

## Sociální a ekonomické aspekty efektivity sociálních služeb

Jan Mertl

**Sociální služby, jejich forma a četnost využití ve společnosti jsou fenoménem, jehož význam je v současné době nade vši pochybnost. Poutá pozornost ekonomů, lékařů, sociologů, sociálních pracovníků, rodinných příslušníků a řady dalších aktérů setkávajících se s objektivně vzniklou nutností postarat se o spoluobčany, kteří tak - z různých důvodů a v různé míře - nemohou učinit sami. Článek vychází z výsledků výzkumné činnosti shrnuté ve studii publikované VÚPSV<sup>1</sup> a jeho cílem je poukázat na sociální a ekonomické aspekty ovlivňující otázky efektivity sociálních služeb. Dále pak vysledovat vazby mezi jednotlivými, jen zdánlivě roztržitými koncepty tvořícími mozaiku determinantů kvality a dostupnosti sociálních služeb.**

Autor neusiluje o vyčerpávající či encyklopedický přehled současných teoretických poznatků. Teoretická heuristika příslušných poznatků byla v průběhu výzkumu cíleně filtrována především přínosem pro analýzu specifík sociální péče jako podskupiny sociálních služeb. Výsledky teoretické analýzy by mohly přispět také k pochopení příčin řady obecnějších problémů českého sektoru sociálních služeb. To platí pro poznatky z oblasti ekonomie, kde článek staví na řadě publikovaných ekonomických analýz a modelů (zejm. Bénard, 1990; Knapp, 1984; Mooney, 1992). Ale také pro sociálně-politický pohled na otázku sociálních služeb, kde článek vychází z vymezení sociální politiky v širším pojetí jako aktivit směřujících k žádoucímu fungování sociálních systémů (Krebs, 2005; Potůček, 2006; Průša, 2003).

V rámci článku bude předmět jeho zájmu, tedy sociální služby, nahlížen z národohospodářského pohledu. Ten v sobě obsahuje přístup ekonomický, tedy otázku nákladů na sociální služby a jejich produkční efektivity. Ekonomická kalkulace a vlastnosti sociálních služeb při směně jsou klíčovými komponenty tohoto přístupu. V rámci národního hospodářství jsou však významné také sociální souvislosti otázky dostupnosti sociálních služeb v populaci a širší výsledky spotřeby sociálních služeb v podobě zvýšení blahobytu, wellness a well-being. To je v souladu s potřebou pozitivního vnímání starých a zdravotně postižených občanů ve společnosti (Haškovcová, 2002).

Analýza vychází z toho, že dostupnost a kvalita sociálních služeb je významná rovněž z pohledu humanity a důstojnosti života v moderní společnosti. Jejich potřeba není pouze možným nadstandardem, ale je obecným imperativem etickým. V době, kdy existuje tlak na ekonomizaci řady oblastí života, je tento etický a humánní aspekt poskytování a spotřeby sociálních služeb potřebně významně posílit. Selektivní kalkulace nákladů a výnosů tak musí být doplněny o monitorování skutečné sociální situace těch, kteří jsou na sociálních službách závislí. To lze činit ve formě prokázané subjektivní spokojenosti se stavem a úrovní jejich poskytování, doplněné o objektivní posouzení jejich zdravotní a sociální situace.

### Typologie sociálních služeb

Protože se ekonomické vlastnosti jednotlivých typů sociálních služeb liší, je nutné nejprve roztrždit sociální služby a tím podrobněji vymezit a zúžit předmět analýzy. Teorie sociální politiky (Krebs, 2005) i platná legislativa<sup>2</sup> člení sociální služby na:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Předmětem zájmu článku je především druhý uvedený typ sociálních služeb, souhrnně nazývaný „služby sociální péče“. Budeme se jimi zabývat zejména pro jejich

- relativní nákladovost,
- četnost využití danou vývojem a současným stavem společnosti,
- vazbu na zdravotní stav klienta,
- nutnost spotřeby, kterou ve většině případů nemůže klient příliš ovlivnit.

Spotřeba služeb sociální péče je často výsledkem změny zdravotního stavu člověka. Fyzicky a psychicky zdravý člověk je soběstačný<sup>3</sup> a tato soběstačnost tvoří základní prvek jeho identity. Tento zdánlivě samozřejmý fakt v současných diskusích o sociálních službách příliš často nezaznívá a spotřeba sociálních služeb se bere jako nutný fakt a daný stav. Zdůrazňeme v této souvislosti, že tato závislost je jako jedna z mála v oblasti sociální politiky primárně jednosměrná, tj. zhoršení zdravotního stavu implikuje spotřebu sociálních služeb. Proto má zlepšení nebo zhoršení zdravotního stavu daného člověka přímý vliv na četnost a charakter sociálních služeb, které bude využívat. Nedostatečné provádění sociálních služeb může také zhoršit komfort klienta a průběh onemocnění. V tomto ohledu je třeba respektovat příčinné vazby na dané základní onemocnění a v první řadě využít všech možností léčby dostupných pro danou diagnózu na lege artis principu, aby nedocházelo k suplování nedostatečné zdravotní péče péčí sociální. Do této skupiny zahrnujeme také sociální péči, jejíž potřeba vyplývá ze stáří klienta, které samo o sobě nemocí není, ale přirozeně vede k úbytku psychických a fyzických sil a schopností. Souhrnně se tedy jedná zejména o služby sociální péče<sup>4</sup> (např. odlehčovací služby, osobní asistence, domovy, pečovatelská služba, stacionáře).

Ty sociální služby, které nejsou spojené se změnou zdravotního stavu či stářím, jsou z hlediska celkové nákladovosti i četnosti využití v menšině. Jedná se o aktivity, které jsou zapříčiněny selháním fungování daného člověka ve společnosti, tedy jakési „sociální havárie“, ideálně s cílem zabránit jejich opakování nebo zhoršení (prevence). Takový člověk nemůže z objektivních i subjektivních důvodů plnit svou roli v rodině, zaměstnání a společnosti, případně selhává i jako osobnost samotná. I když i v tomto případě je nutno primárně diagnostikovat a eliminovat změny zdravotního stavu, protože za řadou patologických sociálních chování se skrývají nerozpoznaná psychická a fyzická onemocnění (Vargová, 2007), často je potřeba sociálních služeb nutná i u jinak zdravých jedinců se sociálně patologickým chováním (zde máme na mysli jevy jako prostituce, toxikomanie, kriminalita). Jedná se zejména o preventivní sociální služby<sup>5</sup> (např. raná péče, azylové domy, noclehárny, nízkoprahová centra apod.). Zákon samotný řadí tyto sociální služby do kategorie preventivních s cílem zabránit sociálnímu vyloučení klientů těchto služeb. Z ekonomického hlediska je významný aspekt pozitivních i negativních externalit u těchto osob vyplývajících z jejich existence a chování ve společnosti, které generuje mnoho „postranních“ efektů, které je pak nutno následně řešit v rámci sociální politiky. Příkladem mohou být vedlejší efekty alkoholismu, které v rámci transakce výrobce – spotřebitel nejsou zahrnuty, ale ve společnosti generují významné náklady spojené s řešením tohoto fenoménu.

### Ekonomické charakteristiky sociálních služeb

Nástin ekonomických charakteristik sociálních služeb je kontroverzním tématem, protože v ekonomické literatuře, jak ukážeme dále, existuje řada pohledů a přístupů k této klasifikaci. Navíc jsou sociální služby značně heterogenní a ani zúžení na služby sociální péče v souladu s předmětem článku není zcela postačující pro homogenitu analyzovaného statku. Přesto je velmi užitečné alespoň se pokusit podle nejobvyklejších znaků sociálních služeb zařadit a analyzovat jejich ekonomické charakteristiky.

