

Ekonomika sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením

Antonín Janýška

V posledních letech denně slyšíme zprávy o tom, že se šíří hospodářská recese, že jednotlivá hospodářská odvětví krachují a nastartování růstu ekonomiky může nastat až po oživení poptávky a zvýšení spotřeby. Rozvoj nebo alespoň zachování stávající úrovně odvětví sociálních služeb také závisí na poptávce stávajících či budoucích klientů. Financování sociálních služeb a jejich kvalita však stále zůstávají na okraji zájmu ekonomů, což může být tím, že jejich poskytování je svým způsobem orientováno pouze na spotřebu, resp. na uspokojování potřeb uživatelů. Přináší náklady, které nemají přímý pozitivní dopad na růst ekonomiky. Poskytovatelé sociálních služeb jsou však zaměstnavateli tisíců pracovníků nejrůznějších profesí. Je obecně známé, že cca 75 % nákladů na poskytování sociálních služeb (bez investic) tvoří mzdy. Udržení, zkvalitnění a případný rozvoj sociálních služeb v období stagnace hospodářství vyžaduje průběžné řešení tří základních problémů. Prvním základním problémem sociálních služeb je optimalizace nákladů na poskytování sociálních služeb potřebné kvality. Druhým základním problémem je nalezení odpovídajících finančních zdrojů a snížení nákladů na obsluhu těchto zdrojů. Třetím problémem je koupěschopnost uživatelů stávajících služeb, která se nevyvíjí stejným tempem jako narůstající požadavky na rozsah a kvalitu služeb. Přitom rozsah a kvalita poskytované sociální služby jsou definovány závaznými předpisy, pokud žadatel uzavře smlouvu o poskytování sociální služby v souladu s platnými právními předpisy.

Dělení sociálních služeb

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tyto služby velmi detailně dělí a stanoví další podmínky k jejich poskytování. V § 32 se sociální služby dělí na tři druhy: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dle § 33 mohou být sociální služby poskytovány třemi formami, a to jako služby pobytové, terénní nebo ambulanci. Pro poskytování sociálních služeb se zřizuje 18 typů zařízení, uvedených v § 34. Kombinací provádění několika druhů sociálních služeb lze zřizovat různá integrovaná centra, ve kterých mohou být služby poskytovány různým cílovým skupinám uživatelů. V zařízeních sociálních služeb je prováděno třináct typů základních činností dle § 35, z nichž některé jsou poskytovatelé povinni vždy zajistit. Fakultativně, tj. nepovinně, mohou být při poskytování sociálních služeb zajišťovány další činnosti. Dalším dělením, popsaným v §§ 38–70, se služby sociální péče a služby sociální prevence dělí na desítky konkrétních služeb, zatímco sociální poradenství dle § 37 se dělí pouze na základní a odborné.

Úhrady za poskytované sociální služby

Sociální služby se poskytují osobám bez úhrady nákladů, za částečnou úhradu nebo za plnou úhradu nákladů – viz § 71. Další §§ 72–77 pojednávají o sociálních službách poskytovaných za úhradu a o několika dalších podmínkách souvisejících se stanovením úhrady za poskytovanou službu.

Je pouze věcí sociální dohody, ekonomické reality, případně politického rozhodnutí, které sociální služby jsou a budou dle platné legislativy poskytovány uživateli za úhradu a které bez úhrady.

V souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platných právních předpisů, je nezbytné přijmout zásadu, že uživatel sociální služby si potřeb-

nou službu koupí. V souvislosti s touto zásadou musíme zvažovat, jaká je cena služby a jaká je koupěschopnost uživatele.

Uživatelé sociálních služeb a jejich koupěschopnost

Minulost sociálních služeb

I v současné době má stále smysl vracet se k ekonomickému modelu sociální péče v období reálného socialismu. Když pro nic jiného, tak tedy proto, abychom pojmenovali jeho rozporuplné legislativní, ekonomické i lidskoprávní principy a vyvarovali se jejich opakování:

- Podle tehdy platných právních předpisů byl de facto jediným zřizovatelem organizací poskytujících sociální péči stát, reprezentovaný zpravidla okresním národním výborem a jeho sociálním odborem.
- Náklady na sociální péči byly v plné míře kryty ze státního rozpočtu.
- V režimu správního řízení stát rozhodoval, který žadatel má nárok na sociální péči.
- Rozhodnutím stát určil, jakou péči, na jakém místě a od jakého termínu žadatel dostane.
- Rozhodnutí o umístění v organizaci s pobytovou sociální péčí zpravidla nebralo v úvahu místo trvalého bydliště žadatele, ale místo v pořadníku žadatelů a uvolněné místo v rámci okresu.
- Organizace poskytující sociální péči osobám se zdravotním, smyslovým či mentálním postižením měly zpravidla kapacitu desítek osob, často až několik set osob a byly většinou umístěny v historických objektech mimo trvalou zástavbu.
- Pokud stát žadatelé o pobytovou sociální péči vyhověl a žadatel se nastěhoval do ústavu sociální péče, pozbyl ode dne nástupu nárok na pravidelný příjem svého invalidního nebo starobního důchodu. Dostával jenom kapesné ve stanovené výši.

