a dotace a granty krajů a obcí, jsou po státním rozpočtu další silnou skupinou zdrojů určených na podporu poskytování sociálních služeb. Podíl této skupiny vzrostl od roku 2010 z 15,3 % na 16,7 % zejména z důvodu, že kraje a obce zřizují více služeb na podporu potřeb obyvatelstva v regionech. Ostatní veřejné zdroje oscilují na úrovni 1 % a nemají výrazný vliv na výši financování.

Obec, resp. obec s rozšířenou působností, je povinná zajistit základní rozsah a kapacitu poskytovaných sociálních služeb. K tomuto účelu je možné koncipovat normativy vybavenosti územních celků sociálními službami. Obec financuje z vlastních zdrojů provoz vlastních organizačních složek nebo příspěvkových organizací, v malé míře rovněž nestátní organizace.¹³⁵

Úhrady od zdravotních pojišťoven

Podíl pojišťoven na financování sociálních služeb byl v roce 2012 pouze 4,22 % z celkových příjmů poskytovatelů sociálních služeb (viz tabulka níže).

Druh služby	2010		2011		2012	
	Objem	Podíl	Objem	Podíl	Objem	Podíl
Služby sociální péče	1 042 039 794	4,52 %	1 210 239 258	5,29 %	1 075 856 317	4,75 %
Pečovatelská služba	13 220 249	0,59 %	9 053 875	0,40 %	9 158 112	0,41 %
Osobní asistence	1 548 347	0,45 %	1 565 526	0,44 %	817 172	0,21 %
Podpora samostatného bydlení	6 133	0,02 %	100	0,00 %	38 772	0,10 %
Odlehčovací služby	62 208 072	9,58 %	87 200 199	13,35 %	60 181 292	10,02 %
Denní stacionáře	9 456 213	1,47 %	9 160 042	1,39 %	8 300 229	1,30 %
Týdenní stacionáře	5 421 447	2,23 %	5 025 096	2,16 %	3 990 003	1,69 %
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	235 668 886	4,83 %	262 404 429	5,36 %	209 441 929	4,50 %
Domovy pro seniory	509 893 172	5,06 %	571 241 685	5,58 %	506 358 281	5,01 %
Domovy se zvláštním režimem	201 853 748	7,19 %	262 744 519	8,59 %	276 021 319	8,32 %
Chráněné bydlení	2 763 527	0,60 %	1 843 787	0,38 %	1 549 208	0,34 %
Služby sociální prevence	82 000	0,02 %	7 664 106	0,01 %	6 504 081	0,01 %
Centra sociálně rehabilitačních služeb	0	0,00 %	7 414 106	1,39 %	6 371 574	1,14 %
Sociálně aktivizační služby pro seniory	20 000	0,01 %	100 000	0,08 %	4 407	0,00 %
Terénní programy	62 000	0,03 %	150 000	0,05 %	128 100	0,04 %
Sociální poradenství	3 759 683	0,74 %	4 129 748	0,94 %	272 653	0,06 %
Sociální poradny	3 759 683	0,74 %	4 129 748	0,94 %	272 653	0,06 %
Sdílená služba s MZ ČR	44 764 558	10,16 %	47 088 772	9,90 %	56 964 482	10,43 %
Sociální služby poskytované ve zdr. zařízeních	44 764 558	10,16 %	47 088 772	9,90 %	56 964 482	10,43 %
Celkem ČR	1 090 646 035	4,12 %	1 269 121 884	4,68 %	1 139 597 533	4,22 %

Tabulka 44: Podíl příjmů ze zdravotního pojištění na celkových příjmech poskytovatelů sociálních služeb (Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrky za sociální služby 2010-2012)

Do roku 2009 byly sociální služby (úkony za ošetřovatelskou a rehabilitační péči) financované jako zdravotní služby z veřejného rozpočtu, ale v roce 2010 došlo k přechodu na přímé financování poskytovatelů sociálních

¹³⁵ VÍŠEK, P. a PRŮŠA, L.: Optimalizace sociálních služeb, VÚPSV, Národní centrum sociálních studií, Praha, 2012

služeb a sociální péče od uživatelů nebo pojišťoven, čímž se tyto služby staly rovnocenné k zdravotnickým službám. Úhrady zařízením sociální péče se v letech 2010 až 2013 pohybovaly v rozmezí 1 – 1,2 mld. Kč (do 5 % celkových příjmů). Klíčovým problémem bylo jednání mezi MZ ČR a VZP o narovnání tzv. „zákonem definovaných povinností“, které nepřikazovaly zdravotním pojišťovnám platit za zdravotní úkony poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb (hlavně v případech dlouhodobých pobytů).¹³⁶

Analýza příjmů podle právní formy

Dvě třetiny příjmu poskytovatelů sociálních služeb připadají na příspěvkové organizace.¹³⁷ Ve zbytku forem se výraznějším podílem na příjmech vyskytují už jen **církevní organizace (10,4 %)** a **sdržení (10,1 %)**. Na další právní formy poskytovatelů sociálních služeb (fyzické osoby, akciové společnosti a společnosti s ručením omezeným) připadá pouze **3,7 % celkových příjmů**.

