

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

DISERTAČNÍ PRÁCE

2014

Mgr. Jana Horynová

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Využití poukázkového systému jako nástroj ke zvýšení efektivity
financování sociálních služeb**

DISERTAČNÍ PRÁCE

V oboru: Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky dětí, dospělých a seniorů.

Autor: Mgr. Jana Horynová

Školitel: doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.

České Budějovice 2014

Abstract

The aim of the dissertation is to analyze the system of providing and financing social services and to assess to what extent the introduction of a voucher system through social systems cards contribute to the effectiveness of the financing of social services. To achieve this objective we chose a combination of three sociological methods - qualitative research method based on secondary data analysis, questionnaire survey among persons with dependent children who have been granted an allowance for care and in-depth interviews with experts from amongst the selected branches of labor offices, regional and municipal authorities and from the field of social services providers.

The theoretical part is devoted to the characterization of the financing of social services in our country. Based on the analysis of available statistical data, it is demonstrated that the current system of providing and financing social services is inefficient and it is therefore necessary to find new elements that would contribute to the stabilization especially in the area of financing in order to create the necessary conditions for ensuring the optimal form of security needs of the person relies on the provision of social services.

It indicates (based on the characteristics of foreign experience) that one of the ways to increase the effectiveness of the financing of social services is the introduction of a voucher system. In relation with the implementation of social reforms after 2008, our country decided to introduce a social systems card, which can be understood as an electronic payment voucher, i.e. as a tool, which leads to expansion of yet provided services in social benefits and to increase user comfort. A similar system has been introduced in the past and is still used in many European countries such as Italy, the UK or Finland.

Currently, the Czech Republic is the only country in Europe where care allowance is paid only in cash and care allowance is not often used to provide the necessary social services. One way to prevent this is a transition into non-cash benefits payment. One of these options is to use the voucher system, which ensures that the funds earmarked for the provision of social services, will also be in this area actually inserted.

The form of benefit payment for care has changed within the implementation of social reforms. Since its payment by postal order was, in early 2012, accede to payment under the cashless payment cards through social systems. This form of distribution, however, wasn't met with a positive response, and it was subsequently decided to cancel the card and return to the original form of payment of the allowance for care and all non-insurance social benefits.

This has led to the fact that the original goal of my work - to assess to what extent the introduction of a voucher system through cards social systems contribute to the effectiveness of the financing of social services - failed to fully implement.

In summary, it is clear that the current system of financing social services is inefficient, and therefore it will be necessary - particularly in relation to expected demographic trends – to fundamentally change it. Re-introduction of non-cash forms of benefit payment for care can be regarded as one of the tools that could enhance the efficiency of provision and funding of social services. However, it is necessary to learn from the mistakes that have been implemented in the past period of time, emphasis on timely, quality and positive information campaign with an emphasis on explaining the benefits of the new system of social benefits, correct timing of the various steps of the solution and in advance of this solution to acquaint the general population.

Abstrakt

Cílem disertační práce je zanalyzovat systém poskytování a financování sociálních služeb a posoudit, do jaké míry zavedení poukázkového systému prostřednictvím karty sociálních systémů přispělo ke zvýšení efektivity financování sociálních služeb. Pro naplnění tohoto cíle byla zvolena kombinace tří sociologických metod – kvalitativní výzkum založený na metodě sekundární analýzy dat, dotazníkové šetření mezi osobami pečující o nezaopatřené děti, jimž byl přiznán příspěvek na péči a hloubkové rozhovory s experty z řad pracovníků vybraných poboček úřadů práce, krajských a městských úřadů a z řad poskytovatelů terénních sociálních služeb.

Teoretická část práce je věnována charakteristice systému financování sociálních služeb v naší zemi. Na základě rozboru dostupných statistických údajů je doloženo, že stávající systém poskytování a financování sociálních služeb je neefektivní a je proto nutné najít nové prvky, které by přispěly k jeho stabilizaci především v oblasti financování tak, aby byly vytvořeny nezbytné podmínky pro zajištění optimální formy zabezpečení potřeb člověka odkázaného na poskytování sociálních služeb.

Na základě charakteristiky zahraničních zkušeností se ukazuje, že jednou z možností, jak zvýšit efektivnost financování sociálních služeb, je zavedení poukázkového systému. V souvislosti s realizací sociální reformy po r. 2008 bylo v naší zemi přijato rozhodnutí o zavedení tzv. karty sociálních systémů, kterou lze chápat jako elektronickou platební poukázku, tedy jako nástroj, kterým dochází k rozšíření nabídky dosud poskytovaných služeb v oblasti výplaty sociálních dávek a ke zvýšení uživatelského komfortu. Podobný systém byl v minulosti zaveden a dodnes je využíván v řadě evropských zemí, např. v Itálii, ve Velké Británii nebo ve Finsku.

V současné době je Česká republika jedinou zemí v Evropě, která příspěvek na péči vyplácí pouze v peněžní formě a příspěvek na péči není často využíván k zajištění potřebných sociálních služeb. Jednou z možností, jak tomu zabránit, je přechod na nepeněžní výplatu příspěvku na péči. Jednou z těchto možností je využití poukázkového systému, který zabezpečuje, že finanční prostředky, které byly vyčleněny na poskytování sociálních služeb, budou rovněž do této oblasti skutečně vloženy.

V rámci realizace sociální reformy se proto změnila forma výplaty příspěvku na péči. Od její výplaty prostřednictvím poštovní poukázky bylo počátkem roku 2012 přistoupeno k výplatě v rámci bezhotovostního platebního styku prostřednictvím karty sociálních systémů. Tato forma výplaty se však nesešla s pozitivním ohlasem, a proto bylo následně

rozhodnuto o zrušení této karty a o návratu k původní formě výplaty příspěvku na péči i všech nepojistných sociálních dávek.

Tato skutečnost vedla k tomu, že původní cíl mé práce – posoudit, do jaké míry zavedení poukázkového systému prostřednictvím karty sociálních systémů přispělo ke zvýšení efektivity financování sociálních služeb – se nepodařilo plnohodnotně zrealizovat.

Souhrnně je nutno konstatovat, že současný systém financování sociálních služeb je neefektivní, a proto ho bude nutno – zejména v souvislosti s očekávanými demografickými trendy – zásadně změnit. Opětovné zavedení bezhotovostních forem výplaty příspěvku na péči je možno chápat jako jeden z nástrojů, který by mohl zvýšit efektivitu poskytování a financování sociálních služeb. Přitom je však nutné poučit se z chyb, které byly v uplynulém období realizovány, položit důraz na včasnou, kvalitní a pozitivní informační kampaň s důrazem na vysvětlení výhod nového systému výplaty sociálních dávek, správně načasovat jednotlivé kroky tohoto řešení a v dostatečném časovém předstihu s tímto řešením seznámit široké obyvatelstvo.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem disertační práci na téma „Využití poukázkového systému jako nástroj ke zvýšení efektivnosti financování sociálních služeb“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 16. 7. 2014

Mgr. Jana Horynová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat panu doc. Ing. Ladislavu Průšovi, CSc. za odborné vedení, připomínky a cenné rady, které mi poskytl během tvorby této práce.

Poděkování také patří všem, kteří mi pomohli a podpořili mě při mém studiu.

Úvod.....	7
I. Teoretická část.....	10
1. Postavení sociálních služeb v systému sociální ochrany obyvatelstva	10
1.2. Poskytování sociálních služeb a jejich financování	16
1.2.1. Pojetí sociálních služeb	16
1.2.2. Základní principy nového zákona o sociálních službách	18
1.2.3. Poskytování sociálních služeb v letech 1995 – 2010	24
1.2.4. Faktory ovlivňující vybavenost regionů sociálními službami.....	25
1.2.5. Vyhodnocení vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální péče.....	27
1.3. Financování sociálních služeb v ČR – aktuální stav, problémy a limity	31
1.3.1. Možnosti finančních zdrojů služeb sociální péče.....	34
1.3.2. Základní teoretická východiska koncipování příspěvku na péči.....	36
1.3.3. Změny ve struktuře příjemců příspěvku na péči v letech 2007 – 2010.....	42
1.3.4. Základní teoretická východiska dotační politiky Ministerstva práce a sociálních věcí	46
1.3.5. Analýza výsledků dotačního řízení v oblasti služeb sociální péče pro seniory	47
1.4. Pojetí sociálních služeb ve vybraných evropských zemích	51
1.5. Karta sociálního systému jako elektronická poukázka.....	55
1.5.1. Zhodnocení projektu karty sociálního systému	58
2. Cíl práce a hypotézy	65
3. Metodika.....	67
4. Výsledky.....	69
5. Diskuse	134
6. Závěr.....	144
7. Seznam použitých zdrojů	148
8. Klíčová slova.....	160
9. Seznam zkratk.....	160
10. Přílohy	161

Úvod

Když byl před více než osmi lety přijat dlouho očekávaný zákon o sociálních službách, očekávala odborná veřejnost, že tento systém sociální ochrany obyvatelstva se bude mohutně rozvíjet. Bohužel, po podrobném seznámení se základními principy organizace, financování a řízení začali odborníci poukazovat na to, že navržený systém financování sociálních služeb nezajišťuje poskytovatelům sociálních služeb prakticky žádné jistoty a nevytváří vhodné podmínky pro rozvoj nových typů a forem sociálních služeb. Závislost poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotací ze státního rozpočtu a skutečnost, že přiznání nové sociální dávky – příspěvku na péči – není podmíněno čerpáním sociální služby od registrovaného poskytovatele, vede ke stagnaci sociálních služeb a k výraznému zneužívání státem vynakládaných finančních prostředků.

V současné době je podle dostupných informací Česká republika jedinou zemí v Evropě, která příspěvek na péči vyplácí pouze v peněžní formě. V souvislosti s řešením ekonomických problémů naší země jsou proto hledány i v této oblasti cesty k tomu, jakým způsobem zvýšit efektivnost vynakládaných finančních prostředků. Oblast sociálních služeb je přitom oblastí, která v tomto smyslu nabízí mnoho řešení.

Jedním z často diskutovaných řešení je možnost využití nepeněžních forem při poskytování sociálních služeb. Jednou z těchto forem je využití poukázkového systému, který zabezpečuje, že finanční prostředky, které byly vyčleněny na poskytování sociálních služeb, budou rovněž do této oblasti skutečně vloženy.

S využíváním poukázkového systému existují v naší zemi dlouhodobé zkušenosti např. v oblasti stravování zaměstnanců. V sociální oblasti jsou využívány poukázky jako tzv. věcné plnění v oblasti pomoci v hmotné nouzi při poskytování příspěvku na živobytí a tzv. mimořádné okamžité pomoci. Ve věcné formě se příspěvek na živobytí poskytuje v těch případech, kdy je zjevné, že by příjemce nevyužil dávku k účelu, ke kterému je určena. Způsob výplaty příspěvku přitom určuje plátce (od 1. ledna 2012 je to Úřad práce ČR) tak, že bere v úvahu schopnosti a možnosti osoby v hmotné nouzi s touto dávkou hospodařit a využít ji k účelu, ke kterému je určena. Plátce může podle zákona určit dávky tak, že nejméně 35 % a nejvýše 65 % přiznané dávky bude poskytnuto ve formě poukázky opravňující k nákupu zboží ve stanovené hodnotě nebo prostřednictvím elektronického platebního prostředku.

Je zřejmé, že využití obdobných principů přichází do úvahy i v oblasti sociálních služeb. Existují odhady, že až 30 % finančních prostředků vynaložených na výplatu příspěvku na péči

není využito pro zajištění potřebných sociálních služeb, ale slouží jako zdroj finančních prostředků na krytí nákladů široké rodiny mimo sociální oblast (např. na splátky hypoték nebo leasingu). Tato skutečnost mě vedla k tomu, abych se této problematice věnovala i v rámci své disertační práce. Stávající systém sociálních služeb totiž není efektivní a je nutné najít nové prvky, které by přispěly ke stabilizaci především jeho financování, a současně je nezbytné, aby se vytvořily předpoklady pro nalezení optimální formy zabezpečení potřeb člověka odkázaného na poskytování sociálních služeb. Jednou z možností, jak zvýšit efektivnost financování sociálních služeb, je zavedení poukázkového systému.

V souvislosti s realizací sociální reformy bylo přijato rozhodnutí o koncipování tzv. karty sociálních systémů, kterou je třeba chápat jako elektronickou platební poukázku, tedy jako nástroj, kterým dochází k rozšíření nabídky dosud poskytovaných služeb a zvýšení uživatelského komfortu. Podobný systém zavedla a využívá již řada evropských zemí, např. Itálie, Velká Británie nebo Finsko. V současnosti totiž existuje v sociální oblasti rozmanitý systém poukázek, na českém trhu jsou v této oblasti nejvyužívanější poukázky tří společností – Edenred, Sodexo a Chèque Déjeuner. Dávky byly vypláceny prostřednictvím třech různých úřadů třemi různými platebními způsoby - hotovostně, poštovní poukázkou a bezhotovostní platbou, což významně prodražovalo správu celého systému. Všechny tyto způsoby výplaty byly sjednoceny do karty sociálních systémů, čímž se měla zároveň výrazně zvýšit účelovost a adresnost sociálních dávek. Kartou sociálních systémů vydával Úřad práce ČR, karta byla vyráběna v souladu s mezinárodně uznávanými předpisy, které se vztahují na bankovní karty, což znamená, že obsahovala běžné ochranné prvky.

Cílem připravené disertační práce je zanalyzovat systém poskytování a financování sociálních služeb (především terénních forem) a posoudit, do jaké míry zavedení poukázkového systému prostřednictvím karty sociálních systémů přispělo ke zvýšení efektivnosti financování sociálních služeb. K naplnění tohoto cíle se navrhuje stanovit tuto hypotézu: "Zavedení elektronické poukázky ve formě karty sociálních systémů přispěje ke zvýšení efektivnosti při financování sociálních služeb". Pro ověření této hypotézy budou zkoumány tyto výzkumné otázky:

- Byla příčinou neefektivnosti financování sociálních služeb skutečnost, že přiznání příspěvku na péči nebylo podmíněno čerpáním služby od registrovaného poskytovatele sociálních služeb?
- Přispělo zavedení elektronické poukázky ve formě karty sociálních systémů k posílení finanční stability poskytovatelů především terénních forem sociálních služeb?

- Přispělo by ke zvýšení efektivnosti financování sociálních služeb zřízení funkce "care managera" na obcích s pověřeným obecním úřadem, do jehož pracovní náplně by patřilo zprostředkování nabídky sociálních služeb klientům v závislosti na jejich nepříznivé sociální situaci?
- Je forma elektronické poukázky ve formě karty sociálních systémů optimální formou adresného poskytování sociálních služeb a dávek v závislosti na technických podmínkách poskytovatelů sociálních služeb a vědomostní úrovni jejich uživatelů?

K základním metodám při zpracování mé práce patří především sekundární analýza literatury, rozbor a analýza finančních nákladů u vybraných zařízení poskytující sociální služby. Při zpracování praktické části bude využita metoda dotazníkového šetření mezi poskytovateli terénních sociálních služeb – především pečovatelské služby – v jehož rámci bude zkoumán jejich názor na výše uvedené výzkumné otázky. Výběr poskytovatelů bude proveden metodou náhodného výběru z registru poskytovatelů sociálních služeb, poskytovatelé z řad subjektů zabývajících se poskytováním pečovatelské služby budou vybráni především z toho titulu, že v souvislosti s demografickými trendy je právě poskytování této formy péče klíčovým aspektem pro oddálení potřeby poskytování sociálních služeb v pobytových zařízeních, především v domovech pro seniory.

I. Teoretická část

1. Postavení sociálních služeb v systému sociální ochrany obyvatelstva

Nedílnou součástí celkových politických, ekonomických a společenských změn v naší zemi od počátku 90. let minulého století byla rozsáhlá sociální transformace. Systém sociálního zabezpečení, který byl u nás prakticky až do poloviny 90. let minulého století stále v platnosti, byl ve svých základních principech v řadě případů koncipován ve 2. polovině 50. let, tedy v době, kdy existovaly zcela jiné představy o řízení společensko-ekonomických procesů. Po změně společensko-politických poměrů bylo naprosto zřejmé, že tento systém není připraven řešit nové úkoly, které budoucí vývoj před sociální systém klade.

Přestože dřívější sociální systém zahrnoval více než 60 sociálních dávek a některé sociální situace byly řešeny duplicitně, systém neřešil řadu sociálních situací, jejichž důsledky ve vyspělých evropských zemích patří ke standardnímu okruhu, které tamní systémy sociální ochrany obyvatelstva řeší¹. Tyto nedostatky měly za následek, že v sociální oblasti až do počátku 90. let např.:

- nebyly stanoveny stejné podmínky nároku pro muže a pro ženy (např. neexistoval vdovecký důchod),
- jednotlivé sociální dávky měly konstantní úroveň zpravidla po celou dobu pobírání (neexistovaly pravidla pro jejich valorizaci, jejich úpravy se řešily ad hoc zpravidla u příležitosti významné politické události) atd.

Proto byl souběžně se scénářem ekonomické reformy vypracován v r. 1990 i scénář sociální reformy², který nastínil základní kroky transformace v této oblasti. Prioritním úkolem přitom byla konstrukce záchranné sociální sítě, jejímž základním cílem byla ochrana širokých vrstev obyvatelstva před dopady ekonomické transformace v zájmu zabezpečení její sociální průchodnosti. V tomto smyslu plnila záchranná sociální síť tři funkce:

- měla přispívat k vytváření nových pracovních příležitostí a k urychlenému návratu pracovní síly do ekonomické činnosti,

¹ Tomeš, I. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. SOCIOKLUB, Praha 2001.262s. ISBN: 80-86484-00-9

² *Scénář sociální reformy*, Hospodářské noviny, 4. 9. 1990

- měla uchovat po nezbytnou dobu (za případné rekvalifikace a při sociálním zajištění) schopnost pracovní síly před jejím novým pracovním uplatněním,
- měla poskytnout sociální zajištění starým a invalidním občanům a těm občanům, pro které předchozí aktivní funkce nebyly účinné³.

K zabezpečení těchto funkcí proto byla koncipována opatření v oblasti:

- zaměstnanosti (vytvoření úřadů práce, koncipování hmotného zabezpečení uchazečů o zaměstnání, realizace aktivní politiky zaměstnanosti),
- mzdového vývoje (koncipování minimální mzdy a pravidel pro stanovení tzv. směrného růstu mezd),
- důchodového zabezpečení (stanovení principů valorizace vyplácených i nově přiznávaných důchodů),
- ochrany rodin s dětmi (stanovení životního minima, pravidel pro jeho valorizaci a principů pro valorizaci dávek pro rodiny s dětmi),
- ochrany bydlení,
- poskytování sociálních služeb.

V této oblasti bylo konstatováno, že "bude zachována zásada, že ústavní sociální péče na standardní úrovni (např. v domovech důchodců) je v případě nezbytnosti, po vyčerpání možností mimoústavní péče, dostupná finančně všem potřebným občanům, bez ohledu na jejich příjmovou situaci, a že jim po úhradě nákladů za státní ústavní péči zůstane stanovený minimální zůstatek příjmu, který se bude s růstem životních nákladů valorizovat"⁴. Současně byly zahájeny práce na tvorbě nových sociálních systémů – systému sociálního pojištění, státní sociální podpory a sociální pomoci. Při jejich koncipování se vycházelo z důsledné analýzy toho:

- jakou sociální situaci jednotlivé dávky řeší,
- jakým způsobem jsou dávky v jednotlivých systémech financovány,
- jakým způsobem jsou tyto systémy organizačně zabezpečeny.

Výhodou tohoto postupu byla skutečnost, že jednotlivá sociální opatření, která byla přijímána v letech 1991 – 1994 především v zájmu kompenzace růstu spotřebitelských cen (zejména v oblasti dávek, které byly následně převedeny do systému státní sociální podpory), byla

³ *Záchranná sociální síť a přizpůsobování mzdových a sociálních příjmů vývoji životních nákladů*, Hospodářské noviny, 26. 2. 1991

⁴ *Záchranná sociální síť a přizpůsobování mzdových a sociálních příjmů vývoji životních nákladů*, Hospodářské noviny, 26. 2. 1991

koncipována podle těch principů, na nichž jsou nově přijaté zákonné úpravy postaveny, tzn., že přechod z dřívějších do nově koncipovaných systémů byl poněkud usnadněn⁵.

Takto pojaté základní systémy sociální ochrany obyvatelstva jsou v souladu jak s nejnovějšími trendy ve vyspělých zemích, tak i se soudobými teoretickými poznatky⁶. Současné světové sociální systémy totiž obsahují jak dávky založené na principu pojištění, tak i dávky tzv. výběrového charakteru, kdy jejich výše a okruh příjemců jsou stanoveny v závislosti na konkrétní příjmové a sociální situaci rodiny. Přitom v řadě zemí jsou dávky, které se u nás poskytují v rámci systému státní sociální podpory a které jsou poskytovány v rámci systému sociální pomoci, spojeny do systému jednoho, který je označován zpravidla jako Social Assistance – sociální pomoc⁷. Postup přijatý v naší zemi (ale prakticky ve všech postsocialistických zemích) není s tímto stavem v žádném rozporu, naopak je zřejmě přesnější – především z hlediska stanovení a definování podmínek nároku na jednotlivé dávky je toto členění plně odůvodnitelné.

První komplexní úpravy nových sociálních systémů byly přijaty v závěru 1. poloviny 90. let (zákon o penzijním připojištění, zákon o státní sociální podpoře, zákon o důchodovém pojištění), o pojetí dalších systémů byly vedeny dlouhodobé diskuse, zákony, které tyto systémy upravují, byly přijaty až v r. 2006 (zákon o nemocenském pojištění, zákon o sociálních službách, zákon o úrazovém pojištění).

V rámci systému sociálního pojištění jsou dnes řešeny ty sociální situace, na které se občan může předem připravit (tedy pojistit) formou odložení části své dnešní spotřeby na krytí důsledků budoucí nejisté dlouhodobé či krátkodobé sociální situace. V tomto směru jsou v současné době provozovány systémy:

- důchodového pojištění⁸, důchodového spoření⁹ a doplňkového penzijního spoření¹⁰,
- nemocenského pojištění¹¹,
- zdravotního pojištění¹²,
- státní politiky zaměstnanosti¹³,
- úrazového pojištění¹⁴.

⁵ Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing 2007. ISBN 978-80-7357-255-6

⁶ Tomeš, I. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*, SOCIOKLUB, Praha 2001. 262s. ISBN: 80-86484-00- 9

⁷ Konopásek, Z. a kol. *Universální dávkový systém rodinné politiky – dávky bezprostředně vázané na dětství a rodičovství*, VÚPSV, Bratislava 1992

⁸ Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů

⁹ Zákon č. 426/2011 Sb., o důchodovém spoření, ve znění pozdějších předpisů

¹⁰ Zákon č. 397/2012 Sb., o doplňkovém penzijním spoření, ve znění pozdějších předpisů

¹¹ Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů

¹² Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

¹³ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů

Jednotlivé subsystémy jsou financovány z pojistného (resp. ze sociálního pojištění, z příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a ze zdravotního pojištění), které platí podle přesně stanovených podmínek:

- zaměstnanec (ze své hrubé mzdy),
- zaměstnavatel (z objemu vyplacených hrubých mezd),
- osoby samostatně výdělečně činné (ze svého vyměřovacího základu),

přičemž v rámci systému zdravotního pojištění za některé sociální skupiny (především děti, důchodce, ženy na mateřské dovolené) platí pojistné rovněž stát.

Pojistné je odváděno buď do veřejnoprávního fondu (pokud jde o systém zdravotního pojištění) nebo do státního rozpočtu (pokud jde o ostatní pojistné subsystémy), v jehož rámci je zřízen samostatný účet, na němž jsou shromažďovány příspěvky na důchodové spoření a z něhož jsou financovány výdaje na příslušné dávky, vč. souvisejících správních výdajů.

Jednotlivé systémy jsou organizačně zabezpečeny prostřednictvím:

- České správy sociálního zabezpečení a ministerstev obrany, vnitra, spravedlnosti a financí (systémy důchodového a nemocenského pojištění),
- Všeobecné zdravotní pojišťovny a oborových, resortních a podnikových zdravotních pojišťoven (systém zdravotního pojištění),
- Ministerstvo práce a sociálních věcí a úřadů práce (systém státní politiky zaměstnanosti).

V rámci systému státní sociální podpory jsou řešeny sociální situace, které jsou na základě určitého společenského konsensu uznány za zřetele hodné. V naprosté většině případů se jedná o sociální situace, při jejichž řešení je účelné rodinu, především rodinu s dětmi, podpořit. Jedná se např. o narození dítěte, péči rodičů o ně v raném stádiu, jeho výchovu po celou dobu přípravy na povolání atd. V tomto směru je v současné době vypláceno šest základních sociálních dávek, které se v některých případech dále člení v závislosti na konkrétních sociálních situacích. Jde o:

- přídavek na dítě,
- příspěvek na bydlení,
- rodičovský příspěvek,
- dávky péčovské péče,
- porodné,

¹⁴ Zákon č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů

- pohřebné.

Z uvedeného výčtu dávek je zřejmé, že systém státní sociální podpory je systémem komplexním, který je určen převážně rodinám s nezaopatřenými dětmi. Vzhledem k tomu, že základním stavebním kamenem pro naprostou většinu dávek je životní minimum a jeho násobky, lze říci, že se jedná o systém, který je postaven na jednotném základě, který umožňuje operativně podle sociálních situací, které se v rodině vyskytují skladebně stanovit výši jednotlivých dávek státní sociální podpory. Jeho významnou předností je skutečnost, že v závislosti na valorizaci částek životního minima dochází automaticky rovněž k valorizaci dávek státní sociální podpory.

K hlavním podmínkám nároku na jednotlivé dávky státní sociální podpory patří tyto skutečnosti¹⁵:

- nárok na dávky má pouze občan a s ním společně posuzovaní členové domácnosti, kteří mají trvalý pobyt na území České republiky, přičemž rodinou se rozumí soužití rodičů a nezaopatřených dětí ve společné domácnosti,
- při posuzování nároků na jednotlivé dávky státní sociální podpory se netestuje majetek rodiny,
- základem pro stanovení nároku a výši jednotlivých dávek státní sociální podpory (vč. určení hranice příjmů občana či rodiny) je životní minimum,
- mezi příjmy, které jsou rozhodující pro přiznání nároku na dávky státní sociální podpory, patří především "čisté" příjmy ze závislé činnosti, příjmy z podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti a dále dávky nemocenského a důchodového zabezpečení a hmotné zabezpečení uchazečů o zaměstnání vč. obdobných příjmů z ciziny,
- nejvýhodnějším způsobem pro výplatu dávek státní sociální podpory je bezhotovostní vyplacení na účet u některého z peněžních ústavů,
- žádosti o jednotlivé dávky je nutno podávat pouze na tiskopisech předepsaných Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Jednotlivé dávky jsou financovány z daní, tedy ze státního rozpočtu v rámci nejširší celospolečenské solidarity. Tento princip je uplatňován ve dvou základních směrech:

- od rodin bezdětných k rodinám s dětmi,
- od rodin s vyššími příjmy k rodinám nízkopříjmovým.

¹⁵ Krebs, V., Průša, L. *Státní sociální podpora*. GRADA, Praha 2002.136s. ISBN 80-247-0065-4.

Vedle změny konstrukce jednotlivých dávek bylo v rámci koncipování systému státní sociální podpory přistoupeno i ke změně jejich plátce. Tato změna je ještě významnější, než samotné zavedení nového dávkového schématu¹⁶. Až do přijetí zákona o státní sociální podpoře byly tyto dávky vypláceny zaměstnavatelskými organizacemi a okresními správami sociálního zabezpečení (pro pracovníky malých závodů, osoby samostatně výdělečně činné a nezaměstnané). Počet zaměstnavatelských subjektů se však s postupující ekonomickou transformací soustavně zvyšoval (z cca 8 tis. na počátku roku 1990 na cca 33 tis. v roce 1995), kontrola správnosti poskytování jednotlivých dávek se stávala obtížně zvládatelnou. Vzhledem k tomu, že přechod od plošného poskytování dávek k adresnému systému byl doprovázen sledováním a vyhodnocováním většího množství údajů, z nichž řada má charakter osobních dat chráněných zákonem¹⁷, a jejich znalost zaměstnavatelem by mohla např. nepříznivě ovlivnit pracovní kariéru zaměstnance, bylo nezbytné jako limitující faktor zavedení celého systému pověřit výplatou těchto dávek okresní úřad jako nejnižší článek státní správy. Přenesení výplaty těchto dávek na státní orgán tak umožnilo garantovat, že ve stanovený termín každá rodina dostane ty dávky, na které má nárok.

Zrušení okresních úřadů v rámci realizace II. fáze reformy veřejné správy představovalo významný zásah do organizačního zabezpečení tohoto systému sociální ochrany obyvatelstva, od 1. ledna 2003 tyto dávky vyplácely referáty státní sociální podpory pověřených obecních úřadů v bývalých okresních městech, na základě negativních poznatků získaných v rámci kontrolní a metodické činnosti ministerstva práce a sociálních věcí přešla k 1. dubnu 2004 výplata těchto dávek zpět na státní orgán – na úřady práce.

Systém sociální pomoci je určena k zabezpečení základních životních potřeb osob v situaci absolutního nedostatku hmotných prostředků a v těch sociálních situacích, kdy osoby nejsou schopny sami ani s pomocí vlastní rodiny zabezpečovat svoje základní životní potřeby. Musí proto vytvořit nejjemnější síť, které bude mít schopnost řešit problémy plynoucí z neopakovatelných lidských osudů. Systém sociální pomoci tedy řeší situace:

- kdy jsou ohrožena práva občana,
- kdy se občan nachází v hmotné nouzi,
- kdy je občan v sociální nouzi a není schopen zabezpečit svoje potřeby vlastními silami,
- kdy mu tyto situace hrozí¹⁸.

¹⁶ Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing 2007. 180s. ISBN 978-80-7357-255-6

¹⁷ *Zákon č. 256/1992 Sb., o ochraně osobních dat v informačních systémech, ve znění pozdějších předpisů*

¹⁸ Průša, L. *Možnosti řešení současných disparit v oblasti sociálních transferů*. Nadace „Nadání J., M. a Z.

Základními nástroji sociální pomoci jsou poradenství, prevence sociálně patologických jevů, sociálně právní ochrana, dávky sociální péče (v peněžní i věcné podobě) a sociální služby. Z jejich pouhého výčtu je zřejmé, že řada těchto forem má široký interdisciplinární charakter a vedle sociálního systému zasahuje i do práva občanského, trestního, mezinárodního.

V případech, kdy občan se ocitne v situaci, kdy není schopen sám, svým úsilím a přičiněním ani s pomocí rodiny tyto potřeby zabezpečit, byly již počátku 90. let minulého století instituty sociální pomoci připraveny napomoci mu při řešení jeho životní situace, neboť již v tomto období došlo k naplnění prakticky všech základních principů sociální pomoci. Při jejím poskytování se vycházelo zejména ze zákona¹⁹, který stanovil hranici hmotné nouze a přiznával občanu, který se nachází pod touto hranicí, právo na pomoc. Zákon²⁰ o sociální potřebnosti, v platném znění, stanovil podmínky pro vznik nároku na poskytnutí dávky za podmínek nízkého příjmu, nemajetnosti, spolupráce s příslušnými orgány a snahy se z této situace vlastním přičiněním dostat.

V souvislosti s nezbytností posílit význam příjmů z ekonomické aktivity a příjmů, které je nahrazují, došlo v r. 2006 k přehodnocení konstrukce životního minima, ke konstruování minima existenčního a k úpravě podmínek nároku na poskytnutí pomoci v hmotné nouzi.

Jednotlivé formy sociální pomoci jsou financovány ze státního rozpočtu a z rozpočtů obcí, měst, krajů a nestátních neziskových organizací. Počátkem 90. let se navrhovalo naprosto jednoznačně oddělit od sebe kompetence státních a samosprávných orgánů tak, aby bylo každému občanu zřejmé, co je výsledkem působnosti obce (města) a co je výsledkem působnosti státu²¹. V rámci II. fáze reformy veřejné správy však byl tento princip přehodnocen.

1.2. Poskytování sociálních služeb a jejich financování

1.2.1. Pojetí sociálních služeb

Sociální služby jsou charakterizovány jako významná část aktivit státu, samosprávy a nestátních subjektů, která řeší problémy jednotlivců, rodin a skupin občanů, a tím pozitivně

Hlávkových“ (Národohospodářský ústav), Praha 2001

¹⁹ Zákon č. 463/1991 Sb., o životním minimu, ve znění pozdějších předpisů

²⁰ Zákon č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti, ve znění pozdějších předpisů

²¹ Víšek, P. Proč je třeba oddělit při poskytování sociální pomoci výkon státní správy od působnosti samosprávy. Sociální politika č. 2/1995

ovlivňuje sociální klima celé společnosti. Bez působení sociálních služeb by se významná část občanů nemohla podílet na všech stránkách života společnosti²².

Sociální služby představují významný nástroj sociální politiky a jeden ze základních nástrojů sociální pomoci. Dle Tomeše²³ se sociální služby mohou vytvářet v sociálním pojištění, v systémech státních podpor a sociální pomoci. Sociální služby se vyskytují místo peněžitých dávek, tam, kde je to sociálně efektivnější. Sociální služby jako formu sociální pomoci zahrnující specializované činnosti pro řešení sociální nouze definují Vavrinčíková, Jusko²⁴, Stanek a kolektiv²⁵. Dle Tomeše²⁶ jsou sociální služby vymežovány:

- jako druh sociální péče poskytované konáním státní či obecní instituce ve prospěch jiné osoby,
- šířeji jako činnosti (výkony) ve prospěch občanů poskytované soukromoprávní nebo veřejnoprávní institucí přímo nebo soukromoprávní institucí za podpory veřejnoprávní instituce,
- jako sociální práce (odborná činnost sociálních pracovníků) ve prospěch lidí v sociální nouzi.“

Sociální služby jsou poskytovány občanům, kteří se nachází v nepříznivé sociální situaci, jako je sociální vyloučení, omezené schopnosti občana samostatně řešit problémy vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, věku nebo způsobu života²⁷. Sociální služby umožňují lidem žít běžný život. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí "na okraji" společnosti²⁸.

Sociální služby poskytují ochranu jak před obecnými, tak specifickými životními riziky a pomáhají při osobních problémech anebo krizích. Sociální služby představují klíčový nástroj ochrany základních lidských práv a lidské důstojnosti, přispívají k nediskriminujícímu jednání, ochraně lidského zdraví, zlepšování životní úrovně a kvality života a k zajištění

²² Kozlová, L. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2005. 80s. ISBN 80-7254-662-7

²³ Tomeš, I. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vyd. Praha: Socioklub, 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9

²⁴ Vavrinčíková, L., Jusko, P. *Sociálne zabezpečenie a poisťovníctvo*. 1. vyd. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Béla, Pedagogická fakulta, 2007, 142s. ISBN 978-80-8083-402-9

²⁵ Stanek, V. a kol. *Sociálna politika: Teória a prax*. 2. vyd. Bratislava: Sprint dva, 2011. 342 s. ISBN 978-80-893-28-2

²⁶ Tomeš, I. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vyd. Praha: Socioklub, 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9

²⁷ Kozlová, L. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2005. 80s. ISBN 80-7254-662-7

²⁸ MPSV ČR: *Sociální služby*. [cit. 2013-01-08]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

rovných příležitostí pro všechny, čímž zvyšují schopnost jedinců plně se zapojit do společnosti.

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění 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 zájmů. Dle MPSV je cílem sociálních služeb především:

- podporovat rozvoj nebo zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu,
- rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život,
- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů.

1.2.2. Základní principy nového zákona o sociálních službách²⁹

Nový zákon o sociálních službách definuje tři typy sociálních služeb – sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence³⁰.

Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb, kterou jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni vždy zajistit. Zahrnuje základní sociální poradenství (tj. poskytování potřebných informací přispívajících k řešení nepříznivé sociální situace osob) a odborné sociální poradenství, které je poskytováno osobám v jednotlivých typech poraden (občanské, manželské, rodinné, atd.), popř. osobám, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Jeho součástí je rovněž půjčování kompenzačních pomůcek.

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Jejich cílem je umožnit těmto osobám v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti. V případech, kdy to vylučuje nepříznivý zdravotní stav nebo vysoký věk těchto osob, je cílem těchto služeb zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Ke službám sociální péče patří:

- osobní asistence,
- pečovatelská služba,

²⁹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

³⁰ Průša, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. Praha: VÚPSV, 2007. ISBN 978-80-87007-73-0

- tísňová péče,
- průvodcovské a předčitatelské služby,
- podpora samostatného bydlení,
- odlehčovací služby,
- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení,
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy pro vlastní krizovou sociální situaci, životní návyky, způsob života, který vede ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

K službám sociální prevence patří:

- raná péče,
- telefonická krizová pomoc,
- tlumočnické služby,
- azylové domy,
- domy na půl cesty,
- kontaktní centra,
- krizová pomoc,
- nízkoprahová denní centra,
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- noclehárny,
- služby následné péče,
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- sociálně terapeutické dílny,

- terapeutické komunity,
- terénní programy,
- sociální rehabilitace.

Sociální služby jsou poskytovány ve třech základních formách – jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní.

Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.

Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Pro poskytování sociálních služeb podle nového zákona o sociálních službách mohou být zřizována tato zařízení sociálních služeb:

- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení,
- azylové domy,
- domy na půl cesty,
- zařízení pro krizovou pomoc,
- nízkoprahová denní centra,
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- noclehárny,
- terapeutické komunity,
- sociální poradny,
- sociálně terapeutické dílny,
- centra sociálně rehabilitačních služeb,
- pracoviště rané péče,
- intervenční centra,
- zařízení následné péče.

Tabulka č. 1: Počet sociálních služeb dle druhu v ČR v letech 2007-2012

Druh zařízení sociálních služeb	Počet zařízení					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Centra denních služeb	42	88	91	85	85	85
Denní stacionáře	142	238	246	248	245	253
Týdenní stacionáře	40	78	71	66	62	67
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	205	225	218	219	211	212
Domovy pro seniory	463	452	453	466	471	480
Domovy se zvláštním režimem	75	150	165	176	189	210
Chráněné bydlení	70	113	116	129	131	148
Azylové domy	162	185	189	201	205	214
Domy na půl cesty	29	35	38	42	36	41
Zařízení pro krizovou pomoc	18	36	39	42	40	44
Nízkoprahová denní centra	49	41	40	44	47	50
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	61	177	192	221	222	227
Noclehárny	29	54	58	60	62	66
Terapeutické komunity	13	16	16	16	16	17
Sociální poradny	101	686	609	645	588	587
Sociálně terapeutické dílny	22	78	88	105	112	119
Centra sociálně rehabilitačních služeb	60	218	241	266	251	261
Pracoviště rané péče	21	41	40	39	40	42
Intervenční centra	8	15	16	17	18	18
Služby následné péče	0	23	31	39	44	44
Celkem v ČR	1610	2949	2957	3127	3075	3185

Pramen: vlastní zpracování dle Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012. Praha: MPSV.

Vzájemnou kombinací těchto zařízení sociálních služeb budou moci být zřizovány mezigenerační a integrovaná centra.

Při poskytování sociálních služeb jsou klientům poskytovány tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování, popř. přenocování,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,

- sociální poradenství,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- telefonická krizová pomoc,
- nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností³¹.

Sociální služby jsou podle nového zákona poskytovány bez úhrady nákladů nebo za částečnou nebo plnou úhradu nákladů. Výše úhrady nákladů vychází ze smlouvy, kterou s poskytovatelem smlouvy uzavře klient.

Bez úhrady nákladů jsou poskytovány:

- sociální poradenství,
- raná péče,
- telefonická krizová pomoc,
- tlumočnické služby,
- krizová pomoc,
- služby následné péče s výjimkou poskytnutí ubytování a poskytnutí stravy nebo pomoci při jejím zabezpečení,
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- terénní programy,
- sociální rehabilitace s výjimkou poskytnutí ubytování, stravy a pomoci při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- sociální služby v kontaktních centrech a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež,
- služby sociálně terapeutických dílen s výjimkou poskytnutí stravy nebo pomoci při jejím zajištění,
- sociální služby intervenčních center.

Za pobytové služby poskytované v týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, chráněném bydlení, zdravotnických zařízeních ústavní péče a centrech sociálně rehabilitačních služeb jednotliví klienti hradí úhradu za ubytování, stravu a za péči

³¹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

poskytovanou ve sjednaném rozsahu. Maximální výši úhrady za ubytování a stravu je stanovena vyhláškou³², kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění, a v r. 2012 činí:

- 200 Kč denně za poskytnutí ubytování vč. provozních nákladů souvisejících s jeho poskytnutím,
- 160 Kč za zajištění celodenní stravy (75 Kč za zajištění oběda) vč. provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy.

Po úhradě za ubytování a stravu musí osobě zůstat alespoň 15 % jejího příjmu. Úhrada za péči se stanoví při poskytování:

- pobytových služeb, s výjimkou týdenních stacionářů, ve výši přiznaného příspěvku,
- pobytových služeb v týdenních stacionářích maximálně ve výši 75 % přiznaného příspěvku.

Za poskytování osobní asistence, pečovatelské služby, tísňové péče, průvodcovských a předčitatelských služeb, podpory samostatného bydlení, odlehčovacích služeb, služeb v centrech denních služeb a služeb v denních stacionářích klienti hradí úhradu za základní činnosti v rozsahu stanoveném smlouvou s tím, že maximální výši úhrady stanovena vyhláškou³³, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, a činí:

- 120 Kč za hodinu podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění definovaných úkonů,
- 200 Kč denně za poskytnutí ubytování vč. provozních nákladů souvisejících s jeho poskytnutím,
- 160 Kč za zajištění celodenní stravy (75 Kč za zajištění oběda) vč. provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy.

Pečovatelská služba je poskytována bez úhrady rodinám, ve kterých se narodily současně 3 nebo více dětí, a to do 4 let věku těchto dětí, účastníkům odboje, osobám, které jsou účastny rehabilitace, osobám, které byly zařazeny v tábore nucených prací nebo v pracovním útvaru a pozůstalým manželům (manželkám) po těchto osobách.

Za poskytování sociálních služeb v azylových domech, domech na půl cesty a v terapeutických komunitách klienti hradí úhradu za ubytování a stravu, maximální výši úhrady stanovena vyhláškou³⁴, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, a činí:

³² Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

³³ Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

³⁴ Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

- 160 Kč za zajištění celodenní stravy (75 Kč za zajištění oběda) vč. provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy,
- 120 Kč denně za poskytnutí ubytování vč. provozních nákladů souvisejících s jeho poskytnutím (vyhláška č. 505/2006 Sb.).

1.2.3. Poskytování sociálních služeb v letech 1995 – 2010

Významnou pomůckou při hodnocení vývoje sociálních služeb jsou návrhy úrovně normativů vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální péče. Tyto normativy byly zpracovány bývalým Federálním ministerstvem práce a sociálních věcí v polovině 80. let³⁵, do praxe však nebyly nikdy zavedeny, neboť existovaly obavy jejich zneužití v plánovací praxi jako nástroje neúměrného zatížení státního rozpočtu dlouhodobě dopředu. Z hlediska jejich využití jako orientačních nástrojů pro hodnocení dlouhodobých trendů v sociální oblasti je však potřebné tyto normativy ocenit, neboť představují až do dnešních dnů jediný srovnatelný pohled na kvantitativní úroveň sociálních služeb v jednotlivých územních celcích.

Poprvé byla analýza vývoje vybavenosti územních celků službami sociální péče pro staré a zdravotně postižené občany zpracována v polovině 90. let³⁶, analyzovány byly údaje za rok 1995, důraz byl přitom položen na analýzu vybavenosti jednotlivých okresů místy v domovech důchodců, v domovech – penzionech pro důchodce, v domech s pečovatelskou službou a dále pečovatelskou službou. V následujícím období byla provedena analýza vybavenosti regionů službami sociální péče realizována v roce 2002³⁷, analyzovány byly údaje za rok 2000 a v roce 2006 analyzovány byly údaje za rok 2005³⁸. Tyto skutečnosti umožňují v současné době vedle prostého zhodnocení úrovně vybavenosti v jednotlivých regionech v roce 2010 rovněž ukázat, k jakým vývojovým a strukturálním změnám v jednotlivých regionech dochází a zda jsou tyto trendy např. v souladu s moderními trendy rozvoje sociálních služeb v evropských zemích, popř. zda jsou projevem promítnutí koncepčních záměrů do praktické činnosti jednotlivých regionálních orgánů a poskytovatelů sociálních služeb³⁹.

³⁵ *Návrh normativů vybavenosti územních celků službami sociální péče*. Praha: FMPSV, 1987

³⁶ Kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-902260-1-9

³⁷ Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing 2007. ISBN 978-80-7357-255-6

³⁸ Průša, L. *Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni*. Praha: VÚPSV 2006. ISBN 80-87007-36-0

³⁹ *Analýza optimalizace sociálních služeb a vytvoření komunikační platformy reformy sociálních služeb*. Praha: NCSS&VÚPSV, 2011

Hodnocení vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální prevence a většinou nových typů sociálních služeb doposud nebylo realizováno především vzhledem k tomu, že tyto služby nebyly ani statisticky sledovány. Vzhledem k tomu, že tyto služby nejsou financovány prostřednictvím příspěvku na péči, nebudu se této problematice v dalším textu věnovat.

1.2.4. Faktory ovlivňující vybavenost regionů sociálními službami

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

- z míry urbanizace,
- z věkové, kvalifikační, profesní a sociální struktury obyvatelstva na daném území a z náboženských specifik jednotlivých regionů,
- ze struktury osídlení jednotlivých územních celků, z velikosti obcí a z hustoty obyvatelstva,
- z míry realizace tradičních funkcí rodiny v péči o staré občany,
- z nejrůznějších sociologických změn probíhajících ve společnosti, zejména rozpad vícegeneračního soužití rodin.

Opomenout rovněž nelze dlouhodobou absenci jakékoliv koncepce rozvoje sociálních služeb, prvním koncepčním materiálem můžeme označit Bílou knihu v sociálních službách⁴⁰, vliv střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb na změnu struktury poskytovaných sociálních služeb ve smyslu Národního plánu rozvoje sociálních služeb je doposud pouze minimální⁴¹.

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

⁴⁰ *Bílá kniha o službách v obecném zájmu* (Sdělení Komise KOM (2004) 374 v konečném znění. [online]. Brusel: Komise Evropských společenství. 12. 5. 2004. [cit. 2013-01-20]. Dostupné z:http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2004/com2004_0374cs01.pdf

⁴¹ *Národní plán rozvoje sociálních služeb 2009 – 2012*. [www. mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)

postižených občanů (viz např. historie vzniku domů s pečovatelskou službou nebo rozvoj nových forem sociálních služeb – především služeb sociální prevence – v 90. letech)⁴².

System financování sociálních služeb navíc konzervuje zpravidla existující rozdíly ve vybavenosti jednotlivých územních celků sociálními službami a tím se nevytváří dynamizující konkurenční prostředí. Změněné politické, ekonomické a společenské podmínky významným způsobem ovlivňují přístup zainteresovaných subjektů k této oblasti sociální ochrany obyvatelstva. Odlišný způsob financování jednotlivých typů zařízení se v minulém období promítl do zájmu jednotlivých zřizovatelů o budování nových kapacit i o formy zabezpečení potřeb občanů (např. od okamžiku, kdy v polovině 90. let Ministerstvo financí přestalo poskytovat dotace na výstavbu domovů penzionů pro důchodce, se kapacita těchto zařízení prakticky nezvýšila)⁴³.

Dřívější úvahy o tom, že zavedení příspěvku na péči přispěje k odstranění těchto problémů, se doposud nepotvrdily, neboť nově koncipovaný systém financování sociálních služeb je ex ante závislý na poskytování dotací ze strany státu a zřizovatele, což – vzhledem k tomu, že na přiznání dotace není právní nárok - ve svém důsledku vede k další konzervaci existujícího stavu, k stagnaci rozvoje zejména terénních služeb sociální péče a ve svém důsledku k tomu, že celý systém financování sociálních služeb je neefektivní⁴⁴.

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

Při hodnocení vybavenosti regionů službami sociální péčí je nezbytné mít na zřeteli skutečnost, že stávající statistické podklady nejsou úplné, např. neumožňují charakterizovat např. intenzitu poskytování pečovatelské služby ((statistika neumožňuje identifikovat, zda z celkového počtu cca 115 000 osob, jimž byla v roce 2010 poskytována pečovatelská

⁴² Kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-902260-1-9

⁴³ Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing 2007. 180s. ISBN 978-80-7357-255-6

⁴⁴ Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, 2008. 57s. ISBN 978-80-7416-018-9

služba, byla tato pomoc poskytována každý den (1 x či vícekrát), několikrát v průběhu týdne či měsíce či dokonce pouze 1 x ročně)).

1.2.5. Vyhodnocení vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální péče v roce 2010

Kapacity vybraných jednotlivých služeb sociální péče v roce 2010 v jednotlivých okresech jsou uvedeny v příloze č. 1.

Přes výše uvedené skutečnosti lze na základě podrobného rozboru oficiálních dat Ministerstva práce a sociálních věcí a Ústavu zdravotnických informací a statistiky o rozsahu poskytovaných sociálních a navazujících zdravotních služeb za rok 2010 při respektování faktorů ovlivňujících vybavenost regionů sociální a zdravotními službami vyslovit tyto stěžejní závěry⁴⁵:

- nový zákon o sociálních službách doposud nepřispěl k rozvoji sociálních služeb. Stávající systém financování sociálních služeb – zejména závislost poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotací ze státního rozpočtu – neumožňuje zvyšovat nabídku poskytovaných služeb, noví poskytovatelé vznikají pouze v omezeném rozsahu, zahraniční subjekty se do poskytování sociálních služeb v naší zemi doposud nezapojily,
- počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba, je od roku 2007 v zásadě stabilní, v důsledku chybějící kapacity terénních služeb jsou proto potřebné služby poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb (např. z údajů od jednotlivých poskytovatelů služeb v domovech pro seniory v rámci dotačního řízení pro rok 2011 vyplývá, že z očekávané celkové kapacity 38 320 míst bude péče poskytována cca 4 000 osobám, které nebudou mít vůbec přiznán příspěvek na péči a více než 8 300 osob bude mít přiznáno příspěvek na péči pouze v I. stupni závislosti),
- počet neuspokojených žadatelů o sociální služby – zejména v domovech pro seniory – není pomocným kritériem pro určení skutečné potřeby kapacit v těchto zařízeních. Vzhledem k dlouhým čekacím lhůtám na umístění v těchto zařízeních prakticky na celém území republiky žadatelé o tyto formy péče podávají svoje žádosti o umístění ve výrazném předstihu do více zařízení tak, aby zvýšily pravděpodobnost brzkého přijetí do těchto zařízení,

⁴⁵ *Analýza optimalizace sociálních služeb a vytvoření komunikační platformy reformy sociálních služeb*. Praha: NCSS&VÚPSV, 2011

- obslužnost regionu pečovatelskou službou poskytovanou v domácnostech jednotlivých klientů je významným způsobem determinována regionálním profilem - zatímco nejvyšších hodnot dosahují zpravidla regiony s převažujícím rovinným profilem (Jihomoravský a Středočeský kraj), nejnižší hodnoty dosahují zpravidla regiony s převažujícím hornatým povrchem (kraje Ústecký, Jihočeský a Moravskoslezský),
- ve vybavenosti jednotlivých krajů místy v zařízeních pro osoby se zdravotním postižením existují značné rozdíly, které jsou pravděpodobně důsledkem vývoje sociálních služeb v minulosti. Nejnižších hodnot dosahují ukazatele vybavenosti v hlavním městě Praze, nejvyšších hodnot v Ústeckém kraji,
- dříve provedené hodnocení geografické a finanční dostupnosti ukázala, že ve všech krajích, v nichž byla relevantní rozlišujícím znakem kategorie "krajské město" (tj. všech krajů s výjimkou hlavního města Prahy a Středočeského kraje), byla právě v krajském městě dostupnost nejvýraznější služeb, ve většině krajů byla vyšší dostupnost především ve velkých městech (zpravidla bývalá okresní města), s rostoucí vzdáleností od těchto center se dostupnost služeb snižovala⁴⁶.

Dlouholeté opakované hodnocení vývoje vybavenosti jednotlivých regionů sociálními službami umožňuje charakterizovat trendy, které by zhodnotily stěžejní vývojové trendy ve vybavenosti jednotlivých regionů. Vedle výše uvedených faktorů, limitujících tato hodnocení, je nutno zohlednit ještě tyto skutečnosti:

- změny v územně správním uspořádání, k němuž došlo s platností od 1. 1. 1996 (vznik nového okresu Jeseník), k 1. 1. 2000 (vznik nových krajů) a k 31. 12. 2001 (zrušení okresních úřadů),
- přijetí zákona⁴⁷ o sociálních službách, který nově upravil některé typy služeb, resp. typy zařízení (vznik domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů se zvláštním režimem) nebo některé typy zařízení zrušil (domovy penzióny pro důchodce, domy s pečovatelskou službou), což tato zařízení vedlo k transformaci na jiné formy zařízení (zpravidla domovy pro seniory nebo chráněné bydlení).