## Členění sociálních služeb podle ekonomického a institucionálního kritéria

V rámci tržní ekonomiky jsou sociální služby ekonomickým (vzácným) statkem s nenulovou cenou produkce. Lze je klasifikovat podle ekonomického kritéria při spotřebě (Samuelson, 1954). Vzhledem k tomu, že nesplňují charakteristiky čistých veřejných statků (nevylučitelnost ze spotřeby, nezmenšitelnost), lze je zařadit podle ekonomického kritéria k tzv. smíšeným veřejným statkům, pokud jsou nabízeny v definované kvalitě. Typickým jevem u smíšených veřejných statků je tzv. efekt přetížení, k němuž dochází tehdy, pokud s růstem počtu uživatelů smíšeného kolektivního statku dochází od určitého momentu ke změně kvality daného statku. To se projevuje i u sociálních služeb (příkladem může být péče v domovech pro seniory, kde nárůst počtu klientů může znamenat pokles kvality pro každého jednoho z nich). Některé formy poskytování sociální služby lze zařadit také ke statkům soukromým. Jedná se zejména o individualizované transakce nabízené soukromými ziskovými poskytovateli „na míru“ jednotlivým klientům, kteří si je hradí ze svých soukromých zdrojů.

Metodologicky užitečné je provádět klasifikaci statků také podle institucionálního kritéria, tak jak to učinil Bénard, který je člení z hlediska jejich financování na netržní, nečisté tržní a čisté tržní (Bénard, 1990).

**Tabulka č. 1: Obecné rozdělení statků dle institucionálního kritéria**

Kategorie statků	Institucionální kritéria	
	Existence tržní negociace a tržní ceny	Diskriminační intervence státu
Čisté tržní statky	ano	ne
Nečisté tržní statky	ano	ano
Netržní statky	ne	ano

Zdroj: (Bénard, 1990)

Toto rozdělení umožňuje rozlišit charakter statku z hlediska financování (alokace), kdy v případě existence tržní ceny vzniklé interakcí nabídky a poptávky na konkurenčním trhu a financováním ze soukromých zdrojů je statek Bénardem chápán jako čistý tržní, v opačném případě jako netržní.

Jednotlivé sociální služby je možno v praxi podle institucionálního kritéria zařadit do všech tří kategorií, závisí to však na konkrétních podmínkách dané země. Příkladem netržních statků mohou být např. služby domovů pro seniory ve veřejném vlastnictví a financovaných z veřejných zdrojů. Zde neexistuje tržní negociace a stát určuje cenu na bázi kalkulace nákladů. Příkladem nečistých tržních statků může být např. pečovatelská služba, jejíž financování je v českých podmínkách svázáno s příspěvkem na péči. Zde klient poptává sociální službu a nestátní subjekt ji nabízí, existuje

zde tedy jistá forma negociace, ale její cenu, ale i dostupnost ovlivňuje (formou institucionální regulace nebo specifické subvence) stát. Konečně příkladem čistých tržních statků mohou být sociální služby poskytované mimo státem regulovaný a podporovaný systém sociálních služeb, tj. na čistě privátní bázi.

V této souvislosti je třeba zmínit základní rozdělení výdajů na sociální služby – výdaje soukromé (na základě rozhodnutí jednotlivce) a výdaje veřejné (na základě veřejné volby). Je zřejmé, že tyto dva typy výdajů vykazují radikálně odlišné charakteristiky. Vzhledem k tomu, že i v odborných textech se trvale vyskytuje nepřesné vymezení těchto pojmů (např. prostředky hrazené prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění se považují za kapitál veřejných zdravotních pojišťoven a někteří občané je chápou jako „své peníze“), považujeme za nutné tyto pojmy alespoň v hrubých rysech vymežit.

Výdaje soukromé jsou závislé na odpovědnosti a přístupu jednotlivce ke své sociální situaci. Nesporně jsou však 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. V ČR je v současné době ve smyslu rozložení financování v čase využíván jako finanční zdroj starobní či invalidní důchod. Časové rozložení tak není využíváno specificky ve vztahu k sociálním službám – z mezinárodních zkušeností je možno uvést koncept pojištění péče (Pflegeversicherung) v SRN.

Zároveň pak soukromé výdaje předpokládají konkrétního člověka, který je schopen se neustále a pravidelně racionálně rozhodovat na základě své ekonomicky racionální úvahy. Metodologické zakotvení soukromých investic (výdajů) do rozhodování jednotlivce je tak silné, že je na něm postavena celá ekonomická alokace a její mechanismy efektivnosti na základě individuálních preferencí.

Soukromé výdaje umožňují autonomní rozhodování jednotlivce, ale, a to je nutno zdůraznit, v rámci jeho rozpočtového omezení. Racionálně konající jedinec tak musí toto omezení respektovat i v případě odůvodněné potřeby sociálních služeb. I to je jeden z důvodů pro realizaci výdajů veřejných.

Výdaje veřejné jsou v sociální politice součástí konceptu státu blahobytu (Beveridge, 1942) a jsou realizovány na základě principů a postupů veřejné ekonomie. Podstatné v souvislosti s veřejnými výdaji je především to, zda stát sám poskytuje sociální služby, nebo zda prostřednictvím alokace veřejných prostředků podmíněné legislativními pravidly pro nakládání s nimi garantuje dostupnost sociálních služeb

v populaci. Sociální služby jsou v konceptu veřejných výdajů modelově poskytovány „bez poplatku v momentu spotřeby“ (free at the point of service).

Veřejné výdaje především předpokládají existenci politiky sociálních služeb, které budou na základě demokratického procesu a občanské společnosti odrážet společenské priority v této oblasti. Jedinec-občan by tedy měl podle konceptů veřejného financování spíše než vlastní racionální rozhodování volit zapojení a vlastní participaci na těchto politikách, aby pokud možno věrně odrážely společenské preference, jejichž aktuální charakter je určen a determinován demokratickým konsenzem. Společenské instituce a proces tvorby politik (Potůček, 2006) jsou tak pro realizaci veřejných investic stejně klíčové jako determinace priorit jednotlivce pro výdaje soukromé – s tím, že veřejné výdaje akcentují nediskriminační přístup k tvorbě politik umožňující participaci každého občana.

Veřejné výdaje na sociální služby jsou diferencovány dle konkrétního systému financování těchto odvětví. Typicky jsou však svázány objemem veřejných rozpočtů, který je sledován v poměru k hrubému domácímu produktu. V tomto rozpočtovém omezení můžeme spatřovat limit, který je nutno na celospolečenské úrovni respektovat, protože ani objem společných zdrojů není neomezený. To může být rizikem, protože v rámci úsporných programů mohou být tyto výdaje redukovány pod adekvátní míru, teoreticky však mohou být i vynakládány dodatečné prostředky bez vazby na jejich efektivní využití.

Obě formy výdajů a z nich vycházející způsoby financování (soukromé, veřejné) mají své výhody a nevýhody. Je zřejmé, že příklon k jednomu nebo druhému typu financování je rovněž otázkou politických a ideologických preferencí, ale existují i přístupy ekonomické analýzy, které objektivizují jednotlivé mechanismy financování v závislosti na způsobu a mechanismu vynakládání prostředků. Výsledná varianta je tak typicky otázkou stromu priorit, které zastáváme při koncipování systému, a našich preferencí, pokud jde o cílový stav.

