

Ekonomie sociálních služeb

Ladislav P r ů š a

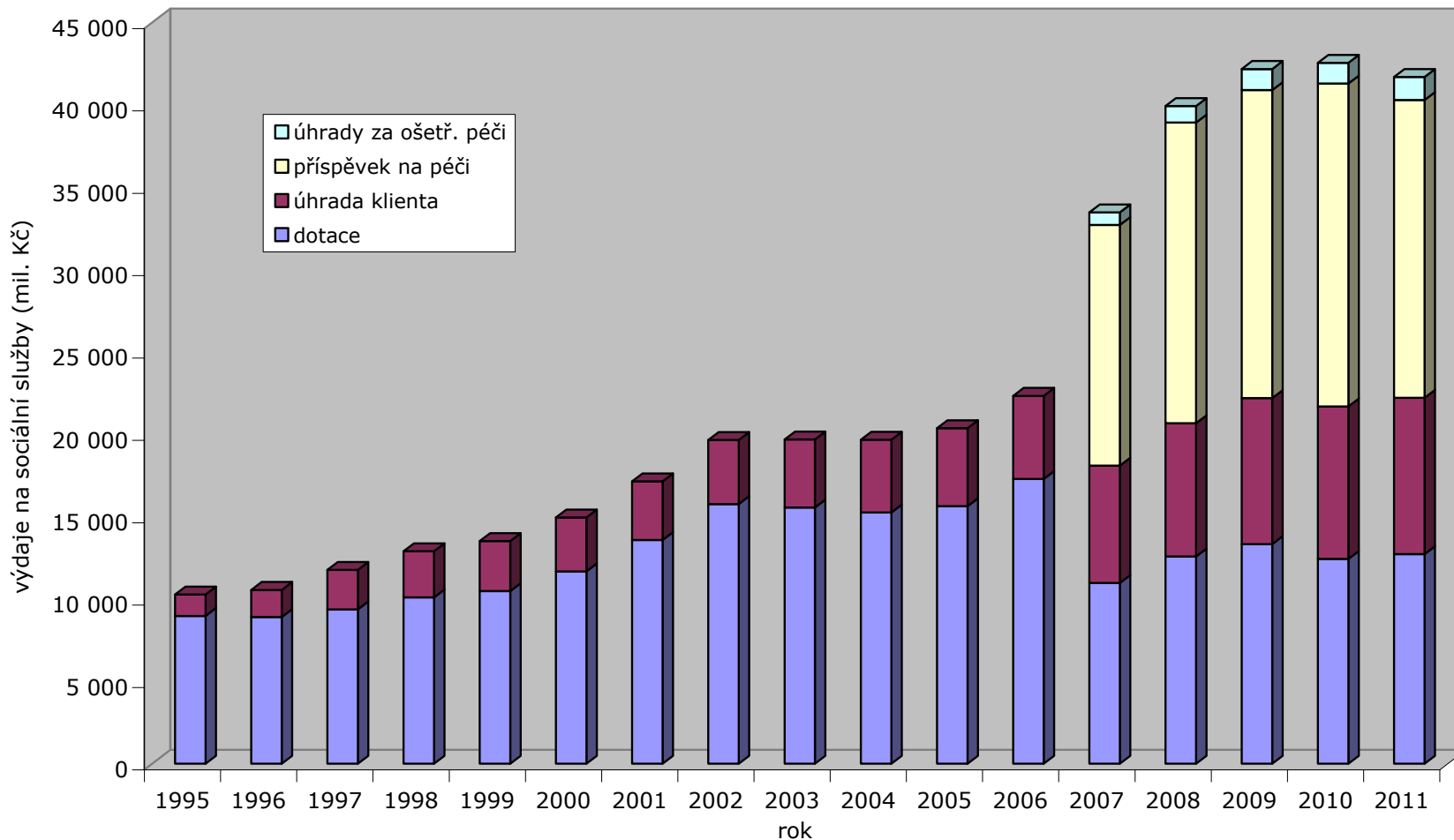
Bratislava, 21. listopadu 2013

osnova

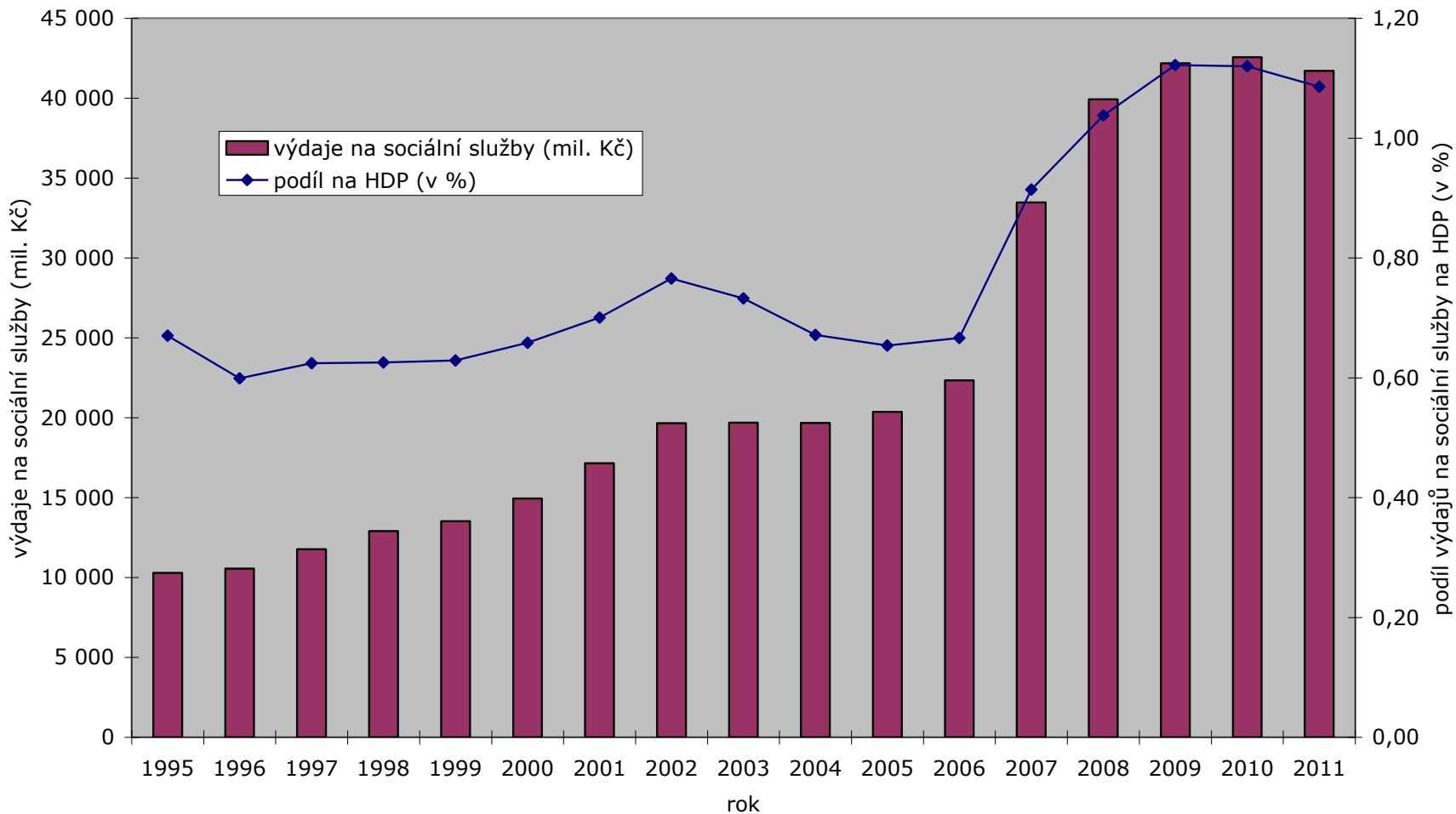
- 1. Systém financování sociálních služeb v ČR**
- 2. Možné přístupy a kritéria hodnocení efektivity financování sociálních služeb**
- 3. Hlavní zdroje financování sociálních služeb**
 - 3.1. Příspěvek na péči
 - 3.2. Dotace ze státního rozpočtu a z rozpočtu krajů a obcí
 - 3.3. Úhrada za poskytovanou zdravotní péči
 - 3.4. Úhrada klienta za pobyt a stravu v pobytovém zařízení
- 4. Hlavní příčiny stávající situace**
- 5. Cesty ke zvýšení efektivity financování sociálních služeb**