Přes všechny tyto skutečnosti lze konstatovat, že (Analýza optimalizace sociálních služeb a vytvoření komunikační platformy reformy sociálních služeb):

- ve struktuře vybavenosti na celorepublikové úrovni službami pro seniory nedošlo od roku 1995 k výrazným změnám z hlediska rozsahu péče v domovech pro seniory ani z hlediska rozsahu pečovatelské služby. Hodnotit změny ve struktuře a dostupnosti

⁴⁶ Bareš, P. *Regionální dostupnost sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2009. 61s. ISBN 978-80-7416-047-9

⁴⁷ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

dalších zařízení terénních a ambulantních služeb (zejména centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, chráněné bydlení a osobní asistence) je velmi obtížné, protože kapacita těchto zařízení nebyla před přijetím zákona o sociálních službách statisticky sledována, často pod názvy těchto forem péče (především stacionáře) byla chápána zcela jiná forma služeb,

- dílčí změny ve struktuře těchto forem péče v jednotlivých krajích od jejich vzniku v roce 2000 lze vysvětlit především nepřesnostmi ve vykazování počtu osob, jimž je poskytována pečovatelská službami a změnami ve struktuře obyvatelstva v jednotlivých krajích,
- pokles vybavenosti jednotlivých krajů místy v domovech pro seniory v roce 2010 v porovnání s rokem 2005 a předchozími roky lze přisuzovat patrně transformaci části kapacit těchto zařízení na domovy se zvláštním režimem,
- změny, k nimž došlo ve vybavenosti jednotlivých okresů v letech 1995 – 2010 jsou objektivně vyšší, neboť zprůměrnování hodnot na úrovni krajů neumožňuje podchytit konkrétní změny v nižších regionálních celcích a to jak z hlediska demografického, tak i z hlediska investičního,
- změny ve struktuře vybavenosti jednotlivých regionů službami pro zdravotně postižené nelze objektivně posoudit vzhledem k tomu, že přijetím zákona o sociálních službách⁴⁸, došlo k úpravě názvů jednotlivých typů zařízení. Dřívější ústavy sociální péče pro mládež a dospělé osoby, které byly diferencovány podle jednotlivých typů zdravotního postižení byly transformovány na domovy pro osoby se zdravotním postižením, přičemž věková hlediska ani typ zdravotního postižení nejsou statisticky sledována,
- z prostého porovnání počtu míst v bývalých ústavech sociální péče pro dospělé a pro mládež v letech 1990 – 2005 s daty o počtu míst v domovech pro občany se zdravotním postižením v roce 2010 lze předpokládat, že i v těchto zařízeních byla část kapacity transformována na domovy se zvláštním režimem,
- dostupnost jednotlivých sociálních služeb je historicky determinována strukturou osídlení jednotlivých regionů⁴⁹.

⁴⁸ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

⁴⁹ Musil, J. *Regionální a místní formy sociálního vyloučení a jak jim čelit – problém vnitřních periferií v České republice*. in Sirovátka, T. Sociální vyloučení a sociální politika. Brno: Masarykova univerzita / Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2006. ISBN 80-210-4225-7

Na základě těchto hodnocení lze konstatovat, že současné evropské trendy, projevující se v odklonu od péče poskytované v rezidenčních zařízeních k péči poskytované v přirozeném domácím prostředí jednotlivých klientů, se v naší zemi zatím patrně uplatňuje pouze ve velmi omezeném měřítku.

Určité aktivity je možno a nutno zabezpečovat v obcích každé velikosti (základní sociální poradenství, elementární formy pomoci nesoběstačným starým lidem). Minimální velikost obce, v níž je možné provozovat sociální služby, je cca 2, resp. 5 tis. obyvatel, za významné je třeba považovat obce ve velikosti okolo 10 tis. obyvatel. V území – nyní spádovém území ORP (jde o cca 25 tis. obyvatel) - jsou již všechny sociální a populační skupiny zpravidla tak velké, že sociální potřeby jejich "problémových segmentů" je možné zabezpečovat na profesionální a kapacitně ekonomicky přijatelné úrovni⁵⁰.

Reforma veřejné správy vytvořila tzv. malé okresy okolo nových center, obcí s rozšířenou působností. Zatímco se po desítky let veškerý rozvoj infrastruktury i sociálních vazeb rozvíjel radiálně, dostředně do okresních měst, nové vztahy mají jinou orientaci. Byly vytvořeny ORP, které se od sebe svoji velikostí liší 2 až 4 x, a to ve prospěch bývalých okresních měst. Protože tato města – sídla okresů - plnila v minulosti svými kapacitami úkoly okresu (státu), musí tam být i logicky větší vybavenost než u nových "malých okresních měst". Tak diametrální velikostní asymetrie vede k vážné úvaze, zda by se právě bývalá okresní města neměla stát základem krajské sítě. Jde o to ORP ponechat určité doplňkové role, na něž kapacitami i personálním vybavením stačí. Jistou paralelu lze hledat v nově zřizovaném státním Úřadu práce ČR, který bude mít sice kontaktní místa na více místech, ale sídlo v bývalých městech okresních. Jde o zcela zásadní nedorozumění problém, který je bariérou dalšího rozvoje služeb v menších obcích.

S ohledem na rozdělení působností v poskytování sociálních služeb je pak vrcholným celkem kraj. Některé výlučné typy služeb mohou být lokalizovány ještě výše, až celostátně např. poradenství pro oblast sekt⁵¹.

⁵⁰ Kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-902260-1-9

⁵¹ *Analýza optimalizace sociálních služeb a vytvoření komunikační platformy reformy sociálních služeb*. Praha: NCSS&VÚPSV, 2011

1.3. *Financování sociálních služeb v ČR – aktuální stav, problémy a limity*⁵²

Hlavním principem, který je při financování sociálních služeb uplatňován, je princip vícezdrojového financování. Hlavními zdroji financování sociálních služeb jsou především:

- dotace z veřejných rozpočtů,
- příspěvek na péči,
- úhrada klientů za poskytované služby,
- úhrada ošetrovatelské a rehabilitační péče ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění⁵³.

Jde tedy o výdaje soukromé (na základě rozhodnutí jednotlivce) a výdaje veřejné (na základě veřejné volby). Oba typy výdajů mají značně odlišné charakteristiky⁵⁴.

Soukromé výdaje jsou závislé na odpovědnosti a přístupu jednotlivce ke své sociální situaci. Soukromé výdaje jsou závislé i na disponibilních zdrojích jednotlivce, tedy na jeho rozpočtovém omezení. Soukromé výdaje na sociální služby mají z pohledu individuálního tu vlastnost, že v okamžiku spotřeby sociální služby jedinec typicky nevytváří zdroje k jejich financování. Pro řešení této situace se proto využívá nepřímých mechanismů financování, jako jsou zdroje jiných subjektů (například financování sociálních služeb v rámci vnitrorodinné solidarity) nebo rozložení financování v čase. Soukromé výdaje předpokládají konkrétního člověka, který je schopen se neustále a pravidelně racionálně rozhodovat na základě své ekonomicky racionální úvahy. Soukromé výdaje umožňují autonomní rozhodování jednotlivce, ale v rámci jeho rozpočtového omezení. Racionálně konající jedinec tak musí toto omezení respektovat i v případě odůvodněné potřeby sociálních služeb.

Veřejné výdaje na sociální služby jsou diferencovány podle konkrétního systému financování a jsou svázány objemem veřejných rozpočtů, který je sledován v poměru k hrubému domácímu produktu. V tomto rozpočtovém omezení je možné spatřovat limit, který je nutné na celospolečenské úrovni respektovat, neboť objem společných zdrojů není neomezený. To může být rizikem, protože v rámci úsporných programů mohou být tyto výdaje redukovány pod adekvátní míru. Veřejné výdaje předpokládají existenci politiky sociálních služeb. Jedinec-občan by tedy měl podle konceptů veřejného financování spíše než vlastní racionální rozhodování volit zapojení a vlastní participaci na těchto politikách.

⁵² Analyzována jsou pouze data do roku 2010, neboť po přechodu informačních systémů MPSV k jinému dodavateli nejsou data v podrobnějším členění k dispozici

⁵³ Jeřábková, V., Průša, L. *Příspěvek na péči – analýza dostupných datových zdrojů*. Praha: VÚPSV, 2012, 148s. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13767/prispevek_pece.pdf

⁵⁴ Mertl, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. 48 s. ISBN 978-80-87007-72-3

Soukromé i veřejné výdaje a z nich vycházející způsoby financování mají své výhody a nevýhody. Příklon k jednomu nebo druhému typu financování je otázkou politických a ideologických preferencí. Přístupy ekonomické analýzy objektivizují jednotlivé mechanismy financování v závislosti na způsobu a mechanismu vynakládání prostředků. Rozdílem mezi soukromými a veřejnými výdaji je mechanismus stanovení kvality financované služby. Alokace soukromých prostředků je podmíněna ochotou obou zúčastněných stran k uskutečnění transakce. Charakter a kvalita je určena průnikem nabídky a poptávky. Způsoby financování sociálních služeb se v praxi liší podle typu a právní formy poskytovatelů. Poskytovatelé sociálních služeb jak soukromí ziskoví, tak i veřejní mohou trpět nevýhodami v souvislosti s nepokrytím všech potřeb v oblasti sociálních služeb, a to je jeden z důvodů pro vznik a existenci tzv. třetího (občanského, neziskového) sektoru, který svým charakterem naplňuje cíle tzv. sociální ekonomiky.

Přijetím nového zákona o sociálních službách⁵⁵ došlo k významným změnám v systému financování sociálních služeb. Byla koncipována nová sociální dávka – příspěvek na péči, jejímž cílem bylo posílit koupěschopnou poptávku a přispět tak k vytvoření tržních atributů v rámci tohoto systému veřejných služeb. Předpokládalo se, že dojde k mohutnému rozvoji nových sociálních služeb zejména terénního a ambulantního charakteru a k výraznému zvýšení kvality poskytovaných sociálních služeb.

Dosavadní poznatky však ukazují, že tento cíl se doposud nepodařilo naplnit a že vynaložené finanční prostředky nejsou využívány v souladu s představami zákonodárce, nýbrž že často slouží k posílení příjmů handicapovaných osob bez jejich využití k zabezpečení sociálních služeb. Cílem tohoto příspěvku je proto na základě hlavních teoretických východisek analyzovat aktuální statistická data o vývoji rozhodujících prvků systému financování sociálních služeb.

Na charakteristiku stávajícího systému financování a poskytování sociálních služeb má vliv celá řada kritérií a faktorů, z nichž k nejvýznamnějším patří:

- kritéria pro stanovení míry závislosti na pomoci jiné fyzické osoby,
- struktura uživatelů jednotlivých typů sociálních služeb z hlediska míry jejich závislosti,
- kritéria pro přiznávání dotací ze strany státu (MPSV) a zřizovatele,
- přístup zdravotních pojišťoven k financování poskytované ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v pobytových zařízeních,

⁵⁵ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

- kritéria pro stanovení výše úhrad uživatele služby za pobyt a stravu v pobytových zařízeních sociálních služeb, za jednotlivé úkony ambulantních a terénních služeb a za poskytované sociální služby v lůžkových zdravotnických zařízeních.

Při hodnocení efektivity nelze opomenout ani vliv rozdílné úrovně vybavenosti jednotlivých regionů sociálními službami, který významným způsobem determinuje možnosti optimálního uspokojení potřeb klienta v závislosti na jeho celkové sociální situaci, opomenout nelze ani skutečnost, že významným způsobem je výše provozních nákladů jednotlivých zařízení determinována stářím jednotlivých budov a personálním vybavením jednotlivých zařízení, pozornost je nutno věnovat i velikosti jednotlivých sídel a hlavním vývojovým trendům, které jsou uplatňovány při jejich rozvoji v evropských zemích⁵⁶.

Výdaje na sociální služby se od počátku 90. let dlouhodobě zvyšují, od roku 1995 vzrostly cca 4 x (viz tabulka č. 2).

Tabulka č. 2: Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1995 – 2010 (v mil. Kč)

	výdaje na sociální služby (mil. Kč)	podíl na HDP (v %)	z toho:			
			dotace	úhrada klienta	příspěvek na péči	úhrada za ošetř. péči
1995	10 276	0,70	8 978	1 298	.	.
2000	14 944	0,68	11 680	3 264	.	.
2005	20 369	0,68	15 635	4 734	.	.
2006	22 332	0,69	17 284	5 048	.	.
2007	33 476	0,95	10 972	7 126	14 608	770
2008	39 925	1,08	12 584	8 092	18 253	996
2009	42 177	1,16	13 336	8 864	18 700	1 277
2010	45 095	1,23	14 984	9 253	19 600	1 258

Pramen: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení ve vývojových řadách grafů. MPSV, Praha 1995 – 2010, vlastní propočty

⁵⁶ Průša, L. a kol. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2009. ISBN 978-80-7416-030-1

Tento vývoj byl ovlivněn zejména:

- prakticky stabilní úrovní státní dotace na lůžko v ústavních zařízeních po celou 2. polovinu 90. let a na počátku tohoto tisíciletí,
- výrazným zvyšováním výše úhrad za pobyt a stravování v ústavech sociální péče ve 2. polovině 90. let, kdy jejich zvýšení bylo vyšší než bylo zvýšení příjmů důchodců v rámci valorizace důchodů,
- zvyšováním úhrad za poskytování jednotlivých úkonů pečovatelské služby,
- přijetím zákona o sociálních službách⁵⁷, který zásadně změnil systém financování sociálních služeb (koncipování příspěvku na péči, zavedení úhrad za ošetrovatelskou a rehabilitační péči ze systému veřejného zdravotního pojištění)⁵⁸; v roce 2010 činil podíl výdajů na tyto služby na celkovém objemu výdajů na sociální služby více než 90 %.

S ohledem na zaměření disertační práce bude v dalším textu pozornost zaměřena prioritně na analýzu dvou základních zdrojů financování sociálních služeb, a sice příspěvku na péči a dotacím ze státního rozpočtu.

1.3.1. Možnosti finančních zdrojů služeb sociální péče

K financování služeb sociální péče v České republice se využívají příspěvek na péči, dotace ze státního rozpočtu, úhrady klientů a podíl úhrad ze systému veřejného zdravotního pojištění při poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. K financování sociálních služeb jsou určeny i finanční prostředky z Evropského sociálního fondu.

Nyní bude věnována pozornost analýze hlavních finančních zdrojů služeb sociální péče. Jedná se především o tyto finanční zdroje:

- dotace z veřejných rozpočtů,
- příspěvek na péči,
- úhrada klientů za poskytované služby,
- úhrada ošetrovatelské a rehabilitační péče ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění.

⁵⁷ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

⁵⁸ Analýza optimalizace sociálních služeb a vytvoření komunikační platformy reformy sociálních služeb. Praha NCSS&VÚPSV, 2011

Dotace ze státního rozpočtu se poskytují na zajištění poskytování sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru poskytovatelů. Tato dotace se poskytuje k financování běžných výdajů na poskytování sociálních služeb v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb. Zákon o sociálních službách⁵⁹ předpokládá, že prováděcí právní předpis stanoví bližší podmínky pro stanovení výše a účelu dotace, jejího členění a způsobu poskytování.

Směrem k nevládním neziskovým organizacím poskytujícím sociální služby jsou od konce 90. let minulého století postupně zohledňovány některé další principy dotační politiky. Jedná se zejména o tyto hlavní principy:

- princip rovných podmínek pro všechny poskytovatele veřejných služeb,
- princip rovných podmínek pro všechny příjemce veřejných služeb,
- princip efektivního (účelného) vynakládání veřejných prostředků,
- princip primárního důrazu na kvalitu poskytovaných služeb,
- princip transparentního systému financování,
- princip stabilního systému financování⁶⁰.

Výše uvedené principy, by měly být využívány u všech registrovaných poskytovatelů sociálních služeb (vládních - obce, kraje i nevládních organizací ziskového i neziskového charakteru. K tomu by, podle názoru autorky, měly být vytvořeny organizační a právní předpoklady, resp. zaveden nový finanční standard. Registrovaným poskytovatelům sociálních služeb jsou poskytovány vedle dotací ze státního rozpočtu i další prostředky (příspěvky) z rozpočtu obcí a krajů.

Významnou složkou ve financování nákladů služeb sociální péče je podíl občana (klienta) a jeho rodiny na krytí nákladů poskytovaných služeb. Maximální výše úhrady za ubytování a stravu je limitována vyhláškou, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách⁶¹. Konkrétní výše úhrady jednotlivých klientů je přitom stanovena ve smlouvě mezi klientem a poskytovatelem služby. Podle zákona o sociálních službách⁶² musí klientovi pobytových služeb v týdenních stacionářích zůstat alespoň 25% jeho příjmu a v ostatních zařízeních pobytových služeb alespoň 15 % jeho příjmu a úhrada za péči se klientovi v pobytových službách stanoví ve výši přiznaného příspěvku s výjimkou týdenních stacionářů, kde je stanovena maximálně ve výši 75 % přiznaného příspěvku.

⁵⁹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

⁶⁰ Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: Wolters Kluwer, 2007b, 180s. ISBN 978-80-7357-255-6

⁶¹ Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění

⁶² Zákon č. 108/2006 sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Podle zákona o sociálních službách v pobytových zařízeních sociálních služeb je poskytovatel sociálních služeb povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby v týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Tato péče je poskytována formou zvláštní ambulantní péče podle zákona⁶³ o veřejném zdravotním pojištění prostřednictvím zdravotnického zařízení, v případě ošetrovatelské a rehabilitační péče především prostřednictvím zaměstnanců těchto zařízení, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání⁶⁴. Výše nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče je diferencována podle typu zařízení, kde jsou služby poskytovány, a také podle stupně přiznaného příspěvku na péči.

1.3.2. Základní teoretická východiska koncipování příspěvku na péči

Jednou z nejvýznamnějších změn, kterou přinesl nový zákon o sociálních službách, je koncipování nové sociální dávky - příspěvku na péči, která představuje zcela nový nástroj financování sociálních služeb a která by měla výrazně přispět k potřebným, žádoucím a očekávaným změnám v této oblasti. Příspěvek na péči je poskytován těm osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti.

Cílem zavedení příspěvku na péči jako nového nástroje financování sociálních služeb bylo:

- zabezpečit svobodnou volbu způsobu zabezpečení služeb a reverzibilní přechod od "pasivního závislého pacientství" k "aktivnímu klientství",
- sjednotit podmínky pro získání veřejných prostředků všemi subjekty poskytujícími péči za podmínek jejich registrace,
- zvýšit prvek spoluúčasti občana při řešení jeho sociální situace,
- zrušit paušalizaci pohledu na zdravotně postižené občany a starobní důchodce,
- nastartovat proces deinstitucionalizace a individualizace péče⁶⁵.

Splnění těchto požadavků při stávajícím rozdělení působností mezi státem a samosprávnými kraji a obcemi, kdy stát nemá možnost nařídit změnu způsobu poskytování služeb a rozvoj služeb nových, znamená:

⁶³ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

⁶⁴ Průša, L. *Financování služeb sociální péče v ČR - teoretická východiska a skutečnost*. In: Ekonomické rozhledy. Bratislava: Ekonomická univerzita, roč. 41, 2012b, č. 4, s 418-438. ISSN 0323-262X

⁶⁵ *Návrh modelu financování sociálních služeb*. Praha: MPSV, 1997

- zvýšit odpovědnost a působnost samosprávných krajů a obcí při zabezpečování sociálních služeb,
- zvýšit roli příjemce služby,
- roli státu vymezit tak, aby:
 - byl garantem za zabezpečení klasifikace zdravotního postižení a multidisciplinárního posouzení celkové sociální situace žadatele,
 - došlo k posílení příjmu občana tak, aby si službu mohl "koupit",
 - byla zabezpečena ochrana občana prostřednictvím inspekce sociálních služeb a registrace jednotlivých subjektů, které je poskytují,
 - byly stanoveny jednotné podmínky registrace subjektů poskytujících sociální služby, na jejichž základě by došlo k vytvoření komplexní sítě sociálních služeb na území jednotlivých regionů,
 - poskytoval příspěvek organizacím, jejichž je zřizovatelem⁶⁶.

Příspěvek na péči je určen na krytí zvýšených životních nákladů vyvolaných potřebou péče o závislou osobu. K základním principům tohoto řešení patří⁶⁷:

- jedná se pouze o "příspěvek" určený ke krytí části nákladů na zabezpečení potřebné péče, k úplné úhradě jsou využity i jiné zdroje klienta (např. starobní důchod, vlastní úspory), jeho rodinných příslušníků i další veřejné zdroje (např. úhrada nákladů zdravotní a ošetrovatelské péče ze systému veřejného zdravotního pojištění),
- poskytnutí příspěvku významně zvyšuje možnost samostatného rozhodnutí klienta o způsobu zabezpečení vlastních potřeb,
- poskytnutí příspěvku osobě, která péči potřebuje, umožňuje přesnější alokaci veřejných prostředků tam, kde je potřeba péče a nikoliv tam, kde byly v minulosti vytvořeny kapacity služeb.

Již první poznatky však ukázaly, že značná část příjemců využívá příspěvek na péči v rozporu s představami zákonodárce, tedy nikoli na "nákup" potřebných sociálních služeb, ale ke zvýšení svých příjmů, popř. k úhradě svých závazků nebo závazků jiných členů rodiny (např. splátky půjček, hypotéky, leasingu).

Příspěvek na péči se podle § 7 zákona⁶⁸ o sociálních službách, poskytuje osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Stát se jím podílí na zajištění sociálních služeb nebo

⁶⁶ Průša, L. a kol. *Model efektivního financování sociálních služeb*. Praha: VŠFS 2011

⁶⁷ Tomeš, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Portál: Praha 2010. 440s. ISBN 978-80-7367-680-3

⁶⁸ *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*

jiných forem pomoci při zvládnání základních životních potřeb osob, přičemž náklady na tento příspěvek jsou hrazeny ze státního rozpočtu.

Příspěvek na péči je definován ve čtyřech stupních závislosti. Do konce roku 2010 se osoba považovala za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

- stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebovala každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti (u osoby do 18 let věku při více než 4 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti),
- stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebovala každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti (u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti),
- stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebovala každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti (u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti),
- stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebovala každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti (u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti).

Při posuzování péče o vlastní osobu se v tomto období hodnotila schopnost zvládat tyto úkony:

- příprava stravy,
- podávání, porcování stravy,
- přijímání stravy, dodržování pitného režimu,
- mytí těla,
- koupání nebo sprchování,
- péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- sezení, schopnost vydržet v poloze vsedě,
- stání, schopnost vydržet stát,
- přemísťování předmětů denní potřeby,

- chůze po rovině,
- chůze po schodech nahoru a dolů,
- výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,
- oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,
- orientace v přirozeném prostředí,
- provedení si jednoduchého ošetření,
- dodržování léčebného režimu.

Při posuzování soběstačnosti se hodnotila schopnost zvládat tyto úkony:

- komunikace slovní, písemná, neverbální,
- orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí,
- nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,
- obstarávání osobních záležitostí,
- uspořádání času, plánování života,
- zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,
- obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),
- vaření, ohřívání jednoduchého jídla,
- mytí nádobí,
- běžný úklid v domácnosti,
- péče o prádlo,
- přepírání drobného prádla,
- péče o lůžko,
- obsluha běžných domácích spotřebičů,
- manipulace s kohouty a vypínači,
- manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,
- udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,
- další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

Výše příspěvku na péči v tomto období činila:

pro osoby do 18 let věku

- 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

pro osoby starší 18 let

- 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Od 1. ledna 2011 se změnila kritéria pro hodnocení míry závislosti, původních 36 kritérií bylo sloučeno do 10 kritérií podle tzv. Katzova indexu aktivit nezávislého života. Hodnotí se tyto schopnosti:

- mobilita (za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujímat polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu, chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používat dopravní prostředky včetně bariérových),
- orientace (za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se časem, místem a osobou, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat),
- komunikace (za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dorozumět se a porozumět, a to mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům, používat běžné komunikační prostředky),
- stravování (za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nápoj nalít, stravu naporcovat, naservírovat, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim),
- oblékání a obouvání (za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem),
- tělesná hygiena (za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna použít hygienické zařízení, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se),

- výkon fyziologické potřeby (za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna včas používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky),
- péče o zdraví (za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetrovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky),
- osobní aktivity (za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vstupovat do vztahů s jinými osobami, stanovit si a dodržet denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí jako např. vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti),
- péče o domácnost (za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek).

V návaznosti na to se změnila i podmínky pro přiznání jednotlivých stupňů závislosti.

Osoba starší 18 let od 1. ledna 2011 se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

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

Osoba do 18 let se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

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

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

Současně se změnila i výše příspěvku na péči v prvním stupni závislosti u osob starších 18 let z 2 000 Kč měsíčně na 800 Kč.

1.3.3. Změny ve struktuře příjemců příspěvku na péči v letech 2007 – 2010

V souvislosti s přípravou zákona o sociálních službách se předpokládalo, že příspěvek na péči by mělo pobírat cca 175 tis. osob a náklady na jeho výplatu by měly činit cca 8 mld. Kč⁶⁹. Skutečný počet příjemců této dávky i náklady na její výplatu jsou po celou dobu její výplaty výrazně vyšší než se původně očekávalo. Z údajů informačního systému o příspěvku na péči vyplývá, že v prosinci 2007 pobíralo příspěvek na péči celkem cca 256 tis. osob, o dva roky později, v prosinci 2010, to bylo již 305 tis. klientů.

Tabulka č. 3: Struktura příjemců příspěvku na péči v prosinci 2007

příspěvek na péči – stupeň	forma péče			žádný registrovaný poskytovatel	celkem
	pobytová zařízení	ambulantní zařízení	terénní zařízení		
I.	11 847	3 844	7 018	87 116	109 825
II.	13 144	2 213	3 448	67 703	86 508
III.	6 030	744	1 109	31 831	39 714
IV.	5 245	372	596	13 511	19 724
celkem	36 266	7 173	12 171	200 161	255 771

Pramen: vlastní zpracování na základě interních dat MPSV

⁶⁹ *Návrh zákona o sociálních službách*. Praha: MPSV 2005

Tabulka č. 4: Struktura příjemců příspěvku na péči v prosinci 2010

příspěvek na péči – stupeň	forma péče			žádný registrovaný poskytovatel	celkem
	pobytová zařízení	ambulantní zařízení	terénní zařízení		
I.	11 734	6 056	12 372	85 764	115 926
II.	15 397	4 067	7 437	64 404	91 305
III.	13 820	2 252	3 709	40 020	59 801
IV.	14 519	1 242	2 158	19 891	37 810
celkem	55 470	13 617	25 676	210 079	304 842

Pramen: vlastní zpracování na základě interních dat MPSV

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

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

Významné informace lze zjistit při zmapování změn ve struktuře příjemců příspěvku na péči v závislosti na věku, míře závislosti a typu poskytované služby sociální péče. Z rozboru těchto údajů lze identifikovat tyto závěry⁷⁰:

- ve sledovaném období rostl počet příjemců příspěvků na péči ve všech typech služeb sociální péče, přičemž nejvýznamnější nárůst lze zaznamenat u nově definovaných typů služeb (odlehčovací služby, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních, domovy se zvláštním režimem) a u služeb, které mají tradiční charakter (domovy pro seniory, pečovatelská služba),

⁷⁰ Průša, L. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2013 63 s. - ISBN 978-80-7416-120-9

- u příjemců příspěvku v I. stupni závislosti dochází v pobytových zařízeních (v domovech se zvláštním režimem a v domovech pro osoby se zdravotním postižením) k absolutnímu poklesu jejich počtu, popř. k jeho stagnaci (v domovech pro seniory), naopak ve všech typech ambulantních a terénních služeb počet příjemců příspěvku v tomto stupni závislosti soustavně roste,
- u příjemců příspěvku ve IV. stupni závislosti dochází po celé sledované období k nárůstu počtu ve všech typech služeb sociální péče.

Uvedené změny se promítly ve výrazné změně struktury příjemců příspěvku na péči podle typu registrovaného poskytovatele sociální služby mezi rokem 2007 – 2010. Ve sledovaném období došlo k poklesu podílu příjemců této sociální dávky v "typických" pobytových zařízeních (v domovech pro seniory o 5,2 p. b. na 43,9 % v roce 2007 na 38,7 % v roce 2010, v domovech pro občany se zdravotním postižením o 5,8 p. b. z 22,3 % v roce 2007 na 16,5 % v roce 2010), naopak u všech nově definovaných typů sociálních služeb vč. pečovatelské služby došlo k nárůstu podílu příjemců příspěvku na péči⁷¹. Tyto změny nelze vysvětlovat změnami ve zdravotním stavu populace. Jedná se o přirozené tendence, které doprovázejí zavedení každého nového systému⁷²:

- klienti, jimž byl v rámci přijetí přechodných ustanovení zákona o sociálních službách automaticky přiznán příspěvek v nižším stupni, žádají o posouzení své sociální situace podle nově stanovených podmínek, a tedy i o přiznání příspěvku na péči ve vyšším stupni,
- počet příjemců příspěvků ve IV. stupni roste díky tomu, že o přiznání příspěvku v této výši je nutno rozhodnout v rámci běžného řízení, neboť automaticky ze zákona v rámci přechodných ustanovení dávku nikdo nezískal,
- u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb se projevuje ekonomický tlak, který na ně vyvíjejí jak jejich zřizovatelé, tak i samotná konstrukce systému financování sociálních služeb (závislost poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotací ze státního rozpočtu, tzv. "cenové regulace" výše úhrad za poskytované služby a naprosto nedostatečné financování indikované a poskytnuté ošetřovatelské a rehabilitační péče ze systému veřejného zdravotního pojištění je vede k tomu, že při poskytování sociálních služeb "favorizují" klienty s vyšším stupněm příspěvku na péči

⁷¹ Průša, L. a kol. *Model efektivního financování sociálních služeb*. Praha: VŠFS 2011

⁷² Průša, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. Praha: VÚPSV, 2007. 57s. ISBN 978-80-87007-73-0

a těm, jimž služby již poskytují, doporučují, aby si požádali o přiznání příspěvku na péči ve vyšším stupni, resp. sami jim tuto žádost pomohou podat),

- začínají se projevovat i rostoucí znalosti marketingových strategií v této oblasti⁷³.

Z hlediska rozdělení kompetencí při poskytování a financování sociálních služeb mezi státními orgány a kraji a městy (obcemi) v jejich samosprávné působnosti poskytuje významné informace porovnání struktury příjemců příspěvku na péči v závislosti na pohlaví, věku příjemce a míře jeho závislosti v jednotlivých krajích. Z rozboru těchto vyplývá, že mezi jednotlivými kraji existují výrazné rozdíly, přičemž k nejvýznamnějším patří tyto skutečnosti⁷⁴:

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

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

- přestože je v současné době zákon o sociálních službách uplatňován v praxi již pátým rokem, doposud nebyl zpracován žádný metodický pokyn, který by sociálním pracovníkům obcí s rozšířenou působností poskytl podrobný návod k tomu, jakým způsobem provádět sociální šetření u jednotlivých žadatelů o přiznání příspěvku na péči⁷⁵,
- lékaři posudkové služby sociálního zabezpečení posuzují míru závislosti jednotlivých klientů nikoli v jejich přirozeném domácím prostředí tak jako sociální pracovníci, ale pouze na základě písemných informací od sociálních pracovníků a ošetřujících lékařů,

⁷³ Molek, J. *Marketing sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2009. ISBN 978-80-7416-026-4

⁷⁴ Průša, L. a kol. *Model efektivního financování sociálních služeb*. Praha: VŠFS 2011

⁷⁵ Lukešová, M. *Sociální šetření u příspěvku na péči*. FÓRUM sociální politiky č. 2/2011

- střet zájmu při poskytování příspěvku na péči především ze strany obcí s rozšířenou působností, které jsou současně zřizovateli řady služeb sociální péče⁷⁶.

1.3.4. Základní teoretická východiska dotační politiky Ministerstva práce a sociálních věcí

Poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru poskytovatelů, jsou poskytovány Ministerstvem práce a sociálních věcí prostřednictvím rozpočtu kraje v jejich přenesené působnosti dotace ze státního rozpočtu. Zákon o sociálních službách⁷⁷, předpokládá, že prováděcí právní předpis stanoví bližší podmínky pro stanovení výše a účelu dotace, jejího členění a způsobu poskytování (Příkaz Ministerstva práce a sociálních věcí). Vzhledem k této skutečnosti je vhodné a potřebné, aby stát při tvorbě tohoto nového systému dotační politiky deklaroval obecně závazné principy, které by tvořily základní stavební kámen, od kterého by se samotná dotační politika odvíjela.

Za hlavní principy dotační politiky lze i nadále považovat ty principy, které byly deklarovány koncem 90. let minulého století v souvislosti s precizací dotačního řízení ministerstva práce a sociálních věcí směrem k nestátním neziskovým organizacím při poskytování sociálních služeb. V tomto smyslu se jedná o tyto principy⁷⁸:

- princip rovných podmínek pro všechny poskytovatele veřejných služeb,
- princip rovných podmínek pro všechny příjemce veřejných služeb,
- princip efektivního (účelného) vynakládání veřejných prostředků,
- princip primárního důrazu na kvalitu poskytovaných služeb,
- princip transparentního systému financování,
- princip stabilního systému financování.

Pro aktivity poskytovatelů sociálních služeb byly v uplynulých letech poskytovány dotace v zásadě podle schémat, která z uplynulých let znají velmi dobře především poskytovatelé z řad nestátních neziskových organizací.

⁷⁶ Průša, L. a kol. *Model efektivního financování sociálních služeb*. Praha: VŠFS 2011

⁷⁷ *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*

⁷⁸ Mátl, O., Průša, L., *Nad pojetím dotační politiky MPSV*. Sociální politika č. 9/1999, ISSN 0049-0962

1.3.5. Analýza výsledků dotačního řízení v oblasti služeb sociální péče pro seniory v letech

2007 – 2011

Doposud provedené analýzy výsledků dotačního řízení prokázaly, že:

- míra přiznané dotace je výrazně diferencována podle typu organizace a jejího zřizovatele⁷⁹, nejvyšší dotaci v porovnání s výší uplatněných požadavků získaly v roce 2007 příspěvkové organizace poskytující služby sociální péče, které byly zřizovány kraji, jejichž požadavky byly uspokojeny z 82,8 %, nejnižší míru uspokojení požadavků vykázaly obchodní společnosti, jejichž požadavky na dotaci na služby sociální péče byly uspokojeny z 2,7 %,
- mezi výší přiznané dotace na jedno lůžko v domovech pro seniory existující výrazné regionální rozdíly, např. v roce 2008 byla nejvyšší dotace v relaci na jedno lůžko přiznána v Olomouckém kraji - 5 540 Kč měsíčně, naopak nejnižší dotace byla poskytnuta v hl. městě Praze - 2 793 Kč.

Tyto rozdíly lze identifikovat i v následujících letech. Např. v roce 2010 byla nejvyšší dotace v relaci na jedno lůžko v domovech pro seniory přiznána v Karlovarském kraji (6 473 Kč), což bylo 2,26x vyšší než v hlavním městě Praze, kde je státní dotace dlouhodobě poskytována na nejnižší úrovni (v roce 2010 činila 2 867 Kč).

Získané údaje svědčí o tom, že v rámci dotačního řízení dochází po celou dobu jeho realizace k porušení výše uvedených základních principů. Všechny uvedené rozdíly ukazují, že v rámci dotačního řízení byl porušen i princip rovných podmínek pro všechny příjemce sociálních služeb, neboť existující rozdíly ve výši poskytnuté dotace mezi jednotlivými kraji se zcela jistě projevují - i díky poskytování sociálních služeb na smluvním principu - v rozdílné výši úhrady uživatele služby při čerpání srovnatelného typu služby v jednotlivých krajích.

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

⁷⁹ Průša, L. *Dotace ze státního rozpočtu jako klíčový důvod stagnace sociálních služeb*. Rezidenční péče č. 2/2011. ISSN 1801-8718

Negativní hodnocení, jimiž byly charakterizovány výsledky dotačního řízení v letech 2007 – 2010, lze doložit i na základě výsledků 1. kola dotačního řízení v tomto roce. Pozornost byla na základě ohlasů od poskytovatelů sociálních služeb položena na analýzu výsledků dotačního řízení z hlediska typu zřizovatele pro domovy pro seniory, pro domovy pro osoby se zdravotním postižením, pro domovy se zvláštním režimem, pro poskytovatele chráněného bydlení, pro týdenní stacionáře a poskytovatele pečovatelské služby⁸⁰.

Provedené propočty potvrdily, že výše přiznané dotace je výrazně diferencovaná podle tohoto kritéria. Tabulka č. 5 uvádí diferenciaci u domovů pro seniory.

⁸⁰ Průša, L. *Dotace ze státního rozpočtu jako klíčový důvod stagnace sociálních služeb aneb tristní výsledky 1. kola dotačního řízení pro r. 2011*. *Rezidenční péče* č. 2/2011. ISSN1801-8718

Tabulka č. 5: Porovnání výše dotace přiznané v rámci 1. kola dotačního šetření domovům pro seniory v závislosti na typu zřizovatele

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

Pramen: Průša, L. Dotace ze státního rozpočtu jako klíčový důvod stagnace sociálních služeb aneb tristní výsledky 1. kola dotačního řízení pro r. 2011. Rezidenční péče č. 2/2011. ISSN 1801-8718

Z uvedených údajů jsou zřejmé diametrální rozdíly mezi výší přiznané dotace podle typu organizace. Na první pohled jsou přítom alarmující především rozdíly mezi výší dotace přiznané příspěvkovým organizacím zřizovanými kraji a městy (obcemi). Z tohoto titulu byla pozornost věnována analýze těchto rozdílů v jednotlivých krajích (viz tabulka č. 6).

Tabulka č. 6: Porovnání výše dotace přiznané v rámci 1. kola dotačního šetření domovům pro seniory, jejichž zřizovateli jsou kraje a obce v jednotlivých krajích

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

Pramen: Průša, L. Dotace ze státního rozpočtu jako klíčový důvod stagnace sociálních služeb aneb tristní výsledky 1. kola dotačního řízení pro r. 2011. Rezidenční péče č. 2/2011. ISSN1801-8718

Z uvedených údajů je zřejmé, že mezi jednotlivými kraji existují velmi diametrální rozdíly⁸¹:

- průměrná výše dotace přiznaná organizacím, jejichž zřizovateli jsou kraje, je v relaci na 1 místo o 7,6 % vyšší (v absolutním vyjádření o 1 654 Kč na 1 místo měsíčně) vyšší, než činí průměrná výše dotace, která byla přiznaná organizacím, které jsou zřizovány městy,
- mezi výší přiznané dotace jsou organizacím obou typů v jednotlivých krajích výrazné diference, které se vzhledem k systému financování sociálních služeb musí

⁸¹ Průša, L. Dotace ze státního rozpočtu jako klíčový důvod stagnace sociálních služeb aneb tristní výsledky 1. kola dotačního řízení pro r. 2011. Rezidenční péče č. 2/2011. ISSN1801-8718

promítnout v kvalitě poskytovaných služeb (mezi výší průměrných nákladů na 1 místo měsíčně v zařízeních, jejichž zřizovatelem je hl. m. Praha a v zařízeních, jejichž zřizovatelem je Zlínský kraj je více než 50-ti procentní rozdíl),

- největší rozdíl mezi výší přiznané dotace v relaci na 1 místo měsíčně v zařízeních zřizovaných krajem a městem je v Karlovarském kraji (25,8 %, resp. 5 731 Kč) a v kraji Jihomoravském (17,9 %, resp. 4 231 Kč), výrazné rozdíly lze identifikovat i ve Středočeském kraji (14,0 %, resp. 2 669 Kč) a v Moravskoslezském kraji (12,3 %, resp. 3 165 Kč),
- nejmenší rozdíl mezi výší přiznané dotace v relaci na 1 místo měsíčně v zařízeních zřizovaných krajem a městem je ve Zlínském kraji (dotace přiznaná zařízením, jejichž zřizovatelem je město, je v průměru o 81 Kč vyšší, než dotace přiznané zařízením, jejichž zřizovatelem je kraj) a v kraji Vysočina (dotace přiznaná zařízením, jejichž zřizovatelem je kraj, je v průměru o 159 Kč vyšší, než dotace přiznané zařízením, jejichž zřizovatelem je město).

Z těchto údajů je zřejmé, že je nezbytné hledat taková řešení, která by přispěla k odstranění těchto disparit a která by současně přispěla k potřebnému rozvoji sociálních služeb tak, aby v souvislosti s demografickými trendy byla naše společnost připravena zabezpečit potřebnou sociálně zdravotní péči o všechny potřebné občany. Tato řešení musí být konformní i s evropskou legislativou. Již dlouhou dobu se v naší zemi vedou diskuse o tom, zda sociální služby jsou podle evropské legislativy službami obecného zájmu a zda tedy také v této oblasti by mělo být uplatňováno soutěžní právo Evropské unie. Jednoznačné stanovisko doposud nebylo vydáno ani ze strany Evropské komise.

1.4. Pojetí sociálních služeb ve vybraných evropských zemích

Problematika mezinárodních komparací v oblasti sociálních služeb je velmi složitou otázkou, které – na rozdíl od srovnávacích analýz jednotlivých dávkových systémů sociální ochrany obyvatelstva – není věnována soustavná pozornost. Jednou z nejvýznamnějších studií, která se snaží porovnat základní podmínky pro poskytování sociálních služeb v jednotlivých zemích, je zpráva, která byla zpracována Radou Evropy na základě šetření provedeného řídicím výborem pro místní a regionální demokracii v roce 1997. Tato zpráva shrnuje

a analyzuje informace předložené členskými státy Rady Evropy o úloze různých úrovní místní a regionální správy (tedy o rozsahu subsidiarity) při poskytování místních sociálních služeb.

Pod pojmem "sociální služby" nejsou v evropských zemích chápány pouze sociální služby v pojetí, které je uplatňováno v našem právním řádu, ale jejich pojetí je podstatně širší a zahrnuje:

- zdravotnictví,
- sociální ochranu jednotlivců, rodin a skupin,
- bydlení,
- zaměstnanost.

Při jejich charakteristice je důraz položen na to, aby jednotlivé služby byly dostupné každému občanovi podle jeho individuální situace a tedy byly přizpůsobeny specifickým potřebám různých místních komunit. Skutečnost, že se jedná o místní služby, přitom neznamena, že za jejich existenci musí být zodpovědné místní orgány, jejich poskytování je přitom chápáno jako záruka práv jednotlivých občanů.

V oblasti zdravotních služeb byla v rámci citované zprávy speciální pozornost věnována základní zdravotní péči nebo zařízením pohotovostní a záchranné služby (nemocnice, kliniky a jiné), jakož i hygienickým službám a preventivní péči.

V oblasti podpory rodiny a jednotlivce byl kladen důraz na služby pro děti a staré občany, v úvahu byly vzaty i služby pro zdravotně postižené občany a opatření pro překonání různých forem sociální marginalizace (podpora příjmu, integrace imigrantů atd.).

V oblasti bydlení byla pozornost věnována "sociálnímu" bydlení, bez ohledu na to, zda tento typ bydlení je budován nebo řízen veřejnými orgány.

V oblasti služeb pro podporu zaměstnanosti nebyla věnována pozornost komparaci podmínek pro poskytování dávek v nezaměstnanosti, důraz byl položen na služby a informace o možnostech umístění nezaměstnaných, o poradenství a o vzdělávacích aktivitách.

Ačkoliv všechny země nemají stejný standard služeb, je zřejmé, že určité minimum služeb musí být dostupné všem občanům. Minimální standard sociálních služeb však může být definován pouze na národní úrovni. Nezbytné je přitom zabezpečit, aby regionální i místní orgány byly zapojeny do procesu určování minimálního standardu sociálních služeb nabízených občanům, zejména v těch oblastech, kde se předpokládá, že tyto orgány budou tyto služby poskytovat⁸².

⁸² *The role of local and regional authorities in the provision of local social services, Council of Europe, Strasbourg, 1999*

Stát má primární odpovědnost za zajištění toho, aby tyto služby byly poskytovány a měl by mít určité pravomoci v oblasti jejich plánování, koordinace a supervize. Vzhledem k odpovědnosti místních a regionálních orgánů za provozní aspekty se projevuje trend k decentralizaci sociálních služeb a tedy k širšímu zapojování místních a regionálních orgánů do poskytování těchto služeb. Tento trend má přitom dvě základní formy:

- v některých zemích je všechna odpovědnost převedena na místní a regionální orgány,
- v jiných zemích je na místní a regionální orgány převedeno pouze řízení sociálních služeb s tím, že stát se podílí na všech nebo na většině finančních výdajů.

V následujících letech se zvýší v důsledku demografického vývoje ve většině evropských zemí podíl osob ve věku 65 – 79 let na celkovém počtu obyvatel z necelých 15 % v roce 2005 na zhruba 20 % v roce 2040, u osob starších 80 let vzroste ve stejném období z cca 4 % na přibližně 9 %. Jedná se o obecný trend, který může v některých zemích vyvolat brzy problémy.

I když až doposud byla ve většině evropských zemí potřeba péče uspokojována převážně v rámci rodinných sítí, v poslední době se v této oblasti v důsledku vyššího zapojení žen na trhu práce, migrace za prací a nárůstu počtu jednočlenných domácností změnila rámcové socioekonomické podmínky. Tento vývoj se odrazil i v nákladech na péči. Odborníci se shodují v názoru, že do roku 2050 se náklady na sociální služby z veřejných zdrojů zvýší na dvojnásobek. Nejvíce se to projeví v těch zemích, které v současné době mají jen malou nabídku péče z veřejných zdrojů a hodlají ji do budoucna zajišťovat⁸³.

Systémy zajištění péče se v jednotlivých zemích Evropy v důsledku historického vývoje liší. Zatímco v severských zemích, Nizozemsku a Velké Británii mají sociální služby dlouhodobou tradici, v jiných zemích, např. v Rakousku a Německu, se jako sociální riziko začala chápat až v posledních dvou desetiletích. Rozdíly v jednotlivých systémech vyplývají zejména z chápání sociálních služeb jako veřejné nebo soukromé/rodinné odpovědnosti, zvoleného způsobu podpory (finanční nebo věcné), vymezení formálních a neformálních struktur poskytování péče a také z rozsahu vynakládaných veřejných prostředků.

Systémy poskytování sociálních služeb v jednotlivých zemích lze v souladu s členěním Esping-Andersena rozdělit na ty s liberálním, korporativistickým a univerzalistickým modelem poskytování péče⁸⁴. V liberálním pojetí je důraz kladen na individuální odpovědnost, korporativistický model kombinuje společenskou odpovědnost zajišťovanou především systémy sociálního pojištění s jasně definovanou odpovědností rodiny.

⁸³ Österle, A. – Meichenitsch, K. *Pflegesicherungssysteme in Europa*. Soziale Sicherheit č. 11/2007

⁸⁴ Esping – Andersen, G. *Tři politické ekonomie sociálního státu*. Sociologický časopis č.1/1991

V univerzalistickém modelu je poskytování péče chápáno jako občanské právo, což se také projevuje jak ve veřejných výdajích na péči, tak v přístupu občanů. Rodiny se na péči podílejí jen málo, existují však jasně definovaná práva osob potřebujících péči. Ve státech s korporativistickým modelem se vyvinuly pojistné systémy a zajištění rizik se v některých oblastech blíží univerzalistickému modelu, současně je pro ně charakteristické zajišťování péče prostřednictvím rodinných sítí. To je patrné z přístupu obyvatel k zajišťování dlouhodobé péče o potřebné a také z toho, že dlouhodobá péče začala být chápána jako sociální riziko, na které má reagovat nová politika péče, až po roce 1990⁸⁵.

Z historického pohledu byl první reakcí na potřebu péče vznik nabídky ústavní péče o staré osoby a osoby s potřebou péče financované z veřejných zdrojů. V posledních dvou desetiletích se však prosadil trend poskytování terénní péče, což se promítlo i do konkrétních programů jejího poskytování a v důsledku vedlo k velké rozmanitosti péče.

V období přizpůsobování systémů péče novým požadavkům bylo v řadě zemí zavedeno poskytování finančních dávek. Nové finanční modely měly v souladu s politickými cíli posílit vlastní odpovědnost, rozšířit možnosti výběru a podpořit vznik nabídky terénních služeb. Tyto modely také umožňují různé nastavení v závislosti na různých cílech. Finanční dávky mohou být směřovány buď přímo k osobám s potřebou péče, nebo k pečujícím osobám a mohou být nezávislé nebo vázané na koupi určité služby⁸⁶.

V posledních dvaceti letech došlo v řadě evropských zemí ke změně orientace sociální politiky v oblasti sociálních služeb, někde byly vybudovány celé nové systémy. Při porovnání vývoje politiky sociálních služeb v posledních 20 letech lze vysledovat srovnatelné cíle, zejména posílení terénních sociálních služeb jako alternativy k dosavadnímu poskytování péče v ústavech a podporu a odbřemeňování poskytovatelů péče v rodinách. Současně však dochází k restrikcím rozpočtů na podporu poskytovatelů služeb z veřejných prostředků. I přes společné cíle vznikly v Evropě v důsledku předchozího politického a ekonomického vývoje v jednotlivých zemích velmi odlišné systémy zabezpečení péče, což lze ilustrovat na systémech poskytujících finanční dávky v Rakousku, Nizozemsku a ve Francii. Zatímco dávky v Rakousku jsou orientovány na posílení vlastního rozhodnutí a možností volby, je nizozemský model zaměřen na zabezpečení poskytnutí služeb na základě přesně stanoveného nároku a francouzský zase na etablování regulérních pracovních vztahů, a to i v rámci rodiny. I přes odlišné cesty však všechny tři země usilují o dosažení shodných

⁸⁵ Österle, A. – Meichenitsch, K. *Pflegesicherungssysteme in Europa*. Soziale Sicherheit č. 11/2007

⁸⁶ Österle, A. – Meichenitsch, K. *Pflegesicherungssysteme in Europa*. Soziale Sicherheit č. 11/2007

cílů. Úspěch bude záviset mj. na tom, zda jsou tyto země připraveny svoji současnou politiku dále rozvíjet a také finančně zajistit⁸⁷.

Příklady financování sociálních služeb v některých členských zemích Evropské unie jsou uvedeny v příloze č. 2.

1.5. Karta sociálních systému jako elektronická poukázka pro financování sociálních služeb

Jedním z klíčových aspektů na cestě vedoucí ke zvýšení efektivnosti financování sociálních služeb měl být přechod od peněžní výplaty příspěvku na péči k nepeněžní formě prostřednictvím tzv. karty sociálních systémů, která v tomto smyslu představovala formu elektronické poukázky na "nákup" sociální služby. Prostřednictvím této karty měly být bezhotovostně vypláceny všechny dávky, jejichž výplatu zabezpečoval Úřad práce ČR. Zavedením této karty mělo dojít k úspoře provozních nákladů souvisejících s výplatou dávek ve výši cca 1 mld. Kč, současně stát jako poskytovatel dávek by získal přehled o všech vyplácených dávkách konkrétnímu člověku v daném čase, což by přispělo ke zvýšení transparentnosti systému vyplácení sociálních dávek a zamezí jejich zneužívání⁸⁸.

Karta sociálních systémů měla umožnit přesun využívání sociálních dávek do bezhotovostního styku, takže oprávněný úředník mohl okamžitě zjistit všechny dávky vázané k jednomu rodnému číslu. Přechod na bezhotovostní systém kromě účinné kontroly měl zajistit úsporu na transakčních nákladech, zejm. poplatcích za převod – místo dosavadních více než 20 korun za každou složenku měl být transfer zdarma. Podobný systém v minulosti zavedla a využívá již řada evropských zemí, například Itálie, Velká Británie, Finsko a další, mimo Evropskou unii třeba také USA, v současné době podobný systém zavádí i sousední Slovensko.

Dnes se vyplácí v České republice více než 20 různých typů sociálních dávek. Česká správa sociálního zabezpečení se zaměřuje na pojistné dávky, Úřad práce ČR na ty nepojistné. Ministerstvo práce a sociálních věcí chtělo opustit zastaralý systém hotovostního vyplácení peněz, kdy různé dávky vyplácí různé organizace, a to různými kanály. Oproti současnému stavu vyplácení dávek měla činit úspora díky novému systému už v roce 2011 asi čtvrt

⁸⁷ Österle, A. – Meichenitsch, K. *Pflegesicherungssysteme in Europa*. Soziale Sicherheit č. 11/2007

⁸⁸ *Interní materiály Ministerstva práce a sociálních věcí ČR*

miliardy korun. Zavedení a provoz systému neměl vytvářet žádné finanční požadavky na státní rozpočet.

Karta sociálních systémů měla naplňovat několik funkcí:

- funkci identifikační, takže se jí lidé mohli prokazovat,
- funkci autentizační, která měla sloužit k tomu, aby pracovníci úřadu práce nebo jiných úřadů mohli ihned pracovat s daty člověka, který k nim přišel,
- funkci platební.