Druh služby	Příjmy celkem	Podíl v %
Příspěvková organizace	18 018 028 523	66,66 %
Církevní organizace	2 801 133 209	10,36 %
Sdružení (svaz, spolek, klub)	2 734 586 111	10,12 %
Obecně prospěšná společnost	1 527 699 040	5,65 %
Společnost s ručením omezeným	686 294 286	2,54 %
Obec (obecní úřad)	512 435 586	1,90 %
Akciová společnost	227 020 121	0,84 %
Organizační složka státu	172 365 204	0,64 %
Zájmové sdružení	116 248 051	0,43 %
Organizační jednotka sdružení	104 256 965	0,39 %
Fyzická osoba podnikající dle ŽZ nezapsaná v OR	43 478 896	0,16 %
Svazek obcí	26 578 107	0,10 %
Zájmové sdružení právnických osob	18 706 661	0,07 %
Fyzická osoba podnikající dle ŽZ zapsaná v OR	18 539 046	0,07 %
Neurčeno	7 952 768	0,03 %
Školské zařízení	6 909 643	0,03 %
Fyzická osoba podnikající dle jiného zákona nezapsaná v OR	4 674 951	0,02 %
Veřejná obchodní společnost	1 291 916	0,00 %
Zdravotnické zařízení	1 179 908	0,00 %
Střední škola	783 419	0,00 %
Družstvo	584 910	0,00 %
Fyzická osoba	141 070	0,00 %
Školská právnická osoba	0	0,00 %
Celkem	27 030 888 391	100,00 %

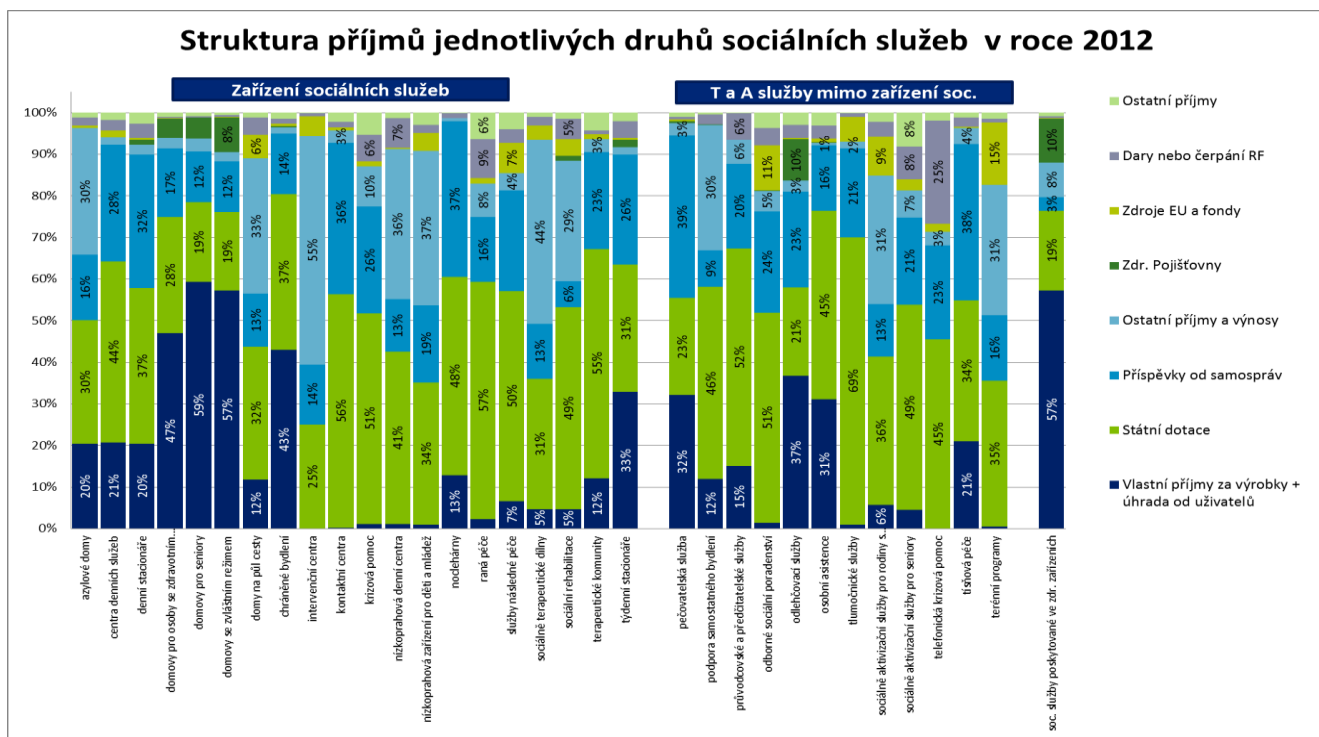
Tabulka 45: Příjem podle právní formy poskytovatele sociálních služeb v roce 2012
(Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrka za sociální služby 2012)

¹³⁶ PRŮŠA, L.: Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče, VÚPSV. Praha, 2011

¹³⁷ Příspěvkové organizace jsou veřejnoprávními neziskovými organizacemi.

Analýza příjmů podle typu poskytovaných služeb

Z hlediska druhů sociálních služeb a typu zdroje převyšují vlastní příjmy další zdroje financování pouze u 3 druhů služeb. Vlastní příjmy jsou tvořené z úhrad uživatelů a PnP. U většiny služeb tvoří významnou část příjmů veřejné zdroje (státní dotace a příspěvky od krajů a obcí). Veřejné zdroje jsou stěžejním zdrojem financování zejména v případě služeb, které jsou poskytované bez úhrady. Další příjmy, mezi které patří i příjmy od zdravotních pojišťoven, jsou spíše marginální.