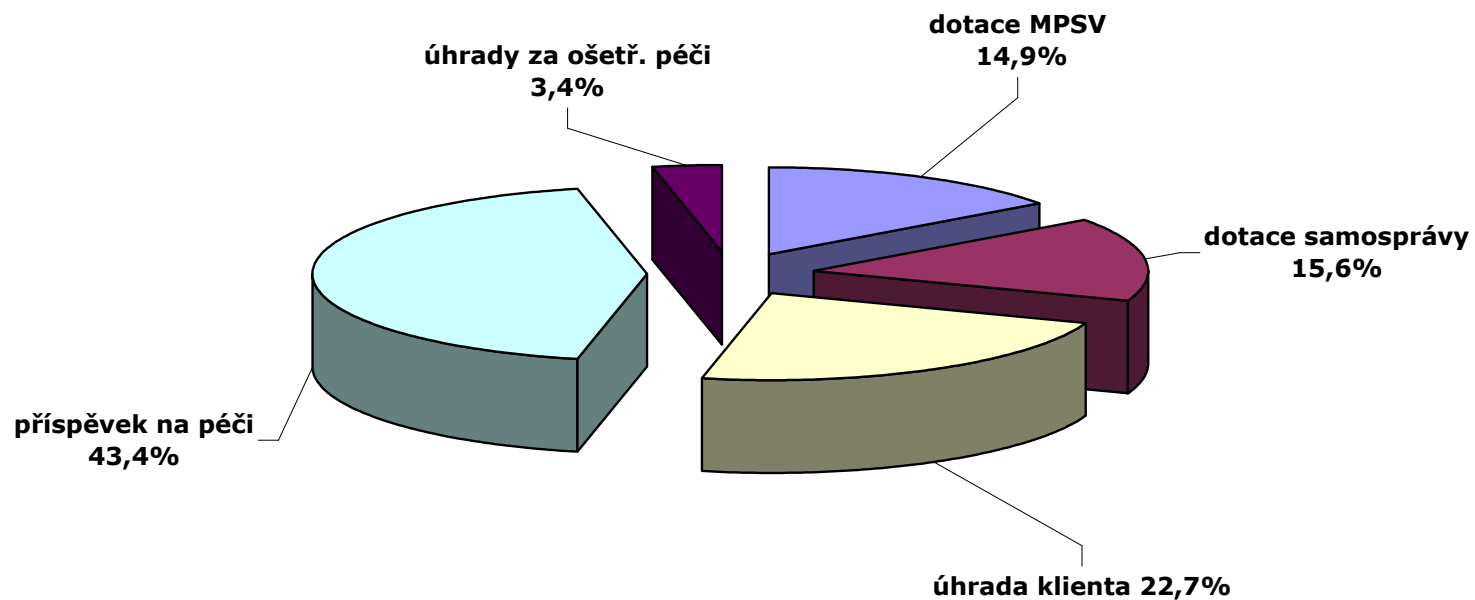
System financování sociálních služeb v ČR

Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1995 - 2011



Vývoj výdajů na sociální služby a jejich podíl na HDP



Struktura financování sociálních služeb v r. 2011

Možné přístupy a kritéria hodnocení efektivnosti financování sociálních služeb

co ovlivňuje efektivnost financování sociálních služeb?

prof. Tomeš – architektura systému

- ✓ kritéria pro stanovení míry závislosti a způsob jejího hodnocení
- ✓ 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 zdravotní péče v pobytových zařízeních
- ✓ "cenová regulace" výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových zařízeních

- ✓ vybavenost jednotlivých regionů sociálními službami
- ✓ výše provozních nákladů jednotlivých zařízení (stáří budovy, personální vybavení zařízení)
- ✓ velikost jednotlivých sídel a regionů ("zářivkový" efekt)

východiska hodnocení efektivnosti zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči

- spotřeba sociálních služeb je důsledkem objektivního stavu jednotlivce a vývoje společnosti**
- pluralitní struktura poskytovatelů – od veřejných poskytovatelů k poskytovatelům soukromým**
- absence konkurence + výrazná státní regulace → z oblasti sociálních služeb "uniká" mnoho zdrojů za současného nedostatku péče i finančních prostředků na straně klientů**



potřeba analyzovat mechanismy, jimiž dochází k uspokojení potřeb jednotlivců v oblasti sociálních služeb



- ❑ není možno analyzovat efektivnost zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči pouze na principu přímo vyčíslitelných nákladů a snadno měřitelných výsledků
- ❑ efektivnost ovlivňují i zdroje, které nemají tržní cenu (např. úroveň komunity v místě poskytování služeb, postoje veřejnosti ke zdravotně postiženým)



- ❑ efektivnost zajišťování péče zahrnuje i finální výstupy ve formě zlepšení sociální situace potřebných a vstupy, které jsou výsledkem dlouhodobé kultivace a nastavení sociálně-ekonomického prostředí

- **hodnocení efektivnosti zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči mít na zřeteli např. tyto skutečnosti:**
 - **změna v kvalitě života klienta může být výsledkem dlouholetého vývoje,**
 - **efektivní péče se může projevit pouze jako zpomalení negativního trendu,**
 - **hodnocení efektivnosti je částečně subjektivní (je závislé na sebehodnocení pacientů, jejichž schopnost může být snížena vzhledem k charakteru jejich onemocnění)**