Tato elektronická karta rovněž měla plně nahradit dosavadní průkazy TP, ZTP a ZTP/P, a to včetně všech úlev a slev, které tyto průkazy měly zajišťovat. Zavedení karty mělo být součástí "Jednotného informačního systému práce a sociálních věcí", který představuje hlavní nástroj ke zvýšení efektivity při správě a distribuci sociálních dávek. Zároveň by tento systém měl státu umožnit lépe kontrolovat účelovost jejich čerpání. Technologie karty měla zajišťovat nejen možnost doložit čerpání všech účelových prostředků, ale měla být schopna zabránit čerpání těchto prostředků na jiné než povolené položky. Prostřednictvím tohoto nástroje měl být sledován pohyb peněz na účtu a měly být kontrolovány nákupy jednotlivců. Přes informační systém mělo být kontrolováno pouze to, zda nejsou pořizovány ze sociální dávky komodity jako např. alkohol či cigarety, a tam, kde to vyžaduje jejich účel, zda jsou využívány například pouze pro nákup příslušných služeb. Karta neměla být nijak navázána na soukromý účet klienta a Ministerstvo práce a sociálních věcí nemělo zasahovat do privátních účtů občanů. Účet k sociální kartě si nikdo nemusel zřizovat. Ministerstvo práce a sociálních věcí vedlo virtuální účty a to u každé jedné dávky samostatně, v rámci informačních systémů resortu pak mělo dojít ke sjednocení stávajících několika účtů klienta v jeden.

Ministerstvo práce a sociálních věcí zároveň počítalo s tím, že se mohou objevit případy, kdy příjemci dávek nebudou ochotni využívat pouze bezhotovostní čerpání dávek, a ponechá proto pro tyto případy možnost výběru hotovosti bez použití elektronických funkcí karty u provozovatele systému. Jednotlivé typy dávek určené k různým účelům měly být prostřednictvím karty vypláceny různými formami - od možnosti výběru na terminálu (bankomatu), přes nákup zboží v obchodě až po omezení na nákup sociálních služeb. Sociální služby přitom mohla poskytovat i osoba blízká, která mohla příjemci dávek nechat pravidelně posílat na účet určitý obnos, aniž by museli absolvovat výběr z účtu své karty.

Kartou sociálních systémů se měl uživatel – klient identifikovat vůči orgánům v sociální oblasti, karty byly vydávány osobám nově vstupujícím do systému příspěvku na péči nebo příspěvku na mobilitu. Na rozdíl od dřívější právní úpravy nemělo být zpravidla o poskytnutí

těchto průkazů samostatně rozhodováno, ale měly být vydávány současně s rozhodnutím o příspěvku na péči nebo o příspěvku na mobilitu. Přínosem karty sociálních systémů měla být přesná identifikace klientů hned od začátku systému. Stát měl vydávat peníze až v okamžiku užití dávky (lepší cash flow).

Pro občana mělo být přínosem zjednodušení a zrychlení výplaty sociálních dávek a dávek v nezaměstnanosti, menší chybovost a ochrana prostředků občana. V případě ztráty karty nemělo docházet ke ztrátě peněžních prostředků, občan si nemusí zakládat bankovní účet a platit za jeho vedení, zvýšila by se ochrana stávajících průkazů před paděláním a zajistil by se pro ně nový systém správy, údržby, obnovy, distribuce, blokace atd. Nezanedbatelnou výhodou by byl i elektronický přístup ke státní správě a možnost komunikace prostřednictvím internetu.

V České republice je nyní asi 65.000 výplatních terminálů, které přijímají platební karty. Od 1. ledna letošního roku je dle schváleného zákona celkem 205 obcí s rozšířenou působností a dostupnost bankomatů je srovnatelná s počty pracovišť České pošty. Pro občana se tedy podmínky neměly zhoršit. V rámci standardní služby měl být 1 výběr z bankomatu zdarma a 1 převod zdarma ke každé dávce, nákup kartou u obchodníka a neomezená možnost zjištění zůstatku na účtu.

Celý nový informační systém svou robustností měl být srovnatelný s národními kartovými centry. Nejen kvůli rozsahu identifikačních informací, ale zejména kvůli objemu provedených obchodních transakcí s cílem ověřovat účel čerpání finančních prostředků z karty sociálních systémů. Ministerstvo práce a sociálních věcí mělo mít povinnost správce systému. Samotný karetní systém měl být ve správě poskytovatele služby, tedy České spořitelny, banky vzešlé z výběrového řízení. Dle bezpečnostních předpisů karetních asociací, měly informace o platební kartě opustit certifikovanou oblast z důvodu zneužití. Stát tedy vůbec neměl znát číslo platební karty a ostatní náležitosti platebního nástroje. Z pohledu platby neměl být absolutně žádný rozdíl mezi platbou kartou sociálních systémů a běžnou platební kartou. Platba měla být zabezpečena PINem, tak jako každá jiná bezhotovostní platební transakce provedená platební kartou. Pokud na kartě nebyly peníze, byla platba zamítnuta vydavatelem karty, neboť dávka již byla spotřebována. Pokud by byla dávka použita na jiný účel, než byla určena, mělo se jednat o zneužití dávky.

Držitel karty viděl veškeré informace o pohybu na kartě a nákupech na internetovém portálu Ministerstva práce a sociálních věcí. Rovněž informace o platnosti a pravosti průkazu zdravotně postiženého si mohl ověřit na internetu. Pokud se uživatel rozhodl vybrat si z karty celou dávku jedním výběrem u bankomatu, měl tento výběr bezplatný. Vydání karty bylo

bezplatné, zpoplatněno mělo být pouze vydání karty jako náhrada za kartu poškozenou nebo ztracenou.

Dále se předpokládalo, po dohodě s Ministerstvem zdravotnictví, využití karty sociálních systémů jako Evropského průkazu zdravotního pojištění.

Cílovou koncepcí financování karty sociálních systémů bylo zajistit úhradu provozních nákladů a zisku na poplatcích od komerčních subjektů (banky, obchody atd.) u kterých byla karta použita k hrazení služeb a zboží. Výhodou karty byl odklon od hotovosti a přechod na bezhotovostní operace, což je dnes obecný trend.

Řešení bylo postaveno na mezinárodních standardech a mělo mít všechny prvky bezpečnosti (ochranné prvky) a zabezpečení dat díky využití aktuálních bezpečnostních předpisů.

Využití mnoha standardních prvků dnešních karetních systémů mělo zajistit minimalizaci nákladů na vybudování infrastruktury, kdy si občan nemusel zakládat bankovní účet a platit za jeho vedení. Jedinou výjimku měly tvořit výplaty dávek, o kterých se rozhoduje dle právních norem Evropské unie a vyplácí se do zahraničí.

Předpokládal se postupný náběh systému od ledna do března 2012. Do té doby měly být vydány veškeré čipové karty pro stávající adresáty dávek a držitele průkazů TP, ZTP nebo ZTP/P, u nichž nárok trval i v roce 2012.

Nové žádosti byly již od 1. 1. 2012 zpracovávány v rámci nového systému, což platilo i pro rozběhnutá řízení, kdy ještě o přiznání dávky nebylo rozhodnuto, ale žádosti byly již podány – u rozběhnutých řízení se po finální aprobaci přiznání dávky zažádalo o výrobu čipové karty.

1.5.1. Zhodnocení projektu karty sociálních systémů

Projekt karty sociálních systémů byl ve své podstatě veden dobrými myšlenkami, byl ale špatně realizován, a to nedůsledně a bez dostatečné opory v zákoně. Zásadním problémem projektu nepochybně bylo, že ty, kterým měl být tento systém rozšiřovat uživatelský komfort, ve skutečnosti imperativně nutil ke vstupu do právního vztahu se soukromou bankou, aniž by měli jakoukoliv možnou alternativu.

Na druhé straně je však nezpochybnitelným přínosem projektu, že peněžní prostředky na účtu ke kartě sociálních systémů byly vyňaty z dosahu exekucí či výkonu rozhodnutí a tuto ochranu příjemců dávek bylo vhodné zachovat.

Předpokládalo se, že připravovaný pozměňovací návrh směřující ke zrušení projektu karty sociálních systémů při současném zachování výhod, který mohl příjemcům dávek a oprávněným osobám nabídnout to, že jeho smyslem bylo zejména, aby:

- příjemcům dávek a oprávněným osobám by byla zachována možnost mít peněžní prostředky, které jim byly vyplaceny na dávkách, chráněny před exekucí či výkonem rozhodnutí,
- příjemci dávek a oprávněné osoby měly možnost volby, zda do vztahu se soukromou bankou vstoupí a případně i možnost vybrat si s jakou bankou do tohoto vztahu vstoupí,
- příjemci dávek a oprávněné osoby, jakož i úřady práce nebyly zbytečně zatěžovány další administrativní zátěží, spojenou s přechodem na jiný způsob výplaty dávek.

Výše uvedených cílů by bylo dosaženo tím, že by byl zřízen institut tzv. „chráněného účtu“ pouze pro příchozí platby z resortu Ministerstva práce a sociálních věcí a měl být chráněn před exekucemi a výkonem rozhodnutí. Tento chráněný účet neměl být nabízen exkluzivně jednou bankou, ale měla jej moci poskytnout jakákoliv banka, která splní podmínky stanovené Ministerstvem práce a sociálních věcí. Základním předpokladem takového účtu měla být bezplatnost jeho zřízení, vedení a zrušení, bezplatnost příchozích plateb a poskytnutí platební karty. Zpoplatnění dalších transakcí s prostředky na chráněném účtu mělo být určováno jednotlivými bankami v rámci konkurenčního prostředí.

Stávajícím držitelům karet sociálních systémů předložený pozměňovací návrh měl umožnit vystoupit z právního vztahu s držitelem bankovní licence, který zajišťoval administraci výplaty dávek před nabytím účinnosti navrhovaného zákona, a na krajské pobočce Úřadu práce ČR nastavit jiný způsob výplaty jejich dávek, pokud o to měli zájem. Těm z držitelů karty sociálních systémů, kterým vedení účtu držitelem bankovní licence, který zajišťuje administraci výplaty dávek před nabytím účinnosti navrhovaného zákona, nevadí, mělo být umožněno bez dalšího používat kartu sociálních systémů jako běžnou platební kartu a účet s ní spojený jako chráněný účet, aniž by k provedení této změny museli navštěvovat pobočku příslušného držitele bankovní licence, či krajskou pobočku Úřadu práce ČR.

Pozitivní dopad by měl pozměňovací návrh i na agendu úřadu práce, protože nemusely řešit změny ve výplatě dávek u všech držitelů karet sociálních systémů, ale pouze u těch, kteří o takovou změnu projevíli zájem.

1.5.2. Vývoj právní úpravy používání karty sociálních systémů

Karta sociálních systémů jako institut spojující v sobě zcela raritním způsobem funkce veřejné listiny a platebního prostředku byla do našeho právního řádu zavedena tzv. sociální reformou. Hlavním předpisem, na jehož základě byla karta zavedena, byl zákon č. 366/2011 Sb., kterým se mění zákon o pomoci v hmotné nouzi⁸⁹, zákon o sociálních službách⁹⁰ a zákon o státní sociální podpoře⁹¹, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony; tímto zákonem byl institut karty sociálních systémů s účinností od 1. ledna 2012 promítnut do pěti zákonů, přičemž základní věcná úprava byla promítnuta do nově vloženého ustanovení zákona⁹² o Úřadu práce. Následně byla úprava týkající se používání karet sociálních systémů nově promítnuta také do zákonné úpravy týkající se sociálně-právní ochrany dětí (do zákona č. 359/1999 Sb. byla tato úprava promítnuta při jeho novelizaci provedené zákonem č. 401/2012 Sb.), a také v oblasti zaměstnanosti (do zákona o zaměstnanosti byla tato úprava promítnuta v rámci tří novelizací, přičemž původní úprava provedená zákonem č. 367/2011 Sb.) vycházela z toho, že výplata dávek prostřednictvím karty sociálních systémů měla přicházet v úvahu, pokud se tak rozhodne uchazeč o zaměstnání. Využití karty sociálních systémů jako platebního prostředku tak měla zahrnovat v současné době oblast státní sociální podpory, zaměstnanosti, sociálních služeb, dávek pro osoby se zdravotním postižením, pomoci v hmotné nouzi, a oblast sociálně-právní ochrany dětí. Vedle toho bylo přijetí úpravy týkající se tohoto institutu promítnuto také do zákona o přestupcích, zákona o správních poplatcích a do občanského soudního řádu.

K institutu karty sociálních systémů byly od počátku jeho zavádění do právního řádu uplatňovány zásadní výhrady zejména ze strany Národní rady zdravotně postižených, Veřejného ochránce práv a představitelů opozičních stran. Národní rada zdravotně postižených v předchozím období učinila řadu kroků zaměřených proti zavádění karty sociálních systémů, například dvojí návrh podaný k soudu, aby bylo pozastaveno vydávání karet (což bylo soudem odmítnuto z formálních důvodů), návrh podaný Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže ohledně uzavření smlouvy o kartách sociálních systémů, a další návrhy, podání či jednání směřující ke změně v této záležitosti.

⁸⁹ Zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů

⁹⁰ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

⁹¹ Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů

⁹² Zákon č. 73/2011 Sb., o úřadu práce ČR a o změně souvisejících zákonů

Veřejný ochránce práv své námitky ke kartám sociálních systémů uváděl již v rámci legislativního procesu k návrhu právní úpravy směřující k jejich zavedení, a poté, co k nim nebylo přihlédnuto ani v legislativním procesu k navrhované právní úpravě, ani v jednáních, která následně vedl s Ministerstvem práce a sociálních věcí, tak své námitky a výhrady shrnul ve svém stanovisku⁹³, které uveřejnil k právní úpravě karty sociálních systémů. Na počátku října 2012 se celkově zvýšila pozornost věnovaná kartám sociálních systémů a výbor pro sociální politiku Poslanecké sněmovny 23. října 2013 přijal usnesení, v němž doporučil ministru práce a sociálních věcí distribuci karet sociálních systémů pozastavit, k tomu ovšem nedošlo. Následně začalo jednání o změnách právní úpravy, na kterých se měli předběžně dohodnout zástupci Ministerstva práce a sociálních věcí a České spořitelny v probíhajících jednáních. Podstatou bylo, že karta sociálních systémů měla být zachována a měla sloužit jako identifikační průkaz, její platební funkce měla být dobrovolná. Jednou z dalších změn bylo, že od počátku roku 2013 byly všechny výběry hotovosti z bankomatů České spořitelny prostřednictvím karty sociálních systémů zdarma (původně byl zdarma jen první výběr ke každé dávkce). V té souvislosti bylo účelné poukázat na skutečnost, že podle informací zveřejněných počátkem roku 2013 nebyly příslušné krajské pobočky Úřadu práce ČR vybaveny čtecími zařízeními, aby mohly přijímat karty sociálních systémů jako identifikační průkaz příjemců sociálních dávek, a jejich pořízení ani nebylo zajištěno smluvně s Českou spořitelnou při zavádění systému. Z toho vyplývá, že náklady na pořízení čtecích zařízení financovalo Ministerstvo práce a sociálních věcí, a tomuto stavu neodpovídalo od počátku uváděné tvrzení, že celý systém karet sociálních systémů měl být pro stát bezplatný.

Koncem ledna 2013 Úřad na ochranu osobních údajů ukončil provádění kontroly zaměřené na zpracování osobních údajů při vydávání karet sociálních systémů, při níž – jak bylo zveřejněno ze strany tohoto úřadu - shledal, že dochází k porušování zákona o ochraně osobních údajů, když Ministerstvo práce a sociálních věcí neoprávněně předává osobní údaje oprávněných osob a příjemců dávek České spořitelně, aniž by k tomu byl zákonný důvod.

V té souvislosti Úřad na ochranu osobních údajů uložil Ministerstvu práce a sociálních věcí, aby odstranilo závadný stav. Na základě tohoto zjištění měl Úřad na ochranu osobních údajů právní důsledky vyplývající ze závěrů provedené kontroly řešit s Ministerstvem práce a sociálních věcí v rámci správního řízení, vedeného s tímto ministerstvem. V návaznosti na tato zjištění Úřadu na ochranu osobních údajů byly opět prezentovány podněty jak Národní

⁹³ *Námitky veřejného ochránce práv ke kartám sociálních systémů.* <http://www.mpsv.cz/cs/13382>

rada zdravotně postižených, tak některých představitelů opozičních stran, a dalších, které se opět týkaly požadavku na zastavení distribuce karet sociálních systémů alespoň do doby přijetí změn zákonné úpravy, odůvodněné navíc tím, aby se zamezilo tomu, že při každém dalším vydání karty sociálních systémů bude pokračováno v porušování současné právní úpravy.

Pro zrušení institutu karty sociálních systémů lze uvést zejména tyto důvody:

- pro zrušení právní úpravy karty sociálních systémů byla její neústavnost. Právní úprava byla neurčitá, nesrozumitelná a nepředvídatelná, a proto rozporná s ustanovením různých článků Ústavy a Listiny základních práv a svobod,
- chyběla zákonná opora pro přesun části státní moci na soukromý subjekt,
- uložení povinností jednotlivci postrádalo zákonný základ a i při interpretaci napadených zákonných ustanovení nebylo možné – při případném uznání existence této povinnosti – určit její meze,
- řadu povinností stanovil až prováděcí právní předpis nebo smluvní podmínky smlouvy o zřízení účtu ke kartě sociálních systémů,
- právní úprava karty sociálních systémů nerespektovala generální klauzuli důstojnosti a rovnosti zejména vůči osobám se zdravotním postižením a seniorům. Nerespektovala ani právo každého, kdo byl v hmotné nouzi, na zajištění nezbytných životních podmínek, protože umožňovala snížit prostředky jednotlivce pod státem uznanou hranici chudoby (zpoplatněním výběru sociální dávky při nemožnosti využít bankomat/pro vzdálenost/, ponecháním části sociální dávky na účtu pro nemožnost výběru celé částky prostřednictvím bankomatu),
- chyběla taktéž zákonná úprava zpracování osobních i citlivých údajů, přesunu na subjekt odlišný od státu,
- docházelo ke sdružování osobních údajů bez dostatečného opodstatnění důvodnosti směřování účelů (platební funkce, průkaz osoby se zdravotním postižením, identifikační funkce),
- u karty sociálních systémů chybělo osvědčení, jak veřejný zájem byl sledován omezením práva na informační sebeurčení, a nebylo možné využívat dosavadních identifikačních průkazů,
- stát zasahoval do práva jednotlivců na soukromí nepřiměřeným způsobem.

Dne 12. září 2013 byl přijat zákon⁹⁴ o zrušení karty sociálních systémů (dále jen „Zákon“), kterým byl zahájen proces postupného zrušení karty sociálních systémů. Zákon nabyl účinnosti dnem 1. listopadu 2013.

Proces zrušení karty sociálních systémů (dále také „sKarta“) byl v návaznosti na znění Zákona časově rozčleněn do období šesti měsíců, tedy do 30. dubna 2014.

Zákon měl přímý dopad na výplatu všech nepojistných sociálních dávek, které byly vypláceny prostřednictvím karty sociálních systémů. Jmenovitě se změna dotýkala výplaty těchto sociálních dávek:

- dávky podpory v nezaměstnanosti, podpory při rekvalifikaci nebo kompenzace podle zákona⁹⁵ o zaměstnanosti,
- dávky pěstounské péče podle zákona⁹⁶ o sociálně-právní ochraně dětí,
- příspěvek na péči a mobilitu dle zákona⁹⁷ o sociálních službách,
- dávky státní sociální podpory podle zákona⁹⁸ o státní sociální podpoře,
- dávky pomoci v hmotné nouzi podle zákona⁹⁹ o pomoci v hmotné nouzi,
- dávky určené osobám se zdravotním postižením podle zákona¹⁰⁰ o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a změně souvisejících zákonů.

Karty sociálních systémů, které byly vydány přede dnem nabytí účinnosti Zákona, pozbývaly platnost ode dne, kdy příslušná krajská pobočka Úřadu práce ČR provedla změnu způsobu výplaty sociální dávky u konkrétního klienta. Dále bylo Zákonem stanoveno, že se sociální dávky vyplácely v české měně, převodem na platební účet určený příjemcem dávky, nebo poštovním poukazem, a to podle rozhodnutí příjemce.

Při transformaci výplaty sociální dávky Úřad práce ČR postupoval tak, že klient, držitel karty sociálních systémů, byl písemně vyzván příslušnou krajskou pobočkou Úřadu práce ČR, aby osobně nebo písemně sdělil způsob výplaty dávky. Krajská pobočka Úřadu práce ČR byla povinna provést změnu způsobu výplaty dávky. Pokud klient svoji volbu způsobu výplaty dávky nesdělil, byla dávka ode dne určeného krajskou pobočkou vyplácena na účet naposledy sdělený příjemcem dávky. Pokud takový účet úřadu práce sdělen nebyl, sociální dávka byla vyplácena formou poštovního poukazu.

⁹⁴ Zákon č. 306/2013 Sb., o zrušení karty sociálních systémů, ve znění pozdějších předpisů

⁹⁵ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů

⁹⁶ Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů

⁹⁷ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

⁹⁸ Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů

⁹⁹ Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů

¹⁰⁰ Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů

Koncem dubna 2014 skončila platnost všech speciálních sKaret, které sloužily jejich držitelům mimo jiné jako průkaz osoby se zdravotním postižením, bez ohledu na dobu platnosti sKarty. Platnost tohoto dokladu se pak odvíjela od doby platnosti lékařského posudku, nejdéle však do konce roku 2015. Vystavení nového průkazu bylo pro klienty bezplatné. Podle dostupných informací z krajských poboček Úřadu práce ČR si o výměnu speciální sKarty požádalo za nový dočasný průkaz osoby se zdravotním postižením zhruba 15 tis. klientů. Na základě vydání dočasných průkazů osoby se zdravotním postižením vzniknul jeho majiteli nárok:

- na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob,
- na přednost při osobním projednávání jeho záležitosti na úřadech,
- na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvaji, trolejbusy, autobusy, metrem),
- na slevu 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a slevu 75 % v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy,
- na parkovací průkaz nebo bezplatnou dopravu vodícího psa.

Rozsah výhod se lišil podle typu průkazu OZP, který vycházel z předchozího posouzení zdravotního stavu žadatele.

Úřad práce ČR přestal koncem února 2014 vyplácet přes sKartu všechny dávky ze systému státní sociální podpory a pěstounů. Od tohoto data už je lidé dostávají přímo na svůj účet nebo složenkou. Stejně jako od ledna 2014 dávky z oblasti hmotné nouze, zaměstnanosti a dávky pro osoby se zdravotním postižením.

II. Výzkumná část

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Hlavní výzkumná otázka

„Přispělo zavedení elektronické poukázky ve formě karty sociálních systémů ke zvýšení efektivnosti při financování sociálních služeb“?

2.2. Cíl

Hlavním cílem mé disertační práce, nazvané: „Využití poukázkového systému jako nástroje ke zvýšení efektivnosti financování sociálních služeb“, je analyzovat systém poskytování a financování sociálních služeb (především terénních forem) a posoudit, do jaké míry zavedení poukázkového systému prostřednictvím karty sociálních systémů přispělo ke zvýšení efektivnosti financování sociálních služeb.

Cílem dotazníkového šetření bylo, kromě shromáždění údajů o využívání příspěvku na péči, ověřit možnosti zavedení elektronické poukázky ve formě karty sociálních systémů.

2.3. Hypotézy

H1) Příčinou neefektivnosti financování sociálních služeb byla skutečnost, že přiznání příspěvku na péči nebylo podmíněno čerpáním služby od registrovaného poskytovatele sociálních služeb.

H2) Zavedení elektronické poukázky ve formě karty sociálních systémů přispělo k posílení finanční stability poskytovatelů, především terénních forem sociálních služeb.

H3) Ke zvýšení efektivnosti financování sociálních služeb by přispělo zřízení funkce "care managera" na obcích s pověřeným obecním úřadem, do jehož pracovní náplně by patřilo zprostředkování nabídky sociálních služeb klientům v závislosti na jejich nepříznivé sociální situaci?

H4) Elektronické poukázky v podobě karty sociálních systémů jsou optimální formou adresného poskytování sociálních služeb a dávek, zejména pak v závislosti na technických podmínkách poskytovatelů sociálních služeb a vědomostní úrovni jejich uživatelů.

3. Metodika

3.1. Vymezení metodologie

Pro analýzu účinnosti poukázkového systému jako nástroje ke zvýšení efektivnosti financování sociálních služeb byla zvolena kombinace tří sociologických metod. Jedná se o sekundární analýzu dat, v rámci které jsou mapovány všechny relevantní výzkumy v dané oblasti a dokumenty týkající se stavu před zavedením poukázkového systému. K ucelení analytického pohledu na legislativní rámec bylo využito také analýz důvodových zpráv reformních zákonů a novel, které souvisejí s předmětnou oblastí, nejenom v současném znění, ale i znění předchozích a využito bylo i podkladů pro novelizace, vztahujících se ke zkoumané hypotéze.

Ke specifikaci současného stavu byla využita také obsahová analýza mediálních sdělení, neboť zejména ta mohou mít vliv jak na politická rozhodnutí, tak i na pohled veřejnosti. Zároveň poskytují možnost srovnání obsahů sdělení, poskytovaných sdělovacími prostředky. Využity byly i z toho důvodu, že nevznikaly jako reakce na podnět zkoumaného jevu a zároveň umožnily sledování chronologického vývoje.

Sekundární analýza dat představuje další využívání údajů, např. archivovaných sestav z někdejších vlastních šetření, speciální analýzy publikovaných statistických informací či výsledky výzkumů, datových souborů získaných z jiných i zahraničních pracovišť atp. Sekundárně mohou být analyzovány údaje povahy kvalitativní a kvantitativní. Jde o záležitost relativně levnou, nicméně nevýhodou je, že data mohou být převzata i s případnými chybami, kterých se dopustili předchozí autoři a které lze dodatečně těžko odhalit¹⁰¹. Nicméně pro sledování společenských změn a jejich pochopení je studium dokumentů jedinečným nástrojem analýzy.

Druhou využívanou metodou bylo dotazníkové šetření mezi pečujícími osobami o nezaopatřené děti, kterým byl přiznán příspěvek na péči. Metoda sběru dat s pomocí dotazníků umožňuje oslovit velký počet respondentů a zjistit jejich názory, postoje. Nevýhodou této metody je skutečnost, že nemůžeme zajistit, aby tyto dotazníky byly opravdu vyplněny právě požadovanou osobou a ne někým jiným, např. rodinným příslušníkem či kamarádkou.

¹⁰¹ Reichl, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1 vyd. Praha:Grada, 2009, 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6

Příprava dotazníku byla provedena s ohledem na čas potřebný k vyplnění a úplnost nabízené škály odpovědí. Otázky byly formulovány tak, aby korespondovaly s předjímanými cíli a očekávaným vývojem. Zároveň zahrnul dotazník také hodnocení průběhu a dopadů zavedení sKarty. Při rozesílání byl k dotazníku přiložen průvodní informativní text, včetně uvedení, že se jedná o dotazník anonymní a byl distribuován prostřednictvím vybraných poboček Úřadů práce. Otázky byly formulovány srozumitelně, jasně, nesugestivně s ohledem na možnosti oslovených. Výčet odpovědí byl ve formě škály různých možností včetně té, že dotazovaný danou otázku nemůže posoudit. Délka vyplňování byla prověřena pilotním dotazníkem. Průvodní dopis obsahoval informace pro respondenty.

Získaná data byla shrnuta do analýzy, která je výchozím předpokladem ke stanovení závěrů. Výše uvedené metody pak byly ještě doplněny o metodu třetí, metodu hloubkových rozhovorů. Rozhovory byly prováděny jednak s experty na problematiku sociálních služeb ve vybraných pobočkách úřadů práce, krajských a městských úřadů a přímo mezi vybranými poskytovateli sociálních služeb (zejména terénních). Hloubkový rozhovor je jednou z nejvýznamnějších kvalitativních metod. Jedná se o nestrukturovaný individuální rozhovor tazatele a respondenta zaměřený na určité téma, při kterém se tazatel snaží proniknout do hloubi respondentovi mysli a objevit klíčové motivy, postoje či vztahy.

4. Výsledky

Dotazníkové šetření bylo realizováno v období únor – březen 2013 a vyhodnocení jeho výsledků spadalo do období duben - květen 2013. Výběr lokalit pro realizaci šetření byl ovlivněn ochotou jednotlivých vybraných poboček Úřadů práce ČR spolupracovat na daném výzkumu. K výzkumu tak byly přizvány krajské pobočky Úřadů práce ČR a vybrané kontaktní pracoviště v 6 krajích, které byly osloveny s žádostí, aby příslušní pracovníci, zajišťující agendu příspěvku na péči dotazníky, předali rodičům nezaopatřených dětí, kteří splňovali následující podmínky: 1) v uplynulém období jim byl přiznán příspěvek na péči, 2) v daném období nevyužívali žádnou z forem pobytových sociálních služeb, dotazník k vyplnění. Z důvodu zajištění požadované návratnosti byl dotazník samostatně každou osobou vyplňován přímo v prostorách Úřadů práce ČR. K jeho sběru, s ohledem na zachování anonymity, byla u dveří umístěna nádoba s otvorem na vhození.

Konkrétně se jednalo o pracoviště v těchto krajích ČR:

- Středočeský kraj (dále i STČ)
- Jihomoravský kraj (dále i JHM)
- Pardubický kraj (dále i PAK)
- Liberecký kraj (dále i LBK)
- Ústecký kraj (dále i ULK)
- Královéhradecký kraj (dále i HKK)

Dotazník obsahuje všechny typy otázek, tj. uzavřené, otevřené otázky i polootevřené.

Dotazník se skládá ze čtyř částí:

- I. Pečující osoba
- II. Opečovávaná osoba
- III. Poskytovaná péče
- IV. Výplata příspěvku na péči

Metodika vyhodnocení odpovědí

Získaná data byla zpracována s pomocí tabulkového procesoru Excel a statistického softwaru SPSS.

K analýze dat jsem využila třídění prvního, druhého a třetího stupně.

Tříděním prvního stupně rozumíme začleňování objektů podle jedné kvalifikační vlastnosti. Výsledkem tohoto postupu je frekvence objektů v jednotlivých třídách. Rozčleníme-li četnost těchto tříd podle další vlastnosti, získáme třídění druhého stupně. Výsledek tohoto postupu je shrnut do tzv. kontingenční tabulky. Kontingenční tabulka je základním podkladem pro interpretaci souvislostí dvou vlastností zkoumaných objektů. Vychází se přitom z distribuce četností v jednotlivých podtřídách. Smyslem třídění druhého a vyššího stupně je proniknout hlouběji ke struktuře vztahů mezi vlastnostmi objektů. Třídění třetího stupně představuje vstup další vlastnosti, kterou považujeme za nezávislou.

Tam, kde četnosti umožňovaly použití dalších statistických metod, byla využita metoda znaménkového schématu. Znaménkové schéma je běžná rutina československých sociologů, umožňuje názorně pracovat se strukturou asociací v kontingenční tabulce. Je logickým krokem v analýze interakčních vazeb mezi kategoriemi řádků a sloupců¹⁰².

Kontingenční tabulka patří k nejzákladnější metodologické výbavě každého, kdo pracuje s daty. Kontingenční tabulka představuje nejčastější způsob uspořádání dat, který dostáváme z počítače a který prezentujeme ve výzkumných zprávách. Znaménkové schéma v kontingenčních tabulkách je jedním z velmi vhodných grafických prostředků pro analýzu typu vztahů v kontingenční tabulce a patří k nejpraktičtějším inovacím naší sociologické metodologie. Znaménkové schéma je založeno na intuitivním testování shody pozorované a očekávané četnosti v každém poli kontingenční tabulky. Na základě tohoto testování pak program SPSS uvádí (funkce adjustovaná revidua) kritické hodnoty 1,96 + resp. -, 2,58 ++ resp. - a 3,29 +++ resp. ---. Znaménka + znamenají, že pozorované četnosti významně převyšují očekávané četnosti, znaménka -, že pozorované četnosti jsou nižší než očekávané a 0 značí nevýznamný rozdíl. Počet znamének je odstupňován podle významnosti rozdílu, např. „+“ značí významnost na 0,05, „++“ na 0,01 a „+++“ na 0,001 (obdobně „-“). Tyto hranice jsou zvoleny podle přání uživatele, jejich volba je určitou konvencí a zvyklostí. Autoři schématu pan Linhart a Šafář dle Řeháka zavedli pro testování intuitivní statistiku, o které předpokládají, že má asymptoticky normální rozložení a tak má i známé vlastnosti tzv. z- skóre.

Moderní statistické programy při výpočtech předkládají přímo pravděpodobnost chyby I. řádu, označovanou jako „Sig.“ nebo „P-value“, kterou porovnáme se zvolenou hladinou pravděpodobnosti (typicky 0,05). Tyto programy hodnoty pro vyšší přehlednost často

¹⁰² Řehák, J. a Řeháková B. *Sociologický Časopis / Czech Sociological Review*. roč. 14, Čís. 6 (1978), pp. 619-631. Published by: Institute of Sociology of the Academy of Sciences of the Czech Republic Article Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/4112933210.2307/41129332>

označují hvězdičkami, jedna hvězdička pro pravděpodobnost nižší než 0,05, dvě pro p-value nižší než 0,01 a tři pro 0,001.

Hlubkové rozhovory probíhaly v období březen-duben 2013. Výběr expertů pro hlubkové rozhovory k problematice sociálních služeb z řad vybraných úřadů práce, krajských a městských úřadů a poskytovatelů sociálních služeb (zejména terénních) respektován byl uvedený výběr krajů v rámci dotazníkového šetření.

Hlubkové rozhovory měly polostandardizovanou formu a některé probíhaly při osobním setkání a některé telefonicky. Jeden rozhovor trval v průměru 30 min.

Otázky byly kladeny tak, aby sloužily k objasnění a především ke splnění cílů výzkumu.

V závěru dotazníku byl nabídnut prostor k volnému vyjádření ke sledovanému tématu, který využilo 45 respondentů. Z připomínek je patrné, že respondenti mají nedostatečné znalosti nových možností využívání a používání karty sociálních systémů.

Pro ilustraci:

- Dobrovolnost využití sKaret
- Nevědí, že je možné sKartou platit v obchodech
- Nevědí, že je výběr z bankomatu zdarma
- Neznalost týkající se osobních údajů na sKartě

Z důvodu lepší přehlednosti je podstatná část shromážděných informací uváděna v grafech a tabulkách. V neposlední řadě výzkum vychází z platných legislativních předpisů z oblasti sociální i dalších úzce souvisejících oborů a z odborné literatury.

Návratnost dotazníkového šetření

Dotazník byl rozdán v celkovém počtu 372 respondentům, kterým byl přiznán příspěvek na péči nezaopatřených dětí, kteří zároveň nevyužívají žádnou z forem pobytových sociálních služeb.

Celková návratnost dotazníkového šetření činila 79,8 % (297 dotazníků).

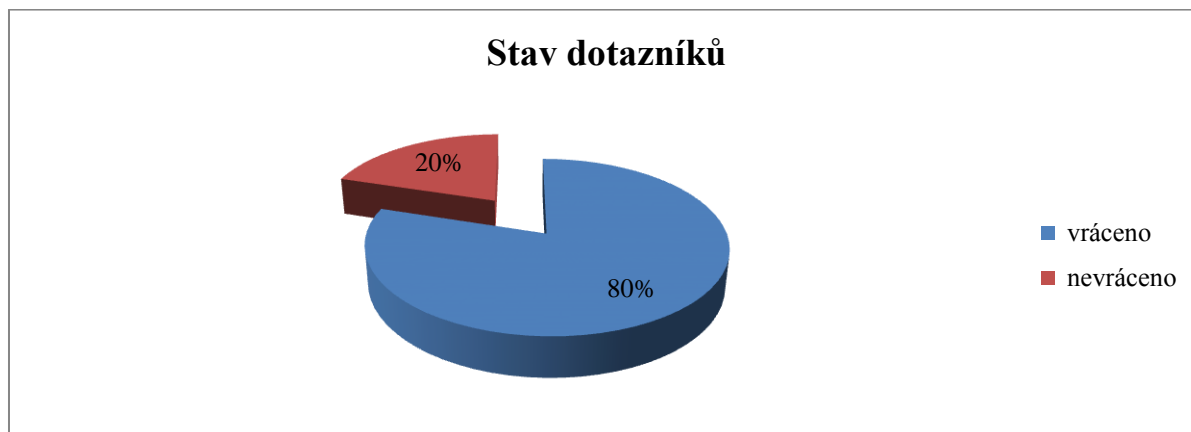
Tabulka č. 7: Stav počtu dotazníků

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ÚLK	celkem
rozdáno	92	65	50	50	65	50	372
vráceno	92	61	20	27	62	35	297
nevráceno	0	4	30	23	3	15	75
návratnost (v %)	100,0	93,8	40,0	54,0	95,4	70,0	79,8

Pramen: vlastní zpracování

Z tabulky vyplývá, že respondenti v Pardubickém kraji odevzdali 92 (100 %) dotazníků, ze Středočeského kraje se vrátilo 62 (95,4 %) dotazníků, z Královéhradeckého kraje se vrátilo 61 (93,8 %) dotazníků, z Ústeckého kraje 35 (70,0 %) dotazníků, z Libereckého kraje 27 (54,0 %) dotazníků a z Jihomoravského kraje 20 (40,0 %) dotazníků. **Je nutné zdůraznit, že ne všech 297 respondentů odpovědělo na všechny otázky, což je evidentní v součtech jednotlivých odpovědí.**

Graf č. 1 – Stav počtu dotazníků



Pramen: vlastní zpracování

Graf znázorňuje součet vrácených a nevrácených dotazníků od respondentů za všechny zasledované kraje.

Metoda dotazníkového šetření byla na vybraných pobočkách Úřadu práce ČR, kde byli osloveni respondenti nezaopatřených dětí, kteří splňovali dané podmínky. Konkrétně se jednalo o pracoviště ve Středočeském, Jihomoravském, Pardubickém, Libereckém, Ústeckém a Královéhradeckém kraji. Dotazník obsahoval všechny typy otázek a skládal se ze čtyř částí.

Při ověřování první části dotazníku „**Pečující osoba**“ se ukázalo, že pečující osobou jsou převážně ženy, pečující o své syny. Z toho lze vyvodit, že ženy jsou ochotné postarat se o opečovávanou osobu. Důvodem může být i skutečnost, že muži jsou převážně po finanční stránce v zaměstnání lépe ohodnoceni než ženy a tak hmotně zajistí rodinu.

Při ověřování druhé části dotazníku „**Opečovávaná osoba**“ se ukázalo, že častěji opečovávanou osobou je mužské pohlaví, narozené v období roku 2006-2007 a rozložení dle přiznaného stupně závislosti bylo sledováno rovnoměrně.

Při ověřování třetí části dotazníku „**Poskytovaná péče**“ se ukázalo, že 2/3 využívá příspěvek na péči k úhradě ostatních služeb, 1/3 respondentů nevyužívá sociální služby od registrovaných poskytovatelů, 2/5 respondentů vůbec nevyužívá žádnou zdravotní službu a 1/2 respondentů uvádí, že poskytovaný příspěvek na péči postačí k tomu, aby plně pokryly náklady na zajištění péče. Dále respondenti uvedli, že o poskytnutí sociálních služeb téměř nežadají z důvodu, že péči zvládají sami a že cena za profesionální služby je cenově nedostupná.

Při ověřování čtvrté „**Výplata příspěvku na péči**“ se ukázalo, že respondenti nejčastěji pobírají příspěvek na péči zasíláním na účet určený příjemcem dávky a o využívání sKarty není zájem. Stejně tak se negativně staví k názoru, že by výplata příspěvku na péči měla být podmíněna poskytnutím alespoň části služeb od registrovaných poskytovatelů sociálních služeb.

Metoda hloubkových rozhovorů probíhala na pobočkách krajského, městského úřadu a úřadu práce. Zde byli osloveni respondenti ve stejných krajích jako u dotazníkového šetření.

Hloubkové rozhovory

Z odpovědí expertů na problematiku sociálních služeb na vybraných krajských úřadech a na městských úřadech vyplynulo, že na sledovanou problematiku není jednoznačné stanovisko.

Při ověřování stanovené hypotézy H1 „Příčinou neefektivnosti financování sociálních služeb byla skutečnost, že přiznání příspěvku na péči není podmíněno čerpáním služby od registrovaného poskytovatele sociálních služeb“ bylo zjištěno, že respondenti nejčastěji

uváděli, že souhlasí, aby příspěvek na péči byl poskytován pouze registrovanými poskytovateli sociálních služeb. K nejčastějším důvodům, které respondenti uváděli, patří:

- systém financování sociálních služeb není dobře nastaven a příspěvek na péči zůstává u příjemce, péči mu zajišťuje rodina (někdy kvalita a rozsah neodpovídá stupni závislosti),
- špatně zpracován systém financování sociálních služeb péče,
- příjemci nechtějí vynakládat finanční prostředky na služby,
- služby se jim zdají drahé a tak chtějí služby od svých blízkých a za péči jim "nezaplatí" a příspěvek na péči si šetří,
- příspěvek se nevrací do systému sociálních služeb,
- není zabezpečena skutečná kontrola čerpání příspěvku na péči, ať už poskytovatelem, či rodinou a systém není efektivní,
- vazba využívání příspěvku na prokázání poskytování služby by situaci zlepšila,
- je nutné, aby příspěvek na péči byl směřován přímo poskytovatelům sociálních služeb na základě uzavřené smlouvy mezi poskytovatelem a uživatelem (právníká i fyzická osoby),
- řada lidí skutečně využívá dávku příspěvek na péči úplně k jiným účelům, než ke kterým je určena, a proto se vyplacené peníze nevracejí zpět do systému.

Ti respondenti, kteří s danou hypotézou víceméně nesouhlasí, uváděli své stanovisko a podpořili ho těmito argumenty:

- pokud rodina je ochotna a schopna zajistit potřebnou péči, nelze klienta nutit k čerpání sociálních služeb,
- zaručit skutečnou kontrolu čerpání příspěvek na péči a pak se systém stane efektivnějším,
- není možné občana omezit v tom, že mu nemůže službu poskytovat rodinný příslušník,
- stanovením povinnosti čerpat nějakou sociální službu, by přineslo do systému finanční prostředky,
- přiznání příspěvku na péči by mělo být podmíněno čerpáním služby.

Výjimečně bylo možné sledovat kombinaci souhlasného i nesouhlasného stanoviska k financování sociálních služeb.

Při ověřování stanovené hypotézy H2 „Zavedení elektronické poukázky ve formě karty sociálních systémů přispělo k posílení finanční stability poskytovatelů, především terénních

forem sociálních služeb“ se ukázalo, že respondenti nejčastěji uváděli, že nesouhlasí s tím, že zavedení elektronické poukázky by, až na dvě výjimky, nepřispělo k posílení finanční stability poskytovatelů. Toto bylo podloženo argumenty, jakými jsou:

- sKarta byla od prvopočátku špatný záměr,
- sKarta by v žádném případě neposílila finanční stabilitu,
- sKarty by neměly s financování sociálních služeb žádnou souvislost,
- nereálný záměr pro uživatele i poskytovatele,
- záměr zavedení sKarty byl pro osoby se zdravotním postižením spíše zátěží,
- podmínění vyplácení příspěvku čerpáním služeb nebo zavedením nějaké formy elektronické poukázky by došlo určitě ke snížení finančních nákladů, ale na druhou stranu by se řada lidí, kteří pečují o své blízké v rámci rodiny a ne jako registrovaní poskytovatelé, dostala do problémů a vyplácení peněz na tuto formu by bylo problematické.

Ti respondenti, kteří souhlasili s předloženou hypotézou, podpořili své stanovisko argumenty, jakými jsou:

- původní záměr sKarty měl smysl, a pokud by byl určen pouze pro uživatele příspěvku na péči, tak by to bylo dobře a pomohl by i zjistit, jak se příspěvek využívá a jakým způsobem jsou z toho hrazeny služby,
- sKarty by zřejmě na stabilitu poskytovaných služeb vliv neměly, nicméně by se možná zvýšil podíl využití příspěvku na sociální služby, a tím by mohlo dojít k rozšíření poskytovaných služeb.

Při ověřování stanovené hypotézy H3 „Ke zvýšení efektivity financování sociálních služeb by přispělo zřízení funkce "care managera" na obcích s pověřeným obecním úřadem, do jehož pracovní náplně by patřilo zprostředkování nabídky sociálních služeb klientům v závislosti na jejich nepříznivé sociální situaci“ se ukázalo, že respondenti z větší části nesouhlasí se zřízením funkce této funkce. Mezi uváděnými důvody lze nalézt tyto argumenty:

- zřízení funkce je zcela zbytečné, protože tuto funkci vykonávají sociální pracovníci,
- jednalo by se o další zbytečnou pracovní pozici,
- zřízení funkce by nepřispělo ke zvýšení efektivity a naopak by finanční prostředky chyběly na sociální služby,
- sociální pracovníci na obcích a krajích mají ze zákona povinnost poskytovat základní sociální poradenství,

- zbytečné, protože každá větší obec má zmapovány sociální služby na svém území a existuje katalog sociálních služeb,
- sociálním službám by se však určitě hodil nějaký manažer, který by pro ně naopak finanční prostředky sháněl, a to u lukrativních firem, podnikatelů atd.,
- nepřispělo by ke zvýšení efektivnosti financování sociálních služeb, již dnes je v souvislosti s výkonem sociální práce na obcích povinností poskytnout tyto informace, čehož klienti hojně využívají, obce komunitně plánují a vydávají katalogy poskytovatelů soc. služeb, veřejnost má informace.

Ti respondenti, kteří by uvítali zřízení dané funkce, podpořili své stanovisko tvrzením, že:

- v Anglii má příjemce s nárokem na sociální službu nárok na finanční dávku, kterou má použít k nákupu potřebných sociálních služeb. Care manager – sociální pracovník - spravuje tyto finanční prostředky a navrhuje klientovi, jak je použít a jak získat co nejlepší služby za určitou částku. Rovněž informuje klienta o výši částky, za kterou může služby koupit,
- zřízení by nebylo špatné, pokud bude mít "care managera" co nabízet, za rozumnou cenu a dostupnost bude optimální,
- nejdříve by muselo být pokrytí různých sociálních služeb na celém území ČR,
- Care manager by byl určitě vhodnou alternativou pro osoby, které se zatím s prostředím sociálních služeb neselekali,
- to by přispělo, ale znamenalo by to další výdaje na financování mzdy a další osobní náklady care managera.

Při ověřování stanovené hypotézy H4 „Elektronické poukázky v podobě karty sociálních systémů jsou optimální formou adresného poskytování sociálních služeb a dávek, zejména pak v závislosti na technických podmínkách poskytovatelů sociálních služeb a vědomostní úrovni jejich uživatelů“ se ukázalo, že na tuto problematiku není jednotný názor. Z odpovědí vyplývá, že 2/5 respondentů jsou přesvědčeni, že forma elektronické poukázky ve formě sKarty byla optimální formou - 3/5 respondentů má tedy k dané otázce záporný názor.

Souhlasné stanovisko bylo sledováno zejména mezi respondenty Středočeského, Jihomoravského a Jihočeského kraje. Naopak negativní postoj zastávali zejména respondenti z Libereckého, Ústeckého a Zlínského kraje. V ostatních vybraných krajích byl poměr souhlasných a nesouhlasných odpovědí vyvážený.

Zastoupení uvedených stanovisek bylo sledováno napříč republikou, tudíž se nejedná pouze o regionální záležitosti.

Vyhodnocení dotazníkového šetření

Údaje týkající se problematiky využívání příspěvku na péči, který byl přiznán nezaopatřeným dětem.

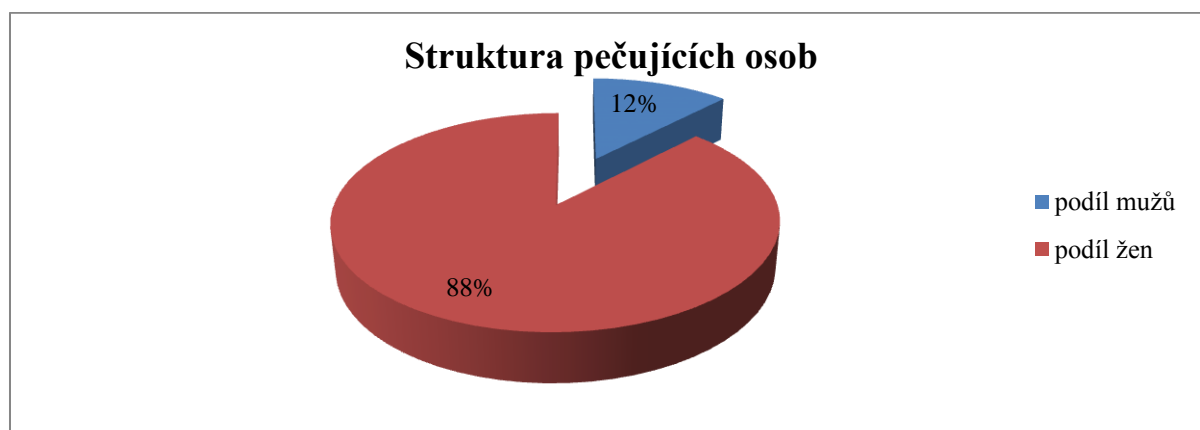
Údaje týkající se PEČUJÍCÍ OSOBY

Tabulka č. 8 - otázka č. I/1 : Pečující osoba je: muž – žena?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	Celkem
muži	15	6	2	2	6	5	36
ženy	77	55	17	25	55	30	259
celkem	92	61	19	27	61	35	295
podíl mužů (v %)	16,3	9,8	10,5	7,4	9,8	14,3	12,2
podíl žen (v %)	83,7	90,2	89,5	92,6	90,2	85,7	87,8

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 2 – Struktura pečujících osob



Pramen: vlastní zpracování

Z tabulky a grafického znázornění je vidět, že na tuto otázku odpovědělo celkem 295 respondentů. Ze všech sledovaných krajů vyplynulo, že pečující osobou jsou převážně

ženy a muži jen v menší míře. Tento podíl činí téměř 9 z 10 ve prospěch žen. Celkově z odpovědí respondentů lze vyvodit závěr, že ženy jsou výrazně častěji ochotny se postarat o opečovávané osoby. Důvodem může být i skutečnost, že muži jsou převážně po finanční stránce v zaměstnání lépe ohodnoceni než ženy a tak hmotně zajistí rodinu včetně opečovávané osoby, která potřebuje více finančních prostředků, než je poskytnuto státem.

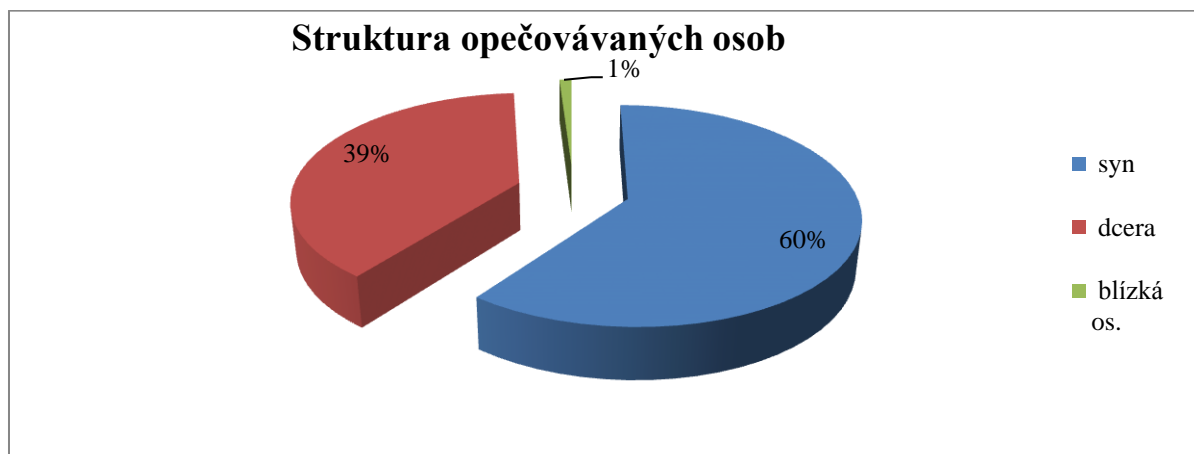
Tabulka č. 9 – otázka č. I/2 : Jaký je Váš vztah k opečovávané osobě? Je to Váš/Vaše:

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	celkem
syn	65	37	10	17	32	17	178
dcera	27	23	8	10	28	18	114
blízká os.	0	1	0	0	2	0	3
celkem	92	61	18	27	62	35	295
syn (v %)	70,7	60,7	55,6	63,0	51,6	48,6	60,3
dcera (v %)	29,3	37,7	44,4	37,0	45,2	51,4	38,6
blízká osoba (v %)	0,0	1,6	0,0	0,0	3,2	0,0	1,0

Pramen: vlastní zpracování

Z tabulky je vidět, že na otázku odpovědělo celkem 295 respondentů. Ve všech sledovaných krajích mají nečastější vztah k opečovávané osobě synové, a to téměř ve 2/3. Pouze 1,0 % respondentů uvedlo, že pečují o opečovávanou osobu ve vztahu „blízká osoba“. Z toho vyplývá, že celkový počet blízkých osob je minimální. Na základě uvedeného lze pozitivně konstatovat, že o opečovávanou osobu se stará především rodina.