Je samozřejmé, že zpochybnění jednoho nebo druhého typu výdajů je snadnou úlohou, pokud se zaměříme na ty nevýhody, které jsou založeny v nich samých. V momentě, kdy soukromé financování narazí na sociální vyloučení nízkopříjmových skupin populace, selhání trhu nebo veřejné financování narazí na nerespektování priorit jednotlivců, demotivaci a rizika korupce, lze vždy říci, že jeden nebo druhý typ je špatný. A problémem je pochopitelně to, že ač mohou mít oba přístupy do určité míry opodstatnění, tak jejich realizace je zásadně diferencovaná, pokud se týká konkrétních používaných nástrojů. Cíle sociálních služeb, ať už uvažují soukromé nebo veřejné financování, jsou obvykle proklamativně stejné. Neslučitelné nebo jen obtížně slučitelné jsou ovšem jednotlivé navrhované nástroje.

Podstatným rozdílem mezi soukromými a veřejnými výdaji je mechanismus stanovení kvality financované služby. Alokace soukromých prostředků je podmíněna ochotou obou zúčastněných stran k uskutečnění transakce. Proto je její charakter a kvalita určena průnikem nabídky a poptávky. Neexistuje obecný standard, jehož kritéria by měla transakce splňovat. To sice umožňuje vysoce kvalitní služby, pokud je poptávající požaduje a nabízející je ochoten a schopen takové služby nabídnout, ale také to umožňuje i nízkou kvalitu služeb, pokud se na ní například za cenu nízkých nákladů oba subjekty shodnou. To se při spotřebě sociálních služeb může dostat do konfliktu s profesními standardy. Proto typicky existují legislativní podmínky, které předepisují minimální atributy takových transakcí. Naopak veřejné výdaje jsou schopné stanovit a profinancovat určitý veřejný, nepodkročitelný standard. Jeho kvalita je tak určena veřejným zájmem.

Rozdělení výdajů na veřejné a soukromé neznamená, že v praxi by měly být odděleny. Účetně a věcně jistě ano. Mělo by být jasné, co a v jaké kvalitě je hrazeno z veřejných zdrojů, na čem se občan podílí soukromými výdaji a jaký je standard pro ty, kteří se pro soukromé výdaje nerozhodnou. Ale je stále zřejmější, že k cíli vede jen kombinace obou způsobů financování. Jaké implikace z toho plynou pro český systém sociálních služeb, tomu se budeme věnovat dále.

### Mikroekonomické vlastnosti sociálních služeb

Z mikroekonomického hlediska jsou sociální služby komplementem spotřeby zdravotní péče. Znamená to, že jejich spotřeba je se spotřebou zdravotní péče svázaná, i když míra této vazby je různá. Chybné je, pokud se sociální služby stanou substitutem zdravotní péče. To je samozřejmě v praxi také možné, ale svědčí to o non-lege artis léčbě, případně o nedostatečném objemu zdrojů na zdravotní péči alokovaných.

Na rozdíl od zdravotní péče není se sociální službou spojen tak významně pojem externalit. I když samozřejmě lze vysledovat širší pozitivní efekty sociálních služeb, zejména co se týče sociální prevence, u nejčastějších a nejnákladnějších typů sociálních služeb ve formě sociální péče je benefit takové služby skutečně užitek konkrétního klienta. Řada pozitivních externalit je spojena se službami sociální prevence (a negativních externalit s jejich absencí), kterým se však tento článek primárně nevěnuje.

Sociální služba je také označována, jak analyzují Arrow (1972) a Akerlof (1970), jako *experience good* (statek zkušenosti, statek důvěry). Skutečný charakter takového statku tedy poznáváme až v okamžiku spotřeby. Sociální péče je postavena na důvěryhodnosti – ať už ve formě důvěry klienta ve svého sociálního pracovníka, nebo

např. na důvěře v kvalitu a účinek daného postupu a rozvrhu sociálních služeb. V momentě, kdy je tato důvěra narušena, narušuje se také racionalita sociální péče a de facto i racionalita poptávky po ní – pokud klient mění sociálního pracovníka nebo poskytovatele sociálních služeb, je to často z důvodu, že k němu „ztratil důvěru“. Sociální pracovník či pečovatel tedy nenabízí jen stanovení odborného postupu, péči samotnou, dobré slovo či odborné vyšetření. Nabízí také důvěru v to, že pro klienta poptávajícího sociální služby zabezpečí vše potřebné (ke vztahu poptávky a potřeby viz dále), že např. při zhoršení jeho stavu neodmítne intenzivnější nebo méně atraktivní služby apod.

Specifikum sociálních služeb spočívá také v tom, že se integrálně dotýkají osobnosti poptávajícího. V případě jiných služeb, než je sociální péče, lze případně problémy řešit pomocí standardních nástrojů lidské společnosti (reklamace, výměna atd.). U sociální péče nic takového většinou možné není, a navíc lze jen těžko kompenzovat fyzickou a psychickou újmu vzniklou nekvalitní nebo neadekvátní aplikací sociálních služeb.

Sociální služby také nejsou statkem, jehož spotřebu by si člověk volil, naopak, na jejich spotřebu je často odkázán. Jsou také významně odlišné od jiných statků, na nichž je člověk také závislý, jako je např. jídlo nebo bydlení. Je tomu tak zejména proto, že jídlo či bydlení sice člověk také spotřebovává, ale každý a po celý život, byť v diferencované kvalitě. Zatímco sociální služby spotřebovává vždy jen poměrně úzká (heterogenní) sociální skupina, a navíc je tato spotřeba obvykle lokalizovaná jen do určité části života. Okruh poptávajících je tak nepoměrně užší a míra závislosti na konkrétní sociální službě vyšší, jejich substituovatelnost je často nulová a nebo nežádoucí. Nákladovost takových služeb je navíc v poměru k disponibilním zdrojům klienta poměrně vysoká.

Zdravotní problém a ztráta soběstačnosti často omezuje koupěschopnost jednotlivce, zprostředkovaně přes jeho aktivity na trhu práce, pokud je pracovní příjem pro tuto koupěschopnost rozhodující. I když budeme počítat s tím, že poptávající má nějaké úspory, takže by to jeho přímou koupěschopnou poptávku nemuselo ovlivnit, není možné přehlédnout ani efekt očekávané ztráty příjmu v souvislosti s potenciálním onemocněním a ztrátou soběstačnosti. Dochází k paradoxní situaci, že realizace poptávky po sociální službě, která je spojena s náklady, zároveň omezuje možnost získávání dodatečných zdrojů. Nejen tedy, jako je tomu ve standardním případě, je poptávající omezen svým rozpočtovým omezením, ale zároveň se toto rozpočtové omezení dynamicky mění v závislosti na intenzitě spotřeby sociálních služeb, pokud je zároveň omezena klientova výdělečná schopnost.<sup>6</sup>

Sociální služby také trpí, i když méně než např. zdravotní péče, problémem informač-

ní asymetrie. Sociální pracovník nebo poskytovatel sociálních služeb má nesporně informační převahu nad klientem. Taktéž se může, i když opět v menší míře než ve zdravotnictví, projevat *cream-skimming*, tj. preference zdravějších či bonitnějších klientů.

Problémem je také to, že řadu neatraktivních nebo mediálně nevděčných typů sociálních služeb sám o sobě trh ignoruje nebo nezajišťuje alokací zdrojů v dostatečné míře. Je možné medializovat např. životní podmínky paralympijských sportovců, ale u seniorů v domově je již situace podstatně horší.