Graf 48: Podrobná struktura příjmu podle jednotlivých druhů sociálních služeb v roce 2012
(Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrka za sociální služby 2012)

Druh služby	Vlastní příjmy za výroby + úhrada od uživatelů	Státní dotace	Příspěvky od samospráv	Ostatní příjmy a výnosy	Zdravotní Pojišťovny	Zdroje EU a fondy	Dary nebo čerpání RF	Ostatní příjmy	Celkem
1. azylové domy	20,4 %	29,7 %	15,8 %	30,4 %	0,0 %	0,7 %	1,9 %	1,1 %	100,0 %
2. centra denních služeb	20,7 %	43,5 %	28,1 %	1,8 %	0,0 %	1,6 %	2,5 %	1,7 %	100,0 %
3. denní stacionáře	20,5 %	37,4 %	32,0 %	2,3 %	1,3 %	0,3 %	3,5 %	2,6 %	100,0 %
4. domovy pro osoby se zdravotním post.	46,9 %	27,9 %	16,6 %	2,6 %	4,5 %	0,2 %	0,4 %	1,0 %	100,0 %
5. domovy pro seniory	59,3 %	19,2 %	12,2 %	3,2 %	5,0 %	0,1 %	0,2 %	0,9 %	100,0 %
6. domovy se zvláštním režimem	57,2 %	18,9 %	12,2 %	2,2 %	8,3 %	0,2 %	0,4 %	0,6 %	100,0 %
7. domy na půl cesty	11,8 %	31,9 %	12,7 %	32,5 %	0,0 %	5,7 %	4,2 %	1,1 %	100,0 %
8. chráněné bydlení	43,0 %	37,5 %	14,5 %	1,5 %	0,3 %	0,5 %	1,2 %	1,5 %	100,0 %
9. intervenční centra	0,0 %	25,1 %	14,4 %	54,9 %	0,0 %	4,7 %	0,8 %	0,1 %	100,0 %
10. kontaktní centra	0,2 %	56,1 %	36,5 %	2,9 %	0,0 %	0,7 %	1,2 %	2,3 %	100,0 %
11. krizová pomoc	1,1 %	50,7 %	25,7 %	9,6 %	0,0 %	1,2 %	6,4 %	5,4 %	100,0 %
12. nízkoprahová denní centra	1,1 %	41,5 %	12,5 %	36,1 %	0,0 %	0,3 %	7,2 %	1,3 %	100,0 %
13. nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	0,9 %	34,2 %	18,5 %	37,2 %	0,0 %	4,3 %	2,0 %	2,9 %	100,0 %
14. noclehárny	12,8 %	47,8 %	37,4 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,2 %	100,0 %
15. raná péče	2,2 %	57,1 %	15,6 %	8,1 %	0,0 %	1,4 %	9,3 %	6,3 %	100,0 %
16. služby následné péče	6,7 %	50,4 %	24,2 %	4,1 %	0,0 %	7,3 %	3,3 %	4,0 %	100,0 %
17. sociálně terapeutické dílny	4,7 %	31,3 %	13,3 %	44,2 %	0,0 %	3,4 %	2,1 %	1,0 %	100,0 %
18. sociální rehabilitace	4,7 %	48,6 %	6,2 %	29,0 %	1,1 %	4,0 %	5,0 %	1,4 %	100,0 %

Druh služby	Vlastní příjmy za výroby + úhrada od uživatelů	Státní dotace	Příspěvky od samospráv	Ostatní příjmy a výnosy	Zdravotní Pojišťovny	Zdroje EU a fondy	Dary nebo čerpání RF	Ostatní příjmy	Celkem
19. terapeutické komunity	12,1 %	55,1 %	23,4 %	3,0 %	0,0 %	1,2 %	0,9 %	4,3 %	100,0 %
20. týdenní stacionáře	32,8 %	30,6 %	26,4 %	1,9 %	1,7 %	0,5 %	4,1 %	2,0 %	100,0 %
21. pečovatelská služba	32,1 %	23,3 %	39,1 %	3,0 %	0,4 %	0,4 %	0,6 %	1,0 %	100,0 %
22. podpora samostatného bydlení	11,9 %	46,2 %	8,8 %	30,2 %	0,1 %	0,0 %	2,4 %	0,5 %	100,0 %
23. průvodcovské a předčitatelské služby	15,1 %	52,2 %	20,3 %	5,7 %	0,0 %	0,0 %	6,4 %	0,1 %	100,0 %
24. odborné sociální poradenství	1,3 %	50,5 %	24,5 %	4,9 %	0,1 %	10,9 %	4,0 %	3,8 %	100,0 %
25. odlehčovací služby	36,7 %	21,4 %	23,0 %	2,6 %	10,0 %	0,3 %	3,0 %	3,0 %	100,0 %
26. osobní asistence	31,0 %	45,3 %	15,7 %	0,6 %	0,2 %	0,8 %	3,2 %	3,1 %	100,0 %
27. tlumočnické služby	1,0 %	69,0 %	21,4 %	1,7 %	0,0 %	5,9 %	0,9 %	0,2 %	100,0 %
28. sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	5,7 %	35,7 %	12,6 %	30,8 %	0,0 %	9,3 %	3,6 %	2,2 %	100,0 %
29. sociálně aktivizační služby pro seniory	4,5 %	49,3 %	21,0 %	6,5 %	0,0 %	2,6 %	7,9 %	8,1 %	100,0 %
30. telefonická krizová pomoc	0,1 %	45,5 %	22,5 %	3,3 %	0,0 %	2,0 %	24,8 %	1,9 %	100,0 %
31. tísňová péče	21,1 %	33,9 %	37,6 %	3,9 %	0,0 %	0,2 %	2,3 %	1,2 %	100,0 %
32. terénní programy	0,5 %	35,0 %	15,7 %	31,4 %	0,0 %	15,0 %	0,8 %	1,5 %	100,0 %
33. sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních	57,3 %	19,2 %	3,3 %	8,3 %	10,4 %	0,2 %	0,5 %	0,8 %	100,0 %

Tabulka 46: Podrobná struktura příjmu podle jednotlivých druhů sociálních služeb v roce 2012 (v %).
(Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrka za sociální služby 2012)

Vývoj a struktura výdajů poskytovatelů sociálních služeb v ČR

Z hlediska struktury výdajů na sociální služby v průběhu let 2010 – 2012 byly nejvýznamnější kategorií osobní (zejména mzdové) náklady. Celkové výdaje v členění na osobní náklady, provozní náklady a investiční náklady jsou uvedené v dolní části tabulky.