Graf č. 3 – Struktura opečovávaných osob



Pramen: vlastní zpracování

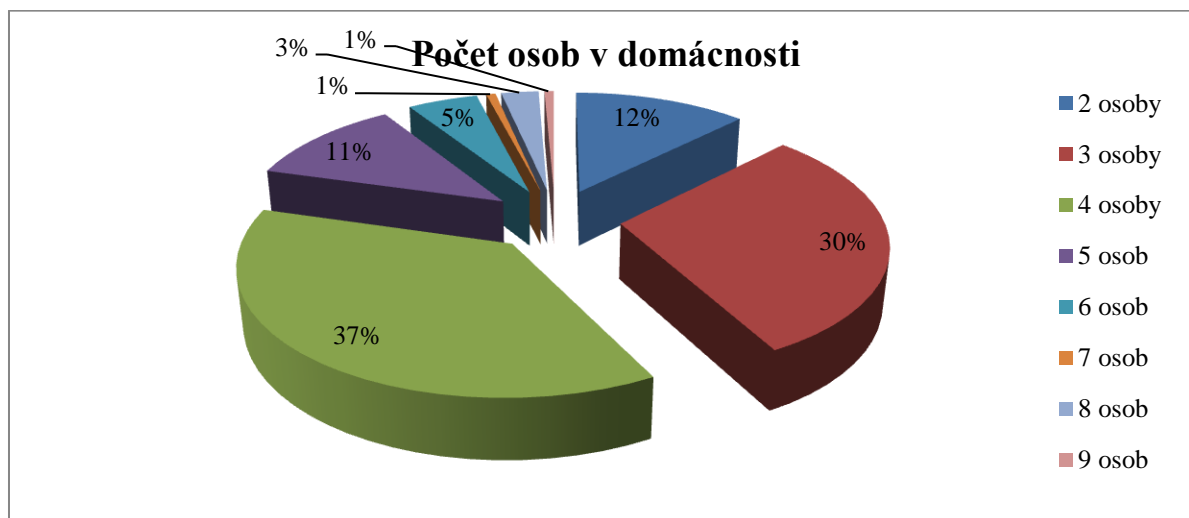
Tabulka č. 10 – otázka I/3 : Kolik je ve Vaší domácnosti celkem osob včetně Vás?

Kraj/počet	2	3	4	5	6	7	8	9	Celkem
PAK	11	20	37	15	4	0	4	1	92
HKK	7	21	22	5	3	1	1	0	60
JHM	2	6	6	4	2	0	0	0	20
LBK	5	10	9	2	1	0	0	0	27
STČ	8	18	26	7	1	1	0	1	62
ULK	4	13	10	1	4	0	3	0	35
Celkem (abs.)	37	88	110	34	15	2	8	2	296
Celkem (v %)	12,5	29,7	37,2	11,5	5,1	0,7	2,7	0,7	

Pramen: vlastní zpracování

Z tabulky vyplývá, že na tuto otázku odpovědělo 296 respondentů. Z toho více než 1/3 respondentů uvedla, že největší zastoupení mají čtyřčlenné domácnosti. Tříčlenné domácnosti byly uvedeny u méně než 1/3 respondentů, dvě osoby v domácnosti uvedla 1/8 respondentů, pět osob v domácnosti uvedla téměř 1/10 respondentů, šest a více osob v domácnosti uvedlo zanedbatelnou část.

Graf č. 4 – Struktura osob v domácnosti



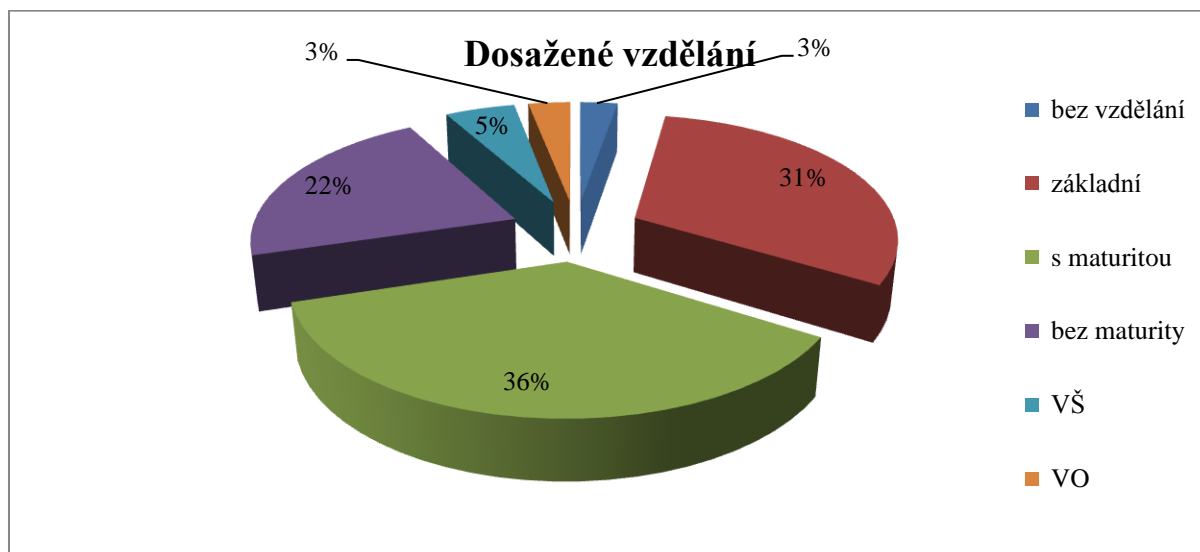
Pramen: vlastní zpracování

Tabulka č. 11 – otázka č. 1/4: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ÚLK	Celkem
bez vzdělání	1	4	0	0	0	3	8
základní	30	11	7	14	16	14	92
bez maturity	28	10	3	5	13	5	64
s maturitou	26	31	8	7	27	9	108
VO	1	2	0	0	4	2	9
VŠ	6	2	2	1	2	2	15
Celkem	92	60	20	27	62	35	296
bez vzdělání (v %)	1,1	6,7	0,0	0,0	0,0	8,6	2,7
základní (v %)	32,6	18,3	35,0	51,9	25,8	40,0	31,1
bez maturity (v %)	30,4	16,7	15,0	18,5	21,0	14,3	21,6
s maturitou (v %)	28,3	51,7	40,0	25,9	43,5	25,7	36,5
VO (v %)	1,1	3,3	0,0	0,0	6,5	5,7	3,0
VŠ (v %)	6,5	3,3	10,0	3,7	3,2	5,7	5,1

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 5 – Struktura dosaženého vzdělání



Pramen: vlastní zpracování

Z tabulky a grafického znázornění je patrné, že více než 1/3 dosáhla nejvyššího vzdělání s maturitou. Další výsledky dle vzdělání jsou tyto: méně než 1/3 osob má základní vzdělání, více než 1/5 osob nedosáhla maturity, pouze 1/20 zakončila své vzdělávání vysokoškolským diplomem a ještě méně osob má vyšší odborné vzdělání a je bez vzdělání.

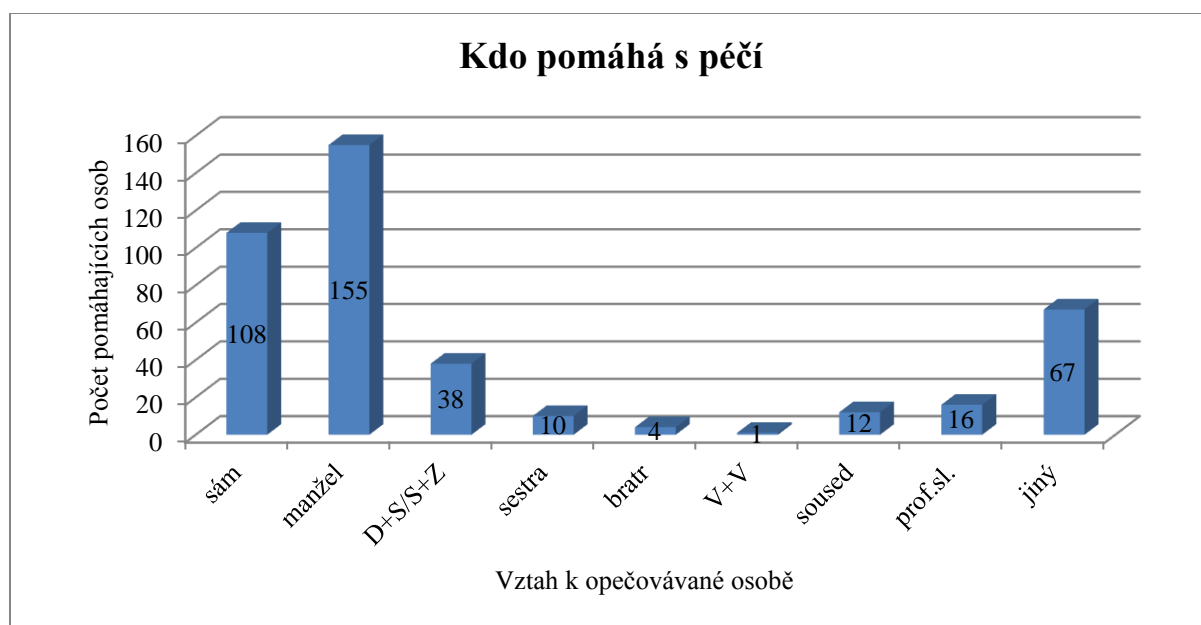
Podrobnější analýzou dat bylo zjištěno, že vyšší míra osob bez vzdělání je v Královéhradeckém kraji a v Ústeckém kraji, naopak nižší je v Pardubickém kraji. V Libereckém kraji je více než 1/2 respondentů se základním vzděláním, naopak v Královéhradeckém kraji to nečiní ani 1/5. Nejvyšší dosažené vzdělání bez maturity bylo zjištěno nejčastěji u osob v Pardubickém kraji a ve Středočeském kraji. V Ústeckém kraji je tento počet nejmenší. Vzdělání s maturitou bylo nejčastěji dosaženo mezi respondenty v Královéhradeckém kraji a ve Středočeském kraji, v Ústeckém kraji je tento počet opět nejnižší. Vyšší odborné vzdělání bylo uvedeno mezi příjemci nejčastěji ve Středočeském kraji a v Ústeckém kraji, žádný takový respondent nebyl v Jihomoravském a Libereckém kraji. Nejvíce osob s vysokoškolským vzděláním mezi respondenty bylo zaznamenáno v Jihomoravském a Pardubickém kraji, nejméně osob s vysokoškolským vzděláním vykazuje Středočeský a Královéhradecký kraj.

Tabulka č. 12 – otázka č. 1/5 : Kdo další Vám s péčí pomáhá?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	Celkem
sám	33	16	9	17	19	14	108
manžel	49	34	9	9	38	16	155
dcera+syn+snacha+zet'	13	5	4	1	10	5	38
sestra	1	3	3	0	2	1	10
bratr	1	3	0	0	0	0	4
vnuk+vnučka	0	0	1	0	0	0	1
soused	3	2	1	2	2	2	12
prof.slужba	2	8	1	1	2	2	16
jiný	23	12	2	4	16	10	67
celkem - možnosti	125	83	30	34	89	50	411
sám (v %)	26,4	19,3	30,0	50,0	21,3	28,0	36,5
manžel (v %)	39,2	41,0	30,0	26,5	42,7	32,0	52,4
dcera+syn+snacha+zet' (v %)	10,4	6,0	13,3	2,9	11,2	10,0	12,8
sestra (v %)	0,8	3,6	10,0	0,0	2,2	2,0	3,4
bratr (v %)	0,8	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4
vnuk+vnučka (v %)	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0	0,3
soused/C (v %)	2,4	2,4	3,3	5,9	2,2	4,0	4,1
prof služba/C (v %)	1,6	9,6	3,3	2,9	2,2	4,0	5,4
jiný/C (v %)	18,4	14,5	6,7	11,8	18,0	20,0	22,6

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 6 – Struktura, kdo další pomáhá s péčí



Pramen: vlastní zpracování

Z tabulky a grafického znázornění je vidět, že nejvíce s péčí pomáhá manžel/manželka, partner/partnerka – tuto variantu odpovědi uvedla více než 1/3 respondentů. Nejčastěji tyto osoby pomáhají s péčí ve Středočeském kraji, nejméně s péčí pomáhají v Libereckém kraji. Dále více než 1/4 respondentů uvedla, že péči zvládají sami pečující. Mezi jiné příbuzné, kteří pomáhají s péčí, je nejčastěji uvedena babička/rodič pečujícího, což představuje zhruba 1/6 osob. Participace ostatních členů domácnosti na péči o opečovávaného již není tak vysoká, přičemž nejnižší participace je patrná u bratra a vnuka/vnučky. Relativně vyrovnaný podíl mezi jednotlivými kraji je u sousedů a sester. Podíl profesionálních služeb na péči byl zaznamenán v případech nepřesahující ani 4,0%. Na otázku odpovědělo 296 respondentů a je nutno zmínit, že respondenti měli možnost více odpovědí. Závěrem lze konstatovat, že největší pomoc přichází od rodinných příslušníků.

Údaje týkající se OPEČOVÁVANÉ OSOBY

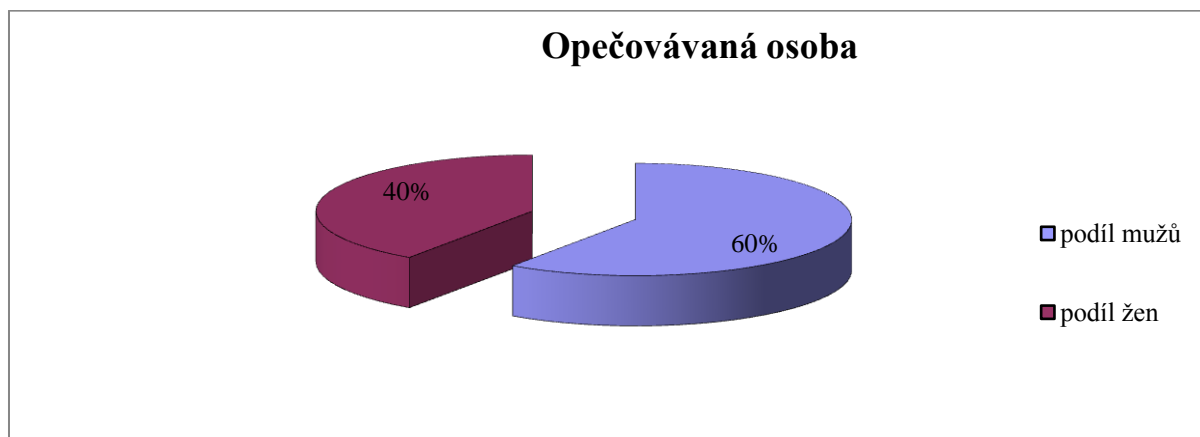
Tabulka č. 13 – otázka II/1 - Je opečovávaná osoba - muž - žena ?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ÚLK	Celkem
muž	64	36	10	17	32	18	177
žena	28	25	10	10	30	17	120
celkem	92	61	20	27	62	35	297
podíl mužů (v %)	69,6	59,0	50,0	63,0	51,6	51,4	59,6
podíl žen (v %)	30,4	41,0	50,0	37,0	48,4	48,6	40,4

Pramen: vlastní zpracování

Z tabulky je vidět, že ve všech krajích opečovávanou osobou je častěji muž. Celkem na tuto otázku odpovědělo 297 respondentů.

Graf č.7 – Struktura opečovávaných osob



Pramen: vlastní zpracování

Graf znázorňuje součet sledovaných krajů.

Tabulka č. 14 – otázka č. II/2 : Ve kterém roce se narodil/a opečovávaná osoba?

Kraj/roky	1986	1989	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PAK	0	0	0	2	1	0	6	0	4	3	10
HKK	0	0	0	0	0	1	5	4	6	8	2
JHM	0	0	0	0	0	0	1	4	0	1	2
LBK	1	0	0	0	0	0	0	2	0	4	1
STČ	0	1	1	0	0	0	0	6	2	2	2
ULK	0	0	0	0	0	2	0	1	2	3	0
Celkem	1	1	1	2	1	3	12	17	14	21	17
Podíl v %	0,3	0,3	0,3	0,7	0,3	1,0	4,1	5,7	4,7	7,1	5,7

Kraj/roky	2000	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	C
PAK	4	3	5	6	6	7	7	9	10	6	3	0	0	92
HKK	4	4	4	3	3	0	1	6	4	5	0	0	1	61
JHM	1	2	0	2	1	1	1	2	0	1	1	0	0	20
LBK	0	3	4	1	2	1	3	3	1	1	0	0	0	27
STČ	2	1	5	3	6	5	11	2	8	3	0	1	0	61
ULK	2	2	4	7	2	2	2	4	0	2	0	0	0	35
Celkem	13	15	22	22	20	16	25	26	23	18	4	1	1	296
Podíl v %	4,4	5,1	7,4	7,4	6,8	5,4	8,4	8,8	7,8	6,1	1,4	0,3	0,3	

Pramen: vlastní zpracování

Z tabulky je patrné, že nejvíce opečovávaných osob se v šetřeném vzorku narodilo v roce 2007 a v roce 2006. Celkem na uvedenou otázku odpovědělo 296 respondentů.

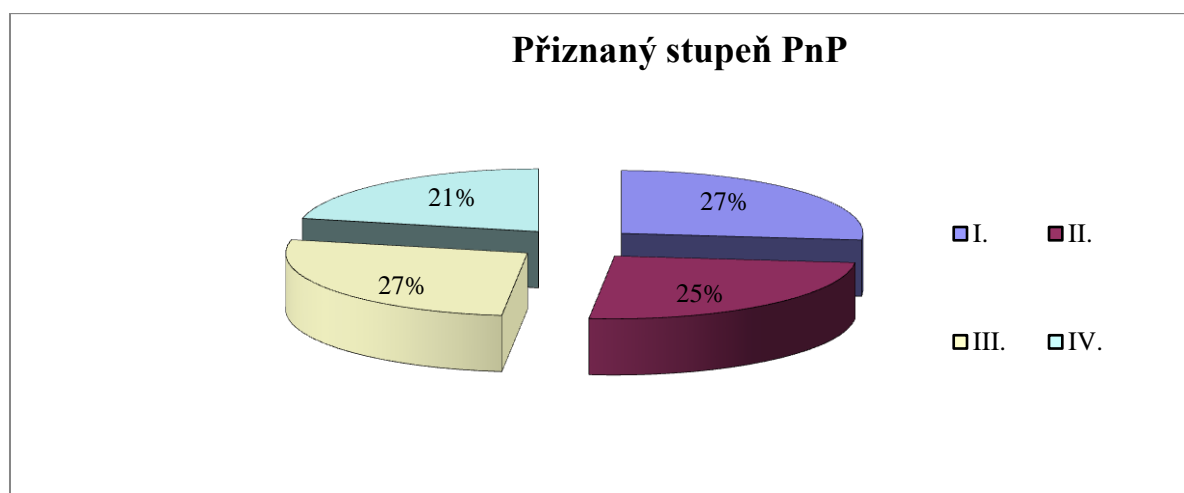
Tabulka č. 15 – otázka č. II/3 : Příspěvek na péči přiznán ve stupni?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	Celkem
I. stupeň	21	10	6	12	19	11	79
II. stupeň	23	15	9	6	13	8	74
III. stupeň	28	20	4	7	14	6	79
IV. stupeň	20	16	1	2	15	10	64
celkem	92	61	20	27	61	35	296
I. (v %)	22,8	16,4	30,0	44,4	31,1	31,4	26,7
II. (v %)	25,0	24,6	45,0	22,2	21,3	22,9	25,0
III. (v %)	30,4	32,8	20,0	25,9	23,0	17,1	26,7
IV. (v %)	21,7	26,2	5,0	7,4	24,6	28,6	21,6

Pramen: vlastní zpracování

Z tabulky je vidět, že příspěvek na péči byl za všechny uvedené kraje nejčastěji přiznán osobám v I. stupni (lehká závislost) a ve III. stupni (těžká závislost), dále pak v II. stupni (středně těžká závislost) a nejméně ve IV. stupni (úplná závislost). Celkem odpovědělo 296 respondentů.

Graf č. 8 – Struktura přiznaného stupně závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Tabulka č. 16 – otázka č. II/4 : Rok přiznání příspěvku na péči?

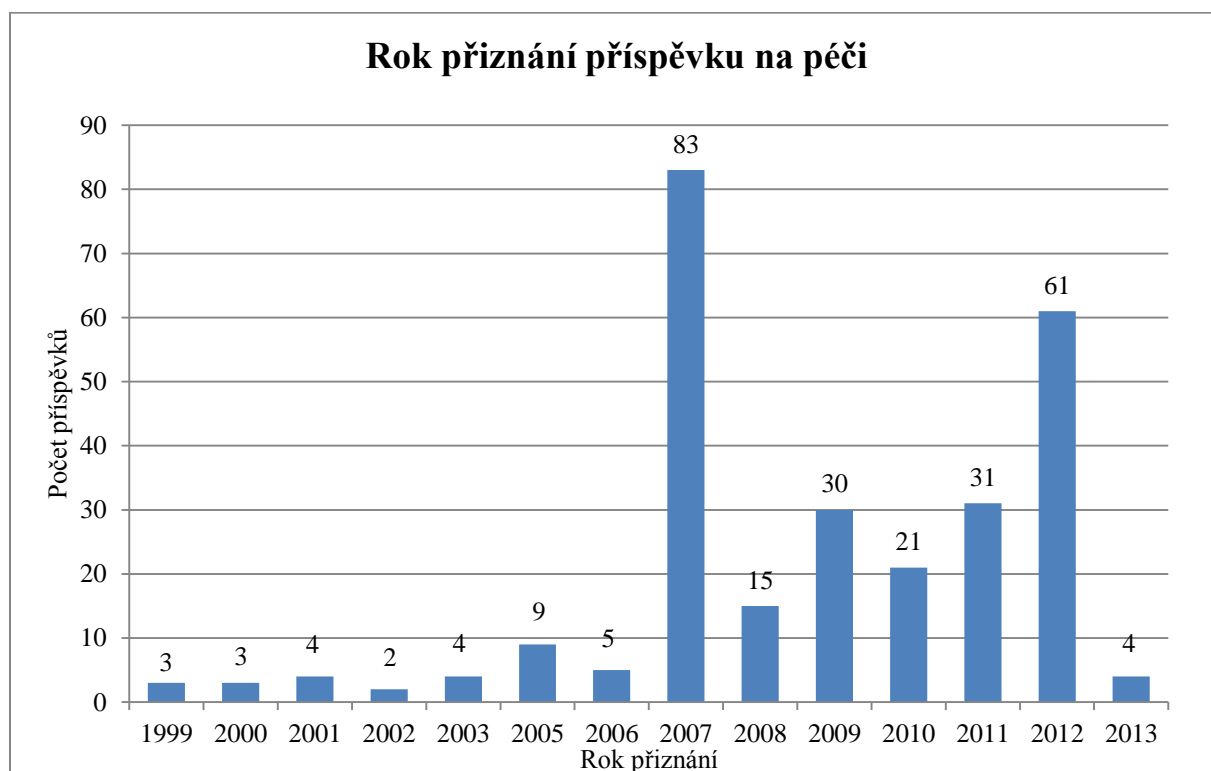
Kraj/rok	1999	2000	2001	2002	2003	2005	2006
PAK	0	2	2	1	0	0	0
HKK	1	0	2	1	2	2	1
JHM	1	0	0	0	0	1	0
LBK	0	1	0	0	0	1	2
STČ	1	0	0	0	1	4	2
ULK	0	0	0	0	1	1	0
Celkem	3	3	4	2	4	9	5
podíl (v %)	1,1	1,1	1,5	0,7	1,5	3,3	1,8

Kraj/rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Celkem
PAK	27	7	7	9	12	20	3	90
HKK	22	3	6	4	3	6	0	53
JHM	1	0	1	4	5	2	1	16
LBK	4	1	1	1	2	10	0	23
STČ	16	3	9	1	4	19	0	60
ULK	13	1	6	2	5	4	0	33
Celkem	83	15	30	21	31	61	4	275
podíl (v %)	30,2	5,5	10,9	7,6	11,3	22,2	1,5	

Pramen: vlastní zpracování

Respondenti u této otázky odpovídali chybně. Jednalo se o 30 respondentů, kteří uvedli, že příspěvek na péči jim byl přiznán v rozmezí let 1999 – 2006, což není možné. Příspěvek na péči byl zaveden novým zákonem o sociálních službách od 1.1.2007.

Graf č. 9 – Příspěvek na péči dle roku přiznání



Pramen: vlastní zpracování

Z tabulky a grafického znázornění je vidět, že příspěvek na péči byl za šetřený vzorek respondentů nejvíce přiznán v roce 2007, zhruba 1/3, dále v roce 2012, a to téměř 1/4 a v letech 2011 a 2009 více než 1/10 v každém roce.

Údaje týkající se POSKYTOVANÉ PÉČE

Tabulka č. 17 – otázka III/1: Co z příspěvku na péči hradíte?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	celkem	podíl (v %)
ostatní služby	207	125	43	46	157	73	651	64,6
sociální služby	134	68	22	34	72	26	356	35,4

Pramen: vlastní zpracování

Z tabulky vyplývá, že v téměř 2/3 je příspěvek na péči využíván k úhradě ostatních služeb (léky, doprava/benzín, úklid, zdravotní pomůcky, lékař a nájem) a ve zbylé 1/3 k nákupu služeb sociálních (dovoz obědů, pečovatelka, věci denní potřeby a jídlo/potraviny).

Graf č. 10 – Využití příspěvku na péči



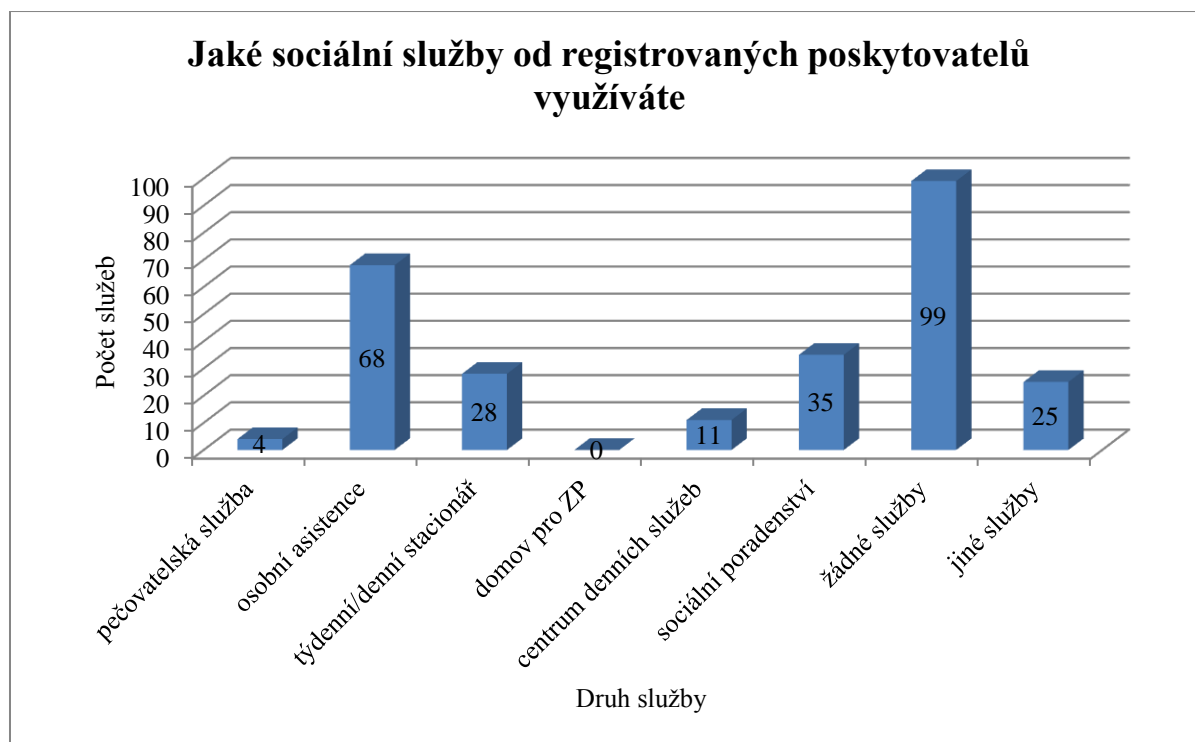
Pramen: vlastní zpracování

Tabulka č. 18 – otázka č. III/2: Jaké sociální služby od registrovaných poskytovatelů v současné době využíváte?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	Celkem
pečovatelská služba	0	1	2	0	1	0	4
osobní asistence	25	24	5	2	9	3	68
týdenní/denní stacionář	3	11	4	0	10	0	28
domov pro ZP	0	0	0	0	0	0	0
centrum denních služeb	4	3	0	1	3	0	11
sociální poradenství	12	8	4	4	7	0	35
žádné služby	30	11	4	11	20	23	99
jiné služby	13	2	0	2	7	1	25
celkem	87	60	19	20	57	27	270
pečovatelská služba (v %)	0,0	1,7	10,5	0,0	1,8	0,0	1,7
osobní asistence (v %)	28,7	40,0	26,3	10,0	15,8	11,1	28,6
týdenní/denní stacionář (v %)	3,4	18,3	21,1	0,0	17,5	0,0	11,8
domov pro ZP (v %)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
centrum denních služeb (v %)	4,6	5,0	0,0	5,0	5,3	0,0	4,6
sociální poradenství (v %)	13,8	13,3	21,1	20,0	12,3	0,0	14,7
žádné služby (v %)	34,5	18,3	21,1	55,0	35,1	85,2	41,6
jiné služby (v %)	14,9	3,3	0,0	10,0	12,3	3,7	10,5

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 11 – Využívané soc. služby od registrovaných poskytovatelů?



Pramen: vlastní zpracování

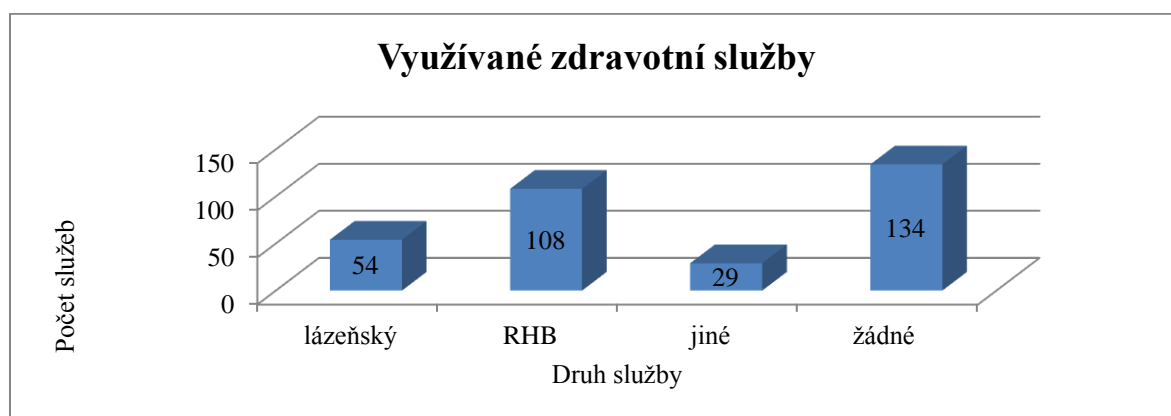
Z tabulky a grafického znázornění lze říci, že 1/3 všech sledovaných respondentů (99 osob), bez ohledu na lokalitu, nevyužívá sociálních služeb od registrovaných poskytovatelů a ani s jejím využíváním v budoucnu nepočítá. K nejvíce využívaným soc. službám patří osobní asistence více než 1/4. Sociální poradenství a týdenní/denní stacionář v obou případech více než 1/10. Mezi jiné služby nejčastěji respondenti řadí speciální MŠ, ZŠ, asistenta v MŠ, ranou péči a rehabilitaci. Mírný potenciál má centrum denních služeb a pečovatelská služba více než 1/3 respondentů uvedla, že nevyužívá žádné služby. Celkem na tuto otázku odpovědělo 270 respondentů. Myslím si, že respondenti by měli více využívat profesionální sociální služby, a to zejména z důvodu snahy o odlehčení péče rodinným příslušníkům, dále z důvodu potřeby odborné profesionální péče a odborných pečovatelských služeb. Je pravda, že ve většině uvedených lokalit je nejčastější důvod pro nevyužívání profesionálních služeb jejich cenová nedostupnost, což bylo od respondentů uvedeno v jednotlivých dotaznících.

Tabulka č. 19 – otázka č. III/3: Jaké zdravotní služby v současné době využíváte?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ÚLK	Celkem
lázeňský pobyt	19	12	2	3	11	7	54
RHB	34	24	10	8	18	14	108
jiné služby	5	10	1	2	8	3	29
žádné služby	44	23	7	17	29	14	134
celkem - možnosti	102	69	20	30	66	38	325
lázeňský (v %)	18,6	17,4	10,0	10,0	16,7	18,4	19,5
RHB (v %)	33,3	34,8	50,0	26,7	27,3	36,8	39,0
jiné (v %)	4,9	14,5	5,0	6,7	12,1	7,9	10,5
žádné (v %)	43,1	33,3	35,0	56,7	43,9	36,8	48,4

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 12 – Využívané zdravotní služby?



Pramen: vlastní zpracování

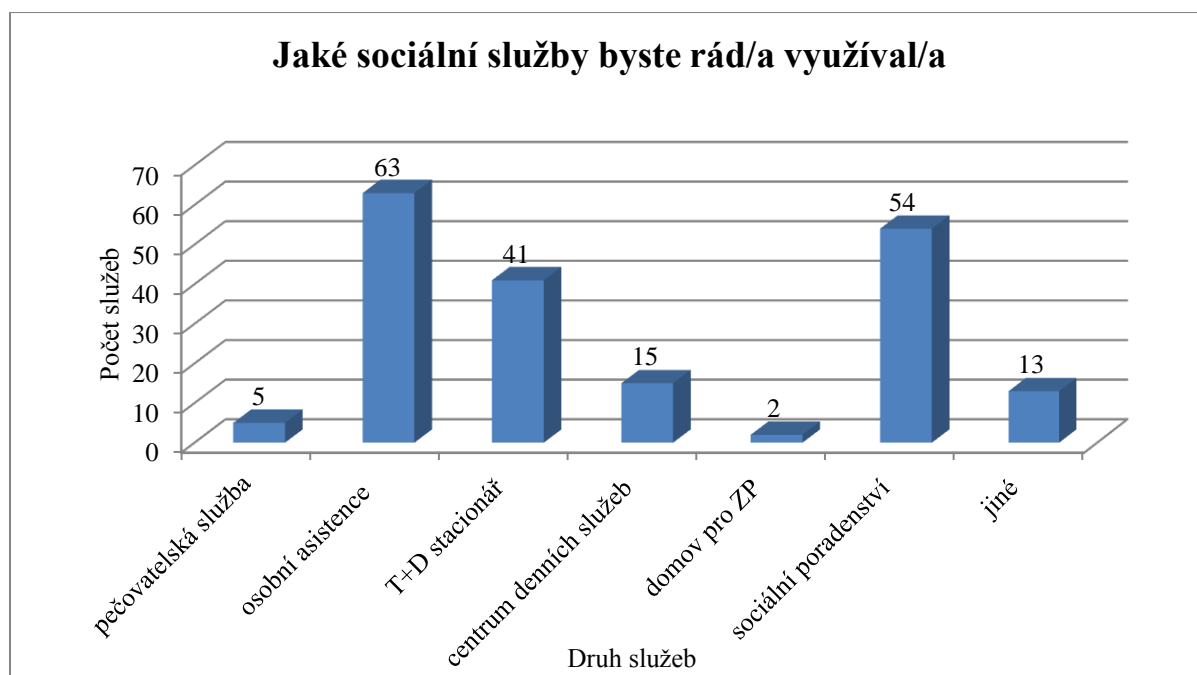
Z tabulky a grafického znázornění lze říci, že 2/5 respondentů v současné době nevyužívá žádnou zdravotní službu. Co se týká využívání sociálních služeb, tak nejvíce za všechny sledované kraje respondenti uvedli rehabilitaci - více než 1/3 respondentů, dále lázeňský pobyt a jiné služby. Mezi jiné služby byla nejčastěji uváděna logopedie, foniatrie, hippoterapie, psychologie, psychiatrie a neurologie. Na otázku odpovědělo 277 respondentů a je nutno zmínit, že respondenti měli možnost více odpovědí.

Tabulka č. 20 – otázka č. III/4: Jaké sociální služby byste rád/a využíval/a?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	Celkem
pečovatelská služba	2	1	0	0	2	0	5
osobní asistence	22	11	5	5	14	6	63
týdenní/denní stacionář	13	11	1	3	12	1	41
centrum denních služeb	1	6	2	0	3	3	15
domov pro ZP	0	1	0	1	0	0	2
sociální poradenství	12	15	4	3	12	8	54
jiné	3	4	0	1	2	3	13
celkem-možnosti	53	49	12	13	45	21	193
pečovatelská služba (v %)	3,8	2,0	0,0	0,0	4,4	0,0	3,2
osobní asistence (v %)	41,5	22,4	41,7	38,5	31,1	28,6	40,9
týdenní/denní stacionář (v %)	24,5	22,4	8,3	23,1	26,7	4,8	26,6
centrum denních služeb (v %)	1,9	12,2	16,7	0,0	6,7	14,3	9,7
domov pro ZP (v %)	0,0	2,0	0,0	7,7	0,0	0,0	1,3
sociální poradenství (v %)	22,6	30,6	33,3	23,1	26,7	38,1	35,1
jiné (v %)	5,7	8,2	0,0	7,7	4,4	14,3	8,4

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 13 – Sociální služby, které by byly využívány



Pramen: vlastní zpracování

Z tabulky a grafického znázornění lze říci, že respondenti by rádi nejraději využívali osobní asistenci a sociální poradenství v obou případech téměř 1/3, týdně/denní stacionář 1/5 a centrum denních služeb. V několika případech respondenti uvedli jiné služby, mezi které patří např. domácí péče, pedagogický asistent, lázně nebo tábor. K dalším soc. službám, které by respondenti nejméně využívali, je pečovatelská služba a domov pro ZP.

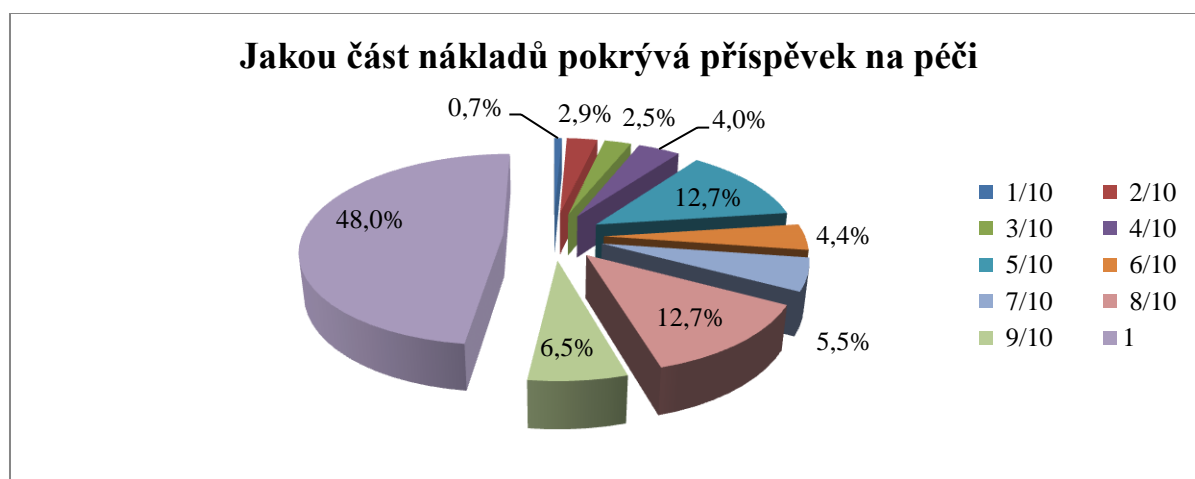
Z podrobnějšího pohledu je zřejmé, že respondenti by nejvíce využívali osobní asistenci, a to v Pardubickém kraji a pak ve Středočeském kraji. Dále pak sociální poradenství v Ústeckém a Jihomoravském kraji. Nutné podotknout, že na tuto otázku odpovědělo 154 respondentů a mohli uvést více možností.

Tabulka č. 21 – otázka č. III/5: Pokuste se prosím odhadnout, jakou část celkových nákladů na zajištění péče pokrývá příspěvek na péči?

Data/náklady	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Celkem
celkem	2	8	7	11	35	12	15	35	18	132	275
podíl (v %)	0,7	2,9	2,5	4,0	12,7	4,4	5,5	12,7	6,5	48,0	

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 14 – Celkové náklady na zajištění péče, kterou pokrývá příspěvek na péči



Pramen: vlastní zpracování

Příspěvek na péči je využíván jako celý k zabezpečení péče u téměř 1/2 respondentů, více než 1/10 respondentů tento příspěvek využívá na 50% a 80% krytí celkových nákladů. Celkem na tuto otázku odpovědělo 275 respondentů. Veškeré náklady na výplatu příspěvku na péči jsou hrazeny ze státního rozpočtu.

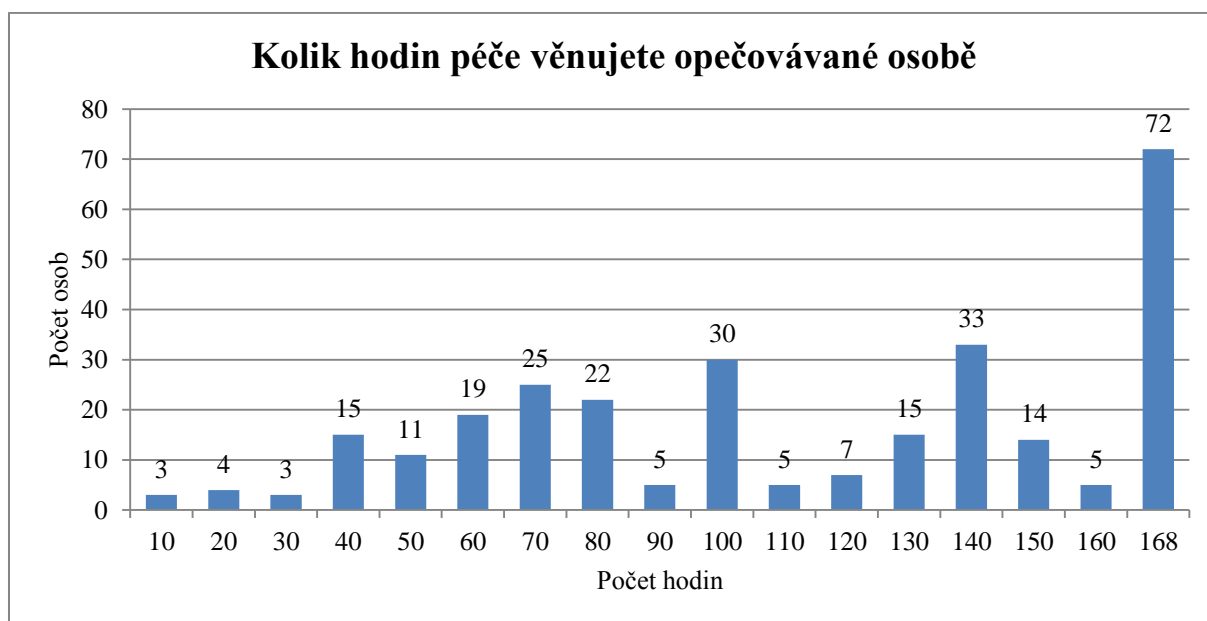
Tabulka č. 22 – otázka č. III/6: Pokuste se odhadnout, kolik hodin péče v průměru za týden věnujete opečovávané/mu?

Počet hodin	10	20	30	40	50	60	70	80
Počet osob	3	4	3	15	11	19	25	22
podíl (v %)	1,0	1,4	1,0	5,2	3,8	6,6	8,7	7,6

Počet hodin	90	100	110	120	130	140	150	160	168	celkem
Počet osob	5	30	5	7	15	33	14	5	72	288
podíl (v %)	1,7	10,4	1,7	2,4	5,2	11,5	4,9	1,7	20,5	100,0

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 15 - Kolik hodin péče v průměru za týden věnujete opečovávané/mu?



Pramen: vlastní zpracování

Z tabulkového a grafického znázornění vyplývá, že existují rozdíly v délce poskytované péče. Nejčastější délka péče za týden činí 168 hodin. Nejnižší rozsah péče je poskytován v délce 10 až 30 hodin za týden. Celkem na tuto otázku odpovědělo 288 respondentů.

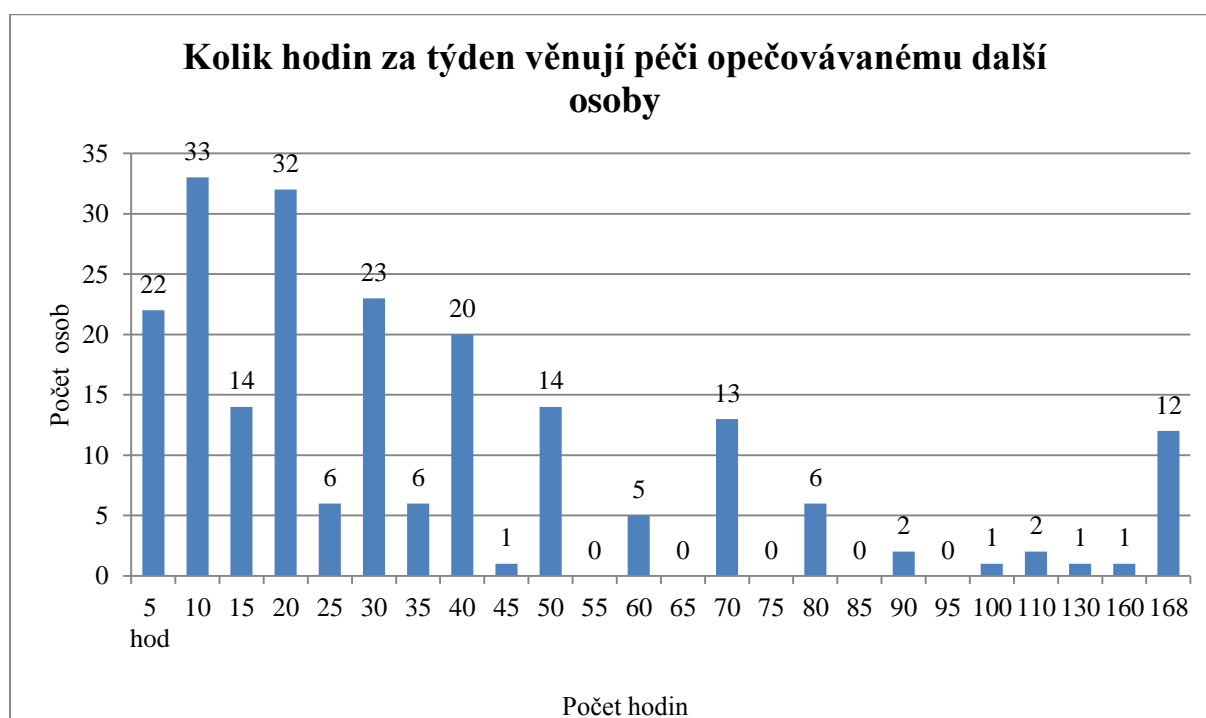
Tabulka č. 23 – otázka č. III/7: Pokuste se prosím odhadnout, kolik hodin v průměru za týden věnují péči další osoby (viz. otázka č. 5)?

Počet hodin	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Počet osob	22	33	14	32	6	23	6	20	1	14
Podíl (v %)	10,3	15,4	6,5	15,0	2,8	10,7	2,8	9,3	0,5	6,5

60	70	80	90	100	110	130	160	168	Celkem
5	13	6	2	1	2	1	1	12	214
2,3	6,1	2,8	0,9	0,5	0,9	0,5	0,5	5,6	100,0

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 16 – Kolik hodin v průměru za týden věnují péči další osoby?



Pramen: vlastní zpracování

Z tabulkového a grafického znázornění vyplývá, že existují rozdíly i v délce poskytované péče dalšími osobami. Další osoby věnují opečovávané osobě nejčastěji 10 hodin, dále

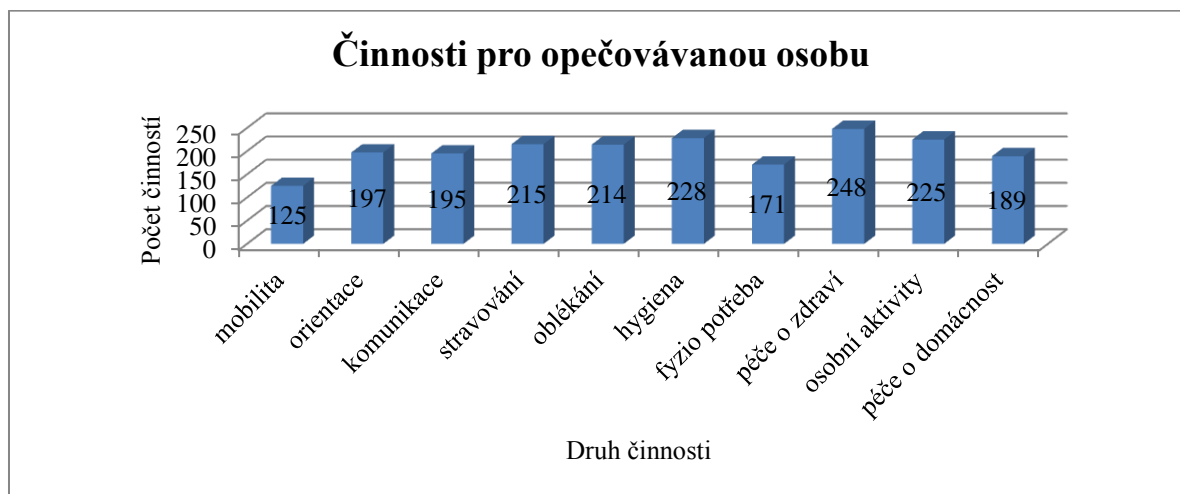
20 a 30 hodin. Péče přesahující 100 hodin je uváděna jako méně využívána. Celkem na tuto otázku odpovědělo 214 respondentů.

Tabulka č. 24 – otázka č. III/8: Jaké činnosti v současnosti jsou vykonávány pro opečovávaného? Jde o pomoc, která je prováděna opakovaně delší dobu, proto prosím neuvádějte jednorázové činnosti?(Zakroužkujte pouze jednu možnost v každém řádku).

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	Celkem
mobilita	35	29	9	9	25	18	125
orientace	58	48	13	15	43	20	197
komunikace	62	47	11	15	42	18	195
stravování	64	44	14	21	43	29	215
oblékání	62	51	12	16	47	26	214
hygiena	69	53	12	18	47	29	228
fyzio. potřeby	58	37	8	12	37	19	171
péče o zdraví	71	52	16	24	52	33	248
osobní aktivity	70	49	10	18	48	30	225
péče o domácnost	48	43	16	19	39	24	189
celkem-možnosti	597	453	121	167	423	246	2007
mobilita (v %)	5,9	6,4	7,4	5,4	5,9	7,3	43,1
orientace (v %)	9,7	10,6	10,7	9,0	10,2	8,1	67,9
komunikace (v %)	10,4	10,4	9,1	9,0	9,9	7,3	67,2
stravování (v %)	10,7	9,7	11,6	12,6	10,2	11,8	74,1
oblékání (v %)	10,4	11,3	9,9	9,6	11,1	10,6	73,8
hygiena (v %)	11,6	11,7	9,9	10,8	11,1	11,8	78,6
fyzio. potřeby (v %)	9,7	8,2	6,6	7,2	8,7	7,7	59,0
péče o zdraví (v %)	11,9	11,5	13,2	14,4	12,3	13,4	85,5
osobní aktivity (v %)	11,7	10,8	8,3	10,8	11,3	12,2	77,6
péče o domácnost (v %)	8,0	9,5	13,2	11,4	9,2	9,8	65,2

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 17 – Jaké činnosti v současnosti jsou vykonávány?