Shrnuto, sociální služby z pohledu tržní alokace vykazují řadu tržních selhání [podrobněji k tržním selháním např. Arrow (1963) a Musgraveovi (1989)]. V praxi proto dochází ke snaze o kompenzaci těchto jevů, ať už prostřednictvím veřejného financování, etických kodexů poskytovatelů, sociálních transferů, principu neziskovosti a dalších nástrojů. Pomocí těchto nástrojů a pluralitní struktury poskytovatelů lze v praxi problém tržního selhání v oblasti sociálních služeb poměrně efektivně kompenzovat.

### Potřeba sociálních služeb a poptávka po sociálních službách

Mikroekonomická analýza pracuje s pojmem poptávka – tedy i poptávka po sociálních službách. Při analýze sociálních služeb však, podobně jako v případě zdravotní péče, jen s pojmem poptávky nevystačíme. Vedle poptávky po sociálních službách projevující se formou skutečné efektivní poptávky v ekonomickém slova smyslu se zde objevuje otázka potřeby sociálních služeb. Stále častěji se hovoří o tom, že by sociální služby měly být „consumer need driven“ – tedy řízeny a taženy potřebou svých klientů.

Je zřejmé, že na první pohled je potřeba sociálních služeb z pohledu ekonomy poněkud amorfním pojmem s teoreticky nekončnou četností. Ba dokonce lze říci, že právě v souvislosti s demografickými změnami a poklesem neformálních sociálních služeb existuje stále více lidí, kteří by tuto potřebu mohli potenciálně nárokovat. Stejně tak není reálné poskytnout sociální služby na principu aktivního vyhledávání veškerých potřeb – takové pojetí by mohlo brzy narazit na reálnou společenskou kapacitu pečovatelských a dalších aktivit.

Na druhé straně je ale zřejmé, že celá řada lidí, přestože sociální služby nepoptává, je evidentně potřebuje a jejich spotřeba by jim mohlo přinést zlepšení jejich životního standardu a možná i zdravotního stavu, pokud je díky nedostatečné sociální péči negativně ovlivněn. Nesporně je tedy užitečné s pojmem potřeby sociálních služeb pracovat a tento pojem stavět vedle poptávky po sociálních službách. Příkladně se nyní tohoto pojetí, vycházejícího z modifikované zdravotního stavu jednotlivce a s ním související sociální situace daného klienta.

Především je v tomto pojetí sociální služba objektivně potřebná a její potřeba verifikovatelná. Vznikne-li již určité onemocnění, pak na základě aktuálního stavu vědeckého poznání existují postupy, které jsou v určitém čase a místě ověřené jakožto postupy vedoucí k účinné léčbě. Způsob léčby konkrétního onemocnění, tedy indikovaná zdravotní a sociální péče, se může v čase a s rozvojem lékařského poznání měnit. V určitém čase lze však stanovit, jaká zdravotní a sociální péče má odpovídat určitému onemocnění včetně jeho konkrétní variace u určitého klienta. Všimněme si, že nijak neomezujeme to, kdo bude danou sociální službu provádět, čímž se zachovává možnost neformálního poskytování takovýchto služeb. I ta totiž může být reakcí na jejich potřebu.

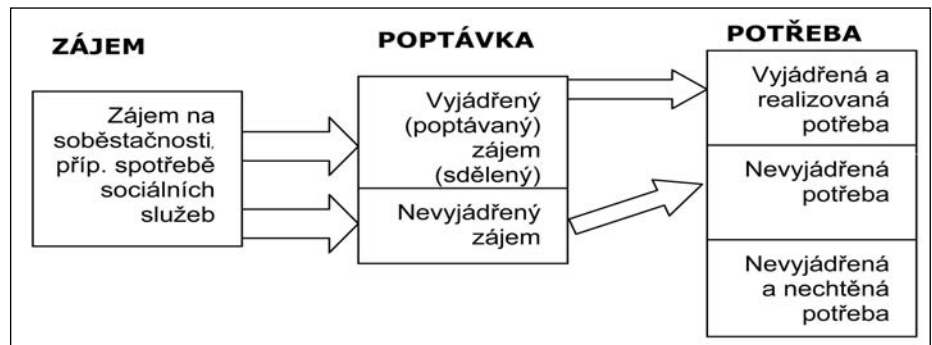
Vztahy mezi potřebou a poptávkou po sociálních službách ukazuje schéma na obrázku č. 1, které zkonstruoval Mooney (1992) původně pro zdravotní péči, nicméně po drobné úpravě je lze použít i pro péči sociální. Ukazuje, že potřeba není homogenním pojmem.

Toto schéma vychází z interního zájmu klienta na soběstačnosti, případně na spotřebě asistenčních služeb v nejširším slova smyslu, které budou kompenzovat ty oblasti, v nichž soběstačný není či vzhledem ke svému zdravotnímu stavu být nemůže. Výsledkem tohoto zájmu může být vyjádřený zájem v podobě poptávky, momentálně abstrahované od rozpočtového omezení. Tak je naplněna potřeba jako průnik vyjádřeného zájmu a jeho realizace v praxi. Případně klient může takový zájem pociťovat, ale z nejrůznějších důvodů (stud, deprese, institucionální a organizační překážky) ho nedá najevo – tedy poptávku nedá najevo. Taková potřeba je tedy nevyjádřená, přestože ji klient pociťuje. Poslední možností je (subjektivně) nevyjádřená a nechtěná potřeba, která vzniká bez ohledu na zájem nebo projevenou poptávku, především jako výsledek objektivního posouzení sociální situace klienta lékařem nebo odborným sociálním pracovníkem. To neznamená, že bude klientovi konkrétní sociální služba vnucována, jde spíše o identifikaci potřeb klienta, pokud ještě není se svou sociální situací dostatečně obeznámen nebo pokud není schopen vzhledem ke svému fyzickému nebo psychickému stavu svoji sociální situaci adekvátně vnímat a vyhodnotit.

### Vazby zdravotní a sociální péče

V oblasti sociální politiky má řada vazeb cirkulární charakter. Z toho vyplývá i komplikovanost ovlivnění celkového vývoje, ale i sociální situace jednotlivců žádoucím způsobem, protože často není analyticky jasné, co je příčina a co následek. Výsledkem takovýchto úvah je často právě tvrzení o cirkulárním charakteru příslušných vazeb a v této souvislosti je používán koncept začarovaných kruhů (vicious circles).

Obrázek č. 1: Zájem, potřeba sociálních služeb a poptávka po sociálních službách



Zdroj: (Mooney, 1992), upraveno pro problematiku sociálních služeb

V případě sociálních služeb a zejména služeb sociální péče je potřebné tento koncept rozklíčovat podrobněji, protože, jak jsme již uvedli, primární příčinou nutnosti jejich spotřeby je změna zdravotního stavu člověka. Koncept cirkulárních vazeb tak není nutné aplikovat do důsledku, což je z hlediska analýzy efektivity jejich poskytování velmi významné a výhodné a umožňuje to lépe vymezit příčiny a následky často komplikovaného stavu, kdy daný člověk spotřebovává řadu zdravotních a sociálních služeb, a nikdo, bohužel často ani on sám, neví, kde vlastně tkví příčina neuspokojivého stavu a třeba i vysokých nákladů s takovým stavem spojených. Významně to také ovlivňuje charakter poptávky a nabídky po sociálních službách.