Druh výdaje	2010	2011	2012			
Osobní náklady	17 182 302 472	62,3 %	17 677 461 610	62,7 %	17 876 096 132	63,9 %
Spotřebované nákupy	5 214 846 540	18,9 %	5 176 358 491	18,4 %	5 085 121 909	18,2 %
Služby	2 988 755 280	10,8 %	3 056 570 199	10,8 %	2 972 642 980	10,6 %
Odpisy, rezervy a OP	926 444 315	3,4 %	1 070 990 441	3,8 %	1 037 924 300	3,7 %
Dlouhodobý majetek	857 615 703	3,1 %	865 126 360	3,1 %	663 688 086	2,4 %
Jiné provozní náklady	232 425 910	0,8 %	196 527 655	0,7 %	181 857 869	0,6 %
Ostatní	67 808 598	0,2 %	56 319 567	0,2 %	78 807 036	0,3 %
Finanční náklady	48 272 419	0,2 %	50 477 655	0,2 %	44 467 014	0,2 %
Daň z příjmů	24 525 967	0,1 %	21 588 420	0,1 %	20 155 367	0,1 %
Daně a poplatky	20 724 212	0,1 %	29 480 570	0,1 %	26 570 729	0,1 %
Poskytnuté příspěvky	11 056 206	0,0 %	3 874 328	0,0 %	5 356 874	0,0 %
Náklady na příspěvky ze SR a zřizovatelů	281 253	0,0 %	1 374 327	0,0 %	3 435 445	0,0 %
Náklady ze sdílených daní	528	0,0 %	66 986	0,0 %	1 981	0,0 %
Celkové náklady	27 575 059 403	100,0 %	28 206 216 609	100,0 %	27 996 125 722	100,0 %
Osobní náklady¹³⁸	17 182 302 472	62,3 %	17 677 461 610	62,7 %	17 876 096 132	63,9 %
Provozní náklady¹³⁹	9 535 141 228	34,6 %	9 663 628 639	34,3 %	9 456 341 504	33,8 %
Investiční náklady¹⁴⁰	857 615 703	3,1 %	865 126 360	3,1 %	663 688 086	2,4 %

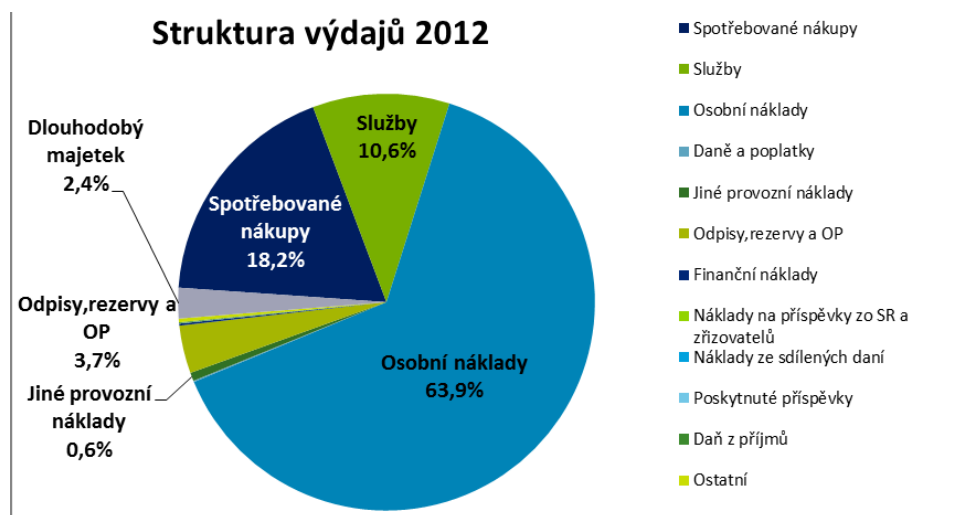
Tabulka 47: Vývoj a struktura výdajů sektoru sociálních služeb v 2010 až 2012
(Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrky za sociální služby 2010-2012)

¹³⁸ Osobní náklady jsou náklady na mzdy a odvody za zaměstnanců.

¹³⁹ 85 % provozních nákladů tvoří nákup spotřebního zboží a služeb.

¹⁴⁰ Investice na pořízení hmotného a nehmotného dlouhodobého majetku (nevstupují přímo do výdajů, aktivují se skrze odpisy).

Výdaje poskytovatelů sociálních služeb v roce 2012 dosáhly **27,996 mld. Kč**. V porovnání s příjmy (27,031 mld. Kč) skončil sektor ve ztrátě **965 mil. Kč**. Výdaje na sociální služby jsou tvořeny **osobními** náklady (63,9 %), provozními náklady (33,8 %) a investičními náklady (2,4 %). Z hlediska významnosti lze považovat za nejpodstatnější právě výdaj na personální náklady, který dosahuje téměř dvou třetin všech výdajů sektoru sociálních služeb.



Graf 49: Struktura výdajů provozovatelů sociálních služeb v roce 2012
(Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrka za sociální služby 2012)

Analýza výdajů podle právní formy

Struktura výdajů v členění dle právní formy kopíruje strukturu příjmů, jelikož snahou veřejného sektoru, který financuje systém sociálních služeb je, aby poskytovatelé hospodařili s nulovým ziskem/ztrátou. To se však v mnohých případech nedaří (hlavně u příspěvkových organizací) a výdaje častokrát převyšují příjmy. Následkem tohoto stavu je skutečnost, že systém jako celek skončil v roce 2012 ve ztrátě přibližně 950 mil. Kč po započtení investičních výdajů. Hospodaření poskytovatelů jiných právních forem je zpravidla vyrovnané. Výše výdajů v členění dle právní formy je zobrazeno v tabulce níže.