Pramen: vlastní zpracování

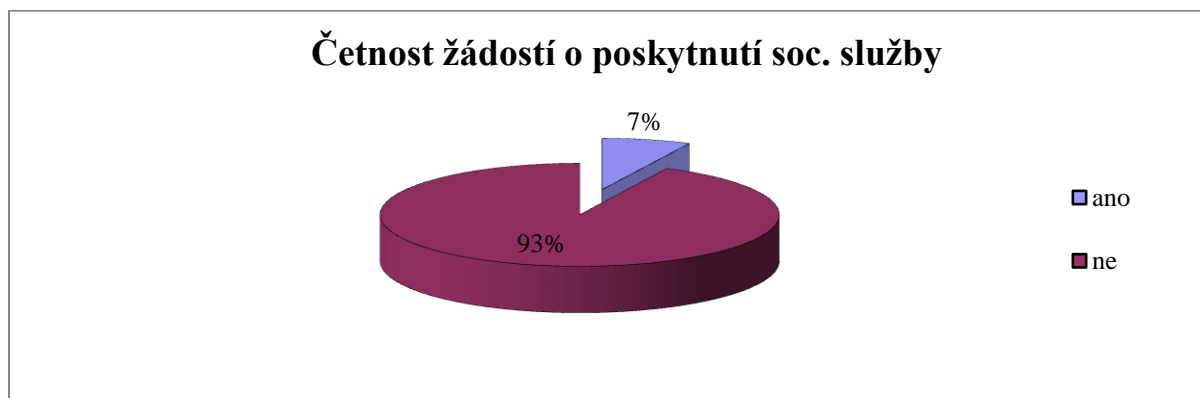
Z tabulky a grafického znázornění je zřejmé, že osoby pečující vykonávají v rámci péče různé činnosti, které jsou spojeny s každodenními potřebami příjemce péče. V rámci profesionální péče je nejčastěji vykonávána péče o zdraví, mezi další činnosti pak patří hygiena, osobní aktivity, stravování a oblékání. Ve všech činnostech více než 1/10. V rámci rodinné péče se nejméně vykonává pomoc spojená s mobilitou. Nutné podotknout, že na tuto otázku odpovědělo 290 respondentů a mohli uvést více možností.

Tabulka č. 25 – otázka č. III/9: Žádal/a jste o poskytnutí sociální služby a byl/a jste neúspěšný/á?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	Celkem
ano	9	2	2	2	3	3	21
ne	80	57	18	24	59	32	270
celkem	89	59	20	26	62	35	291
ano (v %)	10,1	3,4	10,0	7,7	4,8	8,6	7,2
ne (v %)	89,9	96,6	90,0	92,3	95,2	91,4	92,8

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 18 – Žádost o poskytnutí sociální služby?



Pramen: vlastní zpracování

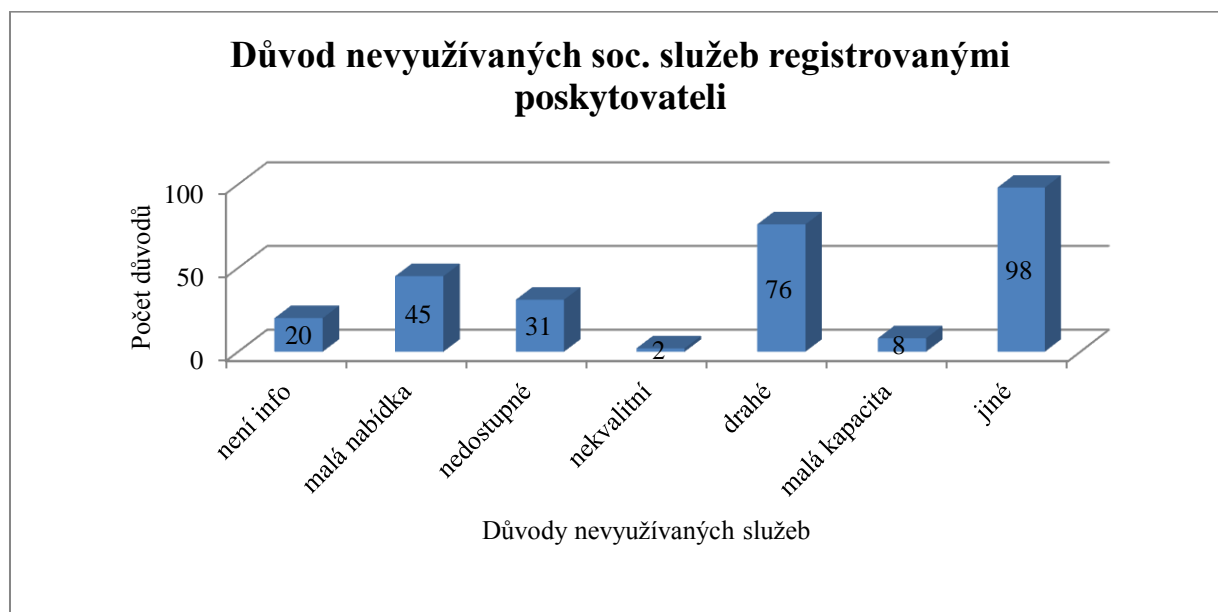
Z tabulky a grafického znázornění je zřejmé, že respondenti o poskytnutí sociálních služeb téměř nežádají. Méně než 1/10 respondentů uvedla, že o sociální službu žádali. Nejvyšší počet žádajících byl zaznamenán v Pardubickém kraji, a to v 1/10 žádostí. Na otázku odpovědělo 291 respondentů.

Tabulka č. 26 – otázka č. III/10: Z jakých důvodů nevyžíváte sociální služby poskytované registrovanými poskytovateli?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	Celkem
není informace	9	2	2	1	5	1	20
malá nabídka	5	17	1	4	13	5	45
nedostupné	6	8	0	4	9	4	31
nekvalitní	2	0	0	0	0	0	2
drahé	26	18	5	6	16	5	76
malá kapacita	4	2	0	1	1	0	8
jiné	37	12	3	9	19	18	98
celkem – možnosti	89	59	11	25	63	33	280
není informace (v %)	10,1	3,4	18,2	4,0	7,9	3,0	8,7
malá nabídka (v %)	5,6	28,8	9,1	16,0	20,6	15,2	19,5
nedostupné (v %)	6,7	13,6	0,0	16,0	14,3	12,1	13,4
nekvalitní (v %)	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
drahé (v %)	29,2	30,5	45,5	24,0	25,4	15,2	32,9
malá kapacita (v %)	4,5	3,4	0,0	4,0	1,6	0,0	3,5
jiné (v %)	41,6	20,3	27,3	36,0	30,2	54,5	42,4

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 19 - Nevyužívání sociálních služeb od registrovaných poskytovatelů?



Pramen: vlastní zpracování

Z tabulkového a grafického znázornění je vidět, že s využíváním sociálních služeb souvisí také to, do jaké míry jsou příjemci příspěvku na péči informováni o nabídce a dostupnosti služeb.

Jednoznačně nejčastější důvod nevyužívání služeb respondenti skryli za variantu „jiné“ – ve více než 1/3 odpovědí. Ta představovala, že péči zatím zvládají sami. Druhým nejčastějším důvodem nevyužívání sociálních služeb poskytovaných registrovanými poskytovateli, je jejich vysoká cena méně než 1/3. Pro méně než 1/5 respondentů je důvodem existence malé nabídky služeb a více než 1/10 respondentů uvedlo, že služby nejsou dopravně dostupné. Dostatečné informace o nabídce služeb postrádá nepodstatná část respondentů. Ještě menší skupina zdůvodňuje nevyužívání služeb tím, že nabízené sociální služby nemají dostatečnou kapacitu a že se jim zdají nekvalitní. Celkem na tuto otázku odpovědělo 280 respondentů.

Z uvedených krajů je nejčastější důvod pro nevyužívání profesionálních služeb jejich cenová nedostupnost. Z respondentů, kteří sociální služby nevyužívají, uvádějí cenovou nedostupnost těchto služeb nejčastěji respondenti z Pardubického kraje a nejméně respondenti z Jihomoravského kraje a Ústeckého kraje.

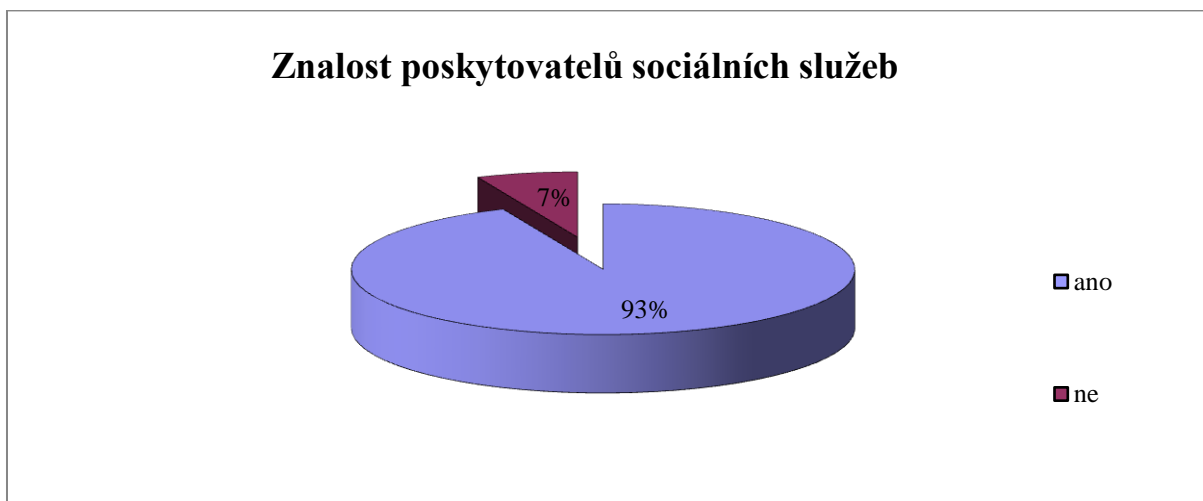
Zde je nutné podotknout, že nejen náklady na sociální služby, ale i náklady na domácnost se neustále zvyšují a tudíž je z uvedených odpovědí patrné, že respondenti na tyto služby nemají dostatek finančních prostředků a proto dané služby nevyužívají. Nutné podotknout, že na tuto otázku odpovědělo 231 respondentů a mohli uvést více možností.

Tabulka č. 27 – otázka č. III/11: Víte na koho se obrátit, když potřebujete poradit se sociálními službami?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	Celkem
ano	84	57	17	24	57	34	273
ne	6	3	3	1	5	1	19
celkem	90	60	20	25	62	35	292
ano (v %)	93,3	95,0	85,0	96,0	91,9	97,1	93,5
ne (v %)	6,7	5,0	15,0	4,0	8,1	2,9	6,5

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 20 - Na koho se obrátit, když potřebujete poradit se sociálními službami?



Pramen: vlastní zpracování

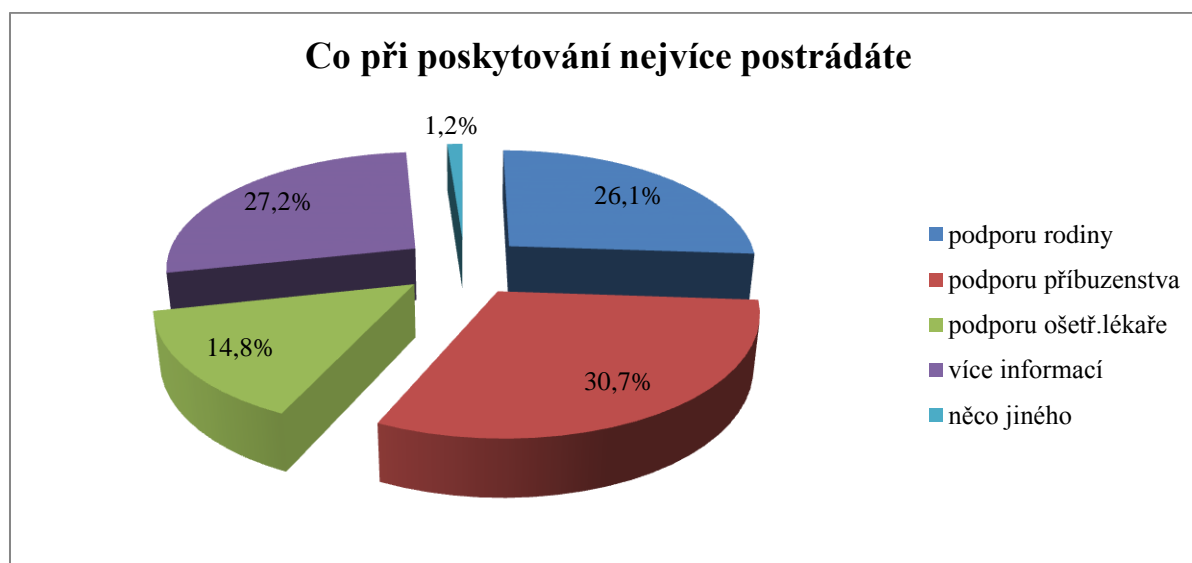
Pozitivním zjištěním je skutečnost, že v podstatě všichni respondenti vědí, v případě potřeby informací týkajících se sociálních služeb, kam a na koho se mohou obrátit. Pouze malá část respondentů tuto znalost popřelo. Celkem na tuto otázku odpovědělo 292 respondentů.

Tabulka č. 28 – otázka č. III/12: Co při poskytování péče nejvíce postrádáte?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	Celkem	Podíl (v %)
podporu rodiny	22	16	3	9	8	9	67	26,1
podporu příbuzenstva	28	20	6	8	10	7	79	30,7
podporu lékaře	12	5	4	3	9	5	38	14,8
více informací	21	18	4	4	17	6	70	27,2
něco jiného	0	0	0	0	1	2	3	1,2

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 21 – Co pečující nejvíce postrádají při poskytování péče?



Pramen: vlastní zpracování

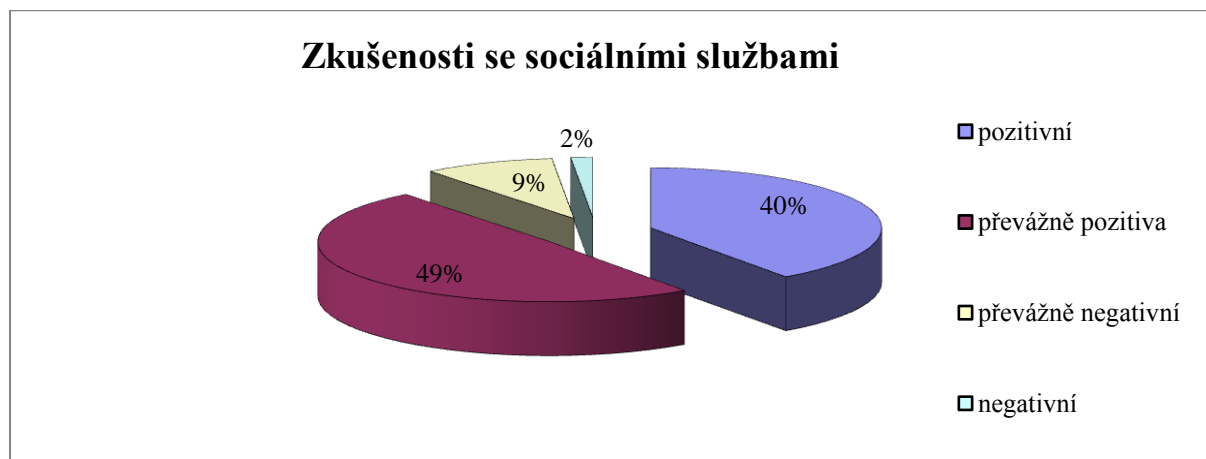
Při poskytování péče respondenti nejvíce postrádají podporu příbuzenstva – 4/10, podobné to je v případě chybějících informací a podpory rodiny. Přibližně 2/10 respondentů uvedla postrádání podpory od lékaře.

Tabulka č. 29 – otázka č. III/13: Jak byste popsal/a Vaše konkrétní zkušenosti se sociálními službami, které nyní využíváte?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	Celkem
pozitivní	28	17	5	9	13	7	79
převážně pozitiva	30	28	7	5	25	2	97
převážně negativní	5	5	2	3	3	0	18
negativní	1	0	0	0	1	1	3
celkem	64	50	14	17	42	10	197
pozitivní	43,8	34,0	35,7	52,9	31,0	70,0	40,1
převážně pozitiva	46,9	56,0	50,0	29,4	59,5	20,0	49,2
převážně negativní	7,8	10,0	14,3	17,6	7,1	0,0	9,1
negativní	1,6	0,0	0,0	0,0	2,4	10,0	1,5

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 22 - Zkušenosti se sociálními službami?



Pramen: vlastní zpracování

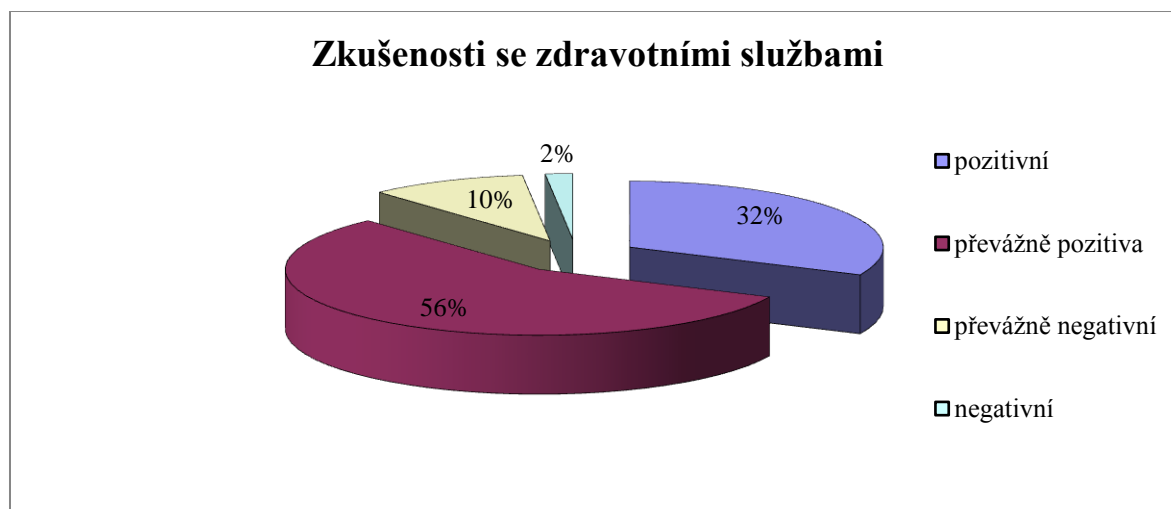
Z tabulkového a grafického znázornění lze říci, že respondenti mají pozitivní zkušenosti se sociálními službami – variantu „převážně pozitivní“ uvedlo téměř 1/2 a „rozhodně pozitivní“ pak zhruba 4/10 respondentů. Možnost „převážně negativní“ zvolil pouze 1 respondent z 10 a „výhradně negativní“ pak pouze 3 respondenti z celého šetřeného vzorku. Celkem na tuto otázku odpovědělo 197 respondentů.

Tabulka č. 30 – otázka č. III/14: Jak byste popsal/a Vaše konkrétní zkušenosti se zdravotními službami, které nyní využíváte?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	celkem
pozitivní	19	13	5	9	14	13	73
převážně pozitivní	38	38	10	6	34	3	129
převážně negativní	7	5	3	3	4	1	23
negativní	0	1	0	1	2	0	4
celkem	64	57	18	19	54	17	229
pozitivní	29,7	22,8	27,8	47,4	25,9	76,5	31,9
převážně pozitiva	59,4	66,7	55,6	31,6	63,0	17,6	56,3
převážně negativní	10,9	8,8	16,7	15,8	7,4	5,9	10,0
negativní	0,0	1,8	0,0	5,3	3,7	0,0	1,7

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 23 - Zkušenosti se zdravotními službami?



Pramen: vlastní zpracování

Z tabulky a grafického znázornění lze říci, že respondenti mají pozitivní zkušenosti se zdravotními službami, ve více než 1/2 a rozhodně pozitivní zkušenosti má téměř 1/3 respondentů. Více či méně negativní zkušenosti má pouze skupina respondentů mírně přesahující 1/10. Výskyt zkušeností se zdravotními službami je vyšší než se sociálními službami. Celkem na tuto otázku odpovědělo 229 respondentů.

Údaje týkající se VÝPLATY PŘÍSPĚVKU NA PÉČI

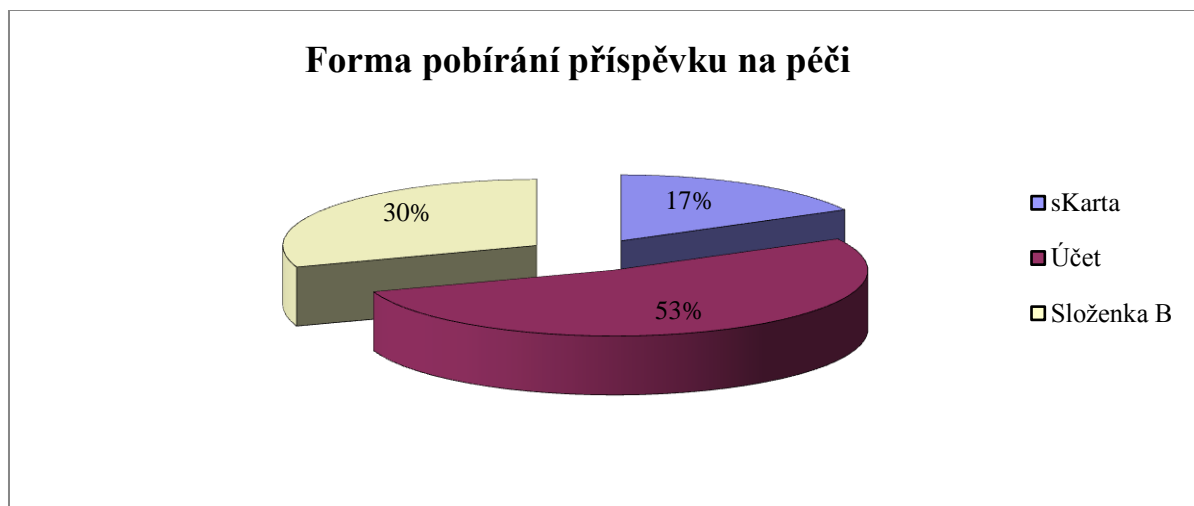
Tabulka č. 31 – otázka č. IV/1: V jaké formě v současné době pobíráte příspěvek na péči?

- prostřednictvím sKarty - zaslání na účet určený příjemcem dávky - prostřednictvím poštovní poukázky typu B?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	Celkem
sKarta	24	7	2	2	7	9	51
účet	33	38	13	19	40	13	156
složenko B	35	16	5	6	15	13	90
celkem	92	61	20	27	62	35	297
sKarta (v %)	26,1	11,5	10,0	7,4	11,3	25,7	17,2
účet (v %)	35,9	62,3	65,0	70,4	64,5	37,1	52,5
složenko B (v %)	38,0	26,2	25,0	22,2	24,2	37,1	30,3

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 24 – Forma pobírání příspěvku na péči?



Pramen: vlastní zpracování

Z tabulky a grafického znázornění lze říci, že respondenti v současné době nejčastěji pobírají příspěvek na péči zasláním na účet určený příjemcem dávky více než 1/2, dále prostřednictvím poštovní poukázky typu B téměř 1/3 respondentů a pouze zhruba 1/6 respondentů pobírá příspěvek prostřednictvím sKarty. Celkem na tuto otázku odpovědělo 297 respondentů.

Tabulka č. 32 – otázka č. IV/2: Souhlasíte se změnou výplaty příspěvku na péči formou sKarty?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	Celkem
ano	7	3	0	0	9	9	28
ne	85	58	20	26	52	26	267
celkem	92	61	20	26	61	35	295
ano (v %)	7,6	4,9	0,0	0,0	14,8	25,7	9,5
ne (v %)	92,4	95,1	100,0	100,0	85,2	74,3	90,5

Pramen: vlastní zpracování

Z tabulky lze vyčíst, že na danou otázku odpovědělo celkem 295 respondentů, z toho 267 respondentů ze všech sledovaných krajů nesouhlasí se změnou výplaty příspěvku na péči formou sKarty. Pouze jeden z desíti respondentů se změnou souhlasí, což je vyjádřeno v následujícím grafu. Z odpovědí v dotazníku lze vyvodit závěr, že respondenti by se změnou souhlasili, kdyby si mohli uvést čísla svých účtů. Respondenti u této otázky měli možnost volně zdůvodnit svou odpověď, ale tuto možnost nikdo nevyužil.

Graf č. 25 - Souhlas se změnou výplaty příspěvku na péči formou sKarty?



Pramen: vlastní zpracování

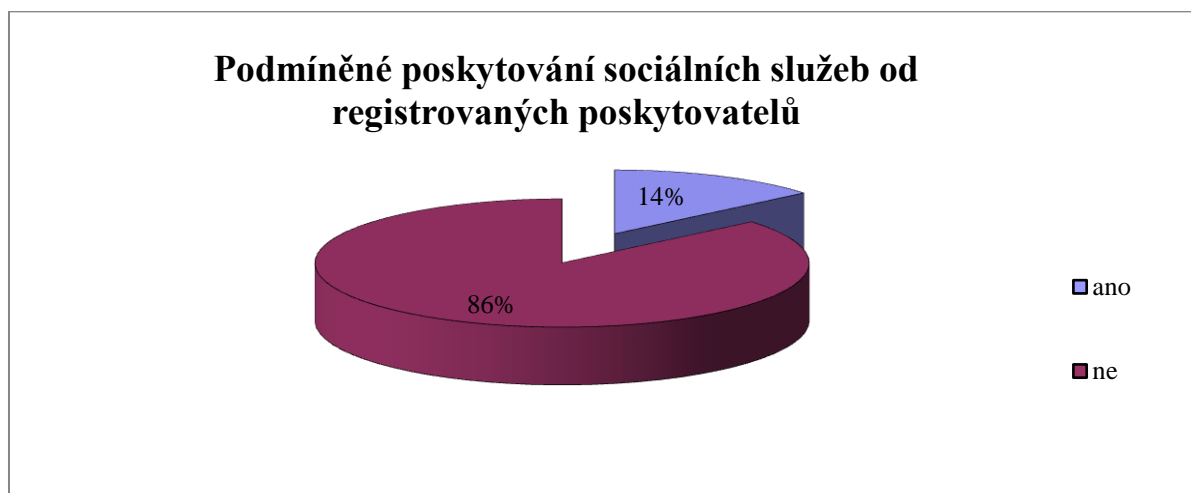
Tabulka č. 33 – otázka č. IV/3: Souhlasíte s názorem, že výplata příspěvku na péči by měla být podmíněna poskytováním alespoň části služeb od registrovaných poskytovatel sociálních služeb?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	Celkem
ano	17	13	2	1	5	1	39
ne	70	43	14	23	57	34	241
celkem	87	56	16	24	62	35	280
ano (v %)	19,5	23,2	12,5	4,2	8,1	2,9	13,9
ne (v %)	80,5	76,8	87,5	95,8	91,9	97,1	86,1

Pramen: vlastní zpracování

Z tabulky lze konstatovat, že na danou otázku odpovědělo celkem 280 respondentů. Nesouhlas s názorem, že výplata příspěvku na péči by měla být podmíněna poskytováním alespoň části služeb od registrovaných poskytovatel sociálních služeb, uvedla převážná část respondentů. Více než 1/10 respondentů by se změnou souhlasila. Respondenti u této otázky měli možnost volně zdůvodnit svou odpověď, ale tuto možnost nikdo nevyužil.

Graf č. 26 - Souhlas s názorem, že výplata příspěvku na péči by měla být podmíněna poskytováním alespoň části služeb od registrovaných poskytovatel sociálních služeb?



Pramen: vlastní zpracování

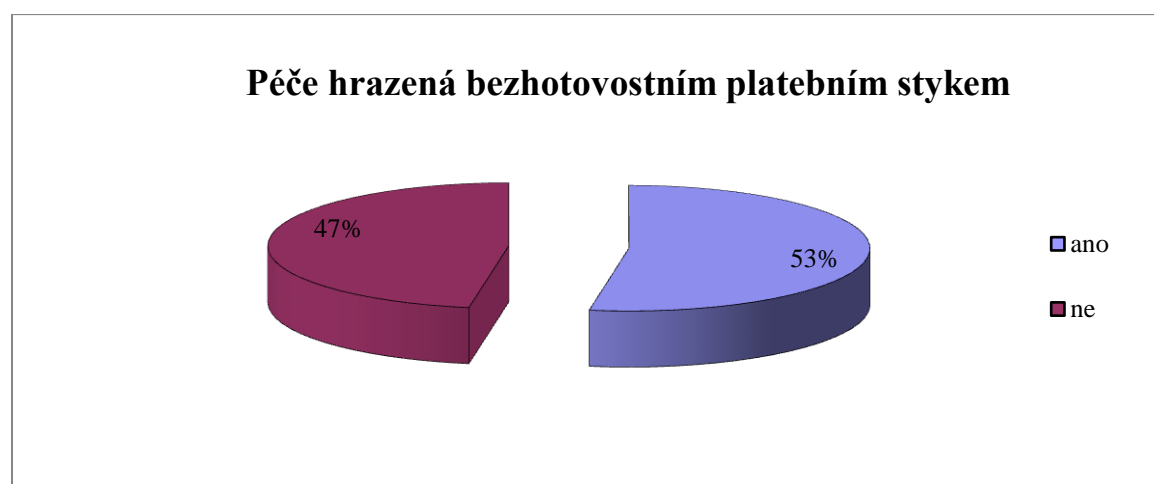
Tabulka č. 34 – otázka č. IV/4: Souhlasíte s názorem, aby péče, která je poskytována registrovanými poskytovateli sociálních služeb, byla těmto poskytovatelům uhrazena bezhotovostním platebním stykem?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	Celkem
ano	33	28	7	13	31	28	140
ne	48	23	10	10	28	7	126
celkem	81	51	17	23	59	35	266
ano (v %)	40,7	54,9	41,2	56,5	52,5	80,0	52,6
ne (v %)	59,3	45,1	58,8	43,5	47,5	20,0	47,4

Pramen: vlastní zpracování

Z tabulky lze konstatovat, že se k dané otázce vyjádřilo celkem 266 respondentů, z toho více než 1/2 respondentů z šetřeného souhlasí s názorem, aby péče, která je poskytována registrovanými poskytovateli sociálních služeb, byla těmto poskytovatelům uhrazena bezhotovostním platebním stykem.

Graf č. 27 - Názor, aby péče, která je poskytována registrovanými poskytovateli sociálních služeb, byla těmto poskytovatelům uhrazena bezhotovostním platebním stykem?



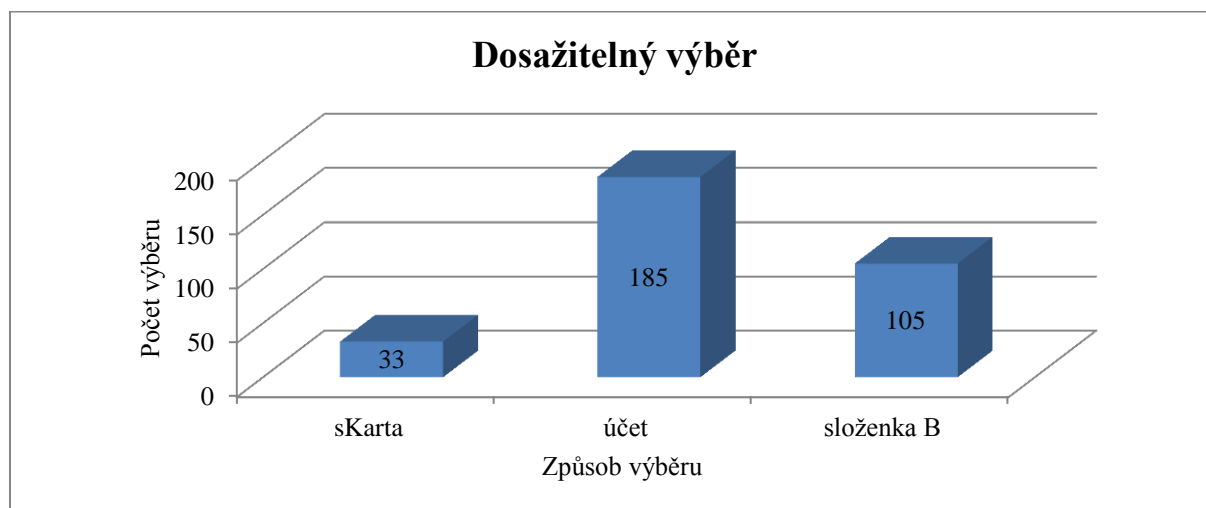
Pramen: vlastní zpracování

Tabulka č. 35 – otázka č. IV/5: Je pro Vás dosažitelný výběr?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	Celkem
sKarta	7	6	0	0	13	7	33
účet	47	43	15	20	44	16	185
složenka B	39	20	6	6	21	13	105
celkem-možnosti	93	69	21	26	78	36	323
sKarta (v %)	7,5	8,7	0,0	0,0	16,7	19,4	11,1
účet (v %)	50,5	62,3	71,4	76,9	56,4	44,4	62,3
složenka B (v %)	41,9	29,0	28,6	23,1	26,9	36,1	35,4

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 28- Dosažitelný výběr?



Pramen: vlastní zpracování

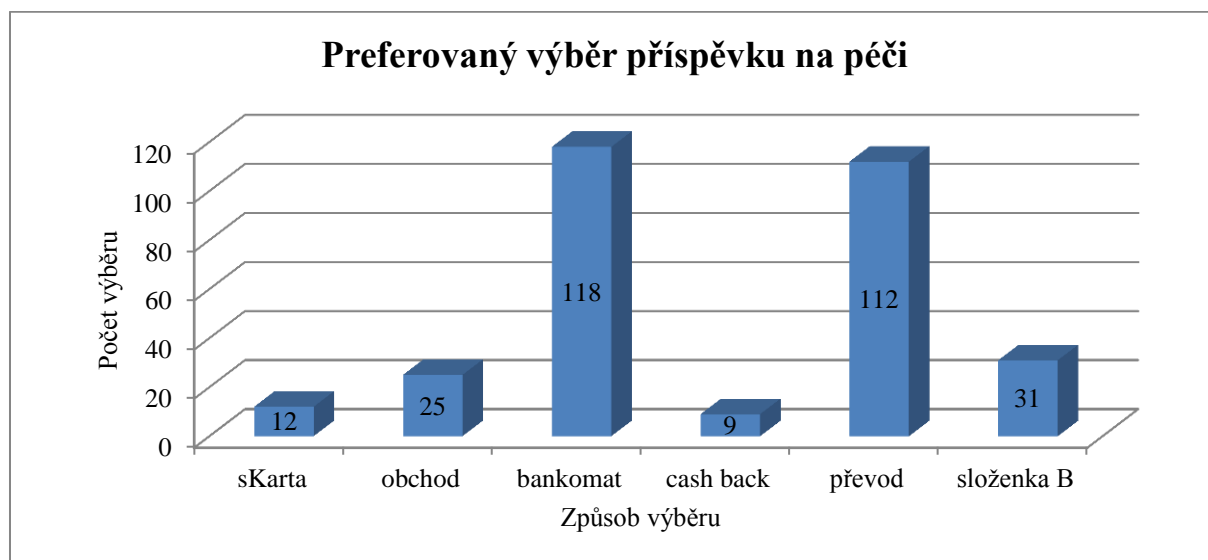
Z tabulky a grafického znázornění je vidět, že rozhodující většina respondentů upřednostňuje využití účtu, značná část respondentů preferuje poštovní poukázku a pouze asi 1/10 souhlasí s výběrem přes sKartu. Na položený dotaz odpovědělo 297 respondentů, přičemž někteří zvolili více variant.

Tabulka č. 36 – otázka č. IV/6: Preferujete výběr příspěvku na péči?

Data/kraj	PAK	HKK	JHM	LBK	STČ	ULK	Celkem
sKarta	2	1	2	0	6	1	12
obchod	12	5	1	1	3	3	25
bankomat	38	26	10	12	14	18	118
cash back	4	2	0	0	1	2	9
převod	35	24	2	9	33	9	112
složinka B	16	7	3	1	3	1	31
celkem - možnosti	107	65	18	23	60	34	307
sKarta (v %)	1,9	1,5	11,1	0,0	10,0	2,9	4,3
obchod (v %)	11,2	7,7	5,6	4,3	5,0	8,8	9,1
bankomat (v %)	35,5	40,0	55,6	52,2	23,3	52,9	42,8
cash Back (v %)	3,7	3,1	0,0	0,0	1,7	5,9	3,3
převod (v %)	32,7	36,9	11,1	39,1	55,0	26,5	40,6
složinka B (v %)	15,0	10,8	16,7	4,3	5,0	2,9	11,2

Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 29 – Výběr příspěvku na péči?

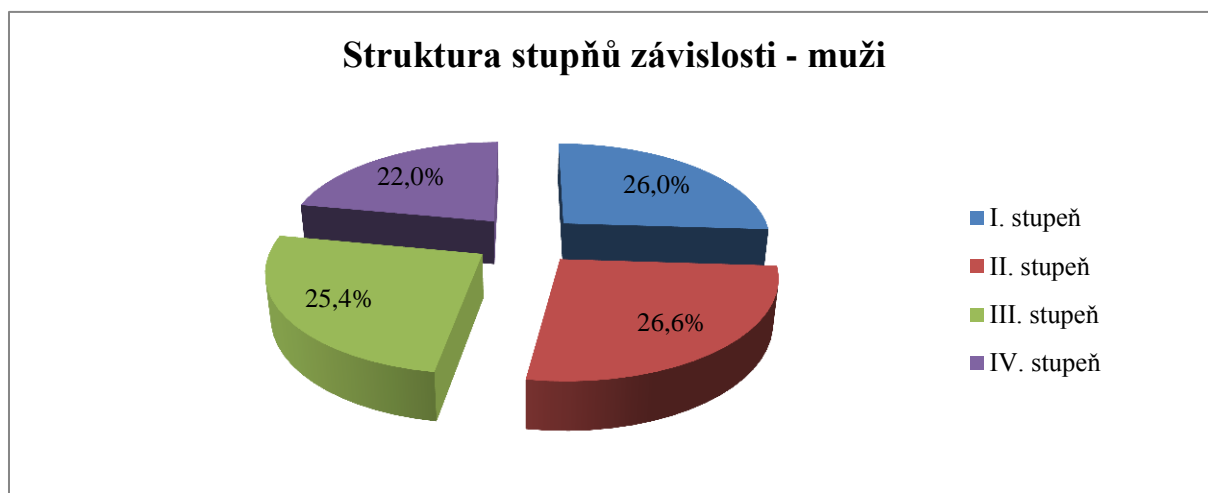


Pramen: vlastní zpracování

Z tabulky a grafického znázornění je zřejmé, že respondenti preferují příspěvek na péči nejvíce výběrem hotovosti z bankomatu, dále pak převod na jiný účet. Přibližně 1/10 respondentů, 31 (10,1%) respondentů výběr prostřednictvím poštovní poukázky typu B a méně než 1/10 respondentů preferuje platbu kartou v obchodech. Pouze nepodstatná část

respondentů dávku čerpá přímo z účtu, který je veden k sKartě nebo preferuje výběr hotovosti při platbě kartou v obchodech (tzv. Cash Back). Na danou otázku odpovědělo 276 respondentů, někteří využili možnosti několika kladných odpovědí.

Graf č. 30 – grafické porovnání I. – IV. stupně závislosti - muži



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je patrné, že rozložení jednotlivých stupňů závislosti je téměř rovnoměrné a osciluje kolem 1/4.

Z podrobnějšího rozboru je zřejmé, že nejvíce přiznaných stupňů závislosti v kategorii muži v rámci šetřeného souboru byl II. stupeň závislosti – uvedlo 47 respondentů. Jedná se o středně těžkou závislost, kdy klient, z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopen zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb.

I. stupeň závislosti uvedlo 46 respondentů. Jedná se o lehkou závislost, kdy klient, z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, není schopen zvládat tři základní životní potřeby.

III. stupeň závislosti uvedlo 45 respondentů. Jedná se o těžkou závislost, kdy klient, z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, není schopen zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb.

IV. stupeň závislosti uvedlo 39 respondentů. Zde se jedná o úplnou závislost, kdy klient, z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, není schopen zvládat osm nebo devět základních životních potřeb a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

Při stanovení stupně závislosti u osoby do 18 let věku se nepřihlíží k potřebě péče, která vyplývá z věku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje.

Pozn. dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se rozumí pro účely zákona zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb.

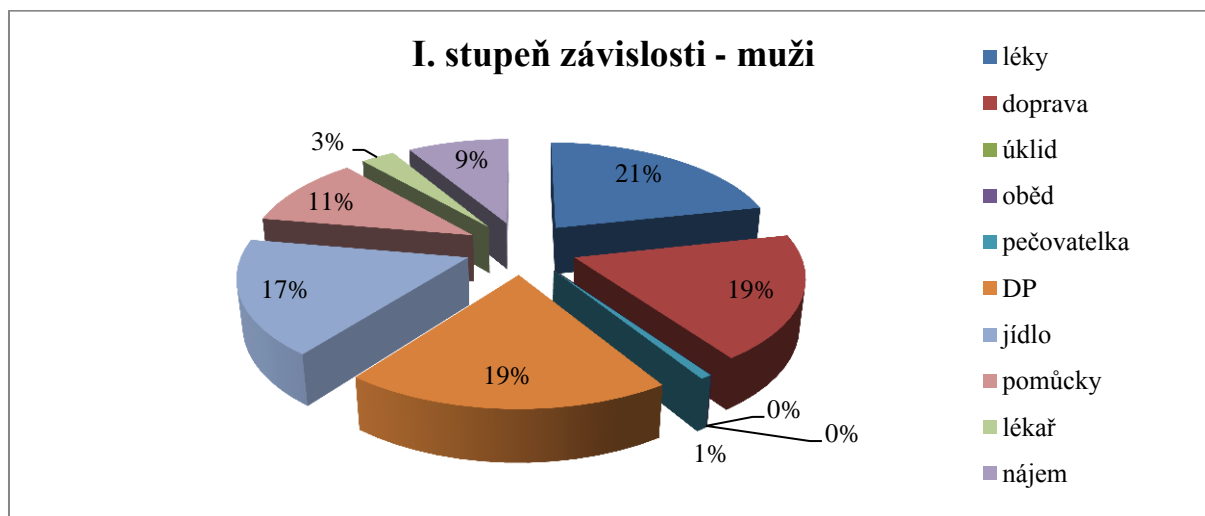
Graf č. 31 – grafické porovnání I. – IV. stupně závislosti - ženy



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění vyplývá, že i rozložení stupně závislosti v kategorii ženy je víceméně rovnoměrné. I. stupeň závislosti, jedná se o lehkou závislost, uvedlo 33 respondentek. II. stupeň závislosti, středně těžká závislost, uvedlo 27 respondentů. IV. stupeň závislosti uvedlo 25 respondentů, v tomto případě se jedná o úplnou závislost.

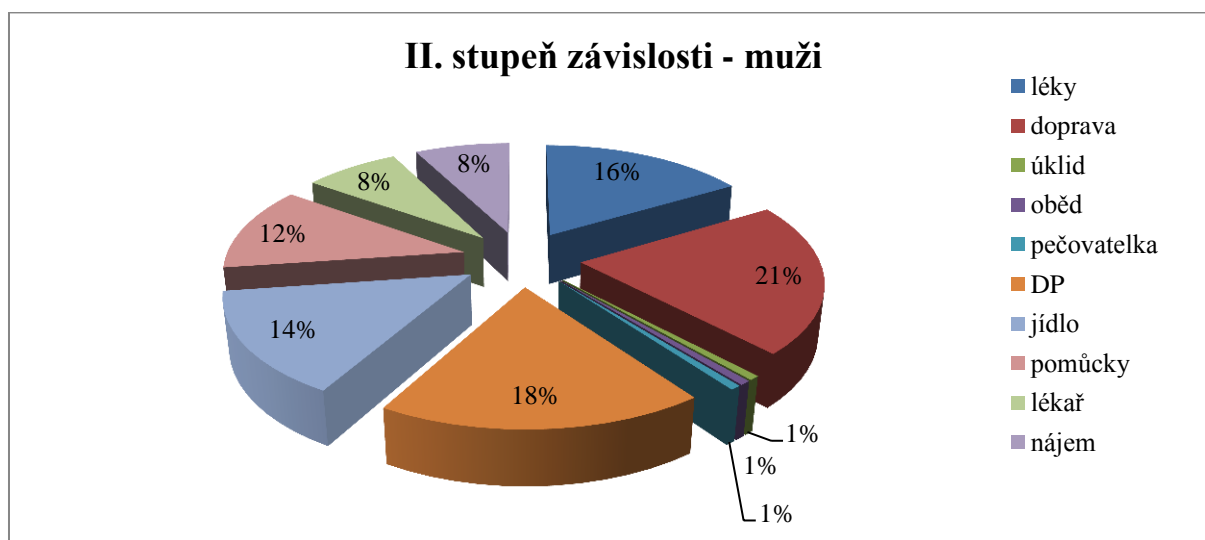
Graf č. 32 – grafické porovnání I. stupně závislosti mužů k úhradě věcí z příspěvku



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je patrné, že muži, kterým byl přiznán I. stupeň závislosti, nejčastěji využívají příspěvek na úhradu léků, dále pak na věci denní potřeby, dopravu, jídlo, zdravotní pomůcky, nájem, lékaře a pečovatelku. Žádný respondent neuvedl, že by si z příspěvku hradil úklid a obědy. Z odpovědí respondentů lze vysledovat, že z příspěvku není hrazena pouze jediná položka.

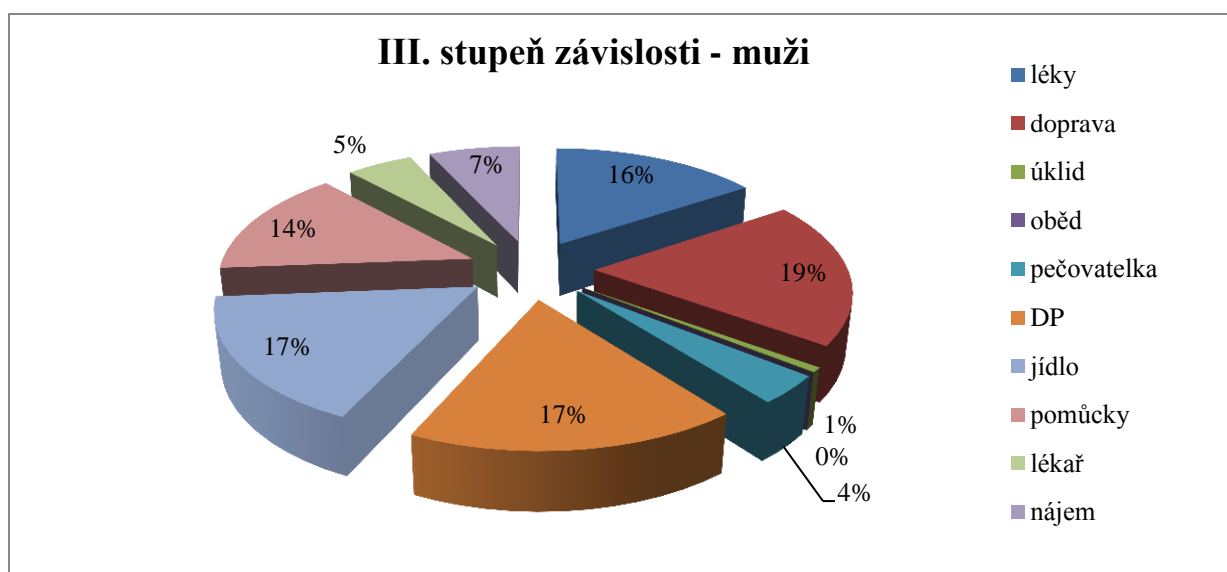
Graf č. 33 – grafické porovnání II. stupně závislosti mužů k úhradě věcí z příspěvku



Pramen: vlastní zpracování

Grafické znázornění dokládá, že muži, kterým byl přiznán II. stupeň závislosti, si nejčastěji z příspěvku na péči hradí dopravu, dále pak věci denní potřeby, léky, jídlo, zdravotní pomůcky, nájem, lékaře, pečovatelku, úklid a obědy si hradí vždy 1 respondent. I zde platí, že muži ve II. stupni závislosti z daného příspěvku hradí více položek.

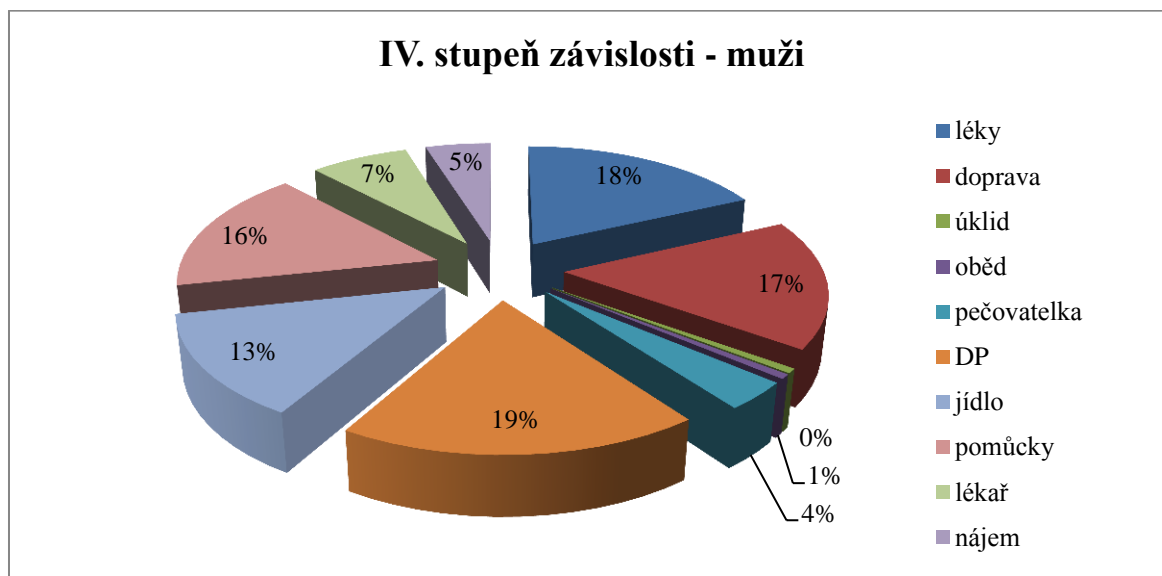
Graf č. 34 – grafické porovnání III. stupně závislosti mužů k úhradě věcí z příspěvku



Pramen: vlastní zpracování

Grafické znázornění ukazuje, že muži, kterým byl přiznán III. stupeň závislosti, si nejčastěji z příspěvku na péči hradí dopravu, dále pak věci denní potřeby, jídlo, léky, zdravotní pomůcky, nájem, lékaře, pečovatelku, úklid a obědy si nehradí žádný respondent. Ani III. stupeň závislosti u mužů nevybočuje z pravidla hrazení více položek. Je zde již patrné, že respondenti ve III. stupni si začínají hradit pečovatelskou službu.

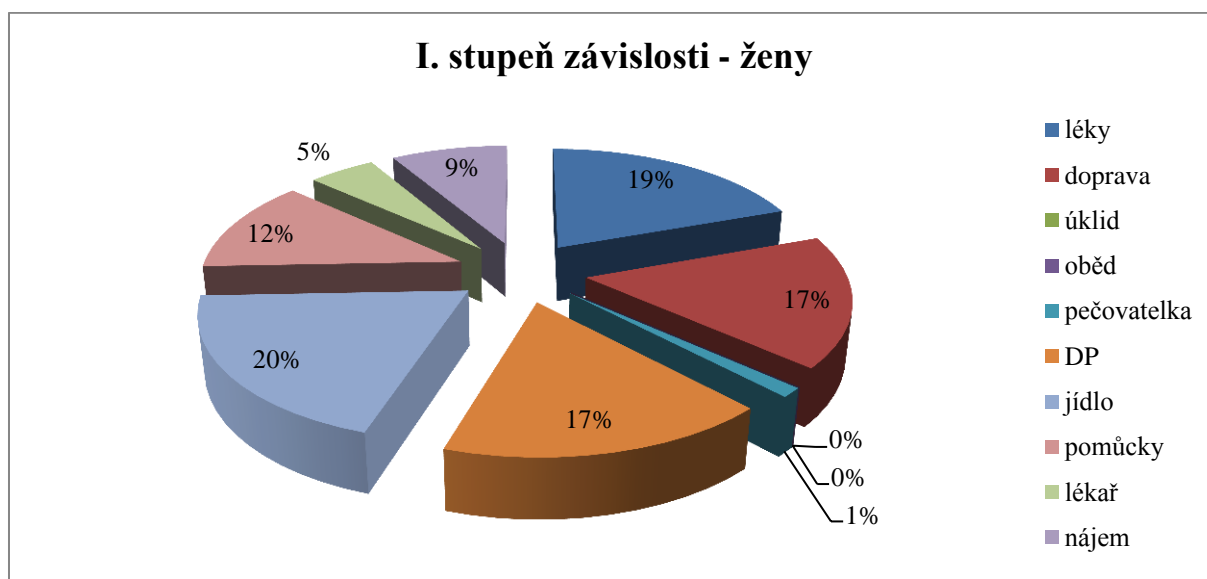
Graf č. 35 – grafické porovnání IV. stupně závislosti mužů k úhradě věcí z příspěvku



Pramen: vlastní zpracování

Ve IV. stupni závislosti si nejčastěji muži z příspěvku na péči hradí věci denní potřeby, léky, dopravu, dále zdravotní pomůcky, jídlo, lékař, nájem, pečovatelku, úklid a oběd si hradí pouze 1 respondent.