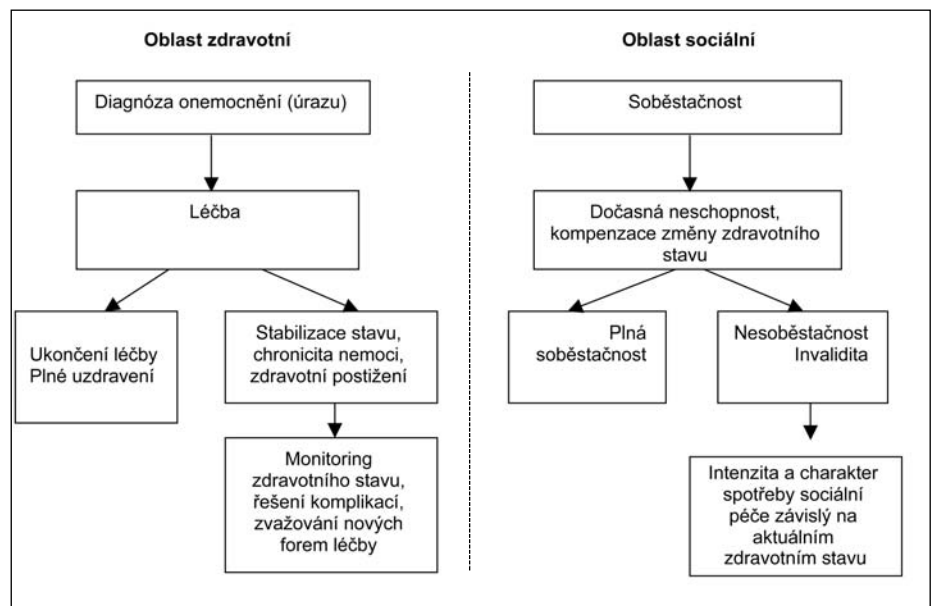
Prvotní změna zdravotního stavu člověka nastává obvykle v situaci, kdy člověk žádnou sociální péči nepotřebuje a kdy je pro něj také psychologicky její využívání vycucené až nežádoucí. Tento prvotní impuls také člověka obvykle zasahuje v plném zdraví, je důvodem zhoršení jeho zdravotního stavu a ovlivňuje jeho soběstačnost. Následně nastupuje léčebný proces, v jehož průběhu může již vznikat potřeba sociální péče. Výsledkem tohoto procesu je

buď úplné uzdravení či alespoň navrácení plně soběstačnosti, nebo částečná či úplná nesoběstačnost, tj. invalidita a nutnost využívání sociální péče, protože medicína již neumí v daném čase a prostoru změnit nebo zlepšit zdravotní stav pacienta. Podrobně to ukazuje schéma na obrázku č. 2, které ukazuje změny jednotlivých stavů během léčby v paralelní rovině zdravotní a sociální oblasti.

Z tohoto schématu vyplývá jednosměrná kauzalita v případě primárního onemocnění (z plného zdraví), které má dva možné výsledky – plné uzdravení, nebo chronicitu daného onemocnění, příp. stabilizaci zdravotního stavu spojenou se zdravotním postižením (např. po úraze).

V případě této jednosměrné kauzality cirkularita vazeb de facto neplatí – je tedy nutno především věnovat pozornost lege artis léčbě základního onemocnění. Případná nutnost spotřeby sociální péče je typicky dočasná, navíc obvykle specifická vzhledem k charakteru základního onemocnění. Vzato do důsledků bychom mohli do sociální péče počítat i neformální péči členů rodiny, kteří jsou typicky schopni po kratší dobu převzít povinnosti nemocného, zvláště pokud je perspektiva jeho úplného uzdrave-

Obrázek č. 2: Změny stavů ve zdravotní a sociální oblasti jako výsledek léčebného procesu



Zdroj: vlastní zpracování



ni a tedy i naděje, že toto převzetí povinností bude pouze dočasné. Významná je zde také adaptační schopnost příslušného člověka, kdy je po kratší dobu onemocnění schopen se přizpůsobit třeba i zhoršeným životním podmínkám či omezením, které mu jeho diagnóza přináší, s vyhlídkou na to, že tento diskomfort povede časem k jeho uzdravení. Samozřejmě že řada běžných onemocnění je spojena s poměrně značnou mírou oslabení nebo neschopnosti k práci a nesoběstačnosti, část těchto stavů se však řeší také např. v rámci hospitalizace, kdy je pacientům zajištěna odpovídající péče ze strany zdravotního personálu. V tomto ohledu lze tedy konstatovat, že léčba řady onemocnění v sobě prvek sociální péče obsahuje také, ale v rámci rodiny i zdravotnictví jsou pro tento standardní průběh onemocnění ústí v úplné uzdravení vyvinuty mechanismy, které umožňují tuto potřebu kompenzovat. Rizikem do budoucna v této oblasti může být tlak na „zefektivnění“ zdravotnictví, který se může projevit snahou z ekonomických důvodů vytěsnit i tyto v zásadě organické prvky léčby (některé prvky péče zdravotních sester, hospitalizace po určitých zákrocích) z financování zdravotní péče, aniž by tomu odpovídaly názory a praktické postupy zdravotníků.

Cirkularita vazeb se však již projevuje výrazněji, pokud k úplnému uzdravení nedojde a z medicínského hlediska má člověk zhoršený zdravotní stav trvale. Pak, v případě, že to vede k jeho nesoběstačnosti, nastupuje nutnost trvalé spotřeby sociální péče. Ochota a schopnost rodiny poskytovat sociální služby z objektivních i subjektivních důvodů klesá, objevuje se nutnost využití tzv. odlehčovacích služeb. Riziko spočívá také v tom, že příslušný člověk už má typicky ukončenou léčbu v původním (obvykle specializovaném) zdravotnickém zařízení – je učiněn určitý závěr s tím, že k úplnému uzdravení nedošlo, a pacient je předán do tzv. následné péče, ať už ústavní, nebo domácí. Mohou se také projevovat dlouhodobé účinky změny zdravotního stavu, od psychických (deprese, demotivace) až k fyzickým (dekubity, atrofie, malnu-

trice). A takovýto stav už má potenciál zpětně ovlivnit i zdravotní stav nemocného – zrodila se cirkularita vazeb, kdy prvotní změna zdravotního stavu ústící v trvalý stav způsobuje díky nedostatečné sociální péči zhoršení zdravotního stavu a případně i komplikace z tohoto zhoršení vyplývající. Ty je pak nutno řešit medicínskou intervencí, jejímž výsledkem je opět buď vyřešení problému, nebo jeho pouhá diagnostika a stabilizace, což následně implikuje další spotřebu sociální péče a kruh se uzavírá. V tomto ohledu kvalita sociální péče velmi významně determinuje zdravotní stav takto nemocných pacientů.

Nastíněného schématu plyne pro efektivnost sociálních služeb ve vazbě na zdravotní péči několik základních závěrů.

Za prvé je nutné věnovat velkou pozornost léčbě základního onemocnění v první fázi schématu. Neocenitelné jak z hlediska pacienta, tak lékaře je vnímání původní zdravotní a sociální situace jako „bezdědné“ – tj. jako stavu, do něhož se pacient chce vrátit a jehož návrat lékař svojí léčbou usiluje. Tento výchozí stav samozřejmě může být diferencovaný např. dle věku pacienta, ale i dle jeho aktuální životní situace. U aktivního sportovce bude v případě úrazu tento výchozí stav jiný než u starobního důchodce, přesto oba mohou být např. po úraze spokojeni – sportovec proto, že může opět provozovat svůj sport, důchodce proto, že si opět může jít sám nakoupit. Případná sociální péče spotřebovávaná během léčby bývá vysoce efektivní, protože je podpořena motivací pacienta i lékaře k uzdravení.