- Zdánlivou výhodou však bylo, že žadatele o péči, resp. klienta sociální péče, tehdy vlastně nemuselo zajímat, kolik péče stojí, protože za péči zdánlivě neplatil. S ohledem na velmi nízké starobní či invalidní důchody byl pro každou osobu bydlení v ústavu, resp. „umístěné rozhodnutím orgánu státní správy“ do organizace pobytové sociální péče, život levnější než samostatný život v domácím prostředí.
- Na první pohled se mohlo zdát, že stát se vynikajícím způsobem stará o lidi, kteří sociální péči potřebují. Ve skutečnosti byl stav úplně jiný. Klienty pobytové sociální péče se stávali i žadatelé, jejichž zdravotní stav by umožňoval žít bez větších problémů ve vlastní domácnosti. Mnozí žadatelé o ústavní péči sepsali nebo nechali sepsat svou žádost jen proto, aby uvolnili svůj byt pro své příbuzné.
- Žadatelů o sociální péči v ústavech bylo mnohem více, než byla kapacita těchto zařízení. Vznikaly jejich dlouhé pořadníky. Žadatelům zpravidla nemohlo být vyhověno na základě hodnocení reálné sociální situace nebo na základě skutečného zdravotního stavu, ale na základě data podání žádosti. Systém ústavní sociální péče nebyl schopen reagovat na aktuální poptávku např. v důsledku zhoršení zdravotního stavu žadatele. Žadatel pak byl nucen hledat řešení např. hospitalizací. Ve svém důsledku tento systém často vedl k nadužívání systému sociální péče. A to u každé cílové skupiny a u každého druhu ústavní sociální péče z jiných důvodů a jiným způsobem. Pro osoby se zdravotním postižením bylo v ústavu s trvalým, týdenním nebo denním pobytem zajištěno jejich „hlídání“, rodinní příslušníci tedy mohli chodit bez omezení do zaměstnání a rodina nebyla vystavena riziku snížení vlastní životní úrovně, resp. vzniku hmotné nouze. (Je třeba poznamenat, že i v období socialismu existovali „osvícení“ pracovníci ústavů, kteří „nehlíkali“, ale s „chovanci“ doopravdy

zodpovědně a individuálně pracovali. Systém pro to však nevytvářel podmínky, a proto byl tento přístup spíše výjimečný.)

- **Všechny druhy sociální péče (služeb) v období socialismu měly tři společné znaky: bylo jich málo, klient si nemohl vybírat zejména místo poskytování služby, klient nebyl schopen zaplatit reálnou cenu.**

Současnost sociálních služeb

Po roce 1989 došlo opakovanými novelami zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, a dále vypracováním nových prováděcích vyhlášek MPSV ČR k částečné změně systému financování ústavní sociální péče. To bylo vyvoláno mj. i tím, že byl zrušen monopol státu na poskytování sociální péče. Podle vyhlášky MPSV ČR č. 182/91 Sb. mohly sociální péči nově poskytovat i jiné než státní organizace a přitom mohly získat finanční příspěvek od státu nebo od obce, čili z veřejných zdrojů. Proto už nemohl stát nést plnou zodpovědnost za financování sociální péče nesystémovým dotováním. Jedním ze zdrojů financování sociální péče, resp. sociálních služeb, tzv. „hotelových služeb ubytování a strava“ v pobytových službách (viz vyhláška MPSV ČR č. 82 a 83/1993 Sb.), se stala platba uživatele za poskytnuté služby. Tak se mohly snížit nároky na výši státní dotace a tím i na státní rozpočet.

Vedlejším účinkem změny systému plateb za poskytnutou sociální péči bylo, že žadatelé o péči i klienti poskytované sociální péče si začali velmi intenzivně uvědomovat, že sociální péče není zadarmo. Že využívání pobytové sociální péče může být de facto luxus, na který nemusí mít každý žadatel dost peněz. Ale protože klienti sociální péče neměli a nemají dostatek finančních prostředků na zaplacení „zkonzumované, poskytnuté“ péče, nezbavil se systém financování sociálních služeb netransparentního dofinancování formou dotací. To znamená, že rozdíl mezi reálnou cenou sociální péče a platbou klienta musí být doplněn z jiných finančních zdrojů. Zákonnou cestou bylo a je nutné do systému sociální péče či služeb „přidělit“ větší objem finančních prostředků než jenom úhrady uživatelů za poskytnuté služby. Přitom však nebyly a doposud nejsou vytvořeny objektivní podmínky k tomu, aby státem financované sociální služby, resp. sociální služby financované z veřejných zdrojů, dostali skutečně pouze ti lidé, kteří je objektivně potřebují v konkrétním čase, na potřebném místě a v garantovaném potřebném rozsahu.

Okruh osob, kterým stát na potřebnou sociální službu poskytne tzv. příspěvek na péči dle stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby stanovil nově zpracovaný a přijatý zákon č. 108/2006 Sb., ve znění platných právních předpisů, který nabyl účinnosti v roce 2007. Sociální dávka příspěvek na péči je příjmem osoby, která je závislá na pomoci jiné fyzické osoby. Podle současné právní úpravy jí v režimu správního řízení přiznává Úřad práce na základě žádosti kon-

krétní osoby nebo jejího zákonného zástupce či opatrovníka. Tato osoba by jej neměla používat k ničemu jinému než k úhradě nákladů souvisejících s poskytováním potřebné sociální služby, tzn. k platbě poskytovateli za „spotřebované“ sociální služby. Tak byl vytvořen další finanční zdroj sloužící k pokrytí nákladů na sociální služby, odebrané (koupené) konkrétním uživatelem sociálních služeb. Fakticky i právně se tím rozšířil systém vícezdrojového financování sociálních služeb, který je nyní postavený na vlastních příjmech poskytovatele za poskytnuté služby, za ubytování a stravování, příjmech od zdravotních pojišťoven, příjmech z darů a grantů, v neposlední řadě pak na příspěvcích od zřizovatele. Ani více finančních zdrojů však nepokryje plně náklady na poskytování sociálních služeb. Proto je posledním, nenáročným a obtížně definovatelným zdrojem příjmů poskytovatelů, registrovaných podle zákona č. 108/2006 Sb., finanční dotace ze státního rozpočtu.