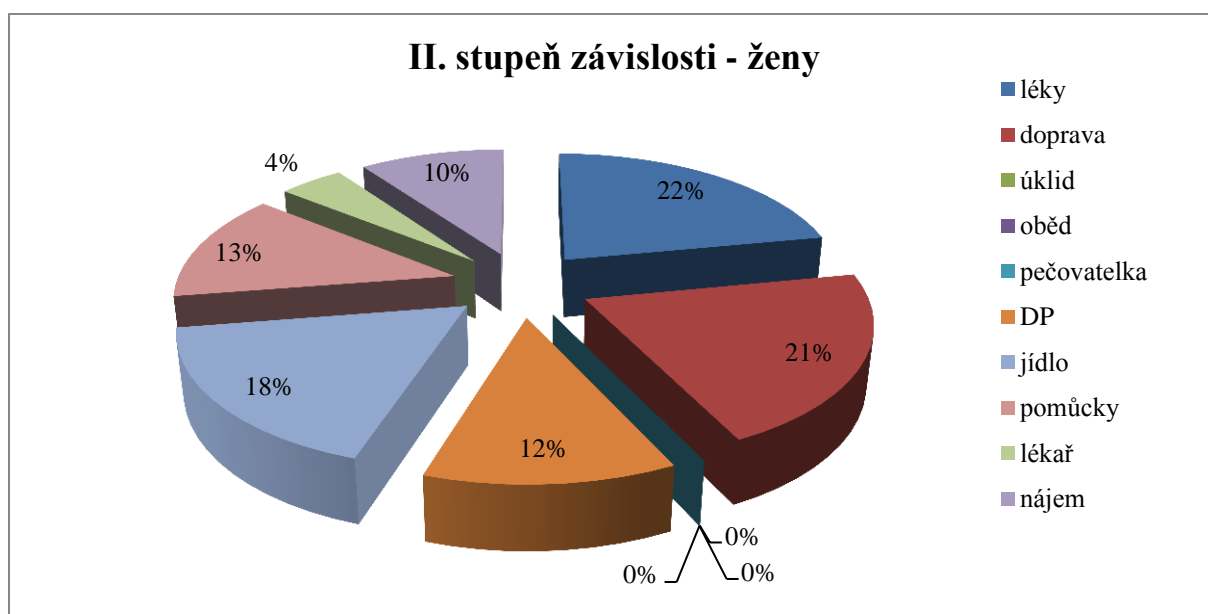
Graf č. 36 – grafické porovnání I. stupně závislosti žen k úhradě věcí z příspěvku



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je vidět, že ženy, kterým byl přiznán I. stupeň závislosti, si nejčastěji z příspěvku na péči hradí léky a jídlo, dopravu a věci denní potřeby, zdravotní pomůcky, nájem, lékaře a pečovatelku uvedla pouze 1 respondentka. V odpovědích respondentů je patrna skutečnost odpovědí na více možností využití příspěvku.

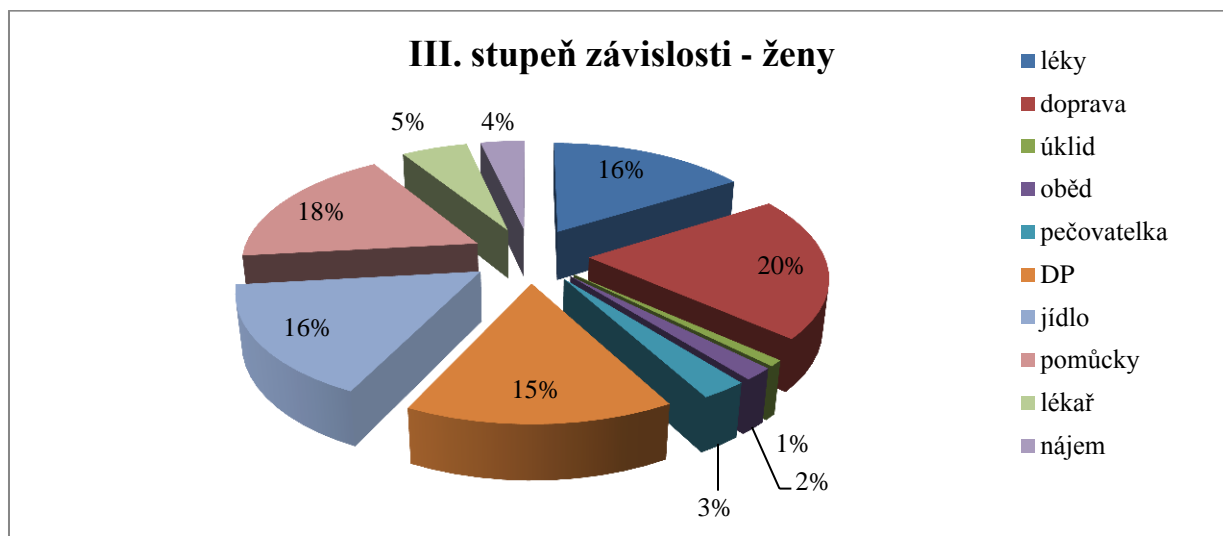
Graf č. 37 – grafické porovnání II. stupně závislosti žen k úhradě věcí z příspěvku



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je vidět, že ženy, kterým byl přiznán II. stupeň závislosti, si nejčastěji z příspěvku na péči hradí léky, dopravu, jídlo, zdravotní pomůcky, věci denní potřeby, nájem, lékaře, úklid, obědy a pečovatelku si nehradí z příspěvku žádná respondentka. V odpovědích respondentů je patrna skutečnost odpovědí na více možností využití příspěvku.

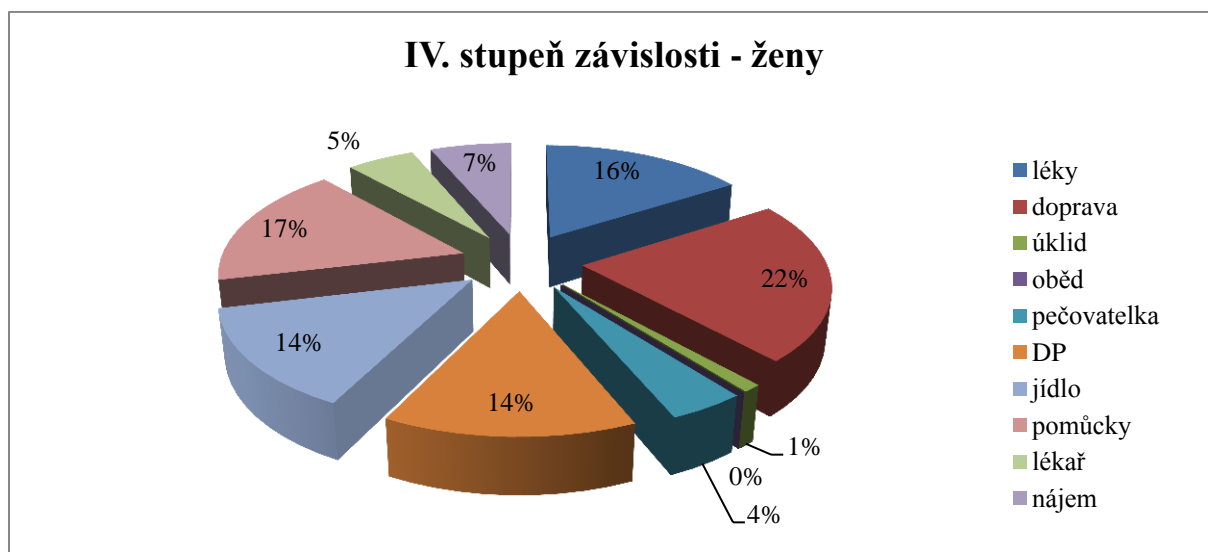
Graf č. 38 – grafické porovnání III. stupně závislosti žen k úhradě věcí z příspěvku



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je vidět, že ženy, kterým byl přiznán III. stupeň závislosti, si nejčastěji z příspěvku na péči hradí dopravu, zdravotní pomůcky, léky, jídlo, věci denní potřeby, lékaře, nájem, pečovatelku, obědy a úklid pouze 1 respondentka. Zde je nízký počet respondentek, které si v přiznaném III. stupni závislosti hradí pečovatelskou službu. V odpovědích respondentů je patrna skutečnost odpovědi na více možností využití příspěvku.

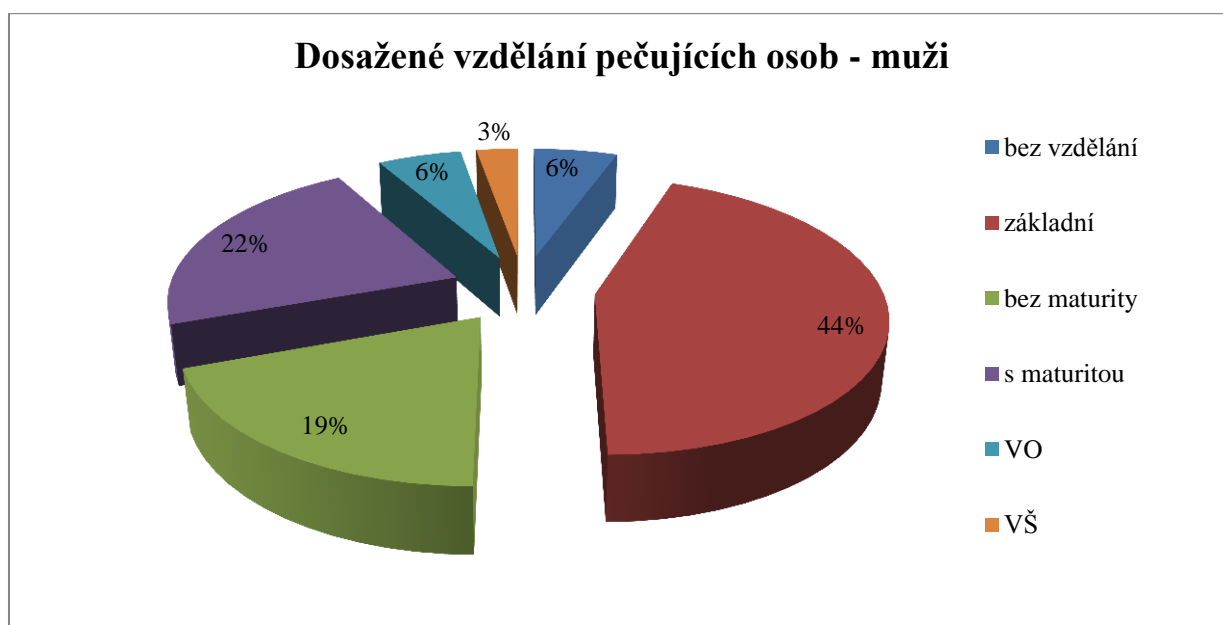
Graf č. 39 – grafické porovnání IV. stupně závislosti žen k úhradě věcí z příspěvku



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je vidět, že ženy, kterým byl přiznán IV. stupeň závislosti, si nejčastěji z příspěvku na péči hradí dopravu, zdravotní pomůcky, léky, jídlo a věci denní potřeby, nájem, lékaře, pečovatelku, úklid si hradí pouze 1 respondentka a oběd si nehradí nikdo z respondentek. V odpovědích respondentů je patrna skutečnost odpovědí na více možností využití příspěvku.

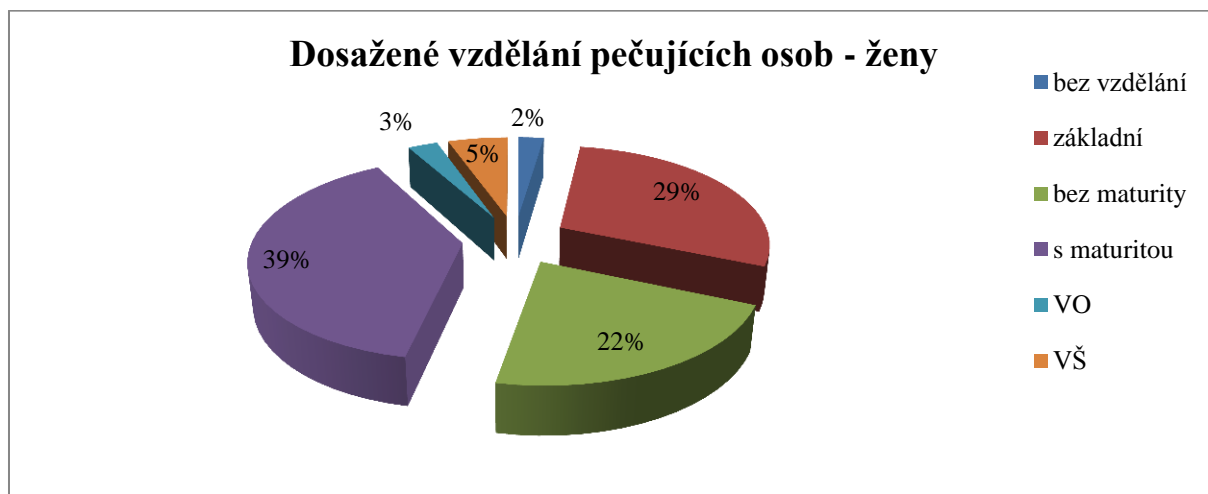
Graf č. 40 – grafické porovnání dosaženého vzdělání pečujících osob k mužům



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je zřejmé, že největší počet pečujících osob o muže dosáhl pouze základního vzdělání – více než 2/5. Vzdělání s maturitou uvedlo více než 1/5 respondentů a vzdělání bez maturity méně než 1/5. Bez vzdělání jsou pouze 2 respondenti. Vyšší odborné vzdělání bylo uvedeno také u 2 respondentů a vysokoškolského vzdělání dosáhl 1 respondent.

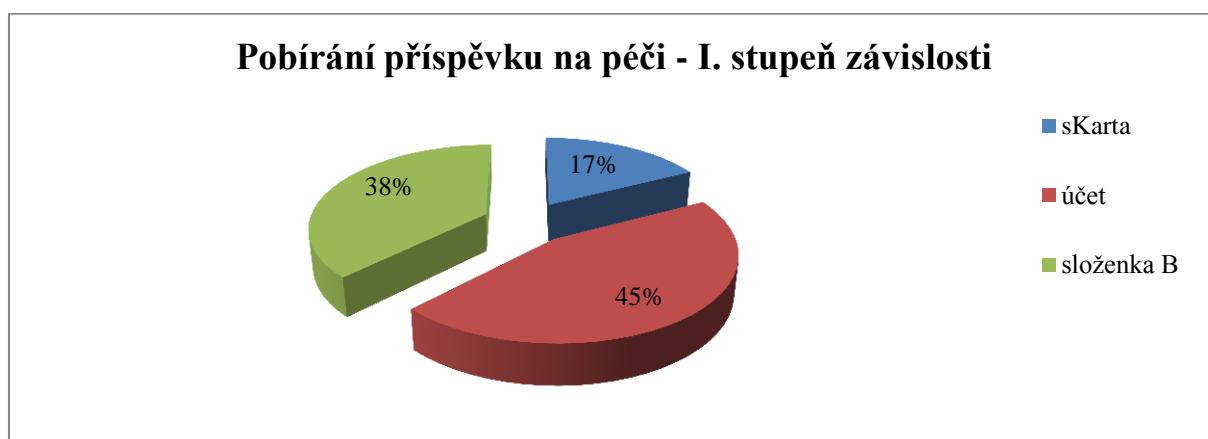
Graf č. 41 – grafické porovnání dosaženého vzdělání pečujících osob k ženám



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je zřejmé, že největší počet pečujících osob o ženy dosáhl vzdělání s maturitou – více než 1/3, základního vzdělání dosáhla méně než 1/3, vzdělání bez maturity více než 1/5. Nižší počet se projevuje u vysokoškolského vzdělání, vyššího odborného vzdělání a kategorie bez vzdělání.

Graf č. 42 - grafické porovnání formy pobírání příspěvku vůči přiznanému I. stupni závislosti

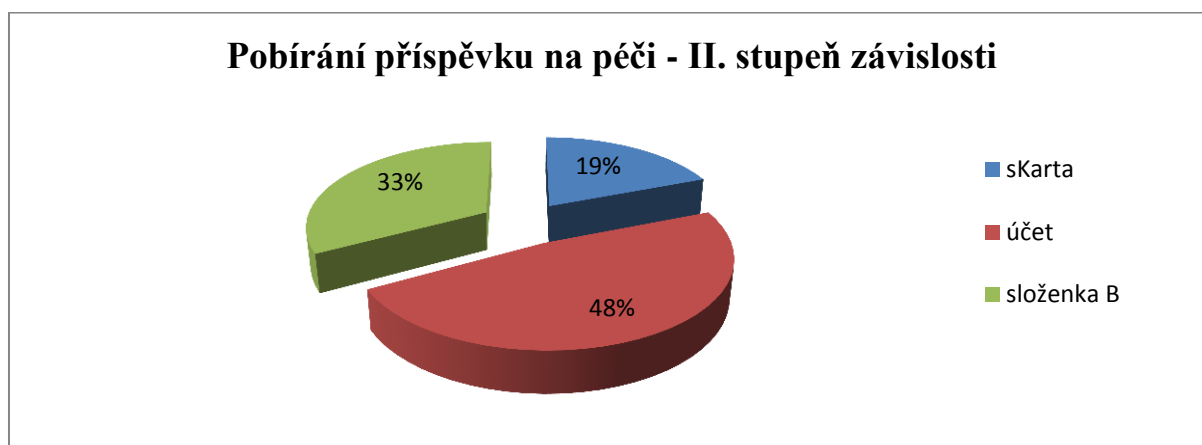


Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je zřejmé, že nejvíce respondentů, kterým byl přiznán I. stupeň závislosti, pobírá příspěvek na péči zasláním na účet určený příjemcem dávky – téměř 1/2.

Prostřednictvím poštovní poukázky typu B pobírá příspěvek více než 1/3 respondentů a prostřednictvím sKarty méně než 1/5 respondentů.

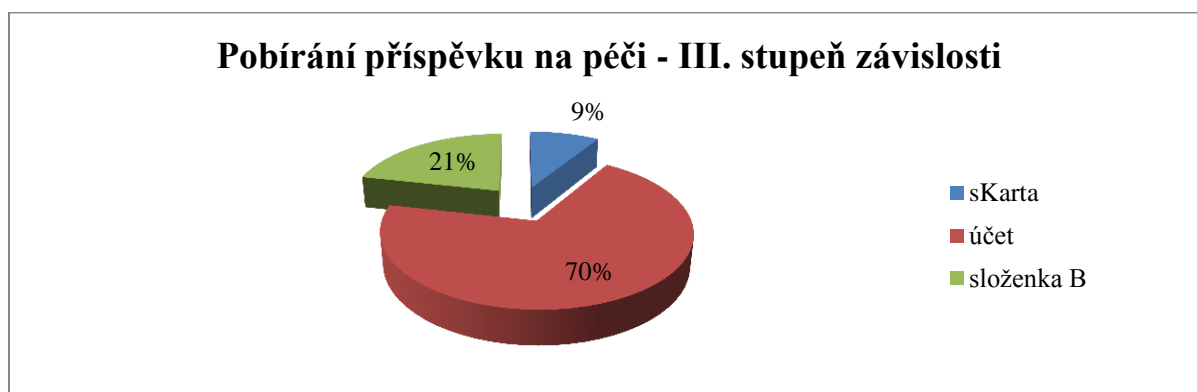
Graf č. 43 - grafické porovnání formy pobírání příspěvku vůči přiznanému II. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je zřejmé, že nejvíce respondentů, kterým byl přiznán II. stupeň závislosti, pobírá příspěvek na péči zasláním na účet určený příjemcem dávky – téměř 1/2. Prostřednictvím poštovní poukázky typu B pobírá příspěvek téměř 1/3 respondentů a prostřednictvím sKarty téměř 1/5 respondentů.

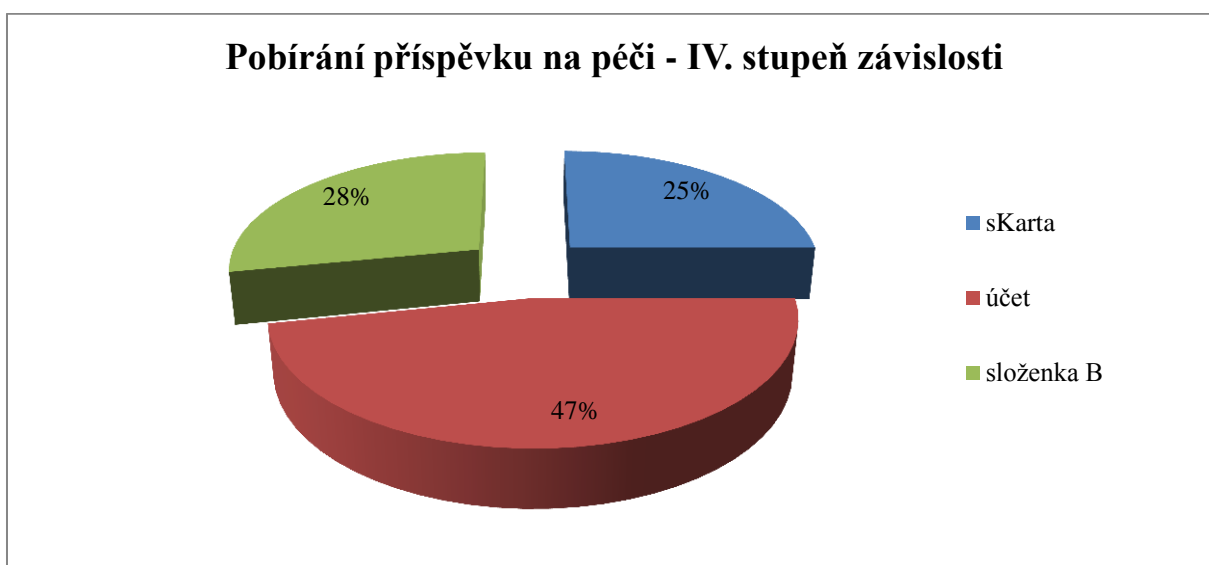
Graf č. 44 - grafické porovnání formy pobírání příspěvku vůči přiznanému III. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění lze vypočítat, že nejvíce respondentů, kterým byl přiznán III. stupeň závislosti, pobírá příspěvek na péči zasláním na účet určený příjemcem dávky – více než 2/3, dále prostřednictvím poštovní poukázky typu B více než 1/5 a prostřednictvím sKarty méně než 1/10 respondentů.

Graf č. 45 - grafické porovnání formy pobírání příspěvku vůči přiznanému IV. stupni závislosti

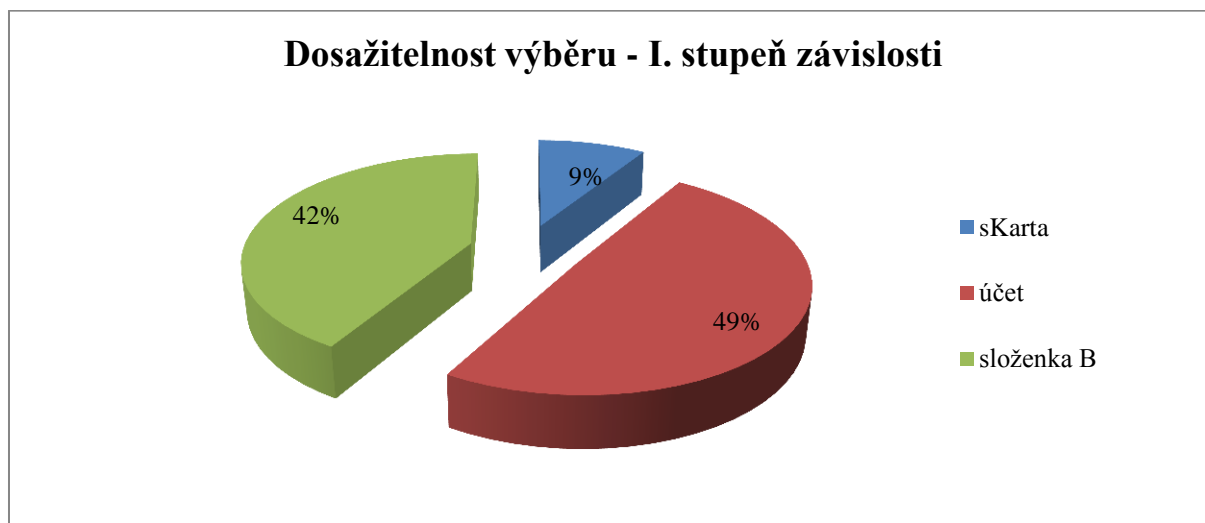


Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je zřejmé, že nejvíce respondentů, kterým byl přiznán příspěvek na péči v přiznaném ve IV. stupni závislosti, využívá možnosti zaslání na účet určený příjemcem dávky - téměř 1/2, prostřednictvím poštovní poukázky typu B to je méně než 1/3 a prostřednictvím sKarty pouze 1/4 respondentů.

Výplata probíhala vždy prostřednictvím účtu vedeného k sKartě. Příjemce dávky si následně zvolil způsob čerpání dávky, který je pro něj nejvhodnější. Významnou změnou je, že od 1. ledna 2013 byly prostředky na účtu k sKartě zákonem chráněny proti exekucím.

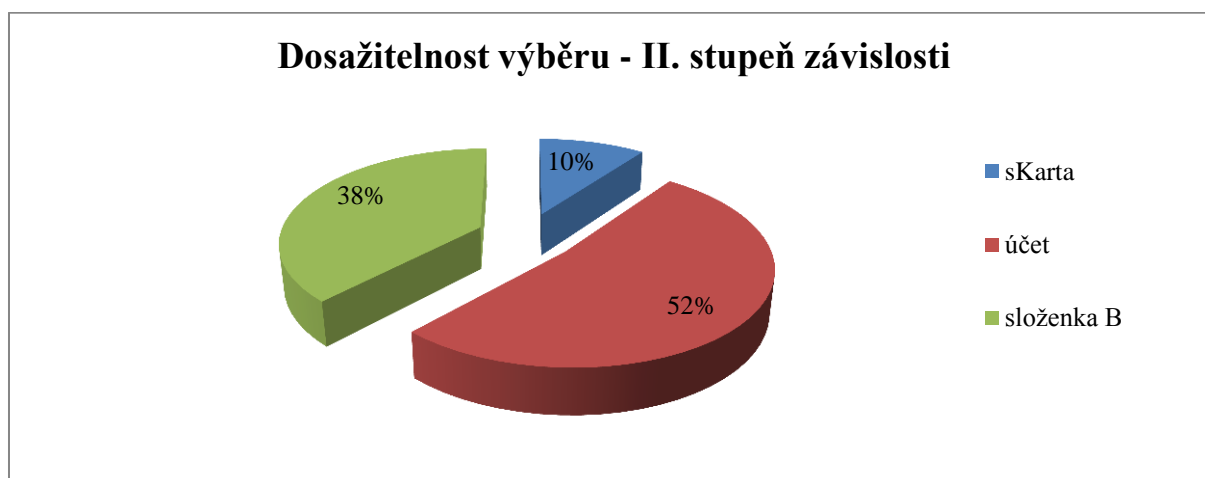
Graf č. 46 - grafické porovnání dosažitelnosti výběru k přiznanému I. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění vyplývá, že pro 44 respondentů, kterým byl přiznán I. stupeň závislosti, je nejdosažitelný výběr přes účet. Výběr prostřednictvím poštovní poukázky typu B může, zřejmě bez větších problémů, provést 37 respondentů a výběr prostřednictvím sKarty je dosažitelný pouze 8 respondentům.

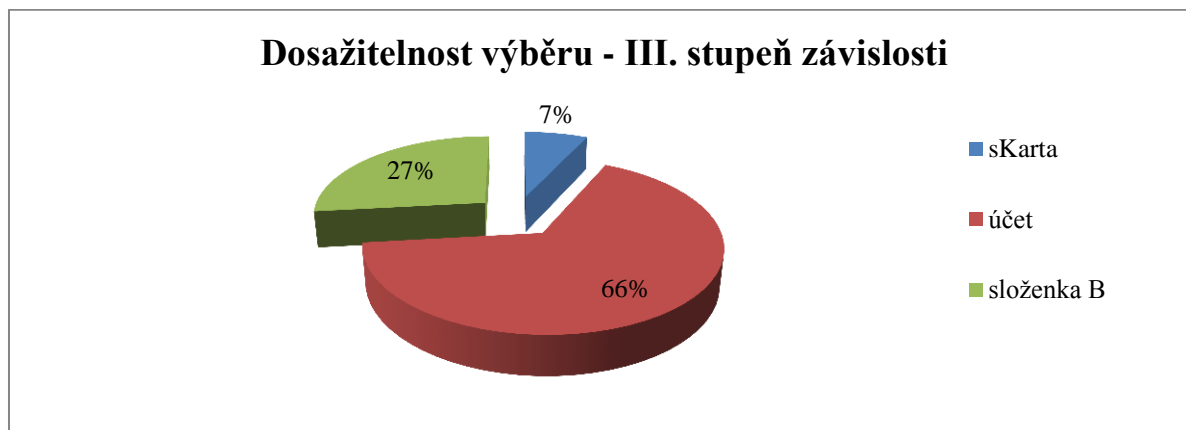
Graf č. 47 - grafické porovnání dosažitelnosti výběru k přiznanému II. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění vyplývá, že nejvíce dosažitelný výběr k přiznanému II. stupni závislosti mají respondenti přes účet - 41, dále výběr prostřednictvím poštovní poukázky typu B - 30 a využití prostřednictvím sKarty uvedlo pouze 8 respondentů.

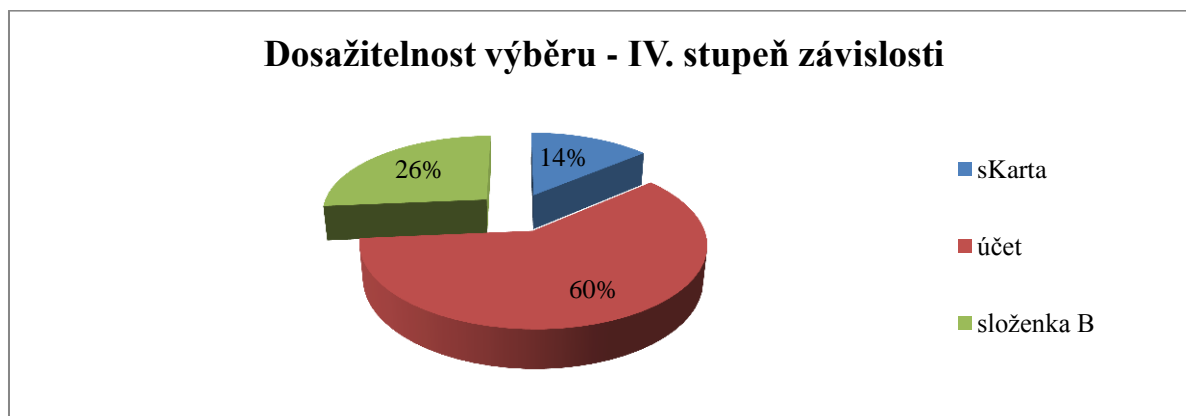
Graf č. 48 - grafické porovnání dosažitelnosti výběru k přiznanému III. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění vyplývá, že nejvíce dosažitelný výběr k přiznanému III. stupni závislosti mají respondenti přes účet - 57, dále výběr prostřednictvím poštovní poukázky typu B - 23 a prostřednictvím sKarty pouze u 6 respondentů.

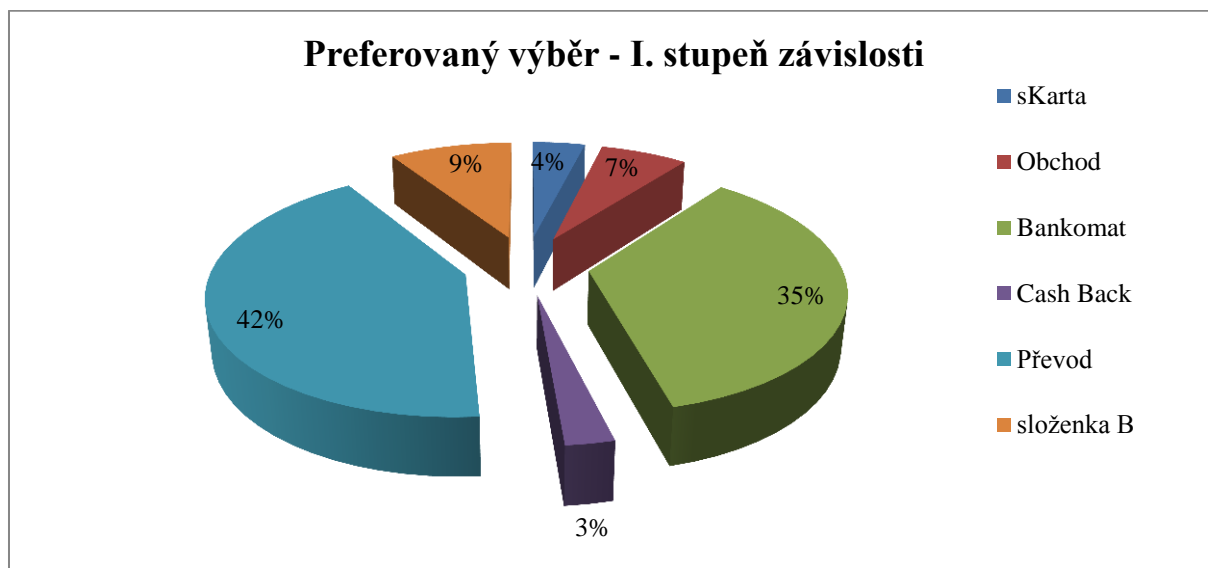
Graf č. 49 - grafické porovnání dosažitelnosti výběru k přiznanému IV. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění vyplývá, že nejvíce dosažitelný výběr k přiznanému IV. stupni závislosti mají respondenti přes účet - 43, dále výběr prostřednictvím poštovní poukázky typu B -19 a prostřednictvím sKarty pouze v 10 případech.

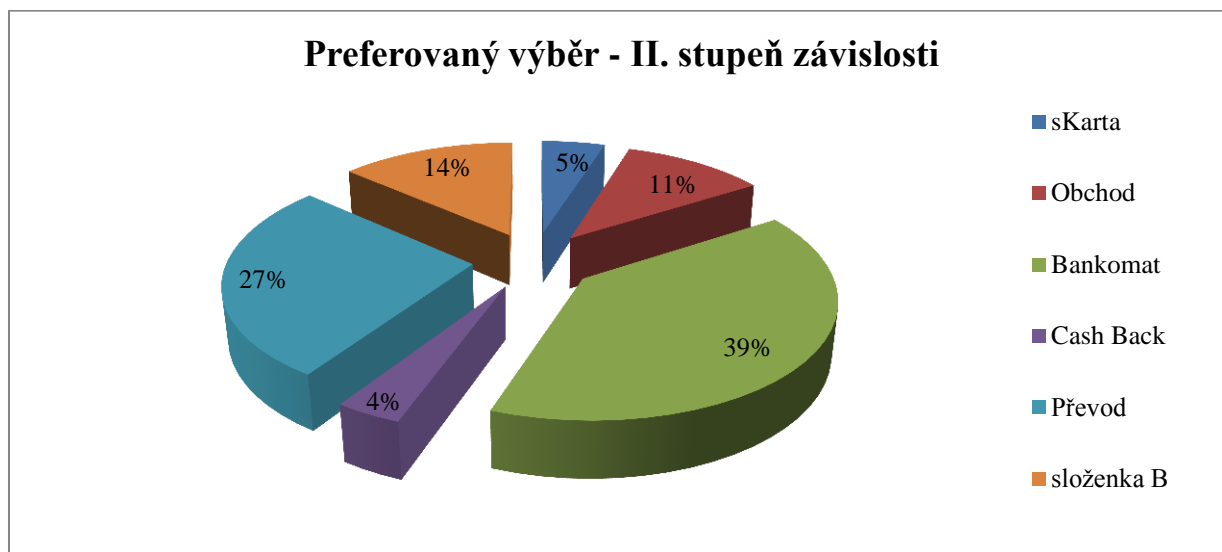
Graf č. 50 - grafické porovnání preferovaného výběru k přiznanému I. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění vyplývá, že respondenti, kterým byl přiznán I. stupeň závislosti, preferují výběr převodem na jiný účet – 32 odpovědí. Výběr v hotovosti z bankomatu preferuje 27 dotázaných, výběr prostřednictvím poštovní poukázky pak vítá 7 osob. Platbu kartou v obchodech preferuje 5 dotázaných a 3 respondenti preferují dávku čerpat přímo z účtu, který je veden k sKartě. Pouze 2 respondenti si přejí výběr hotovosti při platbě kartou v obchodech.

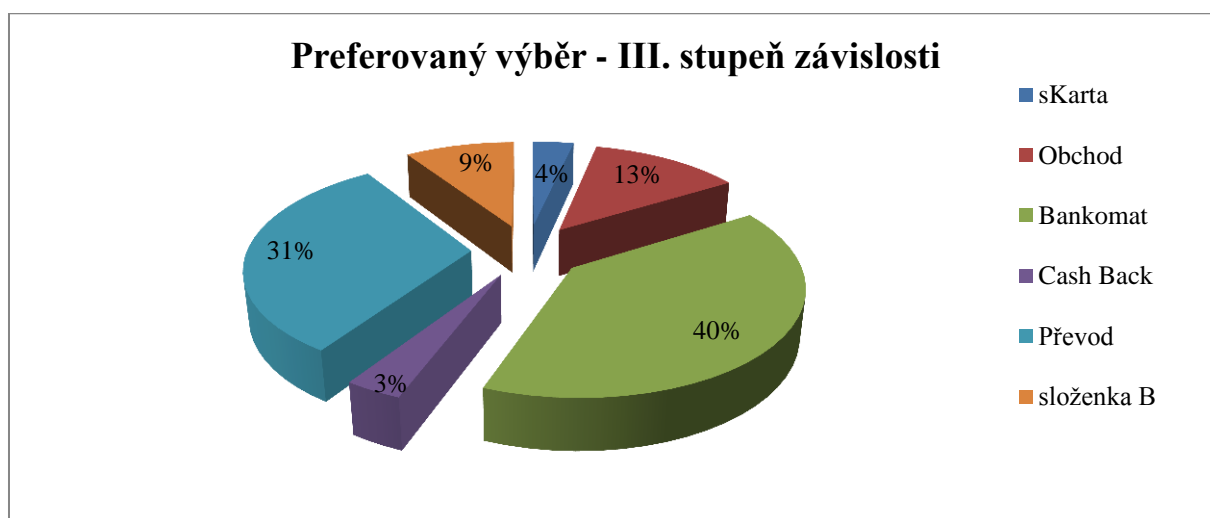
Graf č. 51 - grafické porovnání preferovaného výběru k přiznanému II. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění vyplývá, že respondenti, kterým byl přiznán II. stupeň závislosti, preferují výběr hotovosti z bankomatu - 32 respondentů, výběr převodem na jiný účet - 22, výběr prostřednictvím poštovní poukázky - 11, dále 9 respondentů preferuje platbu kartou v obchodech, 4 preferují dávku čerpat přímo z účtu, který je veden k sKartě a nejméně preferují výběr hotovosti při platbě kartou v obchodech, a to 3 respondenti.

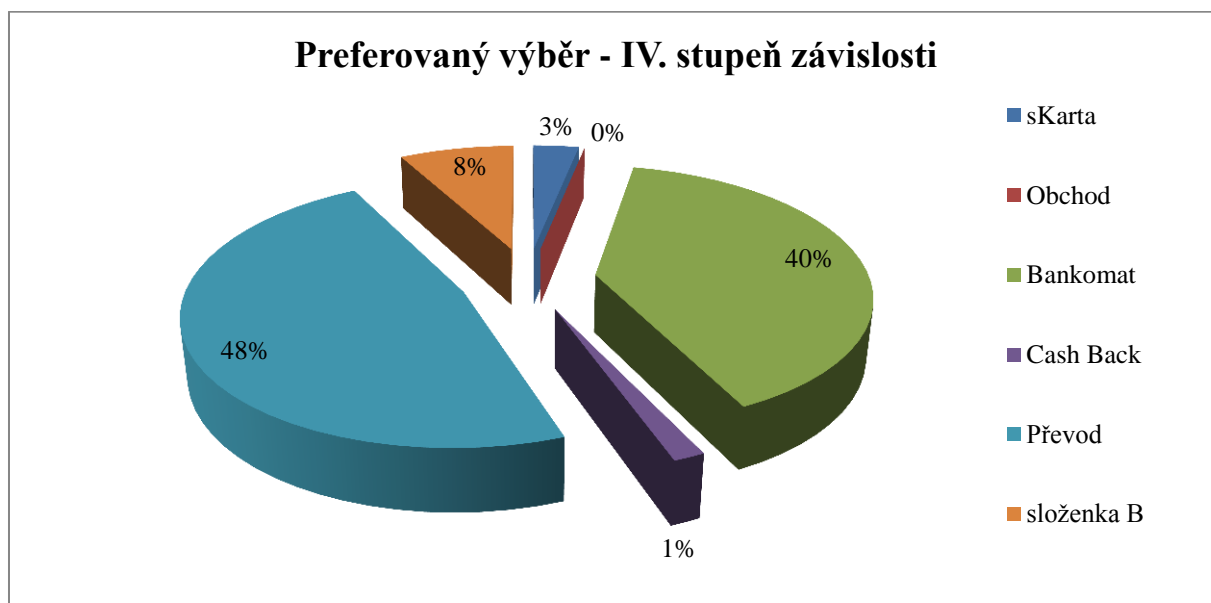
Graf č. 52 - grafické porovnání preferovaného výběru k přiznanému III. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění vyplývá, že respondenti, kterým byl přiznán III. stupeň závislosti, preferují výběr hotovosti z bankomatu - 34 respondentů, výběr převodem na jiný účet - 27, dále 11 respondentů preferuje platbu kartou v obchodech, výběr prostřednictvím poštovní poukázky 8 respondentů, 3 respondenti preferují dávku čerpat přímo z účtu, který je veden k sKartě a nejméně preferují výběr hotovosti při platbě kartou v obchodech - 3 respondenti.

Graf č. 53 - grafické porovnání preferovaného výběru k přiznanému IV. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění vyplývá, že respondenti, kterým byl přiznán IV. stupeň závislosti, nejvíce preferují výběr převodem na jiný účet - 30, výběr hotovosti z bankomatu - 25, výběr prostřednictvím poštovní poukázky - 5 respondentů. Dále 2 respondenti preferují dávku čerpat přímo z účtu, který je veden k sKartě, pouze 1 respondent preferuje výběr hotovosti při platbě kartou v obchodech a žádný respondent nepreferuje platbu kartou v obchodech. Z porovnání vyplývá, že respondenti v I. a IV. stupni závislosti preferují stejné výběry a respondenti II a III. stupně závislosti se také shodují.

Graf č. 54 – grafické porovnání vykonávaných činností k I. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je zřejmé, že z vykonávaných činností pro opečovávané v I. stupni závislosti nejvíce opečovávaní potřebují péči o zdraví - 63, 50 respondentů osobní aktivitu, dále 46 respondentů potřebuje tělesnou hygienu, 42 respondentů stravování, 39 respondentů komunikaci, péči o domácnost a oblékání 38 respondentů, orientaci 29 respondentů, výkon fyziologické potřeby 19 a mobilitu 7 respondentů.

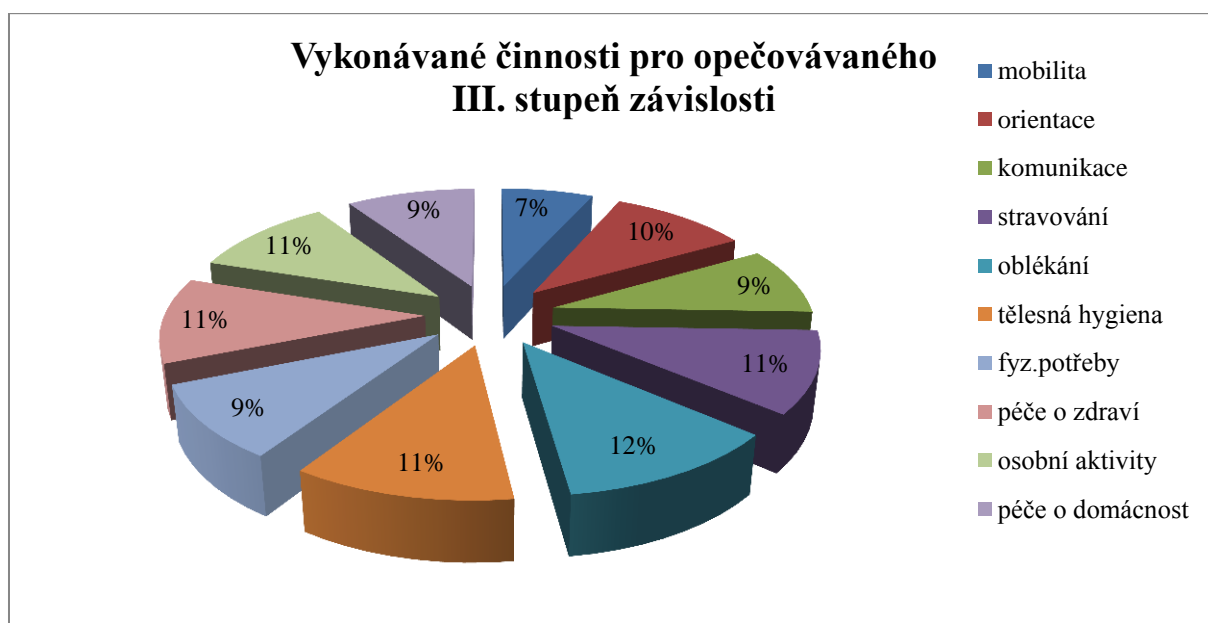
Graf č. 55 – grafické porovnání vykonávaných činností k II. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je zřejmé, že z vykonávaných činností pro opečovávané ve II. stupni závislosti nejvíce opečovávaní potřebují péči o zdraví - 58 respondentů, 53 respondentů osobní aktivitu, dále 52 respondentů potřebuje tělesnou hygienu, 50 stravování, 48 oblékání, 47 orientaci, 45 péči o domácnost, 44 komunikaci, 37 výkon fyziologické potřeby a 24 respondentů mobilitu.

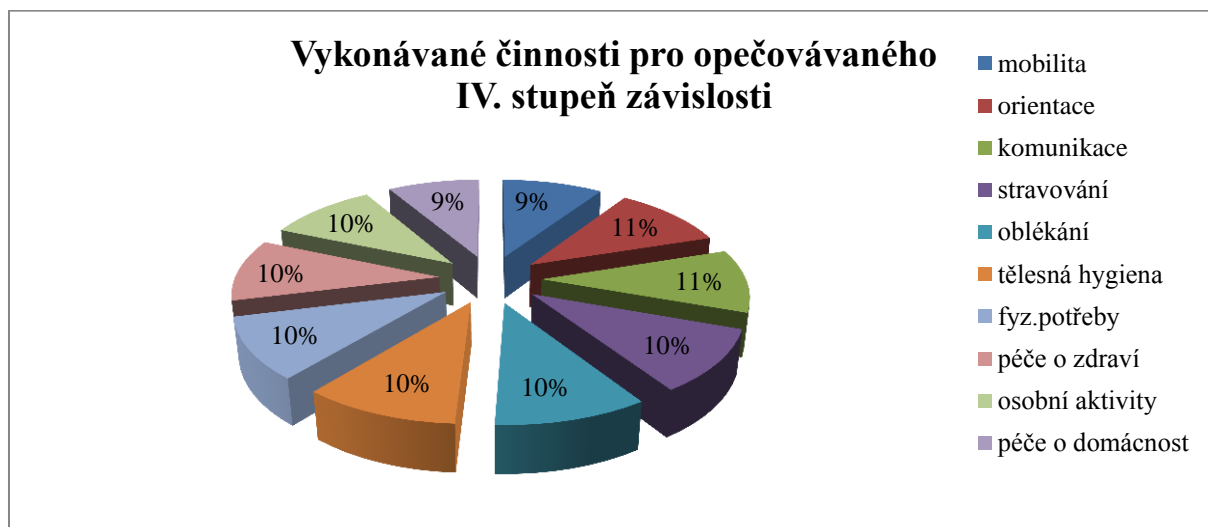
Graf č. 56 – grafické porovnání vykonávaných činností k III. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je zřejmé, že z vykonávaných činností pro opečovávané ve III. stupni závislosti nejvíce opečovávaní potřebují pomoc při oblékání - 70, 68 respondentů pomoc s tělesnou hygienou, 66 s péčí o zdraví, 63 se stravováním a osobní aktivitou, dále 60 respondentů potřebuje pomoc při orientaci, 57 respondentů potřebuje pomoc při výkonu fyziologické potřeby, 56 s péčí o domácnost, 52 s komunikací a pomoc s mobilitou 40 respondentů.

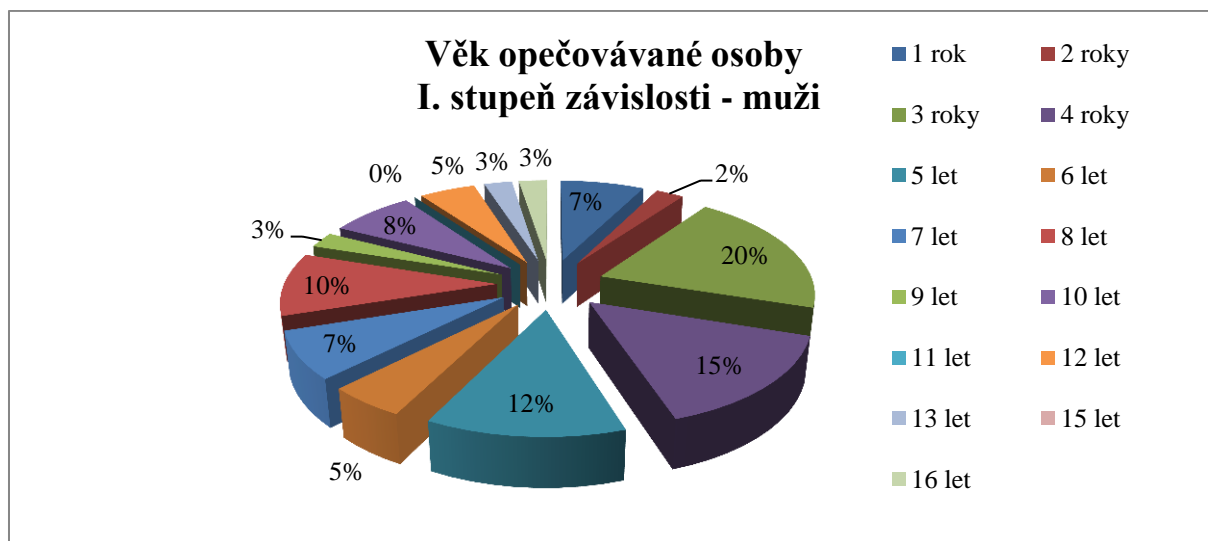
Graf č. 57 – grafické porovnání vykonávaných činnosti k IV. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je zřejmé, že z vykonávaných činností pro opečovávané ve IV. stupni závislosti nejvíce opečovávaní potřebují pomoc při orientaci - 61 respondentů, 60 respondentů s komunikací, stravováním, tělesnou hygienu a péčí o zdraví 59 respondentů, oblékání, osobní aktivity a výkon fyziologické potřeby potřebuje 58 respondentů, s mobilitou 54 a s péčí o domácnost 49 respondentů.

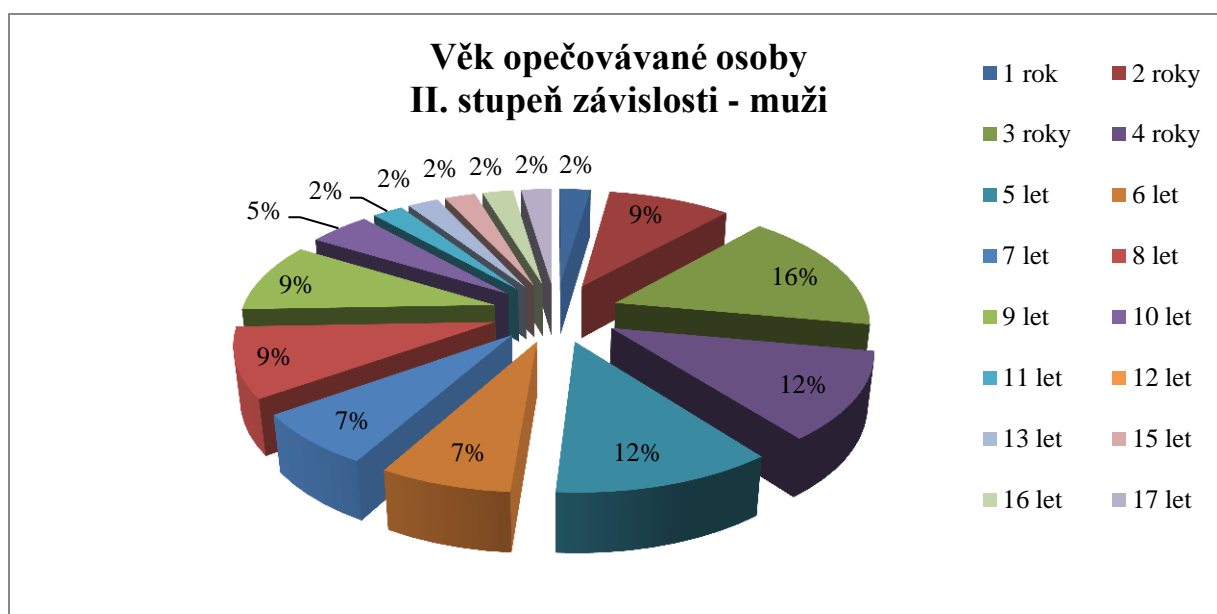
Graf č. 58 - grafické porovnání věku opečovávané osoby muži k I. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je zřejmé, že největší počet opečovávaných osob mužského pohlaví, kterému byl přiznán I. stupeň závislosti je ve věku 3 let - uvedeno u 1/5 respondentů. Další nejčetnější skupinou jsou opečovávané osoby ve věku 4, 5, 8 let a 1 roku, 7, 10, 6 a 12 let a pouze 1 respondent ve věku 2 roky, 9, 13 a 16 let.