Za druhé, pokud je proces léčby neúspěšný, je nutno zavést minimálně takový režim sociální péče, který prokazatelně nepovede ke zhoršení zdravotního stavu. To může vypadat jako velmi málo ambiciózní cíl, problém je v tom, že často bohužel nenastává ani to. Je také otázkou, zda by při diagnostice případné změny zdravotního stavu neměla být tato diagnostika doplněna o zjišťování, zda zhoršení zdravotního stavu nebylo zapříčiněno právě nedostatečnou péčí sociálního charakteru. To je sice velmi kontroverzní záležitost (může to narušit

vztahy mezi zaměstnanci odpovědnými za oba druhy péče), nicméně to může přispět ke zvýšení intenzity a kvality sociální péče v medicínsky odůvodněných případech.

Za třetí i tam, kde podle současných možností medicíny zlepšení zdravotního stavu není možné, je vhodné doplnit následnou sociální péči pravidelným zvážením zdravotního stavu ve světle pokroku medicíny a moderních léčebných metod. Nemáme nyní na mysli „aktivistickou“ medicínu, která by spočívala v aplikaci všech možných léčebných postupů. Často jsou takové postupy pro pacienty i zbytečně zatěžující a je nutno vážit také benefit, který z léčby budou mít. Na druhé straně zejména u chronicky nemocných starších pacientů často k objektivnímu hodnocení a přehodnocení zdravotního stavu nedochází, jsou po dlouhou dobu indikovány tytéž léky v nezměněných dávkách, dochází k polypragmazi a dalším negativním jevům.

V tomto ohledu je třeba myslet na to, že sociální péče má především roli kompenzační a jakkoli je v této své roli naprosto nezastupitelná, sama o sobě má zejména paliativní a aktivizační potenciál, nikoli schopnost zlepšit zdravotní stav, která náleží péči zdravotní. Významné je také to, aby u klienta bylo vedle zhodnocení jeho subjektivních pocitů a obtíží objektivně zhodnoceno, zda může být vzhledem k svému zdravotnímu stavu soběstačný a aktivní. Výsledek tohoto hodnocení pomůže poskytovateli sociální péče při stanovení toho, co po daném klientovi chtít může a co ne.

Na závěr analýzy vazeb mezi zdravotní a sociální péčí zdůrazníme, že v praxi jsou samozřejmě oba dva typy péče provázány. Proto se často hovoří o poskytování péče zdravotně-sociální. Z hlediska analytického se však ukazuje jako užitečné rozklíčovat jejich vzájemné vazby, protože to umožňuje zlepšit obě dvě složky a eliminovat potenciální vzájemně negativní působení vzniklé selháním v jedné z nich.

## Způsoby financování a poskytování sociálních služeb

Z ekonomického hlediska mohou být poskytovatelé sociálních služeb členěni do čtyř různých kategorií a mohou zároveň čerpat z různých zdrojů financování. To ukazuje tabulka č. 2.

V uvedeném schématu nalézáme řadu vazeb s analýzou ekonomického charakteru sociálních služeb jako takových. Zaměřme se nyní na ty, které mají z hlediska ekonomické analýzy nejvýraznější vypovídací schopnost.

Za prvé se jedná o interakci veřejného poskytovatele a veřejných zdrojů, která funguje na principu hierarchických struktur. To otevírá pole pro motivační a monitorovací strategie založené na organizačně-příkazovém mechanismu, které však mají, zejména z pohledu rozhodování jednotlivce, podstatnou nevýhodu: nefungují autonomně, a to především vzhledem

**Tabulka č. 2: Vztahy mezi financováním a poskytováním sociálních služeb**

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

Zdroj: (Wistow, 2005), přeloženo, upraveno

k ekonomické racionalitě. Nelze tedy předpokládat, že je budou lidé sledovat sami od sebe nebo že stačí vytvořit na ně existenční tlak a začnou se podle těchto strategií chovat. Tyto strategie předpokládají dvě základní vazby – na znalost logiky a mechanismů fungování systému a na hodnotové a motivační žebříčky zúčastněných subjektů.

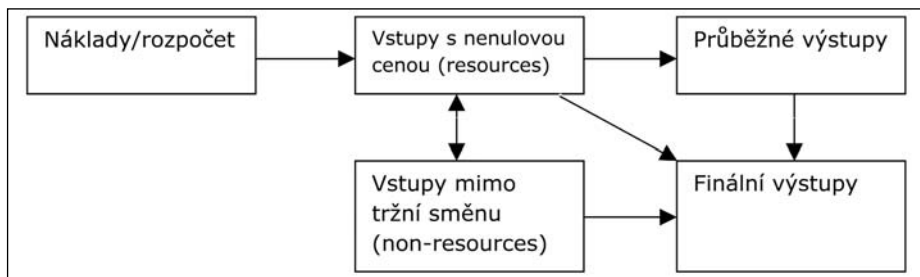
V případě organizačně-příkazového mechanismu je tedy dosahováno efektivnosti stanovením cílů, pravidel a jejich následnou kontrolou. Externí subjekt je třeba k tomu, aby tato pravidla stanovil a následně kontroloval, zda jim skutečně praxe výkonu určité činnosti odpovídá. Vhodné je též stanovení určitých ukazatelů, pomocí nichž lze sledovat, třeba i nepřímo, kvalitu a nákladovost vykonávaných činností. Vzhledem k tomu, že charakter služeb není primárně determinován poptávkou jednotlivce, musí být definovány standardy dostupnosti a kvality.

Ekonomická teorie a zkušenosti z vývoje centrálně plánovaných ekonomik však ukazují omezenost těchto přístupů na obecné úrovni. Z těchto důvodů jsou v rámci současné veřejné ekonomie stále více rozvíjeny principy spolupráce, plurality, konkurence a kvazikonkurence ve veřejném sektoru, které mohou v určitých případech lépe než direktivní alokace a centrální plánování zajišťovat efektivnost. Je analyzována také distribuce zdrojů neziskovým subjektům. Optimalizační úloha se tak posouvá zejména k efektivnímu využití definovaného objemu veřejných zdrojů. V podtextu těchto alokačních schémata je zachování veřejného financování určitých statků a služeb a současně zvýšení alokační efektivnosti v rámci veřejného sektoru s pomocí současných poznatků veřejné ekonomie. Výsledkem jsou i posuny alokace veřejných zdrojů v prvním řádku tabulky dalším poskytovatelům, kteří je budou schopni využít efektivněji než stát a jeho organizace.

Za druhé se jedná o tržní směnu, tedy interakci soukromých zdrojů mezi nabízejícími a poptávajícími. V případě tržního mechanismu je tím, kdo kontroluje, zda se určitý subjekt chová ekonomicky racionálně, konkurence. Jinými slovy, jeden subjekt svou vlastní činností kontroluje, zda jiný subjekt svoji činnost nečiní neefektivně. Mikroekonomická teorie skýtá v této souvislosti detailní aparát analýzy užitku, určování cen a racionálního využití výrobních faktorů a v té souvislosti popisuje i různé deformace konkurenčního prostředí, které vedou k selhání tohoto mechanismu nepřímé kontroly racionality alokace (např. monopol, varianty oligopolu apod.). Cenový systém funguje jako informační systém pro zúčastněné subjekty (Hayek, 1945).