Srovnání minulosti a současnosti sociálních služeb

V současné době probíhá velmi nesystémově nějaká nejednotná transformace některých sociálních služeb. Nejednotná v závislosti na představách a plánech jednotlivých regionů, ale také ve smyslu obsahu transformačních opatření a kroků. V některých regionech se opět obnovují DOZP pro 50 a více uživatelů. V jiných regionech vznikají nové DOZP podle kritérií transformace, která jsou zpracována v rámci Pilotního projektu MPSV ČR „Podpora transformace sociálních služeb“. Je velmi pozitivní, že mnozí poskytovatelé procházejí fází humanizace sociálních služeb DOZP pro osoby se zdravotním – mentálním postižením. Nemají však před sebou konkrétní výhled a plán transformace velkých DOZP pro desítky až stovky uživatelů na menší služby, jejichž prostřednictvím by se mohli uživatelé pobytových sociálních služeb DOZP postupně začleňovat do běžné společnosti. Absence vizí i plánů může mít několik příčin. Jednou z hlavních příčin je ekonomika. Potřebná změna má dále několik samostatných okruhů problémů. Např. vybudování nebo koupě nových domů či bytů. Ekonomické využívání nebo opuštění starých využívaných areálů a domů. Měnící se provozní náklady na poskytování nových služeb. Poskytovatel služby DOZP pro 100 či 200 uživatelů v jednom domě má diametrálně odlišné náklady než poskytovatel služby DOZP pro 12 uživatelů.

Současné pobytové sociální služby jsou ve třech ukazatelích srovnatelné se sociální péčí v minulosti.

I dnes je kapacita služeb DOZP ve většině regionů nedostatečná (není možné uspokojit žádosti žadatelů se stupněm závislosti III a IV). Žadatel si nemůže vybrat, co a kde by sám chtěl (místo poskytování služby, prostředí vesnice – město, domek – byt, doba zahájení poskytování služby...). Uživatel není schopen zaplatit z vlastních zdrojů reálnou cenu služby.

Finanční zdroje poskytovatelů sociálních služeb

V současné legislativní a ekonomické prostředí ČR pro poskytování sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb. má každý poskytovatel, a to bez ohledu na právní formu, k dispozici několik finančních zdrojů. Jsou to především: vlastní příjmy z úhrad za poskytnuté služby, státní dotace, příspěvek zřizovatele, příspěvek obce nebo kraje, platba zdravotních pojišťoven za zdravotní úkony provedené v rámci poskytování služby.

Na první pohled se může zdát, že financování sociálních služeb z více zdrojů je bezproblémový proces, který závisí pouze na tom, kolik a jaké druhy služeb poskytovatel provádí, tedy na tom, jak jsou strukturovány náklady a platby za realizaci služeb podle jejich druhu. To však je jen jedna strana mince, která je viditelná v první řadě prostřednictvím ceny služby a finančních zdrojů ke krytí nákladů na její poskytnutí. Druhou stranou této mince jsou náklady, které přímo či nepřímo souvisí s distribucí peněz vytvářejících finanční zdroje k financování sociálních služeb.

Pro konkrétnější představu si uveďme jednu cílovou skupinu uživatelů a jednu konkrétní sociální službu (služba po transformaci dle kritérií transformace z Pilotního projektu MPSV ČR „Podpora transformace sociálních služeb“): domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) se dvěma byty po šesti osobách (tj. celkem 12 uživatelů/DOZP), cílová skupina osoby s mentálním postižením, stupeň závislosti III; uživatel je příjemce plného invalidního důchodu z mládeži, nikdy nepracoval a nikdy neplatil žádné pojištění. Peníze na úhradu nákladů za službu jsou většinou hrazeny ze tří zdrojů: z peněz uživatele z invalidního důchodu „z mládeži“, z příspěvku na péči dle stupně jeho závislosti a dále ze státní dotace přiznané poskytovateli. Všechny finanční prostředky k pokrytí nákladů na poskytnutí sociální služby pro tohoto uživatele tedy mají původ ve veřejných finančních zdrojích.

Úhrada uživatele z invalidního důchodu „z mládeži“ činí v průměru po několika valorizacích cca 9000 Kč/měs. Tento příjem uživatele by měl být využit k úhradě „hotelových služeb“ v rámci poskytování pobytové sociální služby, tzn. k úhradě za bydlení a stravu. Uživatel by mělo zůstat na jeho osobní potřeby, doplatky léků, atd. 15 % důchodu. Položme si v souvislosti s touto skupinou osob několik otázek:

- Kolik úředníků kolika úřadů se zabývalo a zabývá přiznáním a výplatou tohoto invalidního důchodu z mládeži?
- Jaké jsou náklady na provoz tohoto úřadu a mzdy jeho zaměstnanců?
- Kolik příjemců invalidního důchodu z mládeži je uživatelem sociálních služeb?
- Kolik osob zpracovává úhradu uživatele?
- Jak vysoké procento z úhrady uživatele jde na pokrytí vlastních potřeb uživatele

(strava, oděvy, léky...) a jsou touto částkou pokryty určené náklady?