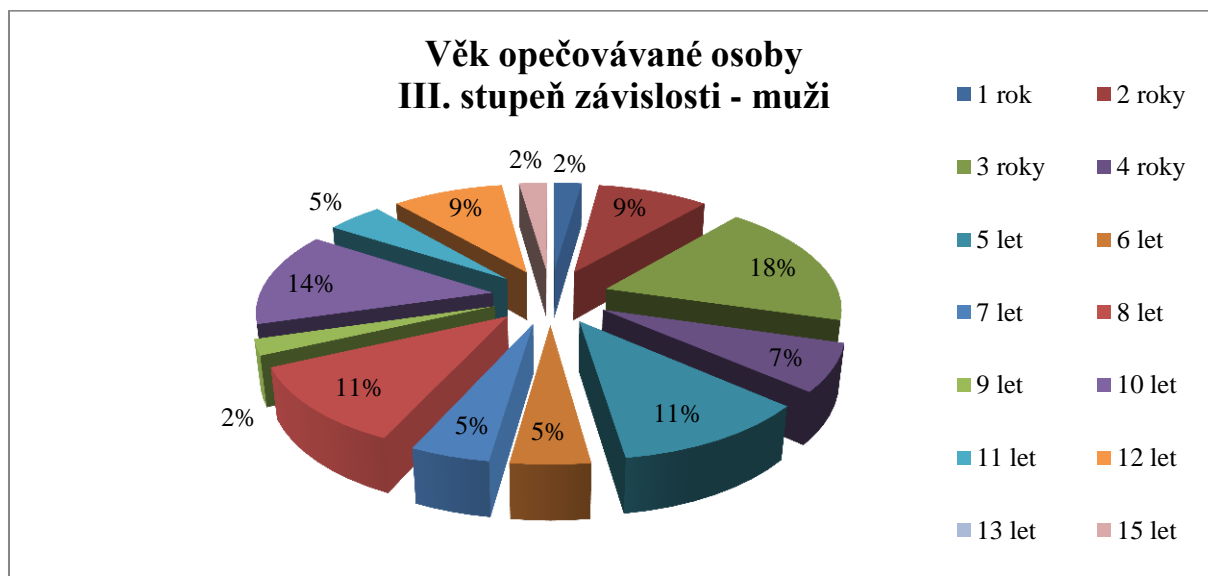
Graf č. 59 - grafické porovnání věku opečovávané osoby muži k II. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je zřejmé, že největší počet opečovávaných osob mužského pohlaví, kterému byl přiznán II. stupeň závislosti je ve věku 3 let - méně než 1/5 respondentů. Dále následují skupiny respondentů ve věku 4, 5, 2, 8, 9, 6, 7, 10 let a pouze 1 respondent ve věku 1, 11, 13, 15, 16 a 17 let.

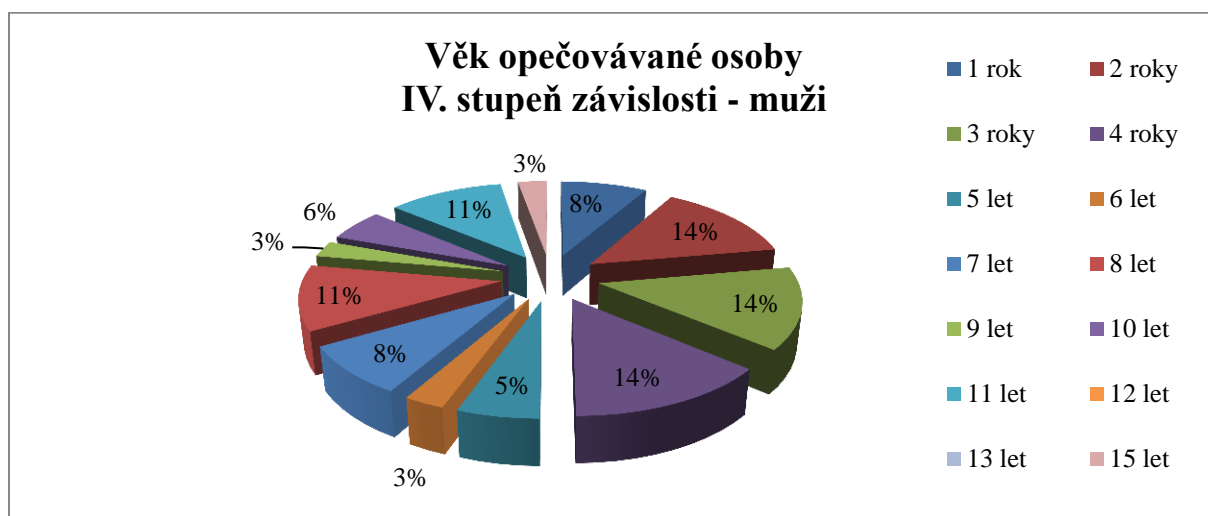
Graf č. 60 - grafické porovnání věku opečovávané osoby muži k III. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je zřejmé, že největší počet opečovávaných osob mužského pohlaví, kterému byl přiznán III. stupeň závislosti je ve věku 3 let – méně než 1/5 respondentů. Dále následují skupiny respondentů ve věku 10, 5, 8,2,12, 4,6, 7, a 11 let a pouze 1 respondent ve věku 1, 9 a 15 let.

Graf č. 61 - grafické porovnání věku opečovávané osoby muži k IV. stupni závislosti

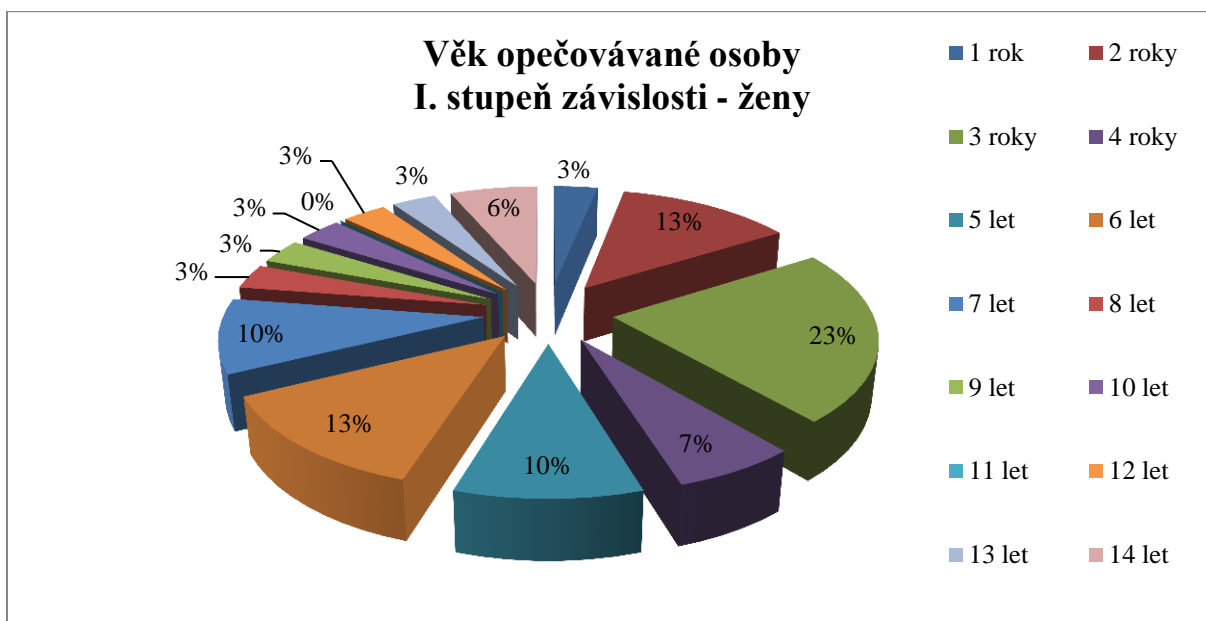


Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je zřejmé, že největší počet opečovávaných osob mužského pohlaví, kterému byl přiznán IV. stupeň závislosti, je ve věku 2, 3 a 4 let. Dále následuje skupina respondentů ve věku 8, 11, 1,7,5 a 10 let, pouze 1 respondent ve věku 6, 9 a 15 let.

Ze všech grafických znázornění je patrné, že opečovávané osoby, bez rozdílu přiznaného stupně závislosti, jsou nejčastěji ve věku 3 let.

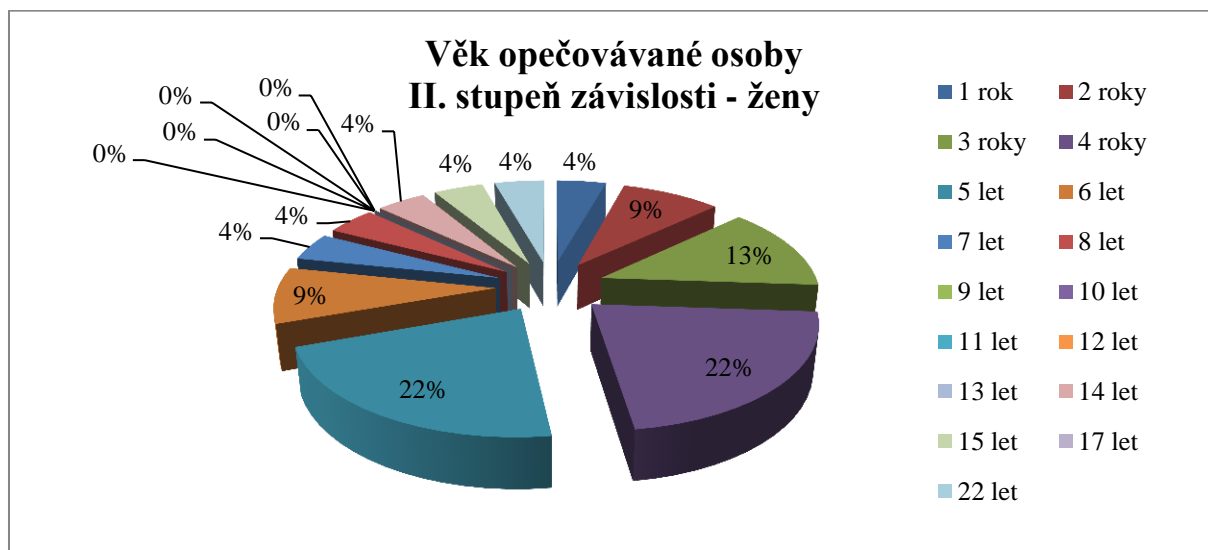
Graf č. 62 - grafické porovnání věku opečovávané osoby ženy k I. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je zřejmé, že největší počet opečovávaných osob ženského pohlaví, kterým byl přiznán I. stupeň závislosti je ve věku 3 let – více než 1/5 respondentů. Dále následuje skupina respondentů ve věku 2, 6, 5,7,4 a 14 let, pouze 1 respondent ve věku 1, 8, 9, 10, 12 a 13 let.

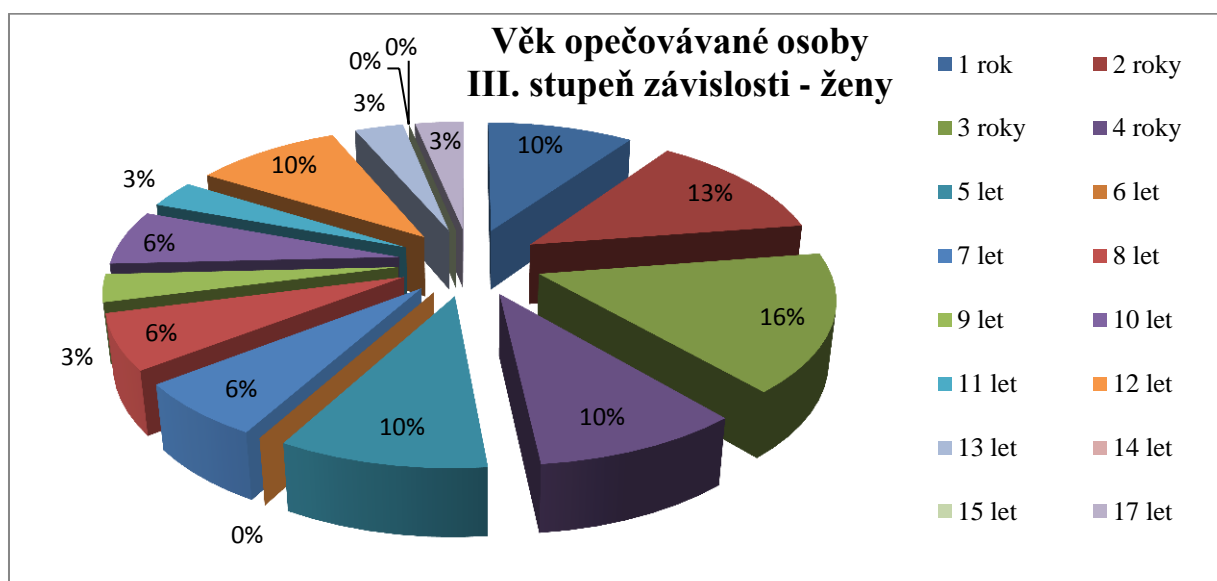
Graf č. 63 - grafické porovnání věku opečovávané osoby ženy k II. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je zřejmé, že největší počet opečovávaných osob ženského pohlaví, kterým byl přiznán II. stupeň závislosti je ve věku 4 a 5 roků – více než 1/5 respondentů. Dále následuje skupina respondentů ve věku 3, 2 a 6 let, pouze 1 respondent ve věku 1, 7, 8, 14, 15 a 22 let.

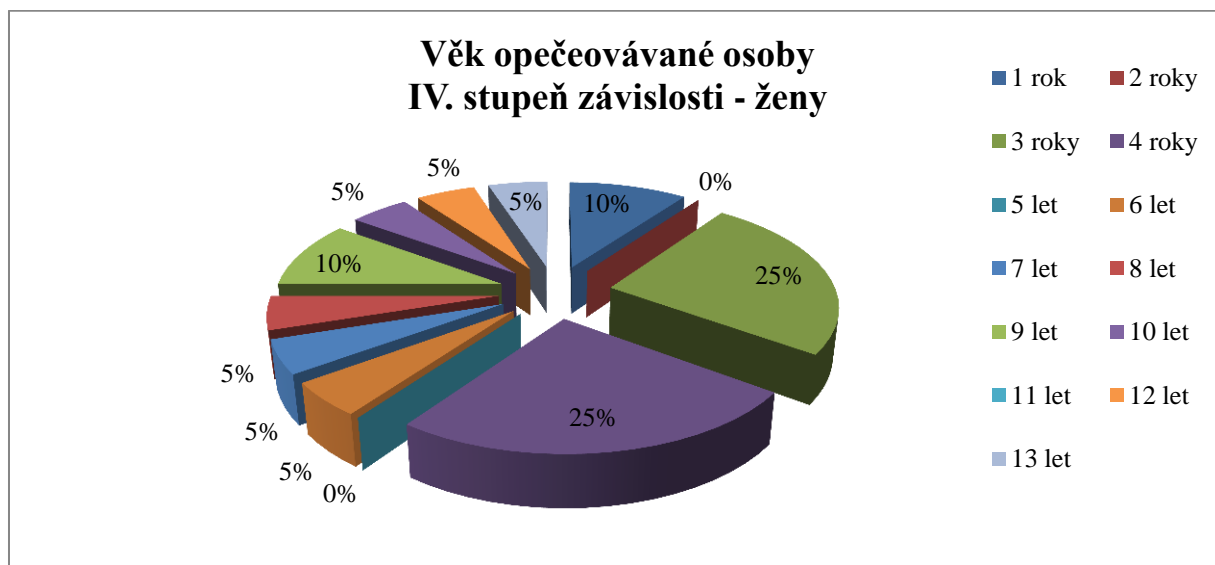
Graf č. 64 - grafické porovnání věku opečovávané osoby ženy k III. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je zřejmé, že největší počet opečovávaných osob ženského pohlaví, kterým byl přiznán III. stupeň závislosti, je ve věku 3 let, dále pak ve věku 2, 1, 4, 5, 12, 7, 8 a 10 let, pouze 1 respondent ve věku 9, 11, 13 a 17 let.

Graf č. 65 - grafické porovnání věku opečovávané osoby ženy k IV. stupni závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Z grafického znázornění je zřejmé, že největší počet opečovávaných osob ženského pohlaví, kterým byl přiznán IV. stupeň závislosti je ve věku 3 a 4 roků – 1/4 respondentů. Dále pak následuje skupina ve věku 1 a 9 let, pouze 1 respondent ve věku 6, 7, 8, 10, 12 a 13 let.

Ze všech grafických znázornění je patrné, že nejčastějším věkem na přiznání I. – IV. stupně závislosti jsou 3 roky u opečovávané osoby.

Shrnutí výsledků

V rámci realizovaného dotazníkového šetření byly ověřeny čtyři hypotézy.

Na základě zjištěných výsledků je možné konstatovat, že stanovená hypotéza: H1 byla potvrzena, H2, H3 a H4 nebyla potvrzena.

H1) Příčinou neefektivnosti financování sociálních služeb byla skutečnost, že přiznání příspěvku na péči nebylo podmíněno čerpáním služby od registrovaného poskytovatele sociálních služeb.

H2) Zavedení elektronické poukázky ve formě karty sociálních systémů přispělo k posílení finanční stability poskytovatelů, především terénních forem sociálních služeb.

H3) Ke zvýšení efektivnosti financování sociálních služeb by přispělo zřízení funkce "care managera" na obcích s pověřeným obecním úřadem, do jehož pracovní náplně by patřilo zprostředkování nabídky sociálních služeb klientům v závislosti na jejich nepříznivé sociální situaci?

H4) Elektronické poukázky v podobě karty sociálních systémů jsou optimální formou adresného poskytování sociálních služeb a dávek, zejména pak v závislosti na technických podmínkách poskytovatelů sociálních služeb a vědomostní úrovni jejich uživatelů.

Podrobnější zdůvodnění získaných výsledků je diskutováno v následující kapitole.

5. Diskuse

Klientům v nepříznivé životní situaci je nutné zajistit dlouhodobou podporu a není možné službu náhle ukončit pouze z důvodu nepřidělené nebo snížené dotace. Pozitivní sociální klima souvisí s ekonomickým a kulturním rozvojem celé společnosti, ovlivňuje výskyt sociálně nežádoucích jevů, migraci, atd. Jde v první řadě o úkol státu, který tak naplňuje základní lidská práva. Protože sociální oblast je poměrně „drahá“ (některé formy služeb jsou nákladné a jejich efektivita je zřejmá až v dlouhodobém horizontu), bývá obtížné obhájit požadavky na provoz a rozvoj služeb. Pokud má být klientům zajištěna profesionální udržitelná podpora, je třeba ji dostatečně personálně a materiálně zabezpečit. Sociální služby jsou financovány vícezdrojově. Základními zdroji financování sociálních služeb jsou:

- stát – zajišťuje financování sociálních služeb formou dotací (primárně MPSV), vytváří obecný rámec priorit služeb, realizuje kontrolní a metodickou činnost. Podíl státu na financování služeb tvoří obvykle maximálně 70%,
- kraj – na základě požadavků jednotlivých organizací vytváří souhrnný požadavek na dotaci MPSV, přerozděluje přidělené dotace, vytváří Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb. Podíl kraje na financování služeb tvoří cca 20%,
- obec (město) – poskytuje cílené dotace v rámci vlastních finančních možností. Podíl města na financování služeb by měl tvořit cca 10% nákladů,
- příspěvky klientů – jejich rozsah a výše je daná zákonem, je řešeno efektivní využívání příspěvku,
- nadace, nadační fondy, soukromé zdroje (sponzoři, individuální dárci), sbírky – nedílná součást financování služeb, nejedná se však o garantované zdroje.

Dále u financování sociálních služeb je nutné uvést že:

- poskytování a financování služeb je vymezeno poměrně přísnými podmínkami, finance jsou účelově vázány a je složité pružně reagovat na měnící se potřeby klientů (například když potřeby klienta zahrnují i potřeby jeho rodiny, není možné poskytovat službu nad rámec vymezení dotace),
- primární odpovědnost za financování sociálních služeb nese stát, ale zcela chybí rámec, který by určoval základní dotační priority. Koncepcí státu je postupný přenos odpovědnosti za financování služeb na nižší správní úroveň (kraje), avšak současná praxe ukazuje se připravenost takového kroku (nedostatečné odborné a personální zajištění, možný střet zájmů při financování vlastních zařízení atd.),

- role kraje v dotačním systému sociálních služeb je nejasná, kraji náleží významná odpovědnost, ale chybí dostatečné kontrolní mechanismy a výše zmíněný rámec, od kterého by se odvíjelo rozhodování o dotacích pro jednotlivé organizace. Kraj má možnost modifikovat dle vlastního rozhodnutí jak souhrnný požadavek na MPSV, tak následné přidělení získaných financí. Teoreticky je přitom vázán Střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb, který zpracovává ze zákona, v praxi ale tato vazba není garantována,
- dotace na realizaci sociálních služeb jsou poskytovány zpravidla v ročním intervalu, což vede k trvalé finanční nejistotě organizací. Ta je překážkou jak dlouhodobé práce s klienty, tak i vytváření koncepce rozvoje služeb. Navíc dochází k určitému zpoždění výplaty roční dotace (finance jsou na účet organizace připsány např. až v březnu kalendářního roku) a v předstihu před koncem roku (např. do 30. listopadu, u některých dotací a grantů i do 31. října kalendářního roku) je třeba přidělené finance vyúčtovat. Dochází tak ke vzniku „slepých“ období ve finančním zajištění organizace,
- finance na jednotlivé součásti podpory potřebných občanů jsou děleny dle příslušných rezortů (sociální oblast, zdravotní oblast, prevence, školství a volný čas, ústavní péče atd.). Je velmi složité zajistit klientům komplexní, ucelenou péči, a to z důvodu administrativních, účetních a provozních překážek,
- potřeby klientů a tedy i potřeba rozvoje služeb jsou proměnlivé, není ale možné flexibilně čerpat prostředky na provoz různých typů služeb. Mimo povinnosti vyplývající z registrace služeb je třeba zohlednit aktuální možnosti dotační politiky státu/kraje. Tím se služby přizpůsobují možnostem poskytovatelů a ne potřebám klientů,
- chybí koncepce finanční podpory služeb ze strany státu, krajů a měst. Dotace na jednotlivé oblasti sociálních služeb nejsou jednotně přidělovány, nejsou jasně vymezeny podmínky žádostí o dotace, vymezena cílová skupina atd.

V roce 2007 se přijetím zákona o sociálních službách zcela změnil systém financování sociálních služeb a systém finanční podpory osobám se zvýšenou závislostí na jiné osobě, resp. se sníženou soběstačností. Zásadní změnou bylo zavedení příspěvku na péči, který dává uživateli možnost zvolit si poskytovatele potřebné sociální služby. Současný systém financování sociálních služeb je založen na principu volby uživatele a na principu rovného přístupu k financím. Poskytovatelé sociálních služeb získávají finanční prostředky z primárních finančních zdrojů, tvořených platbami uživatelů sociálních služeb, úhradami

za poskytnutou péči, státními dotacemi a na dalších finančních zdrojích, které jsou tvořeny vedlejší hospodářskou činností, příspěvkem zřizovatele na činnosti, dary, příjmy za fakultativní služby, granty, nadačními fondy apod.

Po zkušenostech se systémem financování sociálních služeb a příspěvkem na péči pro osoby se zvýšenou závislostí na jiné osobě se po několika letech jeho fungování ukázalo, že ne všechna ustanovení zákona v praxi fungují podle představ jeho navrhovatelů. I když se celkové náklady na systém sociálních služeb a příspěvky na péči výrazně zvýšily, na nákup sociálních služeb je stále vynakládána jen část příspěvků na péči. Důsledkem je potřeba dotací ze strany státu pro poskytovatele sociálních služeb. Tato situace je dlouhodobě neudržitelná a proto by bylo potřeba pozměnit financování systému sociálních služeb tak, aby byly zlepšeny podmínky financování a zajištění sociálních služeb pro jejich uživatele.

Současný systém financování a využití příspěvku na péči lze charakterizovat následujícími skutečnostmi:

- 210 079 příjemců příspěvku na péči z celkového počtu 304 842 používá příspěvek na péči nikoliv na nákup sociálních služeb, nýbrž na zajištění tzv. neformální péče (rok 2013),
- využívání příspěvku na péči k „zakoupení“ sociální služby se zvyšuje s vyšším stupněm příspěvku - zatímco v I. stupni je to pouze 26 %, ve IV. stupni je to 47,4 %,
- zavedením příspěvku na péči došlo ke skokovému navýšení státních výdajů (mandatorních i nemandatorních) na zajištění systému sociálních služeb v ČR,
- většina prostředků z vyplaceného příspěvku na péči se nevrací do systému sociálních služeb. Odhadem se jedná o 10–11 miliard Kč, které jsou používány na zajištění neformální péče,
- zvyšující se tlak na mandatorní výdaje státního rozpočtu prostřednictvím příspěvku na péči (zejména v letech 2007–2009) měl za následek snižování prostředků na státní dotace poskytovatelům sociálních služeb. V době ustálení růstu počtu příjemců příspěvku na péči byl tento tlak částečně vystřídán vlivem finanční krize se stejným dopadem na poskytovatele sociálních služeb ve formě snižování objemu veřejných prostředků,
- přestože analýzy zahraničních zkušeností¹⁰³ ukazují, že zavedením nového systému financování sociálních služeb prostřednictvím příspěvku na péči dochází k výraznému

¹⁰³ Österle, A. – Meichenitsch, K. *Pflegesicherungssysteme in Europa*. Soziale Sicherheit č. 11/2007

odklonu od péče poskytované v pobytových zařízeních k péči poskytované v ambulantních a terénních zařízeních, u nás se tento trend příliš nepotvrdil.

Když byl zaveden příspěvek na péči, tak jeho účelem bylo dát uživatelům sociálních služeb možnost výběru poskytovatele sociálních služeb a umožnit zajištění důstojného života dle jejich individuálních potřeb a preferencí uživatele služby. V případě pobytu uživatele v pobytovém zařízení sociálních služeb náleží tento příspěvek poskytovateli jako úhrada za péči, a to v celé výši přiznaného příspěvku. Do sociální oblasti tak byl zaveden prvek „nakupování služby“. Stát posílil kupní sílu lidí, kteří jsou závislí na pomoci někoho jiného, a dal jim možnost zvolit si, jakou pomoc si objednají. Část lidí tak může využít příspěvek na krytí „ušlého zisku“ rodinných příslušníků, případně jiných osob, které se o ně budou starat. Druhá část lidí může použít příspěvek na úhradu profesionální sociální služby, kterou si mohou vybrat.

Je nutné upozornit na to, že sociální služby jsou jedním z pilířů sociální ochrany, pomoci a solidarity a mají být poskytovány v souladu se zásadami sociálních služeb, které jsou zakotveny v zákoně o sociálních službách. Sociální služby musejí být poskytovány v náležité kvalitě podle standardů kvality sociálních služeb opírající se zejména o naplňování lidských práv. Poskytování sociálních služeb bez registrace je zcela nepřipustné. Veškeré úhrady za poskytované úkony v sociálních službách jsou omezené úhradovými limity chránícími příjem klienta, ale sociální služby mají právo žádat úhradu za péči z poskytovaného příspěvku na péči. Příspěvek na péči musí být spojen pouze a jen s pomocí, která je sociální službou, službou, jež je poskytována buď registrovaným poskytovatelem sociálních služeb, osobou blízkou nebo asistentem sociální péče. Registrovaní poskytovatelé mohou také žádat dotace z veřejných zdrojů na spolufinancování služby. Veřejnost se v systému sociálních služeb příliš neorientuje a objektivně danou hranici mezi sociálními službami a komerčními službami nevnímá. Komerční služby nemohou žádat úhradu za poskytnuté služby z příspěvku na péči a nemají šanci získat dotaci ze státního příspěvku. Je nutné, aby probíhala kontrola využití příspěvku na péči, kterou má v kompetenci úřadu práce. Pokud by zjistil pochybení o jeho čerpání, tak by byla výplata příspěvku klientovi zastavena.

Mohu uvést rozlišení některých rozdílů služeb:

Registrovaná sociální služba:

- cílem služby je sociální začlenění, eventuálně prevence sociálního vyloučení,
- musí poskytnout takové úkony péče o vlastní osobu, které klient sám nezvládne,
- péči zajistí kvalifikovaným personálem,

- péče je hrazena z příspěvku na péči,
- podléhá státní kontrole kvality.

Komerční služba:

- cílem je zisk z podnikání,
- poskytne úkony, které si klient objedná a zaplatí,
- péče nesmí být hrazena z příspěvku na péči,
- není dotovaná ze státního rozpočtu.

Žijeme v demokratické zemi a každý má právo rozhodnout se, vybrat si službu, která bude odpovídat našim představám a možnostem. Není tedy možné, aby rozhodoval stát nebo sociální služby ve jménu nejlepšího zájmu klienta. Tito lidé mají rodiny a rodiny musí rozhodnout o tom, jakým způsobem se o svého člena postarají, jestli to zvládnou v kruhu rodinném, vyberou sociální službu nebo komerční službu. Dostatečné spektrum služeb a nabídky kapacity pro potřeby stárnoucí populace jsou v budoucnu nezbytností.

Významným způsobem zasáhlo do poskytování sociálních služeb, zejména do výplaty příspěvku na péči, zavedení karty sociálních systémů (dále jen sKarta).

Projekt sociálních karet, který byl v ČR spuštěn v červenci 2012 ve své pilotní fázi, není ojedinělý a využívá zkušenosti z již funkčních projektů v zahraničí.

Sociálními kartami se obecně nazývají karty, sloužící k distribuci sociálních dávek. Příjemci dávek obdrží předplacenou nebo debetní kartu, na kterou jsou pak převodem vypláceny dávky a příspěvky přiznané státem držiteli.

Plošné i lokální projekty pro distribuci sociálních dávek fungují např. v Itálii, Nizozemsku, Polsku, Španělsku, Rusku a v dalších státech Evropy i jinde ve světě. Některé státy úspěšně distribuují prostřednictvím platebních karet i starobní důchody, třeba Pension Card v Itálii či podporu v nezaměstnanosti, například Mississippi Card v USA dále i jednorázové podpory v nouzi například při povodních, zemětřeseních apod. V roce 2005 pomocí sociálních karet např. Červený kříž ve státě Texas distribuoval příspěvky lidem postiženým hurikánem Katrina. Během tří let bylo vydáno přes 880 tisíc karet občanům s nízkým příjmem, penzistům i opatrovníkům dětí do tří let. Dnes je karet více než milión. Projekt je nastaven tak, že uživatelé nemohou vybírat hotovost, ale mohou kartou platit v sítích obchodů. Svůj aktuální zůstatek zjistí na poště, v bankomatech, na webových stránkách či v některém ze dvou telefonických center, která byla pro projekt zřízena. Výhodou je i to, že řada obchodníků poskytuje držitelům těchto karet slevy – lékárny, hypermarkety, mobilní

operátoři. Také ruská karta MasterCard OneSmart Social Card má již stovky tisíc uživatelů¹⁰⁴. Příjemcem různých druhů sociálních dávek je v Rusku přibližně 70 % obyvatel, což představuje 100 miliónů lidí. Zavedení sociálních karet tak umožnilo radikálně snížit administrativní náročnost distribuce dávek a eliminovat výskyt chyb a podvodů. Ruská vláda má díky tomu navíc k dispozici spolehlivé informace ohledně poskytovaných sociálních služeb.

V Rusku používají několik druhů sociálních karet:

- karta pro těhotné ženy, kterým je poté vyplaceno přes kartu porodné a přídavky na dítě,
- karta pro příjemce příspěvku na bydlení,
- karta pro osoby registrované „v kancelářích sociálního zabezpečení“ – pro výplatu dávek,
- studentská karta – student musí studovat v denním studiu jak na veřejné tak soukromé VŠ(akreditované – jen pro Moskvy),
- studentská karta – pro studenty odborných škol, učilišť – střední vzdělávání.

Společnost MasterCard Europe představila první platební kartu pro výplatu sociálních dávek založenou na čipu EMV v Evropě, a to společně s ruskou vládou a ruskou bankou Ural Sib.

Podle pilotního projektu bude vytvořena co-brandová platební karta pro příjemce sociální podpory v Rusku, včetně studentů, penzistů, příslušníků ozbrojených sil a státních zaměstnanců. Prostřednictvím této karty budou moci jednoduše a efektivněji čerpat sociální výhody, jakými jsou například bezplatná městská doprava a levnější léky. Kartu mohou využívat například také k platbám za elektřinu. Projekt má název „Sociální karta Moskva“ a je realizován od roku 2001.

Poprvé v Evropě bude čip EMV v platební kartě bezpečně uchovávat osobní údaje o příjemcích sociální podpory, kterým umožní získat okamžité sociální výhody prostým použitím karty namísto různých forem dokumentování. Očekává se také, že program této karty sníží pomocnou administrativu, sníží tedy náklady a ušetří čas.

Karta MasterCard pro výplatu sociálních dávek využívá současnou čipovou technologii, což znamená, že na kartě může být uloženo hned několik druhů sociální podpory, které mohou být příjemci podpory ihned zaktivovány. Ruský systém sociální podpory je v současné době spojen se složitým a nákladným zpracováním, takže čipová karta s více možnostmi použití je dobrým řešením.

¹⁰⁴ <http://www.soccard.ru/>

Novou kartu budou vydávat banky. Díky osobním údajům, které budou na kartě uloženy, ji budou moci držitelé využít při nárocích na sociální podporu.

Technologie OneSmart, která byla v případě této karty použita, má potenciál k tomu, aby vládám a spotřebitelům v Rusku přinesla značné výhody. Program nové karty podporuje přechod od systému sociální podpory založený na papírování k úsporné elektronické infrastruktuře s menšími požadavky na administrativu. V Rusku se již používá v oblastech jako doprava, zdravotní péče, platby domácností za energie a telekomunikace. Čipová technologie však umožňuje, aby bylo v budoucnu přidáno mnohem více prvků.

V Itálii byl systém úspěšně zaveden již v roce 2008 pod názvem „Carta Acquisti“¹⁰⁵. Realizace byla, pro všechny účastníky projektu, překvapivě rychlá. Na spuštění projektu stačilo pouhých 5 měsíců od vzniku koncepce. Během tří let bylo vydáno přes 880 000 karet občanům s nízkým příjmem, penzistům i opatrovníkům dětí do 3 let. Dnes je karet více než 1 milion. Projekt je nastaven tak, že uživatelé nemohou vybírat hotovost, ale mohou kartou platit v sítích obchodů. Svůj aktuální zůstatek zjistí na poště, v bankomatech, na webových stránkách či v některém ze dvou telefonických center, která byla pro projekt zřízena. Výhodou je, že řada obchodníků poskytuje držitelům daných karet slevy (lékárny, hypermarkety, mobilní operátoři atd.). Celkový obrat transakcí byl během tří let fungování projektu 1,2 miliard EUR.

Projekt Aquisti potvrdil, že je možné platební karty vydat i nejnižšímu příjmovému segmentu populace, včetně nejstarší skupiny obyvatel.

V oblasti sociálních dávek jsou v USA předplacené karty využívány vládou i širším veřejným sektorem (včetně nevládních a neziskových organizací). Karty slouží k administraci penzijního a sociálního zabezpečení, příspěvků sociální podpory (příspěvky na děti, na bydlení, na dopravu) – Oklahoma Debit MasterCard, ale i na vyplácení podpory v nezaměstnanosti¹⁰⁶. Podpora v nezaměstnanosti je vyplácena i prostřednictvím dalších projektů, jako je Direct Express Debit MasterCard nebo Mississippi Debit MasterCard¹⁰⁷. Celkový počet lidí, kteří dostávají podporu v nezaměstnanosti prostřednictvím předplacené nebo debetní platební karty, je v USA 17,4 mil. Celková výše podpory v nezaměstnanosti představuje zhruba 32,5 mld. \$ ročně.

V momentě, kdy existuje systém výplaty dávek prostřednictvím platebních karet, mohou být karty využity i k výplatě dávek při katastrofě či havárii – např. příspěvky vyplácené

¹⁰⁵ http://www.mef.gov.it/carta_acquisti/

¹⁰⁶ <https://www.eppicard.com/>

¹⁰⁷ <http://www.fms.treas.gov/godirect/>

Červeným křížem. V některých oblastech, s pravidelným výskytem živelných událostí, je již tento druh pomoci připravený k použití. Odhadovaná roční hodnota podpory, vyplácené prostřednictvím předplacených karet v USA při katastrofě či havárii, činí cca 50 mil. \$.

„Některé projekty sociálních karet dovolují uživatelům libovolně nakládat s prostředky na kartě. Je to tam, kde stát (případně municipalita) nevyžaduje kontrolu užití vyplácených dávek. V jiných modelech, kde se jedná o účelové dávky, může být užití karty omezeno (např. u příspěvků krizové podpory, příspěvků na bydlení, rekvalifikačních programů či vnitrostátní dopravy) na použití pouze u některého typu obchodníků.

Některé projekty ani neumožňují výběr hotovosti z bankomatu a vyžadují pouze používání karty u obchodníků, kde se dá zajistit určitá kontrola plateb. Jsou projekty – jako např. Italská „Pension Card“, které umožní používání karty i v zahraničí, většina projektů však využívání karty striktně omezuje na domácí používání, tj. v rámci daného státu“¹⁰⁸.

Ruská karta MasterCard OneSmart Social Card¹⁰⁹ má již stovky tisíc uživatelů. Příjemcem různých druhů sociálních dávek je v Rusku přibližně 70 % obyvatel, což je 100 miliónů lidí. Zavedení sociálních karet tedy umožnilo radikálně snížit administrativní náročnost distribuce dávek a eliminovat výskyt chyb a podvodů. Ruská vláda má díky tomu navíc k dispozici spolehlivé informace ohledně poskytovaných sociálních služeb. Karta získala několik ocenění, například Oscars 2009 v Paříži za Nejlepší inovativní bankovní produkt v kategorii služeb. V Rusku je v plánu vydat těchto karet několik milionů. V první fázi projektu 870 000 karet příjemcům sociálních dávek a ve druhé fázi distribuovat karty také studentům středních a vysokých škol.

Zahraněční zkušenosti ukazují, že používání sociálních karet je pohodlné a efektivní pro úřady i pro příjemce. Oproti hotovosti nebo papírovým poukazům je toto řešení bezpečnější a úspornější. Systém zároveň zamezuje zneužívání sociálních dávek, protože, jak již bylo uvedeno, použitelnost karty lze omezit na vybrané kategorie obchodů (např. na potraviny a zdravotní péči, k úhradám faktur za služby). V případě snahy použití karty u jiných obchodníků bude karta odmítnuta.

Distribuce dávek pomocí karet se ukázala jako vhodná rovněž pro kritické skupiny populace (osoby s nízkým příjmem, senioři nad 65 let bez zkušenosti s bankovním stykem). „Lidé by se velmi rychle naučili, jak a kde karty používat, a počáteční obavy ohledně jednorázového nákupu, ihned po převedení dávky na kartu, by se ukázaly neopodstatněné“. Kartové programy navíc zbavují příjemce stigmatizace spojované s používáním jiných forem výplaty

¹⁰⁸ <http://www.myitaliancitizenship.com/>

¹⁰⁹ <http://finexpert.e15.cz/mastercard/>

a dávají do té doby „nebankovnímu klientovi“ do rukou vyšší stupeň platebního prostředku. Používání sociálních karet tak zvyšuje finanční gramotnost příjemců dávek.

V květnu 2011 se mezi studenty Vysoké školy ekonomické v Praze uskutečnil průzkum, který byl v rámci odborného projektu MasterCard česká centra rozvoje¹¹⁰. Z průzkumu je patrné, že studenti vnímají stávající sociální systém jako příliš rozbujelý. Myslí si to 70 % z nich. Podle 48 % respondentů mohou být nejlepším řešením pro zlepšení situace právě sociální karty. Jako největší obecnou výhodu zavedení platebních karet pro výplatu sociálních dávek vnímají studenti snížení míry jejich zneužívání“ dále „snížení nákladů na výplatu nebo zrychlení výplaty dávek.“

Podle mého názoru myšlenka karty sociálních systémů nebyla špatná. Pokud by byla zaváděna postupně, neukvapeně, koordinovaně a ne jako povinná, ale jako jedna ze způsobů výplaty dávek (výplata na účet klienta, zpoplatněná složanka nebo karta sociálních systémů) mohl být daný projekt pravděpodobně úspěšný.

Zkušenosti se zavedením projektu sKarty jako takové, i ty negativní a především ty mohou sloužit v budoucnu těm, kteří se rozhodnou na základě požadavků doby, elektronizace a digitalizace výkonu státní správy modernizovat např. vyplácení příspěvku na péči nebo jiných agend.

Na závěr je nutné říci, že současný systém příspěvku na péči je tedy možno označit nejen za neefektivní, ale i nefunkční ve smyslu očekávání, předpokladů, představ a kalkulací. Chování české populace při čerpání sociálních dávek pak v kombinaci s tímto systémem vedly k neefektivnosti a nefunkčnosti celého systému. K optimalizaci a vyšší efektivitě současného systému je nutné přispět ke stabilizaci systému sociálních služeb, která povede ke zvýšení efektivity příspěvku na péči. Dále je nutné výrazně zlepšit současnou problematickou situaci poskytovatelů sociálních služeb vyvolanou snižujícím se objemem příjmů z veřejných prostředků a zaměřit se také na zlepšení kvality života příjemců příspěvku na péči, a to zejména seniorů a osob se zdravotním postižením a o větší možnosti pro pečující osoby.

Současný systém způsobu poskytování, výplaty a distribuce příspěvku na péči je nutno změnit, a to zejména z důvodu jeho neúčelného využívání a negativních externalit, které způsobuje. Pro celkové řešení by bylo účelné zabývat se i možnostmi rozšíření stupňů příspěvku na péči a porovnání skutečných nákladů na zajištění péče k přiznané výši příspěvku

¹¹⁰ <http://www.centrarozvoje.cz/>

na péči. Předpokládám, že by se mohla najít celá řada možností jak systém zdokonalit z hlediska času a účinnosti, tak z hlediska výplaty, využití a kontroly.

Zavedení projektu sKaret lze chápat jako nástroj, který měl zvýšit efektivitu sociálních služeb. Tento nástroj je nutné chápat jako jeden z možností a variant, který měl tomuto cíli napomoci. Reakce uživatelů těchto karet je popsána v části vyhodnocení dotazníkového šetření. Je však třeba mít na zřeteli časový horizont, kdy jsem dotazníkové šetření realizovala. Jednalo se o období, kdy v podstatě vrcholila protestní kampaň Národní rady osob se zdravotním postižením ČR a dalších organizací proti zavedení tohoto systému výplaty sociálních dávek. Ministerstvo práce a sociálních věcí celou situaci podcenilo a nedokázalo občanům včas a v předstihu vysvětlit všechny přínosy a pozitiva, který nový způsob výplaty dávek přináší. Velký problém je nutno spatřovat v jistém megalomanském pojetí v přístupu řešení této otázky. Domnívám se, že pokud by docházelo k postupnému přechodu výplaty sociálních dávek prostřednictvím sKarty (např. nejprve dávky pomoci hmotné nouze, následně pak ostatní sociální dávky) mohla mít Česká republika v současné době k dispozici špičkový evropský systém výplaty sociálních dávek, který podle mého názoru dříve či později bude ve všech evropských zemích běžným standardem. I Česká republika v horizontu několika let zcela jistě znovu přistoupí k tomu, aby výplata všech sociálních dávek prostřednictvím bezhotovostního platebního styku byla běžným standardem. V tomto smyslu je však nezbytné se poučit z chyb, které byly v uplynulém období realizovány, položit důraz na včasnou, kvalitní a pozitivní informační kampaň se závěrem na výhody nového systému výplaty sociálních dávek (obdobně jako tomu bylo v roce 1994 při zavádění systému státní sociální podpory, kdy začaly všechny dávky vyplácet okresní úřady), správně načasovat jednotlivé kroky tohoto řešení a v dostatečném časovém předstihu s tímto řešením seznámit široké obyvatelstvo.

6. Závěr

Sociální služby jsou významným prvkem systému sociální ochrany obyvatelstva. Přijetím zákona¹¹¹ o sociálních službách, byly upraveny základní principy jejich organizace, financování a řízení, do systému byly zavedeny nové moderní prvky, které jsou upraveny v legislativě prakticky všech vyspělých evropských států (registrace poskytovatelů sociálních služeb, definování standardů jejich poskytování, princip inspekce sociálních služeb, povinnost celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků). V rámci realizace sociální reformy se změnila forma výplaty příspěvku na péči, sociální dávky, která je určena k posílení příjmů klientů tak, aby si mohli potřebné sociální služby "koupit". Od její výplaty prostřednictvím poštovní poukázky bylo počátkem roku 2012 přistoupeno ke změně výplaty bezhotovostním platebním stykem prostřednictvím karty sociálních systémů. Tato forma výplaty se se však nesečkala s pozitivním ohlasem, byla kritizována především ze strany Národní rady zdravotně postižených, a proto bylo následně rozhodnuto o zrušení této karty a o návratu k původní formě výplaty všech nepojistných sociálních dávek.

Tato skutečnost vedla k tomu, že původní cíl mé práce – posoudit, do jaké míry zavedení poukázkového systému prostřednictvím karty sociálních systémů přispělo ke zvýšení efektivnosti financování sociálních služeb – se nepodařilo plnohodnotně zrealizovat. Přestože se podařilo shromáždit množství údajů o využívání příspěvku na péči, vzhledem k výše uvedené skutečnosti nebylo možno definované hypotézy plnohodnotně verifikovat a to přesto, že jsem pro analýzu účinnosti poukázkového systému zvolila kombinaci tří sociologických metod – kvalitativní výzkum založený na metodě sekundární analýzy dat, dotazníkové šetření mezi osobami pečujícími o nezaopatřené děti, jimž byl přiznán příspěvek na péči a hloubkové cca 30 minutové rozhovory s experty z řad pracovníků vybraných poboček úřadů práce, krajských a městských úřadů a z řad poskytovatelů terénních sociálních služeb.

Dotazníkové šetření bylo realizováno v období únor – březen 2013 a vyhodnocení jeho výsledků spadalo do období duben – květen 2013. Jednalo se tedy o období, kdy v zásadě vrcholila kampaň Národní rady zdravotně postižených osob pro bezhotovostní formu výplaty nepojistných sociálních dávek, což podle mého názoru velmi významně ovlivnilo ochotu dotazovaných osob, především v rámci hloubkových rozhovorů interpretovat svůj vlastní názor.

¹¹¹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

Z výsledků realizovaných šetření se podařilo potvrdit pouze první hypotézu, tedy, že příčinou neefektivnosti financování sociálních služeb byla skutečnost, že přiznání příspěvku na péči nebylo podmíněno čerpáním služby od registrovaného poskytovatele sociálních služeb. V tomto smyslu se lze domnívat, že by v následujícím období v souvislosti s uvažovanou reformou sociálních služeb měla být připravena jiná forma financování péče poskytované rodinnými příslušníky, např. ve formě dříve poskytovaného příspěvku na péči o osobu blízkou.

Naopak nepodařilo se potvrdit hypotézu, že zavedení elektronické poukázky ve formě karty sociálních systémů přispělo k posílení finanční stability poskytovatelů, především terénních forem sociálních služeb. Hlavní příčinu finanční nestability poskytovatelů těchto služeb nelze spatřovat ve formě výplaty příspěvku na péči, ale ve špatně nastaveném systému financování služeb, který je postaven na závislosti poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotací z veřejných zdrojů. Na dotace však poskytovatelé sociálních služeb nemají nárok.

Obdobně se nepodařilo potvrdit hypotézu, že ke zvýšení efektivnosti financování sociálních služeb by přispělo zřízení funkce "care managera" na obcích s pověřeným obecním úřadem, do jehož pracovní náplně by patřilo zprostředkování nabídky sociálních služeb klientům v závislosti na jejich nepříznivé sociální situaci. Tato skutečnost byla podle mého názoru ovlivněna nepochopením významu této funkce ze strany respondentů, kteří se pod dojmem tlaku především Národní rady zdravotně postižených osob soustředily na samotný aspekt "pouhé" výplaty těchto dávek bez širších souvislostí a vazeb mezi dvěma klíčovými prvky systému – samotným přiznáním dávky a zajištěním konkrétní formy adekvátní sociální služby.

V návaznosti na tyto aspekty nebyla potvrzena ani poslední hypotéza, tedy, že elektronické poukázky v podobě karty sociálních systémů jsou optimální formou adresného poskytování sociálních služeb a dávek, zejména pak v závislosti na technických podmínkách poskytovatelů sociálních služeb a vědomostní úrovni jejich uživatelů. Tato skutečnost byla z mého pohledu ovlivněna mým osobním pohledem na bezhotovostní platební styk, který je zejména pro osoby ve větších městech jednotlivých regionů zpravidla již běžným standardem, zatímco pro osoby v okrajových částech jednotlivých regionů je často zpravidla vzhledem k omezené dostupnosti bankomatů nadstandardní formou služeb.

Zahraniční zkušenosti ukazují, že používání sociálních karet je pohodlné a efektivní pro úřady i pro příjemce. Oproti hotovosti nebo papírovým poukazům je toto řešení bezpečnější a úspornější. Tyto výsledky byly potvrzeny i v rámci průzkumu mezi studenty VŠE v Praze v rámci projektu Česká centra rozvoje, který realizovala v roce 2011 společnost MasterCard.

System zároveň zamezuje zneužívání sociálních dávek, protože použitelnost karty lze omezit na vybrané kategorie obchodů (např. na potraviny a zdravotní péči, k úhradám faktur za služby). Tyto aspekty však byly zmiňovány pouze v omezeném měřítku.

Podle mého názoru myšlenka výplaty nepojistných sociálních dávek prostřednictvím karty sociálních systémů nebyla špatná. Z dostupných zahraničních zkušeností však lze soudit, že její implementace v našich podmínkách byla ukvapená a nepřipravená. Pokud by nový způsob výplaty byl zaváděn postupně jako např. dobrovolná forma, která by byla alternativní k již existujícím možnostem (výplata na účet klienta, zpoplatněná složanka nebo karta sociálních systémů), mohl být celý projekt pravděpodobně úspěšnější.

Zkušenosti získané se zaváděním projektu sKarty by měly být využity v budoucnu. Jsem přesvědčena o tom, že na základě požadavků doby, elektronizace a digitalizace výkonu státní správy bude nutno se k principům bezhotovostní výplaty sociálních dávek vrátit a celý systém modernizovat.

Souhrnně je nutno konstatovat, že současný systém financování sociálních služeb je neefektivní, a proto v souvislosti s očekávanými demografickými trendy ho bude nutno zásadně změnit. Nová řešení je možné podle mého názoru spatřovat v přijetí takových opatření, která povedou ke stabilizaci a následně k rozvoji tohoto spektra veřejných služeb. V rámci těchto kroků je nutno rovněž změnit současný systém způsobu poskytování, výplaty a distribuce příspěvku na péči. Znovu je nutno posoudit vhodnost stávajících kritérií pro přiznání míry závislosti, organizační principy související s mechanismem přiznávání příspěvku na péči, časovou nákladnost péče o příjemce příspěvku na péči v jednotlivých stupních závislosti, vč. kritérií pro fungování inspekce sociálních služeb a naplňování standardů poskytované péče.

Opětovné zavedení bezhotovostních forem výplaty příspěvku na péči (např. ve formě výplaty prostřednictvím karty sociálních systémů) je možno chápat jako jeden z nástrojů, který by mohl zvýšit efektivitu poskytování a financování sociálních služeb. Tento nástroj je nutné chápat jako jeden z možností a variant, který měl tomuto cíli napomoci. V případě jeho znovuzavedení je však nutno zapojit do postupné implementace i např. obecní úřady obcí, kde v současné době není možno používat bezhotovostní platební nástroj. Je potřeba znovu detailně zanalyzovat všechny získané zkušenosti, připomínky, podněty a včas všem potenciálním příjemcům vysvětlit základní principy bezhotovostní výplaty nepojistných sociálních dávek a ty jim ale i s ohledem na jejich možnosti co nejvíce přizpůsobit, jako tomu bylo ve 2. polovině roku 1994, kdy byl zaváděn do praxe nový systém státní sociální podpory. Ministerstvo práce a sociálních věcí však nyní celou situaci podcenilo a nedokázalo občanům

včas a v předstihu vysvětlit všechny přínosy a pozitiva, který nový způsob výplaty dávek přináší. Domnívám se, že pokud by docházelo k postupnému přechodu výplaty sociálních dávek prostřednictvím sKarty (např. nejprve dávky pomoci hmotné nouze, následně pak ostatní sociální dávky) mohla mít Česká republika v současné době k dispozici špičkový evropský systém výplaty sociálních dávek, který podle mého názoru dříve či později bude ve všech evropských zemích běžným standardem.