Právní forma	Příjmy	Podíl v %	Výdaje	Podíl v %	Rozdíl
Příspěvková organizace	18 018 028 523	66,66%	18 718 028 876	66,86 %	-700 000 353
Církevní organizace	2 801 133 209	10,36%	2 931 347 711	10,47 %	-130 214 502
Sdružení (svaz, spolek, klub)	2 734 586 111	10,12%	2 825 046 353	10,09 %	-90 460 242
Obecně prospěšná společnost	1 527 699 040	5,65%	1 519 294 589	5,43 %	8 404 451
Společnost s ručením omezeným	686 294 286	2,54%	665 993 546	2,38 %	20 300 740
Obec (obecní úřad)	512 435 586	1,90%	586 708 041	2,10 %	-74 272 455
Akciová společnost	227 020 121	0,84%	254 420 449	0,91 %	-27 400 328
Organizační složka státu	172 365 204	0,64%	131 389 304	0,47 %	40 975 900
Zájmové sdružení	116 248 051	0,43%	122 781 851	0,44 %	-6 533 800
Organizační jednotka sdružení	104 256 965	0,39%	110 848 441	0,40 %	-6 591 476
Fyzická osoba podnikající dle ŽZ nezapsaná v OR	43 478 896	0,16%	42 921 121	0,15 %	557 775
Svazek obcí	26 578 107	0,10%	26 578 107	0,09 %	0
Zájmové sdružení právnických osob	18 706 661	0,07%	18 338 828	0,07 %	367 833
Fyzická osoba podnikající dle ŽZ zapsaná v OR	18 539 046	0,07%	17 216 268	0,06 %	1 322 778
Neurčeno	7 952 768	0,03%	8 002 768	0,03 %	-50 000
Školské zařízení	6 909 643	0,03%	6 754 740	0,02 %	154 903
Fyzická osoba podnikající dle jiného zákona nezapsaná	4 674 951	0,02%	6 255 329	0,02 %	-1 580 378

Právní forma	Příjmy	Podíl v %	Výdaje	Podíl v %	Rozdíl
v OR					
Zdravotnické zařízení	1 291 916	0,00%	1 602 631	0,01 %	-310 715
Veřejná obchodní společnost	1 179 908	0,00%	1 058 978	0,00 %	120 930
Střední škola	783 419	0,00%	783 419	0,00 %	0
Družstvo	584 910	0,00%	581 469	0,00 %	3 441
Fyzická osoba	141 070	0,00%	160 348	0,00 %	-19 278
Školská právnická osoba	0	0,00%	12 555	0,00 %	-12 555
Celkem Sociální služby	27 030 888 391	100,00%	27 996 125 722	100,00 %	-965 237 331

Tabulka 48: Výdaje podle právní formy poskytovatele sociálních služeb v roce 2012
(Zdroj: MPSV ČR, Účetní závěrka za sociální služby 2012)

Závěr: Analýza financování sociálních služeb v ČR

Nejvyšší podíl na veřejných výdajích na sociální služby tvoří ve výši 18,4 mld. Kč v roce 2012 příspěvek na péči. Výdaje na PnP v roce 2013 vzrostli na 19,6 mld. Kč. Druhou významnou položkou jsou státní dotace a příspěvky krajů a obcí, které souhrnně v roce 2012 činily 11,6 mld. Kč. Soukromé výdaje, do nichž spadají převážně platby za ubytování, stravu a jiné doplňkové služby, dosáhly v roce 2012 výši 10 mld. Kč.

Celkový průměrný počet příjemců PnP činil v roce 2012 téměř 313 000 osob. Tyto osoby využily z celkové výše vyplacených PnP na úhradu sociálních služeb pouze 5,4 mld. (29,3 %). Dle stupně závislosti pobírali největší objem PnP (6,2 mld. Kč) příjemci ve 3. stupni závislosti. Největší počet příjemců (115 179) byl zaznamenán v 1. stupni závislosti.

Vlastní výkony poskytovatelů sociálních služeb tvořily 53,5 % z celkových příjmů poskytovatelů, přičemž 19,9 % příjmů představovaly úhrady za péči hrazené převážně z PnP. Příjmy od zdravotních pojišťoven patří také do skupiny vlastních výkonů dosahovaly podíl 4,22 % z celkových příjmů. Největší složkou příjmů představují veřejné zdroje ve výši 42,9 %.

Z hlediska výdajů tvořily v roce 2012 největší podíl (64 %) osobní náklady (mzdy a odvody) následované provozními výdaji (34 %).

Příloha 4: Posouzení možnosti většího zapojení soukromých zdrojů do financování sociálních služeb

Kompletní znění dotazníku

Dobrý den,

jmenuji se..... a jsem tazatelem společnosti AQE advisors, a.s. Naše společnost provádí dotazníkové šetření, v rámci projektu „Studie proveditelnosti: Výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR“, jehož zadavatelem je Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.

Způsob poskytování péče můžeme rozdělit dle jejich způsobu poskytování, a to na:

- **ambulantní** - služby, za kterými člověk dochází nebo je doprovázen či dopravován (příkladem jsou poradny a denní centra).
- **terénní** - služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí, tam kde člověk žije tj. v domácnosti, v místě kde se vzdělává či pracuje (příkladem je pečovatelská služba či osobní asistence).
- **pobytové** - služby spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb, kde člověk žije (příkladem mohou být domovy pro seniory, chráněné bydlení či azylové domy).