- Jak vysoké procento z úhrady klienta jde na pokrytí režijních nákladů poskytovatele?
- Jak vysoké procento úhrady klienta jde na mzdy pracovníků poskytovatele, kolik procent z úhrady se odvede zpět do státního rozpočtu formou odvodů z mezd pracovníků a různých daní včetně DPH?
- Kolik úředníků ze správních, samosprávních a kontrolních úřadů se zabývá činnostmi poskytovatele sociální služby?
- Kolik stojí výplata jedné koruny formou invalidního důchodu z mládí?
- Invalidní důchod z mládí, který dosahuje cca 35 % průměrné mzdy, nestačí na to, aby si jeho příjemce se III. stupněm závislosti mohl zaplatit v plné výši ubytování, stravování a běžné životní potřeby včetně oblečení a doplatek na léky předepsané lékařem, a k tomu doplatil náklady na potřebnou sociální službu.

Príspevek na péči pro uživatele se III. stupněm závislosti činí 8000 Kč/měs. Je sice příjmem osoby se zdravotním – mentálním handicapem, ale v případě poskytování pobytové sociální služby náleží celý poskytovateli služby. Jak je patrné z názvu, těch 8000 Kč je pouze příspěvkem na krytí nákladů k poskytování sociální služby. Je třeba položit si opět několik otázek v souvislosti s tím, že formou příspěvku na péči není možné financovat všechny náklady na provedení sociální služby:

- Kolik procent nákladů na sociální službu (bez „hotelových služeb“) pokryje příspěvek na péči?
- Kolik procent příjemců příspěvku na péči si kupuje sociální službu?
- Kolik úředníků kolika úřadů se zabývá příznáním a výplatou příspěvku na péči?
- Jaké jsou náklady na provoz příslušných úřadů a mzdy jeho pracovníků?
- Jak často se přehodnocuje stupeň závislosti a příspěvek na péči?
- Co se stane s uživatelem služby DOZP, kterému se sníží stupeň závislosti i příspěvek na péči ze III. na II. stupeň a jenž nemá možnost odejít ze služby DOZP do odpovídající sociální služby?
- Kolik stojí stanovení a výplata jedné koruny formou příspěvku na péči?

Dotace ze státního rozpočtu na poskytování sociální služby DOZP činila v roce 2011 měsíčně 7969 Kč (Rezidenční péče, 8. ročník, září 2012, str. 4). Výše dotace se rok od roku snižuje. Na dotaci není právní nárok. V souvislosti se skutečnými náklady na poskytování sociální služby DOZP pro osoby ve III. stupni závislosti je tato částka nedostačující. Je třeba konstatovat, že tato částka by byla možná dostačující před nabytím účinnosti zákona č. 108/2006 Sb. v případě, že by uživatel bydlel v „ústavu“ se sto a více obyvateli, s minimálním personálním zázemím a s nízkými provozními náklady. V případě, že poskytovatel chce splňovat kritéria transformace sociálních

služeb a zajišťuje službu v souladu se standardy kvality dle zákona č. 108/2006 Sb., náklady na službu DOZP prudce narůstají. Naposledy si tedy položíme několik otázek:

- Kolik procent nákladů na poskytovanou službu pokryje dotace ze státního rozpočtu?
- Kolik pracovníků zpracovává žádost o dotaci?
- Kolik pracovníků vyhodnocuje žádosti o dotace?
- Jaké jsou celkové náklady na příznání a výplatu jedné koruny formou dotace?

Součet finančních zdrojů poskytovatele - modelový příklad uvádí, že invalidní důchod z mládí je 9000 Kč/měs. Z této částky musí 15 % zůstat uživateli. Na úhradu „hotelových služeb“ je tak možné počítat s částkou cca 7650 Kč. Příspěvek na péči pro uživatele se stupněm závislosti III činí 8000 Kč/měs. Průměrná výše příznané dotace na DOZP činila v roce 2011 7969 Kč měs. V roce 2012 byla průměrná výše dotace nižší. V roce 2013 bude ještě nižší. Je otázkou, v jaké výši bude dotace zachována v dalším rozpočtovém období. Je pravděpodobné, že dotační systém bude nahrazen jiným systémem. **Zatímco invalidní důchod z mládí a příspěvek na péči dle zákona č. 108/2006 Sb. můžeme pokládat za stabilní finanční zdroje v současném systému vícezdrojového financování sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, příznání a vyšší státní dotace v tomto systému garantovat nelze. Státní dotace tedy není stabilním finančním zdrojem.**

Celkové příjmy poskytovatele využitelné na poskytnutí sociální služby DOZP pro 1 uživatele tak v roce 2011 činily: 7650 Kč (úhrada uživatele) + 8000 Kč (příspěvek na péči uživatele) + 7969 Kč (dotace ze státního rozpočtu) = 23 619 Kč.

Vzhledem k tomu, že se státní dotace snižuje, dokonce nemusí být poskytnuta vůbec, mohou se příjmy poskytovatele skládat pouze z částky 7650 Kč (úhrada uživatele z inv. důchodu) + 8000 Kč (příspěvek na péči uživatele) = 15 650 Kč měs. na 1 uživatele.

V DOZP je služba poskytována 12 uživateli. Celkový měsíční příjem poskytovatele (rok 2011) za poskytnuté služby pro 12 uživatelů se v dalších letech může pohybovat v rozpětí max. 12 x 23 619 Kč, min. 12 x 15 650 Kč, tj. max. příjem 283 428 Kč/měs., min. (bez dotace) 187 800 Kč měs.