+

- **nutno respektovat hlavní vývojové trendy v evropských zemích:**
 - **dochází ke konfrontaci zákonitostí trhu s potřebami rozvoje sociálních služeb (marketizace)**
 - **vícezdrojové financování sociálních služeb**
 - **dochází ke zvýšení integrace ekonomické a sociální racionálnosti (hledání optimální varianty zabezpečení sociálních potřeb jak z humánního, tak technického, technologického a ekonomického pohledu)**

tři typy sociálních služeb

odlišné pojetí a cíle služeb vyžaduje i jejich odlišné organizačně správní uspořádání a tedy i financování



definovat roli jednotlivých úrovní veřejné správy (stát – MPSV, krajská a obecní samospráva, kraj a obec v přenesené / rozšířené působnosti a poskytovatelů sociálních služeb vč. NNO)



propojit systém plánování, registrace a financování sociálních služeb (krajský plán rozvoje sociálních služeb x priority rozvoje sociálních služeb do r. 2012)



definovat základní pravidla financování

pojetí efektivnosti v ekonomické teorii

P. A. Samuelson, W. D. Nordhaus – *Ekonomie, Svoboda, Praha 1991*

- **efektivnost znamená absenci plýtvání neboli co nejefektivnější užívání zdrojů ekonomiky k uspokojování potřeb a přání lidí (str. 27)**
- **efektivnost je takové použití ekonomických zdrojů, které přináší maximální úroveň uspokojení dosažitelnou při daných vstupech a technologiích (str. 968)**
- **efektivní trh je takový trh, na kterém jeho účastníci rychle vstřebávají všechny nové informace a ihned je bezprostředně zahrnují do tržních cen (str. 252)**

→ **teze**

- 1. efektivní je jak z pohledu státu, tak i z pohledu zřizovatele taková služba sociální péče, kdy výše úhrady klienta za poskytovaný typ služby spolu s vyšší příspěvkem na péči a úhradou zdravotní péče od zdravotní pojišťovny uhradí průměrné celostátní náklady daného typu služby sociální péče**
- 2. služby sociální péče se nemohou rozvíjet, pokud budou závislé na poskytování dotací**

služby sociální prevence a poradenství

- poskytovatel zasahuje ve prospěch společnosti a občana, zpravidla na jeho žádost, pomáhá mu překonat jeho obtížnou sociální situaci nebo sociální problém
- cílem je prospěch celé společnosti, resp. ochrana společnosti před sociální patologií



odlišný způsob organizace a řízení

- 1. převést poskytování a financování těchto služeb do přenesené působnosti krajů**
- 2. vyhlásit na poskytování těchto služeb výběrová řízení podle výsledků plánu rozvoje sociálních služeb ze strany kraje a na tomto základě služby financovat na základě smlouvy**
kritérium efektivnosti: existence potřebné služby v regionu
(prevence je cca 10 x levnější než následná represe)

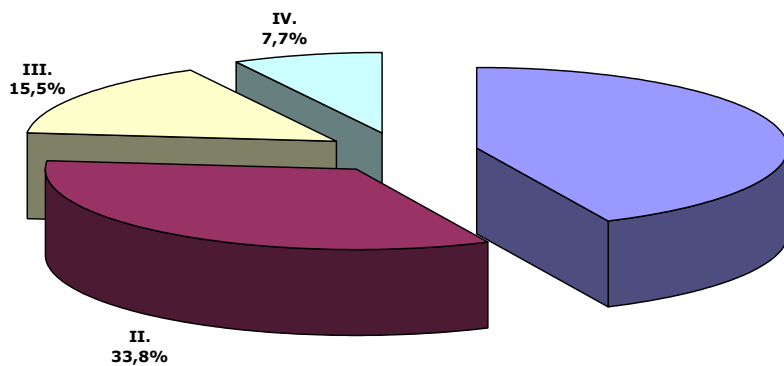
provozování: zpravidla NNO – nutno zabezpečit stabilitu financování (= závaznost údajů o financování v rámci registrace → propojení plánování, registrace a financování)

Hlavní zdroje financování služeb sociální péče

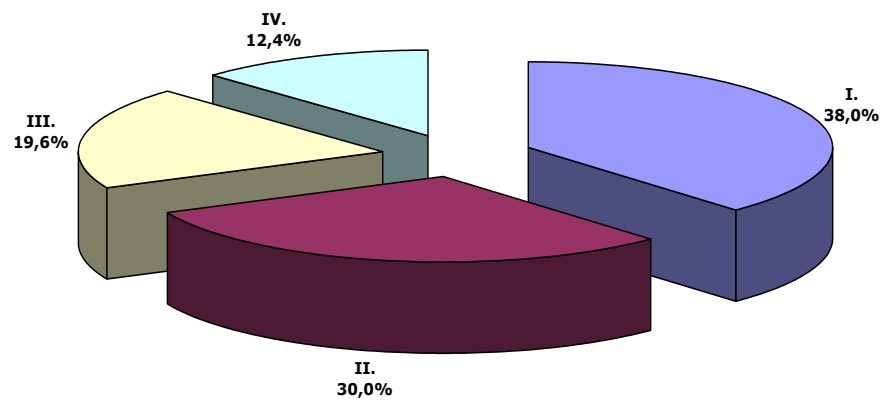
Cíle zavedení příspěvku na péči

- **zabezpečit svobodnou volbu způsobu zabezpečení služeb a 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,**
- **nastartovat proces deinstitucionalizace a individualizace péče**

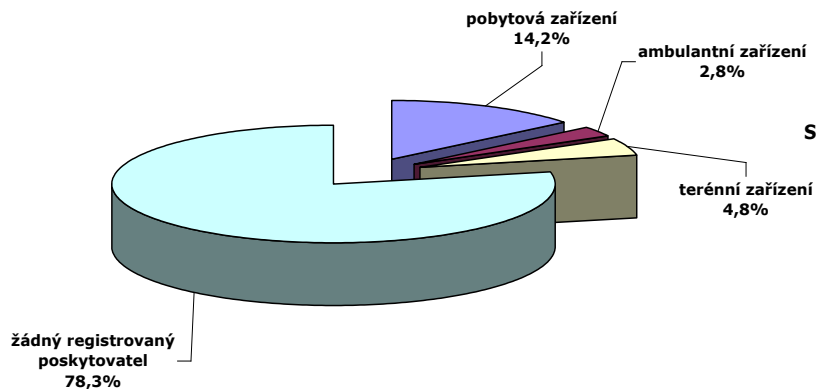
Struktura příjemců příspěvku podle míry závislosti (prosinec 2007)



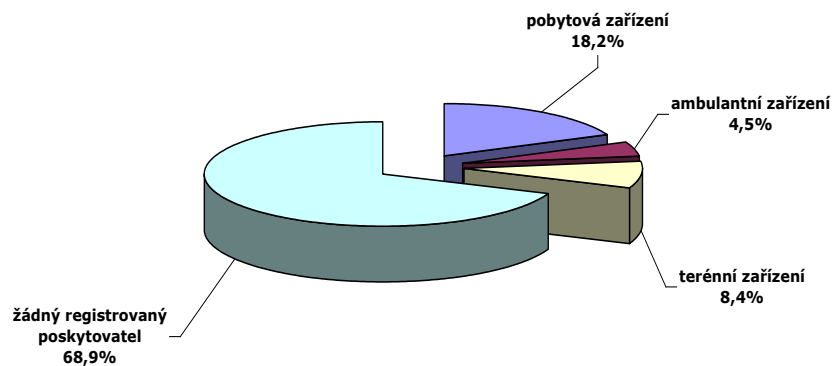
I. Struktura příjemců příspěvku na péči podle míry závislosti (prosinec 2010)