Zaměření dotazníku je převážně právě na pobytové služby.

I. část:

1.) Kraj, ve kterém probíhá dotazování (vyplní tazatel před zahájením):

Praha	1
Středočeský	2
Jihomoravský	3
Moravskoslezský	4
Zlínský	5
Olomoucký	6
Vysočina	7
Pardubický	8
Královéhradecký	9
Karlovarský	10
Liberecký	11
Jihočeský	12
Plzeňský	13
Ústecký	14

2.) Pohlaví (vyplní tazatel před zahájením):

Muž	1
Žena	2

3.) Jaký je váš věk?

Vypsat hodnotu:

4.) Jaké je přibližná velikost města, ve kterém máte hlášeno trvalé bydliště, dle počtu obyvatel?

0 – 999	1
1000 – 4999	2
5000 – 19 999	3
20 000 – 99 999	4
nad 100 000	5

5.) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (*prosím upřesňující informaci zakroužkovat – první část slouží pro kontrolu kvóty*)

Základní	1	Dokončené 11, Nedokončené 12
Vyučen bez maturity	2	
Středoškolské s maturitou	3	Maturitní studium 31, Vyšší odborné studium (DiS.) 32
Vysokoškolské	4	Bakalářské studium 41, Magisterské 42, Doktorandské a vyšší 43

6.) Kolik rodinných příslušníků včetně Vás s Vámi žije pod jednou střechou?

Vypsat hodnotu:.....

7.) Máte děti?

NE	1
ANO: Kolik.....	2

8.) Když vezmeme v úvahu všechny okolnosti, jak jste v současnosti celkově spokojen/a se svým životem? Odpovězte mi, prosím, s použitím stupnice, kde 1 znamená naprosto nespokojený/á a 10 naprosto spokojený/á. (99 - neví)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99 – neví
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

9.) Cítíte se v současné době v dobré kondici?

Rozhodně ano	1
Spíše ano	2
Tak napůl	3
Spíše ne	4
Rozhodně ne	5

II. část:

10.) Máte zkušenosti ať už přímé nebo zprostředkované s některou ze sociálních služeb? *Pokud nebude respondent schopen některou službu zmínit nebo si nebude jist, předložíme mu odpovědní kartu. Možnost více odpovědí.*

Služba (pokud není uvedena v kartě prosím heslovitě uvést, jinak zaznamenat do karty).....

Karta č. 1:	
Domovy pro seniory (DPS)	1→ otázka 11
Pečovatelská služba	2→ otázka 11
Stacionář	3→ otázka 11
Domovy pro osoby se zdravotním postižením (DOZP)	4→ otázka 11
Sociální poradenství	5→ otázka 11
Centra denních služeb	6→ otázka 11
Sociální rehabilitace	7→ otázka 11

Služba rané péče (rodičům dítěte do věku 7 let)	8→ otázka 11
Odlehčovací služby	9→ otázka 11
Azylové domy	10→ otázka 11
Chráněné bydlení	11→ otázka 11
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	12→ otázka 11
Noclehárny	13→ otázka 11
Terapeutické komunity	14→ otázka 11
Nemám	99→ otázka 12

Pozor filtr: Pokud v otázce č. 10 odpověděli kódy 1-14 (uvedl některou službu)

- 11.) Uvedte prosím, jakým způsobem jste se dostal/a do styku s uvedenou službou. *Možnost více odpovědí*

Uvedenou službu využívám, nebo jsem využíval/a	1
Uvedenou službu znám zprostředkovaně, z rodiny	2
Uvedenou službu znám zprostředkovaně, využívá je/využíval je někdo z mých přátel nebo známých	3
Znám z médií	4
Pracuji v této oblasti	5

Odpovídají všichni

- 12.) Představte si, že je Váš rodič/prarodič upoután na lůžku, protože není schopen se o sebe postarat a velmi omezeně se pohybuje, jakým způsobem byste tuto situaci řešil/a?

Zajistil/a bych péči o tohoto člena rodiny sám, popřípadě s pomocí dalších příbuzných	1
Zajistil/a bych péči o tohoto člena rodiny s občasným využitím sociálních služeb v případě, že bychom na to v rámci rodiny nestačili	2
Využil/a bych služeb, které by se o člena rodiny postaraly v jeho/jejím domově (terénní služby, pečovatelská služba)	3
Využil/a bych služeb, které by se o člena rodiny postaraly u mě doma (terénní služby, pečovatelská služba)	4
Využil/a bych služeb ambulantního rázu s krátkodobým pobytem (odlehčovací služby, denní stacionář apod.)	5
Využil/a bych služeb pobytové sociální péče (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem)	6
Jinak. Uvedte prosím:.....	99

- 13.) Představte si, že Váš rodič/prarodič potřebuje asistenci, například při podání léků, stravy, zajištěním hygieny atd., jakým způsobem byste tuto situaci řešil/a?

Zajistil/a bych péči o tohoto člena rodiny sám, popřípadě s pomocí dalších příbuzných	1
Zajistil/a bych péči o tohoto člena rodiny s občasným využitím sociálních služeb v případě, že bychom na to v rámci rodiny nestačili	2
Využil/a bych služeb, které by se o člena rodiny postaraly v jeho/jejím domově (terénní služby, pečovatelská služba)	3
Využil/a bych služeb, které by se o člena rodiny postaraly u mě doma (terénní služby, pečovatelská služba)	4
Využil/a bych služeb ambulantního rázu s krátkodobým pobytem (odlehčovací služby, denní stacionář apod.)	5
Využil/a bych služeb pobytové sociální péče (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem)	6
Jinak. Uvedte prosím:.....	99

- 14.) Dovedete si představit, že byste se kvůli péči o rodinného příslušníka vzdal/a svého zaměstnání/podnikání/studia?