Cena sociální služby

Poskytovatel při realizaci a prodeji sociální služby DOZP nevytváří zisk. V ceně služby jsou zahrnuty mzdy personálu včetně povinných odvodů, náklady na energie, vodné a stočné, použitý materiál a suroviny, odpisy z budov a zařízení, strava, služby související s bydlením...

Poskytovatel respektuje kritéria transformace sociálních služeb týkající se bydlení. Služba DOZP je poskytována v domku se dvěma „šestilůžkovými“ byty. Na tomto

pracovišti je služba zajištěna v nepřetržitém provozu.

Personální zajištění služby: vedoucí služby, pracovník v sociálních službách (PSS) tarifní tř. 8 v plném úvazku, s pružnou pracovní dobou. PSS v nepřetržitém provozu, tarifní tř. 4 nebo 5: v ranní a odpolední službě vždy dva PSS pro každý byt, v noční službě jeden PSS na oba byty společně. To znamená, že za měsíc:

- je odpracováno 960 hodin v denních směnách, 240 hodin v nočních směnách,
- při plánování počtu PSS je třeba počítat s 5% nemocností – tj. cca 60 hod/měs.,
- hodinový fond pracovní doby pro PSS v nepřetržitém provozu tedy činí: 960 hod. denní směny + 240 hod. noční směny + 60 hod. nemoc, tj. dohromady 1260 hod./měs. = cca 160 pracovních směn = cca 7,3 pracovních úvazků,
- každý pracovník má nárok na min. 25 dní řádné dovolené/rok, tj. v přepočtu pro 7,3 pracovníků cca 15 pracovních směn/měs. řádné dovolené, tj. cca 0,7 pracovního úvazku,
- celkem na zajištění nepřetržitého provozu v DOZP pro 12 uživatelů potřebujeme 8 PSS ve směnném provozu, 1 PSS vedoucího sociální služby, dohromady 9 PSS,
- průměrný měsíční plat PSS je zhruba 16 000 Kč,
- **mzdové náklady:** 9 x 16 000 Kč (plat) + 9 x 5440 (odvody) = 192 000 Kč/měs.

Náklady na bydlení + strava (minimální sazby):

- pro modelový výpočet strava/den na 1 uživatele je 120 Kč/den, tj. **strava pro 12 uživatelů:** 120 Kč x 30 dní x 12 uživatelů = 43 200 Kč/měs.
- pro modelový výpočet cena ubytování/den na 1 uživatele je 120 Kč/den, tj. **bydlení pro 12 uživatelů:** 120 Kč x 30 dní x 12 uživatelů = 43 200 Kč/měs.
- **Celkové náklady/měs. na službu DOZP pro 12 uživatelů:** mzdové náklady + strava + bydlení = 192 000 Kč + 43 200 Kč + 43 200 Kč = 278 400 Kč/měs., tj. 23 200 Kč/měs. na 1 uživatele

Srovnání ceny služby a finančních zdrojů

- reálná cena služby DOZP: 278 400 Kč/měs. pro 12 uživatelů, tj. 23 200 Kč/měs. na 1 uživatele
- minimální finanční zdroje poskytovatele: 187 524 Kč/měs. pro 12 uživatelů, tj. 15 627 Kč/měs. na 1 uživatele

Potřeba dalšího stabilního zdroje příjmů

V modelovém příkladu jsou považovány za stabilní dva finanční zdroje příjmů: platba uživatele z invalidního důchodu za ubytování a stravu (v některých případech je tento zdroj příjmů nedostatečný, protože koupěschopnost uživatelů je nižší než náklady na ubytování a stravu, proto vznikají nedoplatky), dále příspěvek na péči.

Třetí zdroj, státní dotaci a její výši, nelze považovat za stabilní zdroj příjmů. Součet stabilních položek činí 15 650 Kč měs. na 1 uživatele. Skutečné náklady na službu DOZP dle modelového případu činí 23 200 Kč měs. na 1 uživatele. **Rozdíl mezi tzv. stabilními příjmy a skutečnými náklady (vyjádřenými cenou služby) činí 7550 Kč měs. na 1 uživatele, tj. cca 33 %.**

Sociální služba DOZP ukládá poskytovateli povinnost zajistit také odpovídající zdravotní péči (§ 36 zákona č. 108/2006 Sb.). V současné době jsou platby poskytovateli od zdravotních pojišťoven za provedené placené zdravotní úkony realizovány na základě náročného vykazování úkonů, které naordinoval odborný lékař a provedl odborný zdravotní personál. Tento systém je administrativně velice náročný. Zároveň zvyšuje náklady na pobytové sociální služby. Platby za odborné úkony zdaleka nepokryjí náklady, které jsou v souvislosti s „povinnou“ zdravotní péčí vynakládány. Proto je nezbytné tento nevyhovující systém přepracovat. Zároveň je třeba položit si otázku, nakolik tento administrativně-byrokratický systém zvyšuje náklady jak poskytovatelů, tak samotných zdravotních pojišťoven.

Lze předpokládat, že služba DOZP pro uživatele s mentálním postižením bude v budoucnosti potřebná pouze pro uživatele se stupněm závislosti III a IV. Stav od střední k těžké a až k hluboké mentální retardaci je doprovázen stupňujícím se výskytem somatických poruch až s neurologickými příznaky, poruchami psychiky a dalšími poruchami z oblasti medicínské. **Proto by bylo nejjednodušší a nejméně administrativně náročné, aby náklady na povinnou zdravotní péči pro uživatele se stupněm závislosti III a IV v pobytových sociálních službách platily zdravotní pojišťovny paušální částkou. Podle uváděného modelového případu by to mohla být částka 8000 až 12 000 Kč na 1 uživatele za měsíc, a to podle stupně závislosti III a IV.** Tato platba zdravotních pojišťoven by mohla být třetím stabilním zdrojem financování pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením.