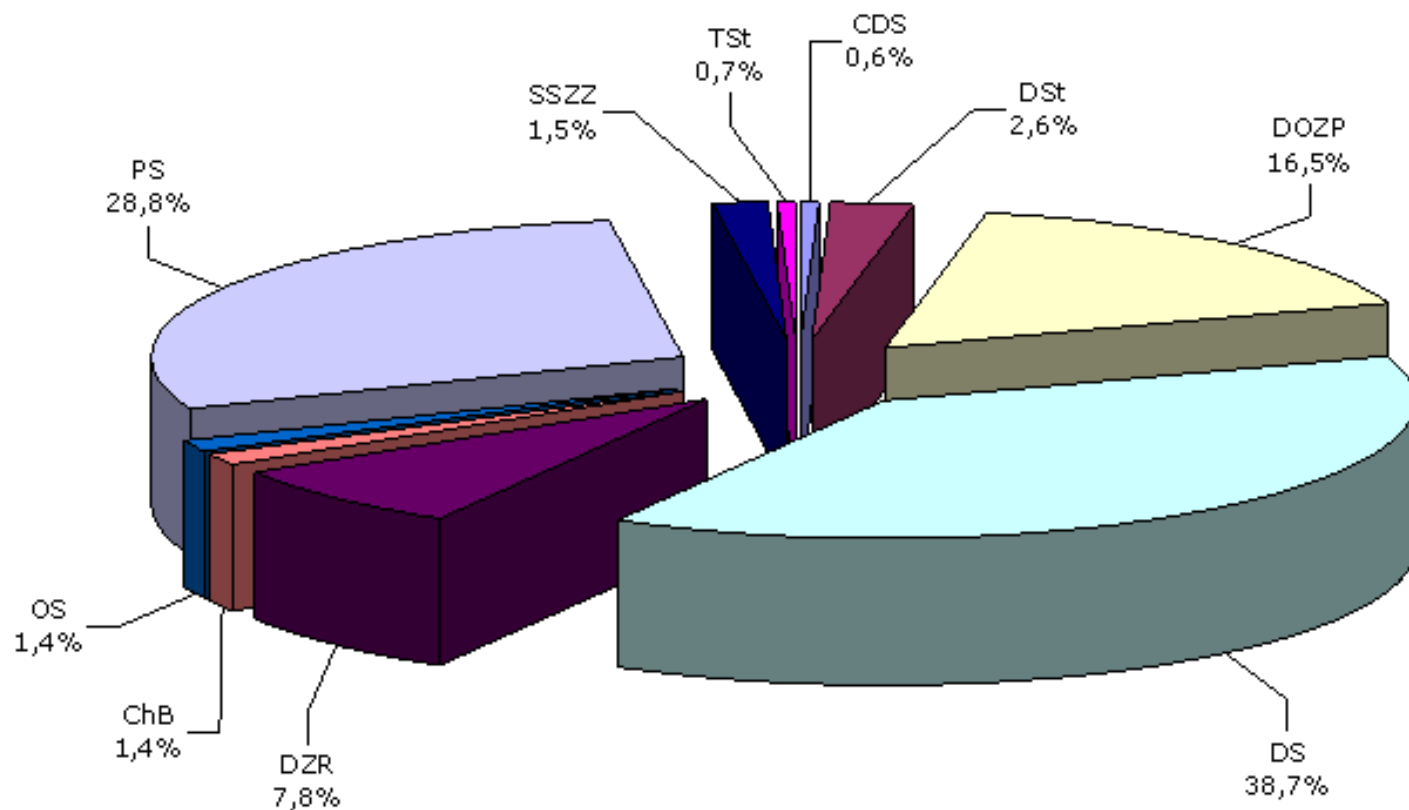
Struktura příjemců příspěvku na péči podle typu poskytované péče (prosinec 2007)



Struktura příjemců příspěvku na péči podle typu poskytované péče (prosinec 2010)



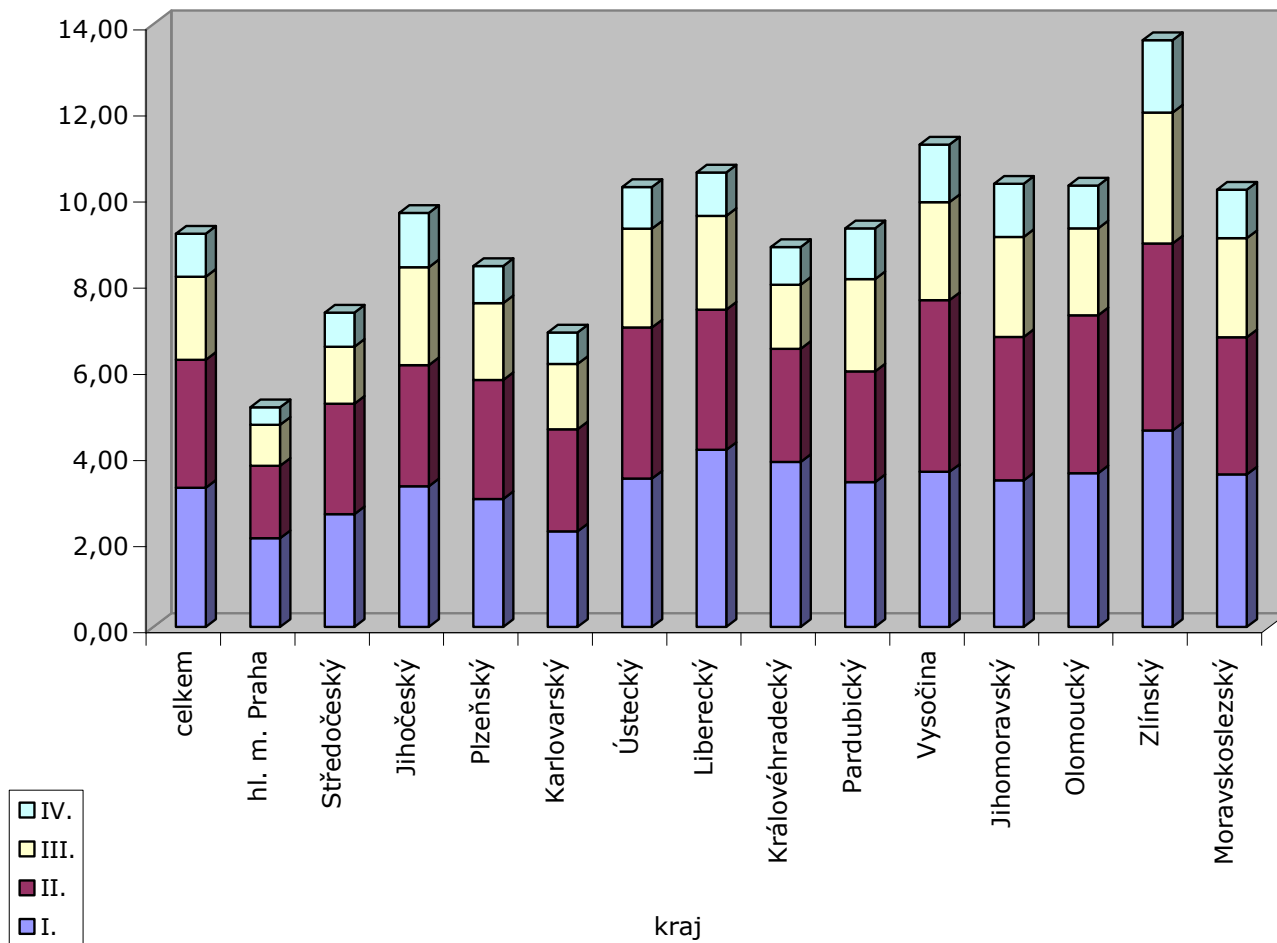
Struktura příjemců příspěvku na péči podle typu registrovaného poskytovatele sociální služby v prosinci 2010