Tento typ motivace je navíc schopen překonat i např. rasové (Becker, 1957) nebo sociální předsudky (Arrow, 1998), což je v oblasti sociálních služeb velmi užitečná vlastnost. Tak lze, vedle etické motivace vycházející z humanismu a altruismu, zdůvodnit i motivaci k pravidelnému poskyto-

**Obrázek č. 3: Schéma produkce blahobytu v oblasti sociálních služeb**



Zdroj: (Knapp, 1984)

vání sociálních služeb na bázi smluvní volnosti a individuálního rozhodování.

Jak již bylo odvozeno při analýze statků v oblasti sociálních služeb, každý z uvedených typů interakcí má své nevýhody. Proto v praxi nacházíme širokou škálu kombinací financování a poskytovatelů sociálních služeb, zvláště pokud je legislativně nastaveno rovné prostředí pro jejich poskytovatele. Typově je lze přiřadit do příslušných políček již uvedené tabulky.

Již jsme ukázali, že z ekonomických a sociálních specifik sociálních služeb vyplývá, že jejich poskytování tržním způsobem, tj. jako výsledek střetu tržní nabídky a poptávky, je jen jednou z alternativ. Typologie financování a poskytovatelů sociálních služeb tedy implikuje pluralitní charakter tohoto sektoru.

Je však zřejmé, že jak soukromí ziskoví, tak veřejní „hierarchičtí“ poskytovatelé sociálních služeb mohou trpět „typickými nevýhodami“, tzn. že nepokrývají všechny potřeby v oblasti sociálních služeb, a to právě z důvodu ekonomických charakteristik svého fungování. To je jeden z důvodů vzniku a existence tzv. třetího (občanského, neziskového) sektoru (Zimmer & Priller, 2004), který svým charakterem naplňuje cíle tzv. sociální ekonomiky. Jejím cílem je řešení sociálních problémů a naplňování sociálních cílů prostřednictvím aktivní role širšího spektra aktérů včetně neziskových organizací. Definice sociální ekonomiky se v literatuře liší, zejména podle toho, které organizace jsou do ní zahrnovány a které nikoli. Poskytování sociálních služeb jako předmětu činnosti ale do cílů sociální ekonomiky nesporně patří.

### Schéma produkce blahobytu v oblasti sociálních služeb

Na obecné úrovni je významné analyzovat mechanismy, jimiž dochází k produkci blahobytu (welfare) jako určité formy uspokojení konkrétního jednotlivce v oblasti služeb. Taková analýza je významná zvláště proto, že proces produkce určitých služeb – a platí to i pro služby sociální – je poměrně komplexním jevem. Z vnějšího pohledu může určitá sociální služba vypadat jako pouhá neproduktivní reakce na nesoběstačnost daného jednotlivce – při bližší analýze však získáváme schémata produkčního typu, kdy daná aktivita či sociální služba je výstupem poměrně sofistikovaného procesu. Z ekonomického pohledu to ukazují

schéma na obrázku č. 3, jež je aplikovatelné obecně na služby poskytované v populaci, tedy i na služby sociální.

Uvedené schéma (Knapp, 1984) ukazuje funkci a charakter produkčního mechanismu. Vychází z rozdělení vstupů na tzv. resources a non-resources. Resources jsou vstupy s nenulovou cenou (např. platy zaměstnanců, investice). Náklady na tyto vstupy jsou vyjádřeny v peněžních jednotkách, případně kumulativně v rozpočtu dané organizace. Non-resources jsou vstupy, které mají vliv na dosažení výsledků, ale nemají v daném okamžiku tržní cenu nebo nejsou na trhu obchodovány. Příkladem může být např. úroveň community v místě poskytování sociálních služeb, postoje veřejnosti ke zdravotně postiženým nebo kvalita lékařské dokumentace. Průběžnými výstupy jsou služby samotné, v případě sociálních služeb ve formě jejich kvantifikovatelného objemu v dané minimální kvalitě. Jsou přímým produkčním výstupem použití vstupů za daných nákladů. Pomocí těchto průběžných výstupů se dosahují výstupy finální, v oblasti sociálních služeb např. ve formě zlepšení soběstačnosti nebo kompenzace nepříznivého zdravotního stavu klienta.

Implikacemi pro otázky efektivnosti sociálních služeb vyplývajícími z výše uvedeného schématu jsou zejména nemožnost analyzovat efektivnost sociálních služeb pouze na principu přímých, vyčíslitelných nákladů a snadno měřitelných výsledků v podobě průběžných výstupů. Jakkoli toto pojetí je pravděpodobně nejbližší úzkému principu sledování nákladové efektivnosti v poměru cena/výkon – tzv. efficiency, jak ji chápu Knapp a Kendal (2000), nepokrývá ve schématu obsažené prvky non-resources a finálních výstupů. Efektivnost sociálních služeb se v tomto pojetí a na základě tohoto teoretického schématu, již více než 25 let existujícího ve světové literatuře, jeví jako širší koncept, který zahrnuje i finální výstupy ve formě zlepšení sociální situace potřebných a zahrnutí vstupů, které se v daném čase na trhu koupit nedají, neboť jsou výsledkem dlouhodobé kultivace a nastavení sociálně-ekonomického prostředí.

Ve světle uvedených skutečností je třeba zohlednit následující okolnosti provázející hodnocení efektivnosti sociálních služeb, které shrnuje Wistow (2005) takto:

- změna v kvalitě života nebo úrovni „blahobytu“ klienta může být výsledkem dlouholetého vývoje,

- efektivní sociální péče se může projevit pouze jako zpomalení negativního trendu, což je obtížné porovnávat v rámci srovnávacích studií,
  - hodnocení efektivnosti v sociální péči je částečně subjektivní, protože je závislé na sebehodnocení klientů, jejichž schopnost k takovému sebehodnocení může být snížena vzhledem k charakteru onemocnění. Nelze tedy chápat sociální služby pouze jako produkční entitu určitého objemu takovýchto služeb. Produkční proces je pouze jednou ze složek sociálních služeb, dalšími jsou: (Wistow, 2005)
  - proces koordinačně-integrační, který zapojuje do procesu sociálních služeb řadu dalších aktérů mimo poskytovatele a klienta,
  - proces politický, který za podmínek omezených zdrojů předpokládá veřejnou volbu, nastoluje veřejnou diskuzi na všech úrovních veřejné správy a obsahuje v sobě také nutnost kontroverzních rozhodnutí za podmínek omezených zdrojů (rozpočtů),
  - učící se proces, který vyplývá jak z nutnosti zvládnout poměrně velký objem znalostí, ale i schopnost poučit se z vlastních chyb či realizace existujících projektů v oblasti sociálních služeb.
- Zohlednění těchto dodatečných procesů při koncepci sociálních služeb a nastavení mechanismů jejich financování je nutnou podmínkou dosažení finálních výstupů, nikoli „pouhou“ měřitelnou produkcí výstupů dílčích. V ideálním případě je tak „blaho-byt“ v oblasti sociálních služeb reprezentován vedle adekvátní produkce potřebného objemu služeb také integrací komunity a dalších lokálních aktérů, v rámci veřejné a sociální politiky jsou v rámci tzv. public agenda setting (Kingdon, 2003) nastoleny a řešeny otázky sociálních služeb v rovině demokratického rozhodování paralelně s ostatními společenskými prioritami. A konečně, jednotliví aktéři jsou schopni se učit z předchozích aktivit, aniž by toto učení bylo chápáno primárně negativně jako „učení se z chyb“ nebo dokonce sankcionováno.