Udržení nebo snížení nákladů souvisejících s financováním sociálních služeb

Snížení nákladů na distribuci peněz

Z předcházejících kapitol je patrné, že financování sociálních služeb DOZP pro osoby se zdravotním postižením je závislé na stabilitě nejméně čtyř finančních zdrojů: **výše invalidního důchodu** uživatele z mládeži, **výše příspěvku na péči**, **výše dotace** (na kterou není zákonem zaručené právo), **výše platby zdravotní pojišťovny**. Distribuce peněz do těchto čtyř finančních zdrojů je zabezpečována nejméně čtyřmi regulovanými systémy. Každý tento systém má své náklady na zabezpečení provozu a provádění zákonných změn či úprav, počínaje náklady na sestavení podkladů pro státní rozpo-

čet a konče přidělením konkrétních měsíčních částek jednotlivým příjemcům. Součet všech těchto nákladů ve skutečnosti snižuje objem disponibilních zdrojů k financování sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. Existuje tedy oprávněná teoretická představa, že pokud by se podařilo snížit náklady na distribuci peněz do finančních zdrojů k financování sociálních služeb, mohlo by se zvýšit skutečné množství peněz na poskytování sociálních služeb.

Práva osob s mentálním postižením a financování sociálních služeb

MPSV ČR použilo ke snížení nákladů na distribuci sociálních dávek (mezi které patří také příspěvek na péči) od úřadu ke konkrétní osobě tzv. sKarty. Měly přinést úspory za „poštovné“ v řádu stovek milionů. Tento krok však nepřináší změnu ve zlevnění „systému přiznávání, rozdělování a distribuce“ peněz ke konkrétní osobě ze čtyř finančních zdrojů.

Pokusme se změnu systému navázat na úplnou změnu myšlení a státní sociální politiky. Zejména státní sociální politiky ve vztahu k osobám s mentálním postižením. Přitom je nezbytné uvést, že je to už celá řada desetiletí, kdy se naše republika přihlásila zákonnou cestou k Listině základních práv a svobod. Podle tohoto právního dokumentu mají lidé s mentálním handicapem naprosto stejná práva a tím i povinnosti jako lidé bez mentálního handicapu. Mimo jiné také mají právo na stejné životní příležitosti, vzdělání, stejné pracovní příležitosti a důstojný plat, srovnatelný s průměrným platem. Bez vlastní viny však nemají tolik schopnosti, aby mohli využít všechny příležitosti jako jejich vrstevníci. Nedosáhnu tedy odpovídajícího vzdělání. Nemají šanci vykonávat takovou pracovní činnost, aby dosáhli výdělku ve výši alespoň průměrné mzdy. Místo toho je jim složitým a nákladným systémem vypočítán a po dosažení 18 let věku přiznán tzv. invalidní důchod z mládeži, který dnes činí částku cca 8000 Kč měsíčně, což je cca 32 % průměrné hrubé mzdy v ČR.

Člověk s mentálním postižením, který dosáhne zletilosti a jemuž je vyměřen invalidní důchod z mládeži, nemá stejná práva jako ostatní občané ČR. **Stává se z něj totiž žadatel.** Žádá o příspěvek na péči. Žádá o snížení platby za službu DOZP pro osoby se zdravotním postižením, protože nemá na to, aby si zaplatil za stravu 120 Kč/den a za bydlení v ceně 120 Kč/den (viz modelový příklad). Poskytovatel za tohoto uživatele žádá stát, aby službu DOZP dotoval. Dále poskytovatel žádá zřizovatele, aby mu doplatil náklady na službu, protože platby ze zdravotní pojišťovny neodpovídají nutným výdajům spojeným s poskytováním povinné zdravotní péče. Už tím, jaký invalidní důchod z mládeži může být člověku s mentálním postižením vyměřen, už tím, že výše příspěvku na péči ve stupni závislosti III a IV neodpovídá výši nákladů na potřebnou poskytovanou pobytovou sociální službu, už tím, že zdravotní pojišťovny neuhradí skutečné náklady spojené s poskytováním

zákonného rozsahu zdravotní péče, tedy tím vším a dalšími faktory je způsobeno, že **člověk s mentálním postižením si dle zákona č. 108/2006 Sb. nemůže sociální službu prostě jen tak koupit.** Aby vztah prodávající – kupující zdánlivě fungoval, musí být do systému nesystémově pumpovány další peníze například formou dotace nebo formou příspěvku zřizovatele. Náklady na tyto nesystémové finanční přesuny nejsou zahrnuty v nákladech na poskytování sociálních služeb. Ve skutečnosti zatěžují nesystémově a nekontrolovaně státní rozpočet, který je de facto jediným finančním zdrojem pro úhradu všech nákladů spojených s invalidními důchodci z mládeži závislími na pomoci jiné osoby, ať již právnické, nebo fyzické.

(Pozn.: Náklady na úhradu všech dávek pro osoby s mentálním handicapem – příjemce invalidního důchodu z mládeži, kteří si nekupují jakoukoliv sociální službu, jsou de facto nižší o dotaci pro poskytovatele. Je však otázkou, jakým způsobem je využit příspěvek na péči, když žádná odborná péče koupěna není.)