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

Porovnání struktury příjemců příspěvku na péči v jednotlivých krajích u mužů ve věkové skupině 76 - 80 let (prosinec 2010)

podíl mužů pobírajících příspěvek na péči ve věkové skupině 76 - 80 let na celkovém počtu mužů v této věkové skupině (v %)



příčiny rozdílů

- 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 péči,
- lékaři posudkové služby sociálního zabezpečení posuzují míru závislosti jednotlivých klientů nikoli v jejich přirozeném domácím prostředí tak jako sociální pracovníci, ale pouze na základě písemných informací od sociálních pracovníků a ošetřujících lékařů,
- střet zájmu při poskytování příspěvku na péči především ze strany obcí s rozšířenou působností, které jsou současně zřizovateli řady služeb sociální péče (do 31. 12. 2011)

důsledky přiznání příspěvku na péči na vytvoření nových pracovních příležitostí

- ❑ zkušenosti z Německa

- ❑ grantový projekt MPSV „Předpokládaný vliv změny způsobu financování sociálních služeb na úroveň nezaměstnanosti“ (řešitelé: SOCIOKLUB, ZSF JčU, PKSP) – možno vytvořit až 11 800 nových pracovních míst

- ❑ skutečnost: 2006 – 36,5 tis. prac. → 2010 – 40,4 tis. prac., ale:
 - ❑ kapacity ambulantních a terénních služeb se prakticky nezvýšily
 - ❑ roste počet neuspokojených žadatelů o umístění do pobytových zařízení
 - ❑ vysoký podíl osob s PP I. nebo bez PP v pobytových zařízeních

vliv kompenzace nižšího příjmu z EA příspěvkem na péči v důsledku potřeby zajištění péče

- nedostatek kapacity PZSS + nedostatečně rozvinutý sektor T+ASS → péče poskytována rodinnými příslušníky, popř. blízkými osobami**

- řada z nich musela opustit zaměstnání, popř. zkrátit pracovní úvazek → příspěvek na péči = "náhrada mzdy" za poskytovanou péči → výrazný zásah do života, přizpůsobení osobního i pracovního života péči o příbuzné**

- různé podoby péče v rodině**
Jeřábek, H.: Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“, Sociologický časopis č. 2/2009

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

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

pramen:

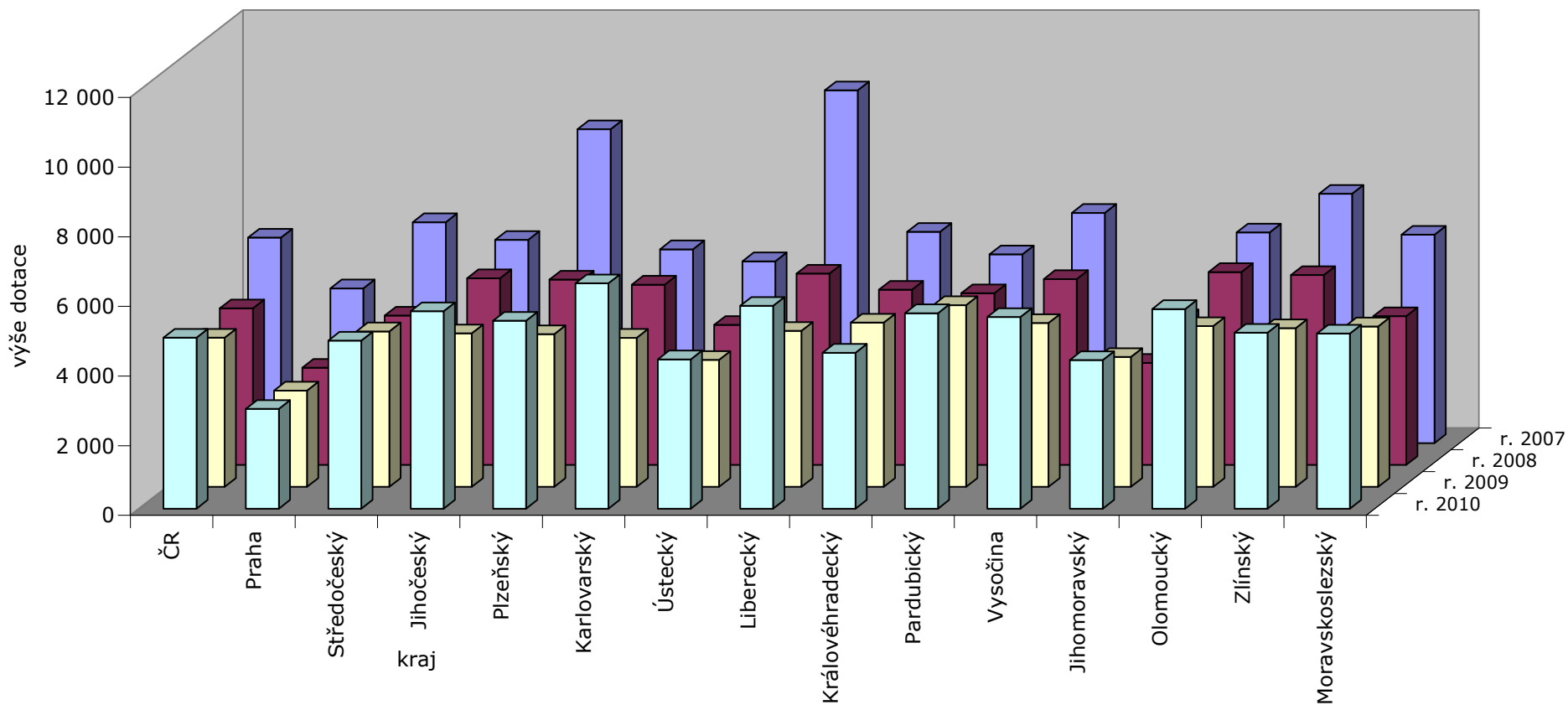
Michalík, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011, ISBN 978-80-7367-859-3. str. 101