Ano – zanechal/a bych zaměstnání /studia	1 → otázka 17
Částečně – pokusil bych pracovat na zkrácený úvazek, z domova atd. / rozvolnil bych studium	2 → otázka 15
Ne	3 → otázka 15
Nepracuji/nepodnikám/nestuduji	99 → otázka 17

Pozor filtr: Pokud v otázce č. 14 odpověděli kódem 2 a 3

- 15.) Z jakého důvodu byste se kvůli péči o rodinného příslušníka nevzdal/a svého zaměstnání/podnikání/studia)? *Identifikujte prosím vzestupně první tři důvody.*

Karta č. 2:		Pořadí priorit
Je pro mě důležitější setrvat v zaměstnání	1	
Chyběl by mi zdroj příjmu	2	
Měl by se o něj postarat stát	3	
Nepovažuji se za dostatečně kompetentního, abych poskytl odpovídající péči	4	
Neměl bych na to čas	5	
Nemám vhodné materiálně-technické podmínky	6	
Jiné. Uveďte prosím:.....	99	

Pozor filtr: Pokud v otázce č. 14 odpověděli kódem 2 a 3

- 15b.) Co by změnilo vaše rozhodnutí a vzdal/a se svého zaměstnání/podnikání/studia?

Text (*prosím heslovitě uvést – např. práce doma, kompenzace příjmu, zaškolení*):

.....

..

Odpovídají všichni

- 16.) Byl/a byste ochoten/a přispívat rodinnému příslušníkovi na čerpání sociální péče?

Ano	1 → otázka 18
Ne	2 → otázka 20

Pozor filtr: Pokud v otázce č. 17 odpověděli kódem 1

- 17.) Jakou částkou byste byl/a ochoten měsíčně přispívat? *Uvést v řádech 100*

Vypsat hodnotu:.....

Pozor filtr: Pokud v otázce č. 17 odpověděli kódem 1

- 18.) Jakým způsobem byste byl/a ochoten/a přispívat? *Identifikujte prosím vzestupně první tři způsoby.*

Karta č. 3:		Pořadí priorit
Přímou finanční podporou osoby	1	
Poskytnutím finančního příspěvku zařízení	2	
Poskytnutím finančního příspěvku konkrétnímu pečovateli	3	
Pravidelným spořením na účet dané osoby spravovaný soukromým subjektem	4	
Pravidelným spořením na účet dané osoby spravovaný státem	5	
Speciální sociální daní	6	
Jiné. Uveďte prosím:.....	99	

Pozor filtr: Pokud v otázce č. 17 odpověděli kódem 2

 19.) Z jakého důvodu byste odmítl/a přispět? *Možnost více odpovědí*

Financování těchto služeb má zajistit stát ze stávajících odvodů	1
Osoba si na sociální služby měla šetřit sama	2
Nemám finančních prostředky, abych mohl přispět	3
Nemám důvěru v systém financování a nevěřím, že by se peníze dostaly tam, kam mají	4
Jiné. Uveďte prosím:.....	99

Odpovídají všichni

20.) Byl/a byste ochoten/a Vy sám/a si v současné chvíli přispívat na možné budoucí čerpání sociální péče?

Ano	1 → otázka 22
Ne	2 → otázka 24

Pozor filtr: Pokud v otázce č. 21 odpověděli kódem 1

 21.) Jakou částkou byste byl/a ochoten/a přispívat? *Uvést v řádech 100*

Vypsát hodnotu:.....

Pozor filtr: Pokud v otázce č. 21 odpověděli kódem 1

22.) Jakým způsobem byste byl/a ochoten/a přispívat?

Přímým odvodem ze mzdy na zvláštní účet určený pro financování sociálních služeb – speciální sociální daň	1
Soukromým spořením	2
Státním spořením	3
Jiné. Uveďte prosím:.....	4

Pozor filtr: Pokud v otázce č. 21 odpověděli kódem 2

 23.) Z jakého důvodu byste nebyl/a ochoten přispívat? *Možnost více odpovědí*

Financování těchto služeb má zajistit stát	1
Systém financování sociální péče není pro mě transparentní	2
Nedisponuji finančními prostředky	3
Odvozy státu (zdravotní a sociální pojištění) považuji za dostatečné	4
Obava z neefektivitu způsobu spoření (např. nižší výnos než komerční spoření)	5
Domnívám se, že platím dostatečně vysoké daně	6

Pozor filtr: Pokud v otázce č. 21 odpověděli kódem 2

24 - 28.) Změnila by Váš názor některá z níže uvedených skutečností?

	ANO	NE
a) Příspěvek by byl adresný	1	2
b) Bylo by možné příspěvek v případě potřeby využít i pro osobu blízkou	1	2
c) Bylo by možné prostředky v případě potřeby využít na něco jiného	1	2
d) Příspěvek by byl předmětem dědictví	1	2
e) Příspěvek by bylo možné určitou dobu přerušit nebo snížit	1	2

Odpovídají všichni

- 29.) Představte si, že Vy sám/a se nebudete schopen/a ve stáří o sebe postarat, jak byste chtěl/a strávit stáří vy v takovéto situaci?

V domácnosti u rodinných příslušníků nebo příbuzných	1 → otázka 27
V domácnosti u rodinných příslušníků nebo příbuzných s využitím terénních sociálních služeb	2 → otázka 27
Ve specializovaném zařízení	3 → otázka 28
Ve vlastní domácnosti s využitím terénních sociálních služeb)	4 → otázka 28
Jinde. Uveďte prosím:.....	99 → otázka 27

Pozor filtr: Pokud v otázce č. 26 odpověděli kódem 1 nebo 2

- 30.) Domníváte se, že by byla rodina schopna a ochotna se o Vás postarat?