Úvaha nad zjednodušením systému

Pravdou je, že jen málo obyvatel ČR má měsíční výdělek ve výši průměrné hrubé mzdy cca 25 000 Kč/měs. Nebudeme tedy vycházet z průměrné mzdy 25 000 Kč/měs, ale z 80 % průměrné mzdy. Invalidní důchod z mládeži pro osoby s mentálním handicapem by mohl být přiznáván ve výši 20 000 Kč/měs. V případě, že osoba není uživatelem pobytových sociálních služeb, je tento příjem dostatečně vysoký na úhradu všech výdajů spojených s bydlením, stravováním a běžnými životními výdaji včetně nákladů spojených se zdravotní péčí v běžné síti zdravotnických zařízení. V případě, že se z mentálně handicapovaného člověka se stupněm závislosti III a IV stane uživatel pobytové sociální služby DOZP, měl by mít poskytovatel právo na úhradu ze zdravotní pojišťovny ve výši 8000–12 000 Kč/měs. (podle stupně závislosti III nebo IV), aby mohl zajistit povinnou zdravotní péči v rozsahu stanoveném v zákoně č. 108/2006 Sb.

Z úvahy je patrné, že tímto způsobem může dojít k podstatnému snížení nákladů na distribuci peněz:

- Invalidní důchod „z mládeži“ a stupeň závislosti se přizná 1x v životě na základě odborného posouzení zdravotního (mentálního) stavu osoby při dosažení plnoletosti, a to vždy v plné výši 80 % průměrné mzdy, protože osoba s mentálním handicapem má právo na stejný nebo srovnatelný měsíční příjem jako „běžný“, „průměrný“ občan ČR. (Ve věku rozhodném pro dosažení plnoletosti je k dispozici dostatek důkazů o tom, zda mentální stav člověka umožňuje jeho samostatný život s pravidelnou a plnohodnotnou výdělečnou činností nebo zda bude celý život zcela odkázan na pravidelnou, každodenní, případně i celodenní pomoc jiné fyzické nebo právnické osoby.)
- Výše invalidního důchodu „z mládeži“ se upravuje 1x za rok v souvislosti s růstem

nebo poklesem průměrné mzdy. Stupeň závislosti se přehodnotí jedině v případě podstatného zhoršení zdravotního stavu.

- Zdravotní pojišťovna platí paušální částku např. 8000 Kč/měs. poskytovatelé pobytových sociálních služeb na svého pojištěnce se stupněm závislosti III, případně např. 12 000 Kč/měs. na pojištěnce se stupněm závislosti IV.
- Sociální služby nejsou dotovány ze státního rozpočtu. Odpadá tedy systém žádání o dotace a rozhodování o dotacích. Mimořádné náklady nebo výdaje jsou kryty z rozpočtu daného regionu nebo územně správního celku dle normativně uznaných výdajů spojených s poskytováním sociálních služeb (viz např. práce autorů sdružených v SOCIOKLUBU: Obec, města, regiony a sociální služby, SOCIOPRESS Praha, spol. s r. o., 1997).
- Odpadá vykazování zdravotních úkonů a zpracovávání těchto podkladů ve zdravotních pojišťovnách.
- Odpadá systém distribuce příspěvků na péči ve stupni I a II, nárok na příspěvek na péči má pouze osoba definovaná stupněm závislosti III a IV, a to pouze v případě, že je uživatelem pobytových sociálních služeb s nepřetržitým zajištěním provozu.

Dle stručně popsané úvahy by existoval jediný systém, na základě kterého by byly přiznávány a distribuovány peníze pro osoby se zdravotním (mentálním) postižením: úřad, který rozhodne o přiznání invalidního důchodu z mládí. Na základě posouzeného zdravotního stavu rozhodne také o stupni závislosti III nebo IV. Pokud se stane osoba se stupněm závislosti III nebo IV uživatelem pobytové sociální služby, náležela by smluvnímu poskytovateli sociální služby paušální platba 8000, respektive 12 000 Kč měs.

Na základě velmi jednoduše formulované úvahy by nemusely pracovat tři dosavadní systémy pro distribuci peněz, a to:

- dotační systém,
- systém vykazování plateb zdravotní pojišťovnou,
- samostatný systém rozhodování o stupni závislosti.

Úplně nově pojatý systém distribuce peněz do finančních zdrojů souvisejících se zabezpečením osob „invalidních z mládí“ a bez možnosti pravidelné výdělečné činnosti, více či méně závislých na pomoci jiných fyzických nebo právnických osob, by se promítl i do řady souvisejících systémů. Podstatné však je, že by ušetřil celou řadu administrativních úkonů. Tím by byl pro uživatele daleko průhlednější a zbavil by ho nekonečných a opakovaných traumatizujících i časově náročných povinností, spojených s podáváním opakovaných žádostí včetně všech příloh a očekávání výsledků řízení.

Závěr

Lze považovat ekonomiku sociálních služeb za samostatnou ekonomickou disciplínu? Určitě ne. S obecnými ekonomickými procesy má tolik společného, že o samostat-

nosti nemůže být řeč. Zákon č. 108/2006 Sb. ve svém důsledku říká, že při poskytování sociální služby se jedná de facto i de jure o obchodní vztah. V § 88, odst. i a v § 91 se hovoří o smlouvě, kterou musí uzavřít písemně osoba s poskytovatelem sociálních služeb. § 88 hovoří o celé řadě povinností poskytovatelů sociálních služeb. Některé z těchto povinností využívají běžné firmy v rámci svého marketingu, stejně tak jako obsah některých standardů kvality je základním předpokladem pro to, aby obchodník nebo řemeslník uspěl na trhu: co dělám, kde dělám, pro koho to dělám a za kolik to dělám. Je zde však přece jeden zcela zásadní rozdíl, ale ani ten neplatí paušálně. Řízení ekonomiky sociálních služeb nesměřuje k zisku, ale děje se na neziskovém principu, přitom však je deficitní způsob financování vyrovnáván dotací.