- ❑ dlouhodobá péče je spojena s komplexním sociálním, ekonomickým a zdravotním dopadem na pečovatele a jeho nejbližší okolí
- ❑ pečující osoba ztrácí kontakty s okolním světem, ocitá se v sociální izolaci, trpí fyzickým a psychickým vypětím → odraz na zdraví pečovatele + nedostatek potřebných informací, pomůcek, obtížná finanční situace, ne/dosažitelnost zdravotních a sociálních služeb, charitativních a svépomocných sdružení
- ❑ postupně se rozvíjí model sdílené péče – cíl: umožnit nesoběstačné osobě žít ve vlastní domácnosti za pomoci rodiny a profesionálních služeb tak dlouho, dokud se tento způsob jeví jako smysluplný a praktický

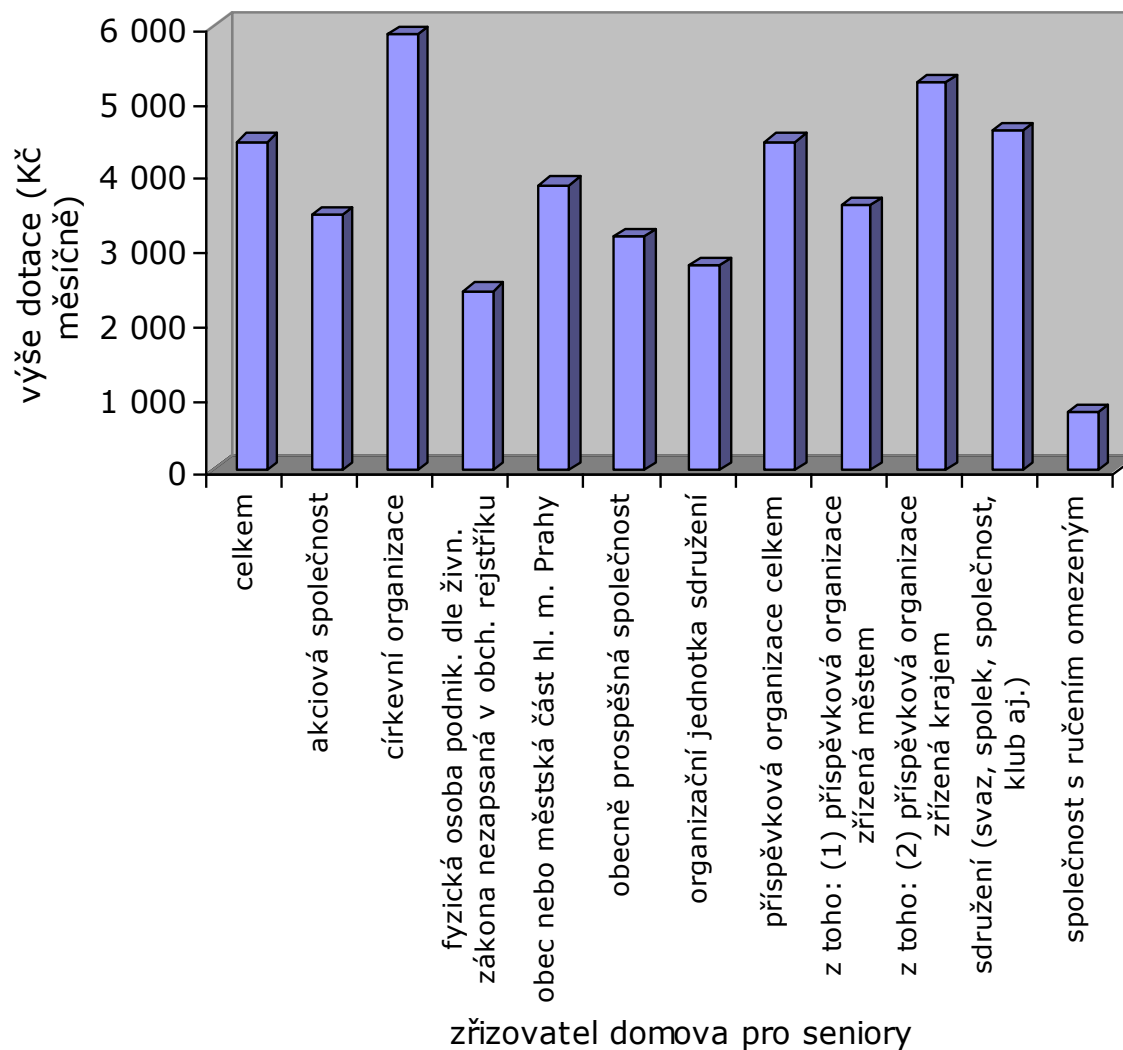
východiska dotační politiky

- 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

**Vývoj výše státní dotace na lůžko v domovech pro seniory v letech 2007 - 2010
(Kč/měsíčně)**



Výše přiznané dotace na lůžko měsíčně v domovech pro seniory v r. 2011



úhrada za poskytovanou zdravotní péči

r. 2007: VZP – 488 mil. Kč

r. 2010: VZP – 749 mil. Kč

X

šetření VÚPSV 2009:

náklady celkem 5,2 mld Kč (r. 2011 = 5,45 mld Kč)

	náklady na klienta měsíčně	podíl min. nákladů na celkových prům. nákladech
domov pro seniory	5 086 – 5 719 Kč	28,5 %
domov pro osoby se ZP	11 170 – 12 028 Kč	45,1 %
domov se zvláštním režimem	8 672 – 9 417 Kč	42,1 %

úhrada klienta za pobyt a stravu v pobytovém zařízení

vyhláška č. 505/2006 Sb.:

- úhrada za poskytování pobytu	200 Kč/denně =	6 000 Kč/měsíčně
- úhrada za poskytování stravy	160 Kč/denně =	4 800 Kč/měsíčně
= celkem		10 800 Kč/měsíčně



„cenová regulace“ jako nástroj ochrany uživatele služby

X

registrace poskytovatele – finanční rozvaha k zajištění provozu poskytování služeb na základě smlouvy (x správní rozhodnutí)

Hlavní příčiny stávající situace

- ✓ nevhodně stanovená kritéria pro přiznání příspěvku na péči pro některé skupiny zdravotně postižených vč. způsobu stanovení míry závislosti
- ✓ nevhodně stanovená přechodná ustanovení zákona
- ↓
- ✓ struktura uživatelů pobytových sociálních služeb
- +
- ✓ nedostatečná výše úhrad zdravotních pojišťoven za poskytovanou zdravotní péči
- ↓
- ✓ závislost financování na státních dotacích
- +
- ✓ „cenová regulace“ úhrad za pobyt a stravu

důsledky:

- **více než dvě třetiny příjemců příspěvku na péči nevyužívají pro zabezpečení svých potřeb služeb žádného registrovaného poskytovatele sociálních služeb,**
- **necelá jedna pětina využívá služby v pobytových zařízeních,**
- **necelá jedna desetina v terénních zařízeních a necelá jedna dvacetina v ambulantních zařízeních,**
- **tři pětiny příjemců příspěvku na péči, kteří nevyužívají služeb v pobytových zařízeních, hradí z tohoto příspěvku léky a více než čtvrtina z nich hradí z příspěvku na péči náklady na dopravu (jízdné a pohonné hmoty),**

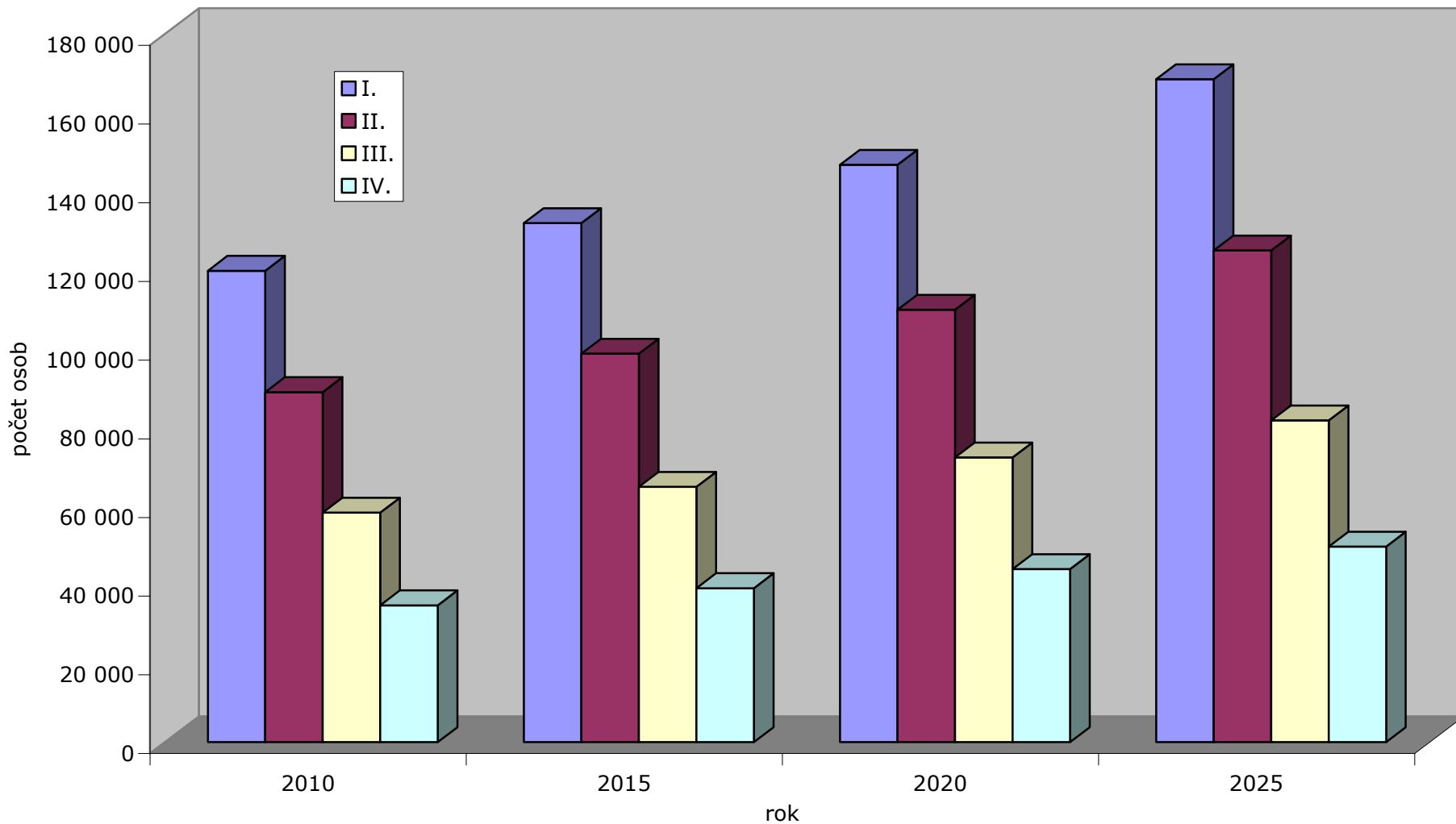
- služby, na jejichž úhradu je příspěvek na péči primárně určen, hradí výrazně méně dotázaných (např. úklidové služby hradí z příspěvku na péči přibližně čtvrtina příjemců příspěvku na péči, dovoz nebo donášku obědů necelá pětina a pečovatele/pečovatelku přibližně desetina příjemců příspěvku na péči)
- případné zvýšení příspěvku na péči by nevedlo k jeho efektivnějšímu a výraznějšímu investování do profesionálních sociálních služeb, příjemci příspěvku na péči nebo osoby o ně pečující by investovali především do věcí, které nesouvisí s poskytováním péče a na které příspěvek na péči není určený

- **ve většině sledovaných lokalit je nejčastější důvod pro nevyužívání profesionálních služeb jejich vysoká cena, která nejsou klienti schopni nebo ochotni financovat**
- **dalším důvodem pro nevyužívání profesionálních služeb je nedostatek informací o těchto službách a o místě jejich poskytování (cca 20 % respondentů)**
- **špatná dopravní obslužnost je příčinou nevyužívání služeb od registrovaných poskytovatelů především na vesnicích, kde je nabídka služeb menší než ve městech**

- **nedostatečná kapacita pobytových zařízení**
- **sociální pracovníci nemají přesné povědomí o lidech, kteří nevědí, že by o příspěvek na péči mohli požádat, tyto lidi vyhledávají jen v omezené míře v rámci terénních šetření, informace o nich dostávají především od praktických lékařů, ze zdravotnických zařízení, od sousedů nebo přímo od poskytovatelů sociálních služeb**

Cesty ke zvýšení efektivnosti financování sociálních služeb

Vývoj počtu příjemců příspěvku na péči v závislosti na míře závislosti příjemce



přispěje liberalizace financování sociálních služeb ke stimulaci jejich rozvoje?