Ano	1
Ne	2

Odpovídají všichni

- 31.) Jakým způsobem byste hradil/a sociální služby, které by Vám byly poskytovány (v domácnosti u rodinných příslušníků, ve specializovaném zařízení, ve vlastní domácnosti)?

Karta č. 4:		Pořadí priorit
Formou dlouhodobých úspor, které bych <u>nešetřil/a</u> přímo na tuto skutečnost	1	
Formou dlouhodobých úspor, které bych <u>šetřil/a</u> přímo na tuto skutečnost	2	
Spoléhal/a bych na finanční pomoc příbuzných	3	
Spoléhal/a bych na finanční pomoc státu	4	
Prodejem majetku	5	
Z invalidního/starobního důchodu	6	
Jiné:.....	99	

- 32.) Máte představu, kolik stojí měsíční pobyt v domě s pečovatelskou službou, který poskytuje seniorovi, jenž se o sebe není schopen postarat kompletní péčí? V řádech 1000 Kč.

Vypsat hodnotu:.....
Neví 99

- 33.) Byl/a byste ochoten/a platit speciální sociální daň 500 Kč ze své hrubé mzdy, kdybyste věděl/a, že Vám bude v případě potřeby, když nebudete schopen/schopna se o sebe sám/a postarat poskytnuta odpovídající sociální péče?

Určitě ano	1
Spíše ano	2
Spíše ne	3
Určitě ne	4

III. část:

- 34.) Jaký je Váš rodinný stav?

Svobodný	1
Ženatý, vdaný	2
Rozvedený/á	3
Ovdovělý/á	4
Nezjištěno	5

35.) Jste věřící?

Ano	1
Ne	2

36.) Jaký je v současné době Váš ekonomický status?

Ekonomicky neaktivní	Student, učeň	1
	Důchodce	2
	Nezaměstnaný	3
	Mateřská a rodičovská dovolená	4
Ekonomicky aktivní	Podnikatel, OSVČ	5
	Zaměstnanec	6
	Pracující důchodce/student	7

36.) Jaký je přibližně Váš čistý měsíční příjem (v řádech tisíců)?

Vypsát hodnotu:.....
Odmítl uvést 99

36.) Jaký je přibližně čistý příjem vaší domácnosti (v řádech tisíců)?

Vypsát hodnotu:.....
Odmítl uvést 99

37.) Jak byste označil/a své politické smýšlení na levo-pravé škále. Kdy 1 znamená levice, 4 střed a 7 pravice.

1	2	3	4	5	6	7
L			S			P

38 – 44.) Prosím, řekněte o každé z následujících skutečností, jak je ve Vašem životě důležitá (může jich být samozřejmě i více):

A. Práce

Velmi důležitá	1
Dostí důležitá	2
Ne příliš důležitá	3
Vůbec není důležitá	4

B. Rodina

Velmi důležitá	1
Dostí důležitá	2
Ne příliš důležitá	3
Vůbec není důležitá	4

C. Přátelé a známí

Velmi důležitá	1
Dostí důležitá	2
Ne příliš důležitá	3
Vůbec není důležitá	4

D. Volný čas

Velmi důležitá	1
Dostí důležitá	2
Ne příliš důležitá	3
Vůbec není důležitá	4

E. Politika

Velmi důležitá	1
Dostí důležitá	2
Ne příliš důležitá	3
Vůbec není důležitá	4

F. Náboženství

Velmi důležitá	1
Dostí důležitá	2
Ne příliš důležitá	3
Vůbec není důležitá	4

G. Místo bydliště

Velmi důležitá	1
Dostí důležitá	2
Ne příliš důležitá	3
Vůbec není důležitá	4

Deloitte označuje jednu či více společností Deloitte Touche Tohmatsu Limited, britské privátní společnosti s ručením omezeným zárukou („DTTL“), jejích členských firem a jejich spřízněných subjektů. Společnost DTTL a každá z jejích členských firem představuje samostatný a nezávislý právní subjekt. Společnost DTTL (rovněž označovaná jako „Deloitte Global“) služby klientům neposkytuje. Podrobný popis právní struktury společnosti Deloitte Touche Tohmatsu Limited a jejích členských firem je uveden na adrese www.deloitte.com/cz/onas.

Společnost Deloitte poskytuje služby v oblasti auditu, daní, poradenství a finančního a právního poradenství klientům v celé řadě odvětví veřejného a soukromého sektoru. Díky globálně propojené síti členských firem ve více než 150 zemích a teritoriích má společnost Deloitte světové možnosti a poskytuje svým klientům vysoce kvalitní služby v oblastech, ve kterých klienti řeší své nejkompexnější podnikatelské výzvy. Přibližně 200 000 odborníků usiluje o to, aby se společnost Deloitte stala standardem nejvyšší kvality.

Společnost Deloitte ve střední Evropě je regionální organizací subjektů sdružených ve společnosti Deloitte Central Europe Holdings Limited, která je členskou firmou sdružení Deloitte Touche Tohmatsu Limited ve střední Evropě. Odborné služby poskytují dceřiné a přidružené podniky společnosti Deloitte Central Europe Holdings Limited, které jsou samostatnými a nezávislými právními subjekty. Dceřiné a přidružené podniky společnosti Deloitte Central Europe Holdings Limited patří ve středoevropském regionu k předním firmám poskytujícím služby prostřednictvím více než 4 700 zaměstnanců ze 37 pracovišť v 17 zemích.