V ekonomice sociálních služeb se musíme vyrovnat se všemi běžně používanými ekonomickými pojmy: náklady – výnosy, příjmy – výdaje, cena – úhrada. Slovo kupující je nahrazeno v zákoně č. 108/2006 Sb. pojmem uživatel, tedy ten, kdo si platí na základě smlouvy sociální službu za smluvně dohodnutou úhradu deformované ceny služby. Slovo prodávající je nahrazeno pojmem poskytovatel, tj. ten, kdo poskytuje sociální služby za úhradu nebo bez úhrady. Ale všechny služby mají nějakou cenu, je jen otázka, kdo a z jakých zdrojů cenu zaplatí – dle zákona č. 108/2006 Sb. uhradí.

Platí-li v ekonomice sociálních služeb běžné ekonomické kategorie a pojmy, potom v obchodě, resp. v distribuci sociálních služeb, musí platit obecné obchodní pojmy: plánování je přece závislé na poptávce, poptávka je podmíněna nabídkou a naopak, objem nakupovaného zboží (sociální služby) je podmíněn cenou, kvalitou a koupěschopností nakupujících (cílové skupiny pro poskytování služby). Problém je ale také v tom, že sociální služby s deformovanou cenou jsou nedostatkovým zbožím. Poptávka převyšuje nabídku. Proto kvalita a cena nejsou pro poptávku po službě těmi určujícími ukazateli.

Desítky let deformovaná ekonomika sociálních služeb a trh se sociálními službami způsobuje nemožnost jejich systematického plánování a rozvoje. Přitom stačí relativně málo. Zajistit jednoduchý, transparentní a stabilní systém, jehož prostřednictvím se zvýší koupěschopnost osob, které mají ze zákona nárok na poskytování sociálních služeb dle příslušné legislativy. Součástí tohoto úkolu je zajištění co nejméně nákladného a co nejvíce transparentního způsobu zajištění a distribuce peněz na nákup služeb k lidem se zdravotním postižením.

„Poznámka“ pod čarou

Definice mentální retardace dle UNESCO: Mentální retardace není nemoc, je to spíše stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, který vznikl v průběhu vývoje jedince a je obvykle provázen poruchami adaptace, tj. nižší schopnosti

orientovat se v životním prostředí. Uvedené příznaky mohou mít různou intenzitu a mohou se projevovat samostatně nebo ve vzájemných kombinacích.

I když každý ví, že mentální retardace není nemoc, jsou v zákoně č. 108/2006 Sb. lidé s mentálním handicapem zařazeni mezi zdravotně postižené. Jsem přesvědčen o tom, že tato skupina handicapovaných lidí je hodna zvláštního zřetele. Člověk se smyslovým postižením (např. nevidomý) je schopen svůj handicap překonat a stát se samostatným i výdělečně činným, pokud má přiměřený intelekt a v době učení měl podporu svého okolí. Pro člověka s tělesným handicapem platí totéž. Ale člověk s mentálním postižením je celý život závislý na pomoci fyzických nebo právnických osob a jeho závislost s přibývajícím věkem narůstá. Ve starším věku je pak obtížné rozeznat, kdy se ještě jedná o mentální postižení a kdy o stařeckou demenci. V důsledku mentálního handicapu není schopen získat takové vzdělání, aby si zajistil pravidelný příjem, na běžném trhu práce je bez šancí. Má však právo na důstojný život. Potřebuje proto největší míru podpory společnosti. Jeho potřeby a práva jsou mu legislativně zaručena. Jde tedy jenom o to, abychom našli co nejefektivnější způsob finančního zabezpečení práv lidí s mentálním handicapem.

Je zřejmé pozoruhodné, že doposud média ani odborná veřejnost nehodnotila, jak se plánovaná důchodová reforma vyrovná s problémem invalidních důchodů. O to více je třeba upozorňovat na skutečnost, že lidé s mentálním handicapem, plně závislí na invalidním důchodu „z mládí“, skutečně v naší společnosti nemají zaručená stejná práva jako lidé bez handicapu. Pokud může ekonomika sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením přispět k naplňování práv těchto lidí, proč ji pozitivně nezměníme? Všichni víme, že v některých státech je systém jednodušší a služby kvalitnější. Ve svém důsledku to nemusí být ani tak nákladné jako dosavadní složitý, administrativně náročný a byrokratický systém.

Autor je ředitelem ústavního zařízení Marianum.

Občanské sdružení Život 90 vyhlásilo sbírku „Pomozte konkrétnímu člověku“, která umožňuje přispět určitému člověku konkrétní částkou na konkrétní účel v oblasti tísňové péče Života 90. Na webových stránkách <http://www.zivot90.cz/146-novinky/605-pomozte-konkretnimu-cloveku> je k dispozici seznam lidí, kteří čekají na instalaci některého ze zařízení. V současné době převažuje poptávka nad možnostmi sdružení a zájemci musejí na uhrazení a následné zprovoznění služby čekat. Dárci tak mohou sami rozhodnout, komu a jak chtějí pomoci. Více informací o tísňové péči občanského sdružení Život 90 na: <http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/10-tisnova-pece-areion>.