### Závěr

Analýza a syntéza konceptů a přístupů dotýkajících se sociálních služeb potvrzuje komplexnost tohoto fenoménu. To, co je v sociální praxi vnímáno často poměrně jednoduše jako nutná péče a postarání se o někoho, je v současné společnosti jevem velmi častým a v souvislosti s demografickým vývojem a situací v rodině se bude četnost spotřeby sociálních služeb nadále zvyšovat. Rizikem je také vytěsňování klientů sociální péče ze společnosti a jejich původního prostředí bez ohledu na jejich skutečné možnosti a schopnosti, zejména kvůli otázce bydlení nebo jiným životním prioritám dalších členů rodiny. Tyto tendence si nesporně zasluhují další zkoumání a v kontextu zjištění tohoto článku lze jen znovu zdůraznit nutnost trvalého důrazu na co nejobjektivnější posouzení skutečné sociální a zdravotní situace konkrétního člověka bez ohledu

na vnější pohnutky či předsudky, které často jeho vnímání ve společnosti ovlivňují.

Zaměřili jsme se především na sociální péči jako podskupinu sociálních služeb dotýkajících se zejména starých a zdravotně postižených občanů. Klasifikace sociálních služeb podle ekonomického a institucionálního kritéria umožňuje lépe třídit jednotlivé typy heterogenního portfolia sociálních služeb pro účely ekonomické analýzy. Z mikroekonomického hlediska vykazují sociální služby celou řadu specifíků, v některých případech shodných s péčí zdravotní. Z toho vyplývá ekonomická pozice klientů sociálních služeb a rizika redukce koncipování systému sociálních služeb na model racionálně poptávajících jednotlivců na trhu se sociálními službami. Koncept poptávky po sociálních službách je nutně doplnit o koncept potřeby sociálních služeb. Významným prvkem efektivnosti systému je přítomnost důvěry ve vztahu klienta a poskytovatele sociálních služeb.

Analýza vazeb zdravotní péče a sociální péče ukázala, že změna zdravotního stavu spojená se spotřebou zdravotní péče může paralelně indukovat spotřebu péče sociální. Tato jednosměrná vazba se stává cirkulární vazbou až v případech, že onemocnění přejde do chronického stadia nebo zanechá trvalé následky. Pak nastupuje péče zdravotně-sociální, přičemž kvalita obou jejích složek je důležitá samostatně a zdravotní a sociální péče jsou si navzájem komplementy, nikoli substituty.

Z hlediska efektivnosti systému sociálních služeb je paradoxně podstatná institucionální pozice a přístup zdravotních pojišťoven – tedy stručně řečeno, co všechno budou zdravotní pojišťovny ochotny hradit v rámci plnění ze zdravotního pojištění a do jaké míry se podaří propojit zdravotní a sociální péči ve funkční kombinaci péče zdravotně-sociální.

Z ekonomického hlediska mohou být poskytovatelé sociálních služeb členěni do čtyř různých kategorií a mohou zároveň čerpat z různých zdrojů financování. Na základě specifických vlastností poskytovatelů a zdrojů financování tak vzniká spektrum možností využitelných v praxi. Mezi těmito aktéry a finančními toky existují různé typy vazeb, které lze chápat jako projevy odlišných motivačních strategií. Pokud však použijeme určitý způsob poskytování a financování sociálních služeb v praxi, jeho principy a ekonomické charakteristiky se stávají pro daný segment sociálních služeb závazné a z hlediska efektivnosti je nezbytné tyto charakteristiky respektovat.

Orientace na kvantitativní výstupy v rovině přístupu a především úhradových mechanismů vede průběžně k poklesu kvality. I proto jsou výstupy produkčního procesu sociálních služeb ve formě kvantifikovatelného objemu služeb v dané minimální kvalitě pouze průběžnými výstupy, výstupem finálním je zlepšení sociální situace klientů a zlepšení podmínek produkčního procesu ústící v rozvoj komunity a celého odvětví sociálních služeb. Produkce blahobytu

v oblasti sociálních služeb je tak výrazně širším fenoménem, než pouhá kalkulace počtu a objemu sociálních služeb za dané období.

- 1 Mertl, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007.
- 2 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 32.
- 3 To neznamená, že by nepotřeboval nebo neocenil zájem a pomoc druhých, ale je schopen se o sebe v případě potřeby postarat.
- 4 Definované v § 39–52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- 5 Definované v § 54–70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- 6 Je jasné, že existují i onemocnění, která ekonomickou aktivitu člověka neomezují. Je však podstatné si uvědomit popisovanou dualitu rozhodování.

### Literatura:

- Akerlof, G. The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *Quarterly Journal of Economics*, 1970, č. 3, s. 488-500.
- Arrow, K. Gifts and Exchanges. *Philosophy and Public Affairs*, 1972, č. 4, s. 343-362.
- Arrow, K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 1963, č. 5, s. 941-973.
- Arrow, K. What Has Economics to Say about Racial Discrimination? *The Journal of Economic Perspectives*, 1998, č. 2, s. 91-100.
- Becker, G. *The Economics of Discrimination*. Chicago: University of Chicago Press, 1957.
- Bénard, J. *Veřejná ekonomika I*. Praha: EÚ ČSAV, 1990.
- Beveridge, W. *Social Insurance and Allied Services*. London: HMSO, 1942.
- Frič, P. - Goulli, R. *Neziskový sektor v ČR*. Praha: Eurolex Bohemia, 2001.
- Hayek, A. The use of knowledge in society. *American Economic Review*, 1945, č. 4, s. 519-530.
- Kendall, J. M. The motivation of domiciliary care providers in England: new concepts, new findings. *Journal of Social Policy*, 2003, č. 4, s. 489-512.
- Kingdon, J. *Agendas, alternatives and public policies*. New York: Addison-Wesley, 2003.
- Knapp, M. *Economics of Social Care*. London: Macmillan, 1984.
- Knapp, M. Commissioning for quality: ten years of social care markets in England. *Journal of Social Policy*, 2001, č. 2, s. 283-306.
- Knapp, M. - Kendall, J. *The third sector and welfare state modernisation*. London: Centre for Civil Society, 2000. [citováno 2007-10-20]. Dostupné z [http://www.lse.ac.uk/collections/CCS/pdf/CSWP\\_14.pdf](http://www.lse.ac.uk/collections/CCS/pdf/CSWP_14.pdf)
- Krebs, V. et al. *Sociální politika* (3. vyd.). Praha: ASPI, 2005.
- Mooney, G. *Economics, Medicine and Health Care* (Second edition. vyd.). Essex: Prentice Hall, 1992.
- Musgrave, R. - Musgrave, P. *Public Finance in Theory and Practice*. New York: McGrawHill, 1989.
- Potůček, M. et al. *Veřejná politika*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006.
- Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2003.
- Samuelson, P. Pure Theory of Public Expenditure. *Review of Economics and Statistics*, 1954, č. 36, s. 387-389.
- Vargová, J. (2007). Zdravotní stav bezdomovců. *Sestra*. [Citováno 2007-10-21]. Dostupné z <http://sestra.cz/scripts/detail.php?id=285320>
- Wistow, G. (2005). *Developing social care: the past, the present and the future*. [Citováno 2007-10-15]. Dostupné z <http://www.scie.org.uk/publications/positionpapers/pp04.asp>
- Zimmer, A. - Priller, E. *The Future of the Civil Society*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2004.

*Autor je absolventem Vysoké školy ekonomické v Praze. Předmětem jeho odborného zájmu jsou ekonomické aspekty zdravotnictví v moderní společnosti, zdravotní a sociální politika. V současné době působí na Vysoké škole finanční a správní.*