Jsem přesvědčena o tom, že Česká republika v horizontu několika let zcela znovu přistoupí k tomu, aby výplata všech sociálních dávek prostřednictvím bezhotovostního platebního styku byla běžným standardem. Je proto nutné poučit se z chyb, které byly v uplynulém období realizovány, položit důraz na včasnou, kvalitní a pozitivní informační kampaň s důrazem na vysvětlení výhod nového systému výplaty sociálních dávek, správně načasovat jednotlivé kroky tohoto řešení a v dostatečném časovém předstihu s tímto řešením seznámit široké obyvatelstvo.

7. Seznam použitých zdrojů

1. Anheier, H. K. *Nonprofit Organizations: Theory, Management, Policy*. Routledge, 2005, 450 s. ISBN 978-0-415-31418-3
2. Anzahl der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland in den Jahren 1995 bis 2010. Quelle BMG. Statista 2011 <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/72672/umfrage/soziale-pflegeversicherung--leistungsempfaenger-indeutschland/>
3. Bareš, P. *Cílové skupiny v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb zpracovaných v období 2006-2007*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2008. ISBN 978-80-7416-009-7
4. Bareš, P. *Sociální služby poskytované nestátními subjekty*. In: Dohnalová, M. *Sociální ekonomika - vybrané otázky*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2009, s. 56-79. ISBN 978-80-7416-052-3
5. Bareš, P. *Regionální dostupnost sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 978-80-7416-047-9
6. Baker, M. *Families in Canadian Society. An Introduction*. Toronto: McGraw-Hill Ryerson, Ltd., 1993
7. Bednárik, R., Bodnárová, B. *Starnutie populácie - výzva na zmeny v službách prestarších ľudí*. Rodina a práca č. 4/2005
8. Benčo, J., Kuvíková, H. a kol. *Ekonomika verejných služieb*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Ekonomická fakulta, 2011, 334 s. ISBN 978-80-557-0323-7
9. Beitragsbemessungsgrenze Krankenversicherung Rentenversicherung Pflegeversicherung Arbeitslosenversicherung. [cit. 2011-11-14]. Dostupné z: <http://www.pkv-private-krankenversicherung.net/beitragsbemessungsgrenze-2>
10. Beyersdorffer, O. Pflegepflichtversicherung. [cit. 2011-11-11]. Dostupné z: http://www.arbeitsgemeinschaftfinanzen.de/krankenversicherung/pflegeversicherung_p [Biennial Report on social services of general interest, Commission of the European Communities, Brussels 2008hp](http://www.biennialreporton-social-services.com/)

11. Brennan, D., Cass, B., Himmelweit, S., Szebehely, M. The marketisation of care: Rationales and consequences in Nordic and liberal care regimes. In: *Journal of European Social Policy*. vol. 22, 2012, no. 4, s. 377-391. Dostupné z: <http://esp.sagepub.com/content/22/4/377.full.pdf+html>
12. Buchta, M. *Od standardizace v technice ke standardizaci v ekonomice a managementu*. In: *Standardizace veřejných služeb jako předpoklad efektivnosti rozvoje regionů*. Brno: Masarykova Univerzita, ESF, 2003, s. 35-42. ISBN 80-210-3192-1
13. Bundespflegegeld. Zdroj: STATISTIK AUSTRIA. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html
14. Čámský, P., Sembdner, J., Krutilová, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 264 s. ISBN 978-80-262-0027-7
15. Červenková, A. Bruthansová, D., Pechanová, M. *Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-35-2
16. Dohnalová, M. a kol. *Sociální ekonomika - vybrané otázky*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2009, 92 s. ISBN 978-7416-052-3
17. Dolceta EU, 2011a. *Co jsou služby obecného zájmu*. Služby (např. energetické, dopravní, komunikační). [cit. 2013-01-19]. Dostupné na: [www: http://www.dolceta.eu/ceska-republika/Mod6/Co-jsou-sluzby-obecneho-zajmu.html](http://www.dolceta.eu/ceska-republika/Mod6/Co-jsou-sluzby-obecneho-zajmu.html)
18. Dolceta EU, 2011b. *Co jsou všeobecné služby*. Služby (např. energetické, dopravní, komunikační). [cit. 2013-01-19]. Dostupné z: <http://www.dolceta.eu/ceska-republika/Mod6/Co-jsou-vseobecne-sluzby.html>
19. Dolceta EU, 2011c: *Liberalizace: Služby* (např. energetické, dopravní, komunikační). [cit. 2013-01-19]. Dostupné z: <http://www.dolceta.eu/ceska-republika/Mod6/Liberalizace.html>
20. Doleželová, H. *Služby v obecném hospodářském zájmu*. Dizertační práce. Ostrava: VŠB-TU Ostrava, Ekonomická fakulta, 2012. 185 s.
21. Esping – Andersen, G. *Tři politické ekonomie sociálního státu*. Sociologický časopis č.1/1991
22. Flecker, J., Hermann, Ch. et al. *Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE)*. Summary report. Vienna: 2009,

z :http://www.pique.at/reports/pubs/PIQUE_SummaryReport_Download_May2009.pdf

23. Francová, H., Novotný, A., Kozlová, L. *Vybrané poznámky k realizaci sociálních služeb v současných legislativních podmínkách ČR*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, zdravotně sociální fakulta, 2009
24. Halásek, D. *Standardizace veřejných služeb*. 1. vyd. Ostrava: VŠB-TU. 2004. 152 s. ISBN 80-248-0685-1
25. Halásková, M. *Veřejná správa a veřejné služby v zemích Evropské unie*. SAEI, vol. 13. Ostrava: VŠB-TU Ostrava, 2012, 198 s. ISBN 978-80-248-2808-4
26. Halásková, R. *Hodnocení spokojenosti vybraných sociálních služeb pro seniory*. In: VIII. Hradecké dny sociální práce. Sborník příspěvků z mezinárodní vědecké konference. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce, 2012, s. 279-289. ISBN 978-80-7435-138-9
27. Halásková, R. *Systémy sociálního zabezpečení*. 1. vyd. Ostrava: FF Ostravská Univerzita, 2005, 140s. ISBN 80-7368-115-3
28. Halásková, R. *Vybrané aspekty sociálních služeb pro seniory*. In: Aktuální otázky sociální politiky - teorie a praxe. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2012, č. 6, s. 35-45. ISSN 1804-9095
29. Hendrych, D. *Správní věda - Teorie veřejné správy*. Praha: ASPI, 2007, 212s. ISBN 978-80-7357-248-8
30. Horecký, J. *Návrhy na změnu výplaty a použití příspěvku na péči*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb v ČR, 2012, 29 s. [cit. 2013-03-28] Dostupné z:http://www.apsscr.cz/files/files/Prispevek_na_peci_JH_finalup.pdf
31. Horecký, J. *Scénáře vývoje sociálních služeb v ČR z pohledu jejich financování*. FÓRUM sociální politiky č. 5/2009. ISSN 1802-5854
32. Hunčová, M. *Standardy veřejných služeb a participativní ekonomika*. In: Standardizace veřejných služeb jako předpoklad efektivnosti rozvoje regionů. Brno: Masarykova Univerzita, ESF, 2003, s. 22-30. ISBN 80-210-3192-1
33. Hunčová, M. *Specifika financování sociálního podniku*. In: Hunčová, M. a kol. Sociální ekonomika - financování a měření přidaných hodnot. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Fakulta sociálně-ekonomická, 2011, s. 103-115. ISBN 978-80-7414-412-7

34. Jeřábková, V., Průša, L. *Příspěvek na péči – analýza dostupných datových zdrojů*. Praha: VÚPSV, 2012, 148s. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13767/prispevek_pece.pdf
35. Jusko, P. *Kvalita veřejných sociálních služeb v kontexte sociálno-patologických javov*. In: Determinanty sociálního rozvoja. Sociálne služby v modernej spoločnosti. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Ekonomická fakulta, 2003, s. 43-49. ISBN 80-8055-758-6
36. Kahoun, V. *Sociální zabezpečení*. Triton 2014. 448s. ISBN 978-80-738-7733-0
37. Kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-902260-1-9
38. Konopásek, Z. a kol. *Universální dávkový systém rodinné politiky – dávky bezprostředně vázané na dětství a rodičovství*. VÚPSV, Bratislava 1992
39. Kozlová, L. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2005. 80s. ISBN 80-7254-662-7
40. Králová, J., Rážová, E. *Sociální služby a příspěvek na péči 2012*. 4. vydání. Olomouc: ANAG, 2012. 464 s. ISBN 978-80-7263-748-5
41. Krebs, V. a kol. *Sociální politika*. 5. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 542 s. ISBN 978-80-7357-585-4
42. Krebs, V., Průša, L. *Financování sociálních služeb - teoretická východiska a skutečnost*. In: Veřejná ekonomika a správa 2011. Ostrava: VŠB-TU, 2011. ISBN 978-80-248-2493-2
43. Krebs, V., Průša, L. *Financování sociálních služeb-teoretická východiska a skutečnost*. In: Sborník z mezinárodní konference Veřejná ekonomika a správa 2011, Vysoká škola báňská – Technická univerzita, Ostrava 2011. ISBN 978-80-248-2493-2
44. Krebs, V., Průša, L. *Státní sociální podpora*. GRADA, Praha 2002
45. Lacina, K. *K některým obecnějším aspektům úsilí o standardizaci služeb v soudobé evropské správě*. In: Standardizace veřejných služeb jako předpoklad efektivnosti rozvoje regionů. Brno: Masarykova univerzita, ESF, 2003, s. 83-86. ISBN 80-210-3192-1
46. Lukešová, M. *Sociální šetření u příspěvku na péči*. FÓRUM sociální politiky č. 2/2011
47. Malíková, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 2011. 328s. ISBN 978-80-247-3148-3

48. Mátl, O., Průša, L. *Nad pojetím dotační politiky MPSV*. Sociální politika č. 9/1999, ISSN 0049-0962
49. Matoušek, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007, 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9
50. Matoušek, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2.vyd. Praha: Portál, 2011, 200 s. ISBN 978-80-2620-041-3
51. Matoušek, O. *Sociální služby*. Portál, Praha 2011. ISBN 978-80-262-0041-3
52. Meričková, B. *Privatizácia v systéme sociálnych služieb - áno alebo nie*. In: Determinanty sociálneho rozvoja. Sociálne podnikanie III. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Ekonomická fakulta, 2005, s. 124-132. ISBN 80-8083-109-2
53. Mertl, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. 48 s. ISBN 978-80-87007-72-3
54. Mertl, J. *Sociální a ekonomické aspekty efektivnosti sociálních služeb*. In: Fórum sociální politiky. Praha: VÚPSV, 2008, č. 3, s. 2- 8. ISSN 1802-5854
55. Molek, J. *Marketing sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2009, 163s. ISBN 978-80-7416-026-4
56. Molek, J. *Řízení organizací sociálních služeb - vybrané problémy*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2011, 254 s. ISBN 978-80-7416-083-7
57. Mott, P. E. *The Characteristics of Effective Organizations*. New York: Harper et Row, 1972.
58. Musil, J. *Regionální a místní formy sociálního vyloučení a jak jim čelit – problém vnitřních periférií v České republice*. In Sirovátka, T. Sociální vyloučení a sociální politika. Brno: Masarykova univerzita / Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2006. ISBN 80-210-4225-7
59. Nemeč, J. *Štandardy: áno alebo nie?* In: Standardizace veřejných služeb jako předpoklad efektivnosti rozvoje regionů. Brno: MU, ESF, 2003, s. 10-15. ISBN 80-210-3192-1
60. Österle, A. – Meichenitsch, K. *Pflegesicherungssysteme in Europa*. Soziale Sicherheit č. 11/2007
61. Peková, J., Pilný, J., Jetmar, M. *Veřejný sektor - řízení a financování*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. 488 s. ISBN 978-80-7357-936
62. Pomahač, R., Vidláková, O. *Veřejná správa*. Praha: C. H. Beck, 2002. 290 s. ISBN 80-7179-748

63. Průša, L. *Analýza ekonomické efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2012a, 41s. Dostupné z:<http://www.mpsv.cz/files/clanky/13763/analyza.pdf>
64. Průša, L. a kol. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče*. 1.vydání. Praha: VÚPSV, 2011. 60s. ISBN 978-80-7416-097-4
65. Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2010. ISBN 978-80-7416-048-6
66. Průša, L. a kol. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2009. ISBN 978-80-7416-030-1
67. Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2008a, 57s. ISBN 978-80-7416-018-9
68. Průša, L., 2008b. *Sociální služby - srovnání ČR a EU*. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008. 59 s.
69. Průša, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. Praha: VÚPSV, 2007a, 38s. ISBN 978-80-87007-73-0
70. Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: Wolters Kluwer, 2007b, 180s. ISBN 978-80-7357-255-6
71. Průša, L., Horecký, J. *Poskytování služeb sociální péče pro seniory v České republice a ve Švýcarsku: mezinárodní komparace*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2012, 138s. ISBN 978-80-904668-3-8
72. Průša, L. *Příspěvek na péči - teoretická východiska a realita*. In Zborník príspevkov zmedzinárodnej vedeckej konferencie Sociálny rozvoj a kvalita života v kontexte makroekonomickej nerovnováhy. Ekonomická univerzita v Bratislave: Velký Meder 2012. ISBN 978-80-225-3398-0
73. Průša, L., Víšek, P. *Optimalizace sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2011. ISBN 978-80-7416-099-8
74. Průša, L., *Možnosti řešení současných disproporcí v oblasti sociálních transferů*. Nadace „Nadání J., M. a Z. Hlávkových“ (Národohospodářský ústav), Praha 2001
75. Průša, L. *Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni*. Praha: VÚPSV 2006. ISBN 80-87007-36-0
76. Průša, L. *Dotace ze státního rozpočtu jako klíčový důvod stagnace sociálních služeb aneb tristní výsledky 1. kola dotačního řízení pro r. 2011*. Rezidenční péče č. 2/2011. ISSN1801-8718

77. Průša, L. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2013. - 63 s. - ISBN 978-80-7416-120-9
78. Průša, L. a kol. *Vývoj a výhled závislosti a potřeby dlouhodobé sociálně-zdravotní péče a sociálních služeb v období 2012-2020 u populace nad 65 let věku z hlediska zdravotního stavu*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2010. ISBN 978-80-7416-075-2
79. Rektořík, J. a kol. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. 2. vydání. Praha: Ekopress, 2007, 309s. ISBN 978-80-86929-29-3
80. Repková, K. *Sociálne služby v kontexte komunálnej sociálnej politiky*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2012, 176 s. ISBN 978-80-7138-135
81. Rievajová, E. a kol. *Sociálne zabezpečenie*. Bratislava: Ekonom, 2008, 236 s. ISBN 978-80-225-2545-9
82. Stanek, V. a kol. *Sociálna politika: Teória a prax*. 2. vyd. Bratislava: Sprint dva, 2011. 342 s. ISBN 978-80-89393-28-2
83. Strecková, Y., Malý, I. *Veřejná ekonomie pro školu a praxi*. Praha: Computer Press, 1998, 214 s. ISBN 80-7226-112-6
84. Suda, R. *Uvažované modely financování sociálních služeb v r. 2013-2014*. Přednáška na konferenci Financování v sociálních službách, Praha, 19. června 2012
85. Tomeš, I. *Mezinárodní aspekty problematiky dlouhodobé péče o seniory a zkušenosti s jejím řešením ve vybraných evropských zemích*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2010
86. Tomeš, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Portál: Praha 2010. ISBN 978-80-7367-680-3
87. Tomeš, I. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vyd. Praha: Socioklub, 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9
88. Tomeš, I. a kol. *Sociální správa: úvod do teorie a praxe*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009, 304 s. ISBN 978-7367-483-0
89. Vael, T., Vandekerckhove, S. et al. *Liberalisation in services of general economic interest - A bottom up citizens' perspective. Analysis of the PIQUE survey*. Leuven, 2008. PIQUE. [cit. 2012-12-12]. Dostupné z: http://www.pique.at/reports/pubs/PIQUE_028476_Del16.pdf
90. Vavrinčíková, L., Jusko, P. *Sociálne zabezpečenie a poisťovníctvo*. 1. vyd. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Béla, Pedagogická fakulta, 2007, 142s. ISBN 978-80-8083-402-9
91. Víšek, P., Průša, L. *Optimalizace sociálních služeb*. 1. vydání. Praha: VÚPSV, 2012, 130s. ISBN 978-80-7416-099-8

92. Víšek, P. *Proč je třeba oddělit při poskytování sociální pomoci výkon státní správy od působnosti samosprávy*. Sociální politika č. 2/1995
93. Vomáčková, H. *Aspekty stárnutí - sonda v podmínkách ČR*. In: Determinanty sociálního rozvoje "Sociální ekonomika a sociální inkluze seniorů". Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Ekonomická fakulta, 2012, 10 s. ISBN 978-80-557-0400-5
94. Vomáčková, H. *Role sociálního a lidského kapitálu v ekonomice třetího tisíciletí*. In: Sociální ekonomika jako producent sociální a veřejné přidané hodnoty. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, 2009, s. 1-4. ISBN 978-80-7414-194-2
95. Wildmannová, M. *Hodnocení vztahu demografického vývoje a zaměření sociálních služeb v ČR*. In: Sociální politika současnosti v kontexte protirečení doby. Bratislava: Ekonomická univerzita, Národohospodářská fakulta, 2009a. 6 s. ISBN 978-80-225-2701-9.
96. Wildmannová, M. *Role neziskových organizací v odvětví sociálních služeb v ČR*. In: Ekonomické rozhledy. Bratislava: Ekonomická univerzita, roč. 38, 2009b, č. 1, s. 114-129. ISSN 0323-262X
97. Wistow, G. *Developing social care: the past, the present and the future*. [online], cit.[2011-09-17]. Dostupné z: <http://www.scie.org.uk/publications/positionpapers/pp04.asp>
98. *Analýza optimalizace sociálních služeb a vytvoření komunikační platformy reformy sociálních služeb*. Praha: NCSS&VÚPSV, 2011
99. *Bílá kniha o službách v obecném zájmu* (Sdělení Komise KOM (2004) 374 v konečném znění. [online]. Brusel: Komise Evropských společenství. 12. 5. 2004. [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2004/com2004_0374cs01.pdf
100. *Český statistický úřad*. [online], dostupné z: <http://www.czso.cz/>
101. ČSN ISO 690. *Informace a dokumentace – Pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů*. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2011. Třídící znak 01 0197
102. *Druhové standardy kvality*, 2012. [cit. 2013-01-30]. Dostupné z: <http://www.socialnisluzby.org/kvalita/standardy-sluzby/index.html>
103. Evropská komise: *Příručka o používání pravidel Evropské unie pro státní podpory, veřejné zakázky a vnitřní trh v oblasti sociálních služeb obecného zájmu*. Brusel, 2010 [cit. 2013-01-20]. Dostupné

- z: http://ec.europa.eu/services_general_interest/docs/guide_eu_rules_procurement_cs.pdf
104. *Green Paper On Services of General Interest COM 2003*, čl. 1. [online]. 2003 [cit.2012-05-12]. Dostupné z: http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=en&type_doc=COMfinal&an_doc=2003&nu_doc=270
105. *MMR ČR: Měsíční monitorovací zpráva o průběhu čerpání strukturálních fondů, fondu soudržnosti a národních zdrojů v programovém období 2007-2013*. 2012. [cit.013-012-11]. Dostupné z: http://www.mmr.cz/getmedia/03fbc40d-762c-4e3b-be80-8bd32a33a175/MMZ_2012_11.pdf
106. *MMR ČR: Strukturální fondy EU - OP Lidské zdroje a zaměstnanost*. [cit. 2013-01-11]. Dostupné z: <http://www.strukturalni-fondy.cz/cs/Fondy-EU/Programy-2007-2013/Tematickeoperacni-programy/OP-Lidske-zdroje-a-zamestnanost>
107. *Model minimální kapacity sítě sociálních služeb na daném modelovém území*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2012, 38 s. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13764/model.pdf>
108. *MPSV ČR: Integrovaný portál. Příspěvek na péči*. 2012. [cit. 2013-01-08]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/příspěvek>
109. *MPSV ČR: Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost 2007-2013*. 2011. [cit.2013-01-11]. Dostupné z: <http://www.strukturalni-fondy.cz/getmedia/2fa0fd91-d181-4864-b926-e4cdcd271795/Programovy-dokument-OP-Lidske-zdroje-a-zamestnanost-naprogramove-obdobi-2007%e2%80%932013.pdf>
110. *MPSV ČR: Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice*. 2005. [cit.2013-04-25]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/1342/zprava_zdravotni_pece.pdf
111. *MPSV ČR: Priority rozvoje sociálních služeb 2009-2012*. 63s. [cit. 2013-01-10]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority_rozvoje_soc_sluzeb.pdf
112. *MPSV ČR: Sociální služby*. [cit. 2013-01-08]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>
113. *MPSV ČR: Standardy kvality sociálních služeb*. 2009. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>
114. *MPSV ČR: Standardy kvality sociálních služeb - příručka pro uživatele*. Praha, MPSV 2008. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf

115. *MPSV ČR: Standardy kvality sociálních služeb -výkladový sborník pro poskytovatele.* Praha: MPSV, říjen 2008. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: http://www.socialnisluzby.org/kvalita/standardy/files/Pruvodce_poskytovatele_2008.pdf
116. *MPSV ČR: Sociální služby.* [cit. 2013-01-08]. Dostupné z : <http://www.mpsv.cz/cs/9>
117. *MPSV ČR: Sociální služby.* [cit. 2013-03-30]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>
118. *MPSV ČR: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2008.* 180s. Praha, 2009. ISBN 978-80-7421-004-4
119. *MPSV ČR: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2009.* 156s. Praha, 2010. ISBN 978-80-7421-022-8
120. *MPSV ČR: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2010.* 152s. Praha, 2011. ISBN 978-80-7421-027-3
121. *MPSV ČR: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2011.* 152s. Praha, 2012. ISBN 978-80-7421-049-5
122. *MPSV ČR: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2012.* 144s. Praha, 2013. ISBN 978-80-7421-065-5
123. *MPSV ČR: Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči.*2010.[cit.2013-03-23].Dostupné z:http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf
124. *MPSV ČR: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice - ve vývojových řadách a grafech 2011.* Praha: 2012. ISBN 978-80-7421-050-1
125. *Národní plán rozvoje sociálních služeb 2009 – 2012*
126. *Návrh modelu financování sociálních služeb.* Praha: MPSV, 1997. č.j. 21-20144/97
127. *Návrh normativů vybavenosti územních celků službami sociální péče.* Praha: FMPSV,1987
128. *Pilotní výzkum způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči ve vybraných lokalitách.* Praha: Markent, s.r.o. & VÚPSV, v.v.i., 2011
129. *Případové studie způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči.* Praha: Markent, s.r.o. & VÚPSV, v.v.i., 2011
130. *Příspěvek na péči - analýza datových zdrojů.* Praha, VÚPSV, v.v.i., 2011
131. *Scénář sociální reformy.* Hospodářské noviny, 4. 9. 1990

132. *Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2006/123/ES o službách na vnitřním trhu.* [online]. 2006 [cit. 2012-11-20]. Dostupné z: <http://eur-x.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:376:0036:0068:cs:PDF>
133. *Směrnice o službách.* Evropa. Přehledy právních předpisů EU, 2011. [cit. 2013-01-31]. Dostupné z: http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/single_market_services/133_237_cs.htm
134. *Standardy kvality sociálních služeb.* 2008. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: <http://www.socialnisluzby.org/kvalita/standardy/index.html>
135. *Standardy kvality sociálních služeb.* 2002. [cit. 2013-01-17]. Dostupné z: <http://eapraha.cz/joomla/images/stories/knihovna/standardy.pdf>
136. *The role of local and regional authorities in the provision of local social services.* Council of Europe, Strasbourg, 1999
137. *Usnesení vlády ČR č. 164 ze dne 20. února 2002 k návrhu věcného záměru zákona o standardizaci vybraných veřejných služeb, vycházející z materiálu Rady Evropy a Evropské unie.*
138. *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*
139. *Výzkumný ústav práce a sociálních věcí ČR.* [online], dostupné z: <http://www.vupsv.cz/>
140. *Záchranná sociální síť a přizpůsobování mzdových a sociálních příjmů vývoji životních nákladů.* Hospodářské noviny, 26. 2. 1991
141. *Zákon č. 42/1994 Sb., o penzijním připojištění se státním příspěvkem, ve znění pozdějších předpisů*
142. *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů*
143. *Zákon č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce ČR a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů*
144. *Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů*
145. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*
146. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zavádění standardů kvality do praxe - Průvodce poskytovatele.* Praha: MPSV, 2002. 112 s. ISBN 80-86552-45-4 [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>
147. *Zákon č. 110/2006 Sb., o životní a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů*
148. *Zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů*

149. *Zákon č. 112/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o životním a existenčním minimu a zákona o pomoci v hmotné nouzi*
150. *Zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů*
151. *Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů*
152. *Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů*
153. *Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů*
154. *Zákon č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů*
155. *Zákon č. 306/2013 Sb., o zrušení karty sociálních systémů, ve znění pozdějších předpisů*
156. *Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů*
157. *Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů*
158. *Zákon č. 366/2011 Sb., změna zákona o pomoci v hmotné nouzi a dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů*
159. *Zákon č. 427/2011 Sb., o doplňkovém penzijním spoření, ve znění pozdějších předpisů*
160. *Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů*
161. *Zákona č. 463/1991 Sb., o životním minimu, ve znění pozdějších předpisů*
162. *Zákon č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti, ve znění pozdějších předpisů*

8. Klíčová slova

Sociální služby

Financování sociálních služeb

Příspěvek na péči

Karta sociálních systémů

9. Seznam zkratk

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

ÚP - Úřad práce

VŠE – Vysoká škola ekonomická

TP - Těžce postižený

ZTP - Zvlášť těžce postiženým

ZTP/P - Zvlášť těžce postiženým s průvodcem

ORP – obce s rozšířenou působností

10. Přílohy

Příloha č. 1

Vybavenost jednotlivých okresů místy ve vybraných typech služeb sociální péče v r. 2010

	vybavenost okresů místy						
	CDS	DSt	TSt	DS	DS	DZR	DOZP
	na 1000 osob						
	starších 65 let			starších 80 let		celkem	
Praha	0,43	2,28	0,38	12,29	46,08	3,62	0,40
Benešov	0,00	0,81	0,00	29,67	128,61	20,01	3,38
Beroun	1,39	2,69	2,54	15,86	70,96	0,00	0,93
Kladno	0,00	5,59	1,09	29,82	131,59	8,94	1,37
Kolín	0,00	0,26	0,20	19,78	82,70	55,22	1,24
Kutná Hora	0,49	2,93	3,01	23,91	101,27	55,80	1,61
Mělník	0,00	2,27	0,00	32,00	140,06	42,89	0,29
Mladá Boleslav	0,00	5,69	1,93	20,98	87,82	1,90	0,85
Nymburk	0,00	3,54	2,48	27,79	115,69	8,83	0,70
Praha-východ	0,00	0,80	0,00	28,76	127,83	4,52	0,40
Praha-západ	0,00	2,39	1,79	23,80	100,82	44,49	0,78
Příbram	0,00	1,09	0,97	38,63	164,88	10,75	0,87
Rakovník	1,65	3,30	1,18	24,67	106,42	0,00	2,93
České Budějovice	0,28	2,88	0,84	26,98	117,92	33,01	0,58
Český Krumlov	0,00	0,00	0,00	20,80	102,69	0,00	0,00
Jindřichův Hradec	0,00	2,08	2,08	30,39	127,51	5,82	2,21
Písek	0,00	1,72	2,38	25,74	107,24	15,71	2,01
Prachatice	0,00	0,00	0,00	49,35	234,22	0,00	1,63
Strakonice	0,00	2,62	0,00	33,92	150,60	25,16	3,11
Tábor	0,00	5,62	1,33	29,12	117,63	8,42	0,00
Domažlice	0,00	0,22	0,00	50,08	219,76	0,00	0,00
Klatovy	0,41	2,74	0,00	23,35	99,04	0,00	2,36
Plzeň	0,00	0,76	0,24	9,58	41,89	29,89	0,24
Plzeň-jih	2,25	1,84	0,00	16,53	71,46	57,34	3,18
Plzeň-sever	0,00	2,72	0,00	3,99	18,60	0,00	5,70

Rokycany	0,00	1,27	0,00	27,83	116,37	85,02	4,47
Tachov	0,00	0,00	2,09	41,98	212,88	0,00	1,22
Cheb	9,89	3,73	0,68	38,74	176,92	0,00	2,18
Karlovy Vary	1,34	0,00	0,00	4,08	18,47	27,22	2,77
Sokolov	0,00	3,60	0,00	18,00	100,99	42,64	0,55
Děčín	0,00	1,57	0,26	22,03	100,67	63,28	3,84
Chomutov	0,00	1,81	0,00	37,08	187,99	51,18	3,83
Litoměřice	0,56	0,56	0,50	31,04	138,50	98,78	4,11
Louny	0,00	3,20	0,98	28,31	128,83	24,65	0,89
Most	0,00	2,16	0,62	47,03	236,78	23,34	1,66
Teplice	0,00	1,08	1,95	27,37	134,77	25,35	0,65
Ústí nad Labem	0,00	0,00	0,47	52,49	233,41	14,05	1,11
Česká Lípa	0,00	4,31	0,00	18,25	86,59	23,75	0,95
Jablonec n. Nisou	3,83	0,00	0,00	7,59	31,21	33,59	0,99
Liberec	2,81	0,84	1,81	14,86	61,48	27,58	0,97
Semily	2,44	4,26	3,08	16,09	64,19	34,93	0,00
Hradec Králové	0,28	1,10	0,00	17,57	70,28	23,81	1,03
Jičín	0,00	4,59	0,00	33,47	126,59	0,00	0,99
Náchod	0,00	0,00	0,00	30,67	125,52	13,07	0,63
Rychnov nad Kněžnou	0,40	3,89	1,03	18,16	73,80	37,38	3,93
Trutnov	1,28	2,94	1,28	27,46	121,57	2,37	0,93
Chrudim	0,00	0,60	0,00	30,66	128,20	28,60	3,15
Pardubice	0,29	1,44	0,00	15,94	64,90	36,26	0,57
Svitavy	0,00	2,01	0,00	21,38	93,30	6,84	1,59
Ústí nad Orlicí	0,00	2,04	1,14	36,11	153,75	0,00	1,49
Havlíčkův Brod	0,00	2,24	0,00	15,86	68,81	30,80	1,46
Jihlava	0,00	0,00	1,62	16,43	67,55	5,95	0,00
Pelhřimov	3,55	0,39	1,26	43,65	189,06	28,72	4,10
Třebíč	0,00	0,17	0,00	40,70	162,09	26,52	0,47
Žďár nad Sázavou	0,00	2,30	0,00	20,80	94,90	23,42	1,19
Blansko	1,50	3,40	0,00	16,54	69,85	58,65	2,36
Brno	2,31	4,49	0,18	23,65	90,52	36,14	1,12
Brno-venkov	2,21	0,19	0,25	7,61	31,39	31,26	0,51
Břeclav	0,00	2,02	0,59	14,64	63,73	23,06	1,12

Hodonín	0,00	1,14	0,73	10,03	42,83	46,49	1,65
Vyškov	2,56	1,17	0,00	17,86	73,63	35,61	0,79
Znojmo	0,00	1,53	0,00	13,18	52,54	85,14	2,23
Jeseník	0,00	0,00	0,50	45,51	210,57	0,00	1,75
Olomouc	0,00	3,46	0,19	16,14	66,08	0,00	1,72
Prostějov	0,00	5,85	0,00	37,48	152,76	17,10	2,87
Přerov	1,24	2,29	0,00	27,86	121,73	19,99	2,93
Šumperk	0,62	1,40	0,73	20,55	84,65	35,36	0,52
Kroměříž	0,00	1,99	0,51	37,62	153,85	28,67	3,67
Uherské Hradiště	0,00	0,89	1,06	27,99	120,28	9,11	3,90
Vsetín	0,00	0,79	0,44	28,01	126,83	24,34	0,78
Zlín	1,99	0,95	0,85	27,80	114,62	17,30	0,63
Bruntál	1,11	1,34	0,52	32,90	151,71	28,08	2,30
Frýdek-Místek	1,03	4,94	0,00	24,80	108,05	30,66	0,95
Karviná	1,03	6,83	0,00	24,45	121,07	32,63	0,36
Nový Jičín	0,00	1,14	0,00	22,02	99,57	2,26	0,69
Opava	0,56	0,86	0,00	23,06	104,05	23,22	3,43
Ostrava	0,85	2,67	0,66	27,56	123,47	38,73	0,73
ČR	0,68	2,25	0,55	23,12	97,84	22,82	1,37

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

pozn.:

CDS - centra denních služeb

DSt - denní stacionáře

TSt - týdenní stacionáře

DS - domovy pro seniory

DZR - domovy se zvláštním režimem

DOZP - domovy pro osoby se zdravotním postižením

Příloha č. 2

Příklady financování sociálních služeb v některých členských zemích Evropské unie

	typ péče		typ dávky	testované	spoluúčast na financování
Irsko	ústavní péče	program podpory ošetrovatelských domovů (Nursing Home) a veřejná dlouhodobá péče	služba	ano	maximum € 26000 ročně na péče v ošetrovatelských domovech; maximum 80% sociálního (nepojistného) starobního důchodu ve veřejné dlouhodobé péči
	domácí péče	péče poskytovaná obcemi	služba	ano, částečně	jen podpora domácí péče je testovaná majetkem
Luxemburg	domácí (rodinná) a ústavní péče	zvláštní pojištění závislosti	dávka a služba	ne	uživatele platí rozdíl mezi příspěvkem a skutečnými náklady
Maďarsko	domácí (rodinná) a ústavní péče	zvláštní program sociální ochrany a péče	dávka a služba	ano	uživatelé hradí část, rozhodují místní samosprávy
	domácí (rodinná) a ústavní péče	služba hrazena zdravotním pojištěním	služba	ne	"základní služby" jsou zadarmo, klienti platí za "lepší služby"
Německo	ústavní péče	sociální pojištění dlouhodobé péče	služba	ne	nehradí se ubytování a strava
	domácí (rodinná) péče	sociální pojištění dlouhodobé péče	dávka a služba	ne	"základní služby" jsou zadarmo, klienti platí za "lepší služby"
Nizozemí	ústavní péče	AWBZ	dávky	ne	uživatel přispívá podle příjmového testu
	domácí péče	AWBZ	služba	ne	uživatel přispívá podle příjmového testu
Rakousko	ústavní péče	příspěvek na dlouhodobou péči	dávky	ne	uživatelé platí rozdíl mezi příspěvkem a skutečnou cenou
	domácí (rodinná) péče	příspěvek na dlouhodobou péči	dávky	ne	uživatelé platí rozdíl mezi příspěvkem a skutečnou cenou
Polsko	domácí a ústavní péče	sociální služby	dávky a služba	ano	
Španělsko	domácí a ústavní péče	programy sociální péče na obecní úrovni	služba	ano	73% ceny dlouhodobé péče hrazena soukromíky (odhad 1998)
Švédsko	domácí a ústavní péče	veřejná dlouhodobá péče	služba	ne	uživatel připlácí podle rozhodnutí místní správy
Velká Británie	domácí a ústavní péče	národní zdravotní pojištění (NHS)	služba	ne	zdarma
	domácí a ústavní péče	sociální služby	služba	ano	klienti hradí podle svých možností platit
	domácí péče	dávky sociálního zabezpečení	dávky	ano	

Pramen: viz: Tomeš, I. Mezinárodních aspekty problematiky dlouhodobé péče o seniory a zkušenosti s jejím řešením ve vybraných evropských zemích. Praha: VÚPSV, 2010

Příloha č. 3

Vzory průkazů

Osoby s těžkým postižením - průkaz TP



osoby se zvlášť těžkým postižením - průkaz ZTP



osoby se zvlášť těžkým postižením s potřebou průvodce - průkaz ZTP/P



Příloha č. 4

Statistika stavu sKaret k 31. květnu 2013

Hl. m. Praha	Karta typu 083	Karta typu 314		
Počet karet, které byly předány klientovi	16388	2331	z toho karta TP	255
			z toho karta ZTP	630
			z toho karta ZTP/P	1446
Počet karet, které byly odmítnuty klientem	282	16		
Příbram				
Počet karet, které byly předány klientovi	27705	2945	z toho karta TP	207
			z toho karta ZTP	558
			z toho karta ZTP/P	2180
Počet karet, které byly odmítnuty klientem	667	18		
České Budějovice				
Počet karet, které byly předány klientovi	13302	1486	z toho karta TP	88
			z toho karta ZTP	282
			z toho karta ZTP/P	1116
Počet karet, které byly odmítnuty klientem	337	10		
Plzeň				
Počet karet, které byly předány klientovi	18312	1369	z toho karta TP	33
			z toho karta ZTP	130
			z toho karta ZTP/P	1206
Počet karet, které byly odmítnuty klientem	107	6		
Karlovy Vary				
Počet karet, které byly předány klientovi	10524	856	z toho karta TP	51
			z toho karta ZTP	159
			z toho karta ZTP/P	646
Počet karet, které byly odmítnuty	636	1		

klíentem				
Ústí nad Labem				
Počet karet, které byly předány klientovi	26753	2737	z toho karta TP	179
			z toho karta ZTP	538
			z toho karta ZTP/P	2020
Počet karet, které byly odmítnuty klientem	325	11		
Liberec	Karta typu 083		Karta typu 314	
Počet karet, které byly předány klientovi	8150	1110	z toho karta TP	67
			z toho karta ZTP	252
			z toho karta ZTP/P	791
Počet karet, které byly odmítnuty klientem	586	4		
Hradec Králové				
Počet karet, které byly předány klientovi	12130	1339	z toho karta TP	24
			z toho karta ZTP	213
			z toho karta ZTP/P	1102
Počet karet, které byly odmítnuty klientem	203	10		
Pardubice				
Počet karet, které byly předány klientovi	16329	1486	z toho karta TP	72
			z toho karta ZTP	229
			z toho karta ZTP/P	1185
Počet karet, které byly odmítnuty klientem	75	6		
Jihlava				
Počet karet, které byly předány klientovi	15253	1062	z toho karta TP	21
			z toho karta ZTP	261
			z toho karta ZTP/P	780
Počet karet, které byly odmítnuty klientem	103	1		
Brno				
Počet karet, které byly předány	20968	2190	z toho karta TP	155
			z toho karta ZTP	494

klientovi			z toho karta ZTP/P	1541
Počet karet, které byly odmítnuty klientem	79	47		
Olomouc				
Počet karet, které byly předány klientovi	23359	1375	z toho karta TP	89
			z toho karta ZTP	230
			z toho karta ZTP/P	1056
Počet karet, které byly odmítnuty klientem	140	11		
Zlín				
Počet karet, které byly předány klientovi	12903	1633	z toho karta TP	42
			z toho karta ZTP	332
			z toho karta ZTP/P	1259
Počet karet, které byly odmítnuty klientem	130	1		
Ostrava				
Počet karet, které byly předány klientovi	29580	2632	z toho karta TP	77
			z toho karta ZTP	293
			z toho karta ZTP/P	2262
Počet karet, které byly odmítnuty klientem	215	25		

Pramen: vlastní zpracování dle dat MPSV ČR v JVM

Typ karty 083 - jedná se o „standardní“ sKartu, která plní funkci jak identifikační, tak může plnit funkci platební.



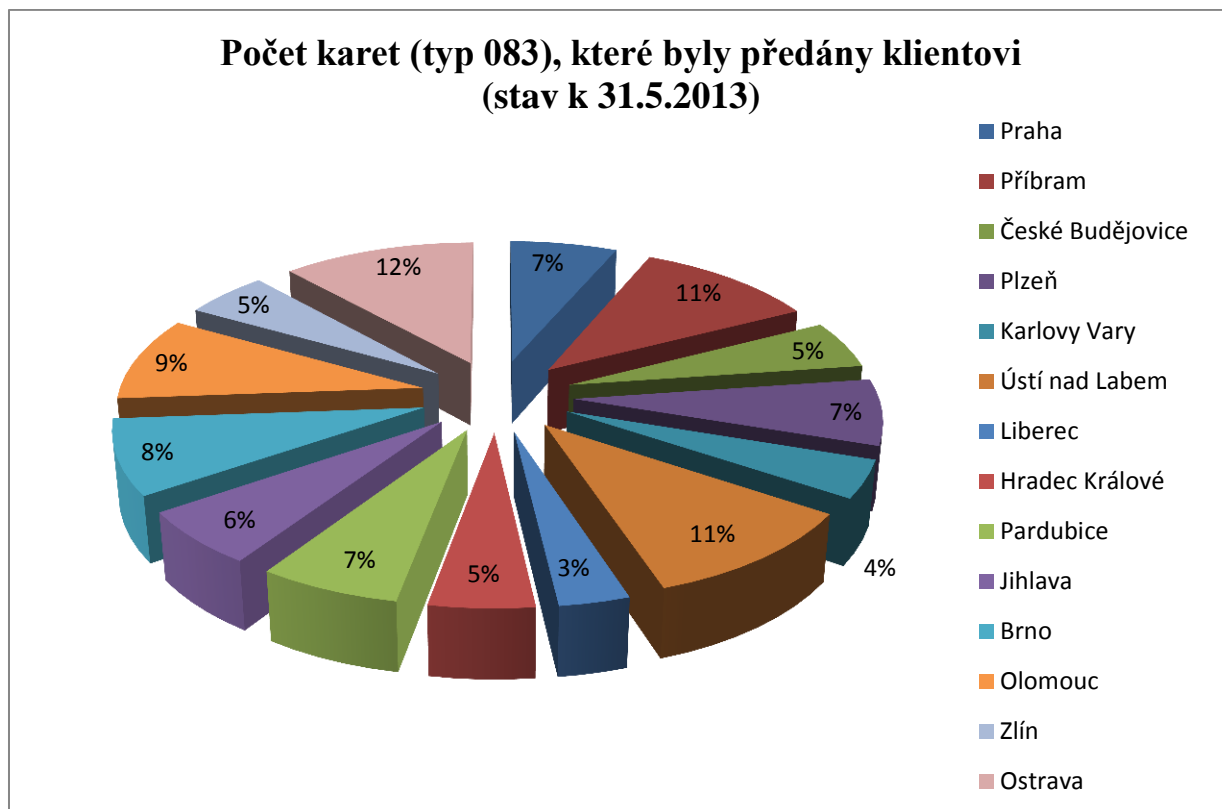
Typ karty 314 - jedná se o speciální sKartu, která vyjma výše uvedených funkcí plní i funkci průkazu pro osoby se zdravotním postižením a to průkazu ZP, ZTP, ZTP/P.



Příloha č. 5

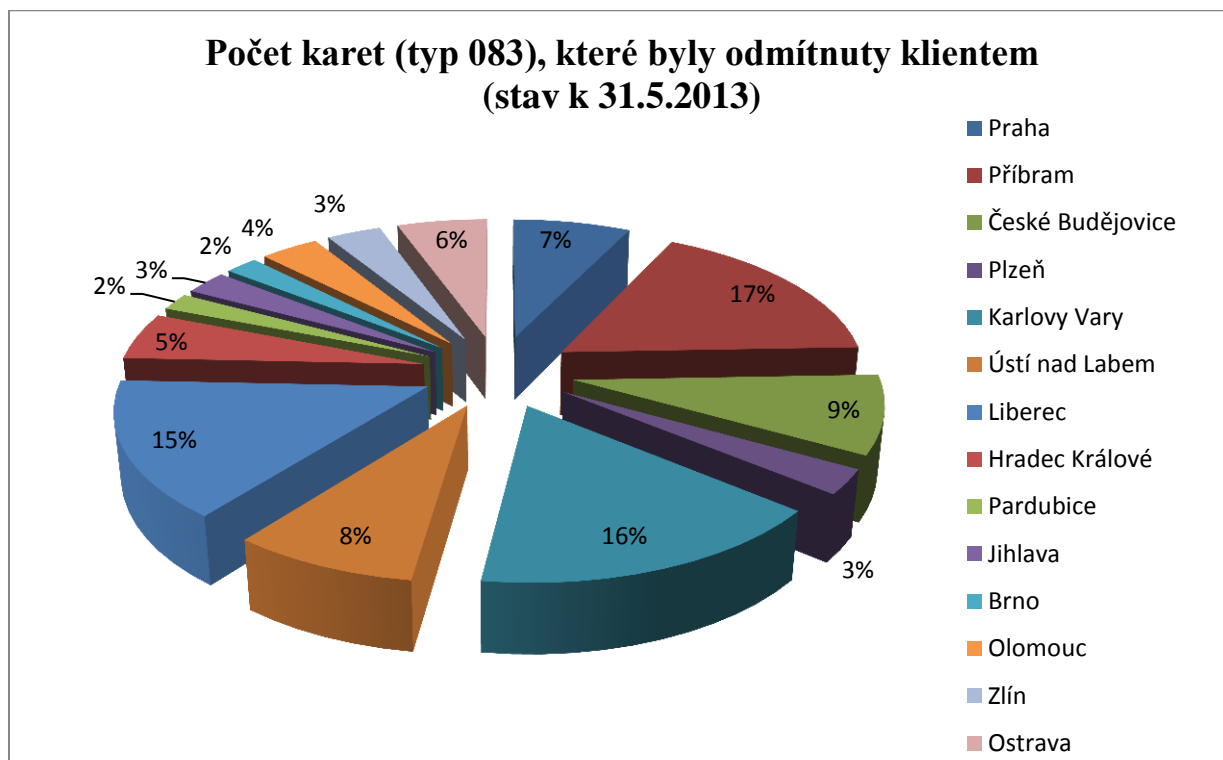
Vydávání sKaret k 31. květnu 2013 lze popsat následujícími grafy č. 66 - 69

Graf č. 66 – počet karet 083, které byly předány klientovi



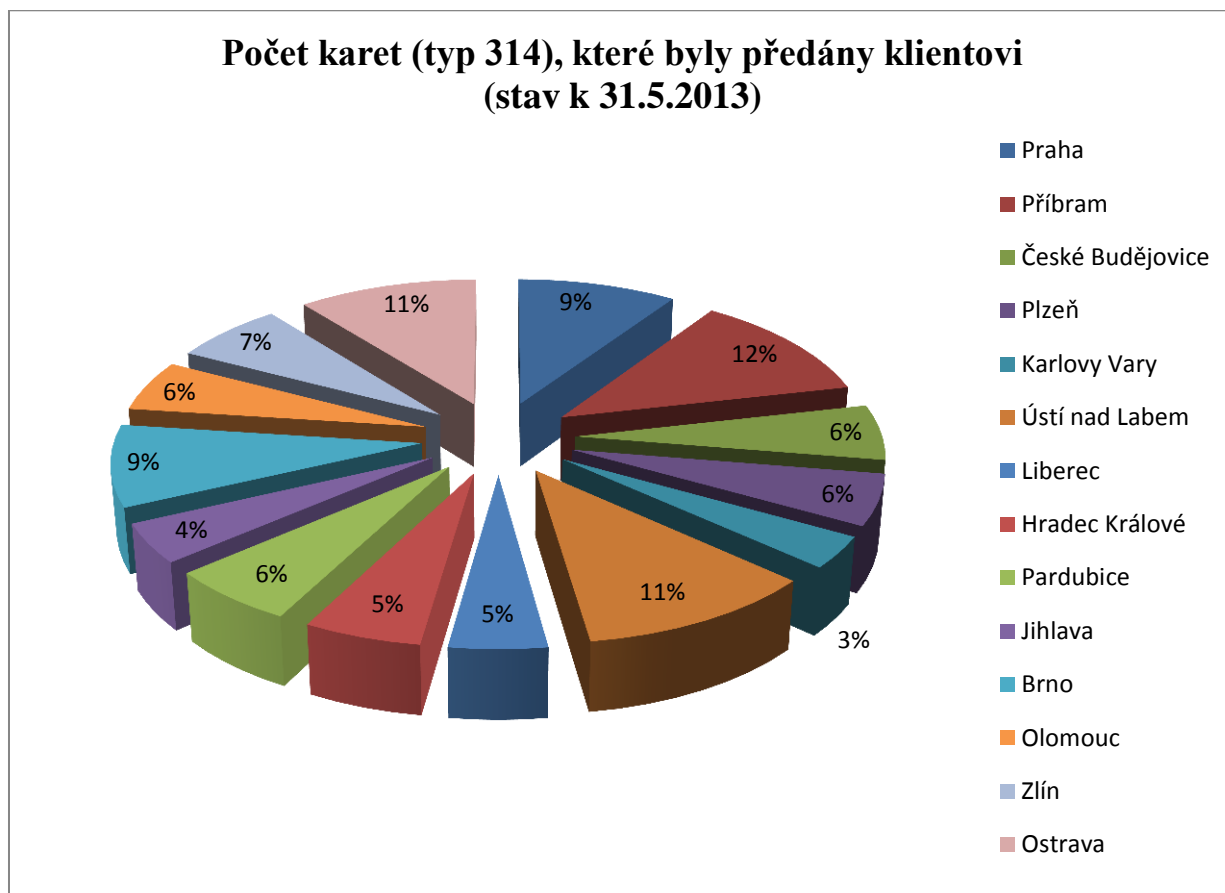
Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 67 – počet karet 083, které byly odmítnuty klientem



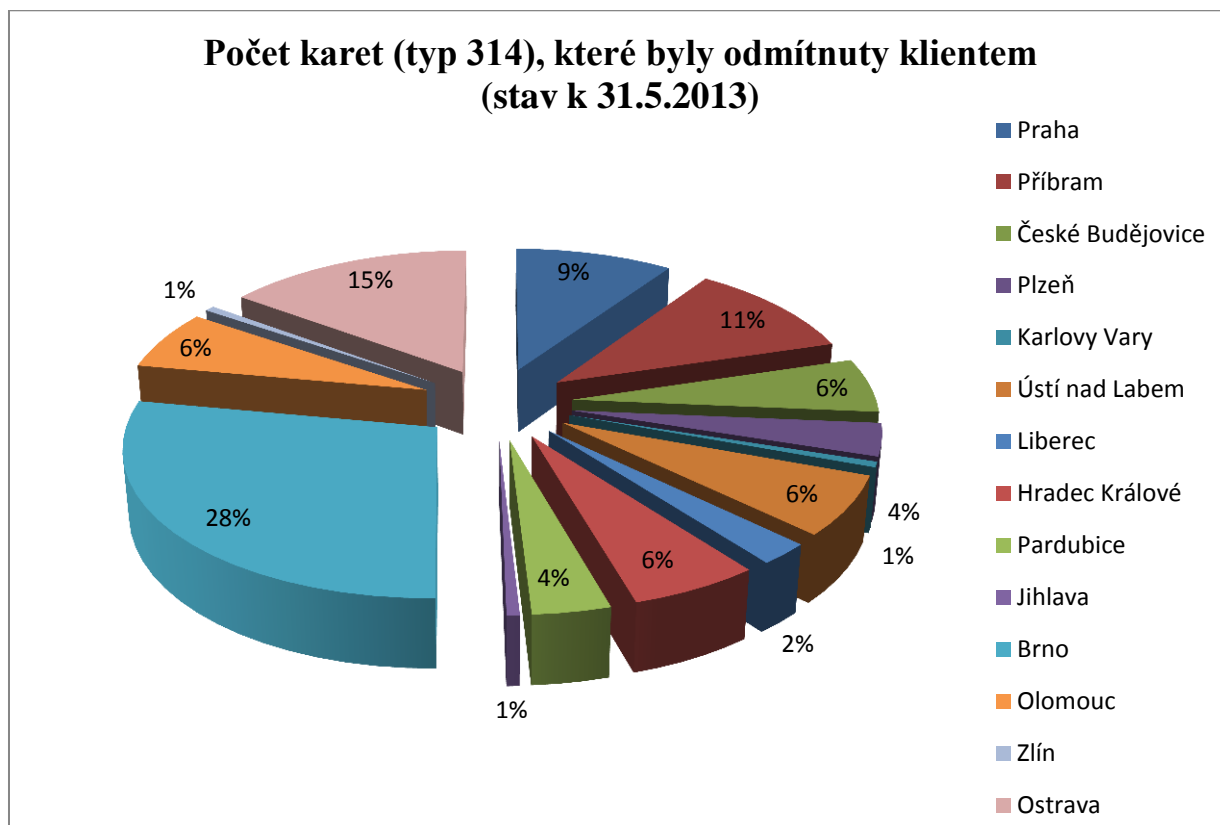
Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 68 – počet karet 314, které byly předány klientovi



Pramen: vlastní zpracování

Graf č. 69 – počet karet 314, které byly odmítnuty klientem



Pramen: vlastní zpracování