□ služby sociální péče

východiska:

- pojetí efektivnosti (viz předchozí teze)**
- záměr MPSV – stát přestane zasahovat do systému služeb sociální péče, síť těchto služeb na regionální úrovni vznikne na základě vztahů poptávky a nabídky**



klíčová řešení:

- ❑ **odstranění závislosti poskytovatelů služeb sociální péče na přiznání dotací ze státního rozpočtu,**
- ❑ **podmínění výplaty příspěvku na péči zajištěním péče prioritně od registrovaného poskytovatele sociální služby**



diferenciace výše příspěvku na péči v závislosti na formě poskytované péče (v Kč měsíčně)

	forma péče			
příspěvek na péči	pobytová zařízení	ambulantní zařízení	terénní zařízení	žádný reg. poskytovatel
I.	800	2 000	2 000	0
II.	5 000	5 000	8 000	4 000
III.	10 000	10 000	14 000	8 000
IV.	15 000	15 000	20 000	12 000

podají se celý systém profinancovat?

stát má již dnes ve své kompetenci všechny klíčové atributy systému sociálních služeb

- ❑ **registruje všechny poskytovatele sociálních služeb, kteří splní zákonem definované podmínky jejich poskytování,**
- ❑ **tyto podmínky poskytování kontroluje v rámci inspekce kvality sociálních služeb,**
- ❑ **stanoví kritéria pro přiznání příspěvku na péči,**
- ❑ **rozhoduje o tom, kdo má na tuto dávku nárok,**
- ❑ **příspěvek na péči vyplácí**

v případě neschopnosti klienta uhradit náklady – v rámci systému pomoci přiznat půjčku → vyrovnání v rámci dědického řízení

- **služby sociální prevence a sociální poradenství nelze předpokládat, že tyto služby by mohly být financovány bez závislosti na poskytování dotací ze státního rozpočtu**
názor: zajištění těchto služeb na celém území státu by mělo být převedeno do jejich přenesené působnosti krajů a měst, popř. do kompetence Úřadu práce ČR
- **poskytovatel těchto služeb zasahuje ve prospěch společnosti a občana, zpravidla na jeho žádost, pomáhá mu překonat jeho obtížnou sociální situaci nebo sociální problém**
- **cílem poskytování je zajištění prospěchu celé společnosti, resp. ochrana společnosti před působením sociálně patologických jevů**

může být vyrovnávací platba nástrojem stimulujícím rozvoj sociálních služeb?

Soudní dvůr Evropských společenství – rozsudek Altmark

- 1. podniku, který je příjemcem vyrovnávací platby, musí být skutečně svěřeny závazky veřejné služby a tyto závazky musí být jasně definovány**
- 2. ukazatele, na jejichž základě se provede výpočet vyrovnávací platby, musí být stanoveny předem objektivním a transparentním způsobem tak, aby nemohlo dojít k udělení hospodářské výhody, která by mohla zvýhodnit podnik, který je příjemcem této vyrovnávací platby oproti ostatním konkurenčním podnikům,**

3. výše vyrovnávací platby je omezena rozsahem nezbytným k pokrytí veškerých nákladů vynaložených při plnění závazků veřejné služby nebo jejich části, přičemž je třeba zohlednit příslušné příjmy a přiměřený zisk,

4. pokud nebyl podnik pověřený plněním závazků veřejné služby v určitém případě vybrán prostřednictvím procesu zadávání veřejných zakázek, musí být výše vyrovnávací platby určena na základě analýzy nákladů, které by běžný, řádně řízený podnik disponující vynaložil na plnění těchto závazků, přičemž je třeba zohlednit příslušné příjmy a přiměřený zisk za plnění těchto závazků.

jak je možno hodnotit možnosti využití vyrovnávacích plateb pro financování sociálních služeb ?

Ad 1

je otázkou, zda registraci lze chápat za akt, podle něhož byly organizaci, která je příjemcem vyrovnávací platby, skutečně svěřeny závazky veřejné služby

státní orgán je povinen registrovat za poskytovatele sociální služby každý subjekt, který splní zákonem definované podmínky pro registraci

Ad 2

ukazatele, na jejichž základě se provede výpočet vyrovnávací platby, musí být stanoveny předem objektivním a transparentním způsobem tak, aby nemohlo dojít k udělení hospodářské výhody, která by mohla zvýhodnit organizaci, která je příjemcem této vyrovnávací platby oproti ostatním konkurenčním podnikům

výsledky dotačního řízení – diferenciací výše podpory podle jednotlivých krajů i právní formy organizace

Ad 3

výše vyrovnávací platby omezena rozsahem nezbytným k pokrytí veškerých nákladů vynaložených při plnění závazků veřejné služby nebo jejich části, přičemž je třeba zohlednit příslušné příjmy a přiměřený zisk

stávající rozpočtová pravidla ex ante neumožňují do výše státní podpory ve formě dotace zahrnout částku, která by odrážela výši přiměřeného zisku

příspěvkové organizace nemohou vytvářet zisk

Ad 4

poskytovatelé sociálních služeb nejsou vybírání prostřednictvím procesu zadávání veřejných zakázek

rozdíly, které jsou zjišťovány ve výši přiznané dotace v relaci na jednoho klienta v různých typech zařízení, nesvědčí o tom, že výše poskytnuté dotace je poskytována na základě analýzy nákladů, které by běžná, řádně řízená organizace vynaložila na plnění těchto závazků

opatření v oblasti financování služeb sociální péče

1. odstranit závislost poskytovatelů sociálních služeb a přiznání dotací ze státního rozpočtu
 - náklady služby = úhrada klienta + PP + úhrady z FZP
 - diferencovat výši PP podle formy poskytované péče, zavést výplatu PP v nepeněžní formě)
 - společné hodnocení míry závislosti sociálním pracovníkem a lékařem v přirozeném prostředí žadatele o příspěvek
2. jednat s MZd a VZP o "narovnání" zákonem definovaných povinností (→ koncipování systému dlouhodobé sociálně zdravotní integrované péče) + ROZHODNUTÍ ÚSTAVNÍHO SOUDU
3. zrušit "cenovou regulaci" úhrad za pobyt a stravu v pobytových zařízeních a za úkony v terénních a ambulantních formách na centrální úrovni (posílit rozhodovací kompetence zřizovatelů)

organizační a legislativní opatření

- 1. zřídit funkci "koordinátora péče" na RSV POÚ nebo ORP**
- 2. zvážit uplatňování vyživovacích povinností v rámci širší rodiny**
- 3. propojit systém plánování, registrace a financování sociálních služeb**
 - ❑ **stanovit povinnost POÚ zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb**
 - ❑ **posílit závaznost finanční rozvahy poskytovatelů služeb v procesu registrace**

související opatření mimo oblast sociálních služeb

- 1. výstavba malometrážních a bezbariérových bytů – podpora rozvoje terénních sociálních služeb (potřeba propojit systém plánování sociálních služeb s otázkami bytové politiky)**
- 2. citlivé stanovení výše nájmu v obecních bytech jako předpoklad pro poskytování služeb v domácím prostředí (dtto)**
- 3. důsledné dodržování bezbariérových přístupů do obchodů a objektů poskytujících veřejné služby**
- 4. soustavné vyhodnocování dopravní obslužnosti, zavádění nových forem dopravních služeb (RADIOBUS)**

Podrobněji:

**Průša, L. – Víšek P. *Optimalizace sociálních služeb.*
Praha: VÚPSV, 2012. ISBN 978-80-7416-099-8**

http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_343.pdf

děkuji za pozornost

ladislav.prusa@vupsv.cz