

Individuální a společenské dopady využívání ústavních a komunitních služeb

Srovnání sociálních a ekonomických dopadů rozhodnutí o okruhu využívaných služeb ve vybraných modelových situacích

Klient Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
Zakázka Národní centrum podpory transformace sociálních služeb
Aktivita 5.3 Zpracování analýzy – Česká republika



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST



PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Individuální a společenské dopady transformace ústavních služeb na služby komunitní

Srovnání sociálních a ekonomických dopadů rozhodnutí o okruhu využívaných služeb ve vybraných modelových situacích

Vydalo: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, Na Poříčním právu 1, 128 00 Praha 2

www.mpsv.cz/cs/7058

Publikace byla vytvořena Národním centrem podpory transformace sociálních služeb v rámci projektu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR Podpora transformace sociálních služeb. Činnost Národního centra podpory transformace sociálních služeb zajistila firma 3P Consulting s.r.o.

Autoři:

Pavel Bareš, Vladimíra Tomášková

Oponovali: Jan Michalík, Zbyněk Vočka

1. vydání, Praha 2013

Obsah

1	Cíl a způsob zpracování analýzy	5
2	Metodika vyhotovení analýzy	8
3	Vymezení sledované oblasti a klíčová východiska další analýzy	10
4	Stěžejní charakteristiky ovlivňující životní situaci osob se zdravotním postižením	17
5	Rozhodování o využívaných službách či formách podpory a pomoci	24
6	Postup výběru rozhodovacích momentů a jejich hodnocení	27
6.1	Všeobecné charakteristiky sledovaných rozhodovacích momentů	27
6.2	Hodnocení sociálních dopadů rozhodnutí	28
6.3	Hodnocení ekonomických dopadů rozhodnutí	28
7	Dospělá osoba se zdravotním postižením doposud využívající služby, které nemají komunitní charakter	35
7.1	Vymezení a rámcová charakteristika rozhodovacích momentů včetně nástinu nejvýznamnějších sociálních dopadů rozhodnutí	35
7.1.1	Základní charakteristiky výchozí životní situace	35
7.1.2	Využívání služeb, které nemají komunitní charakter (kontinuální varianta)	36
7.1.3	Využívání služeb komunitního typu (varianta změny)	37
7.2	Ekonomické dopady rozhodnutí o okruhu využívaných služeb a nejvýznamnější náklady a přínosy podle typu využívaných služeb	38
7.2.1	Specifikace okruhu doposud využívaných sociálních služeb	38
7.2.2	Individuální ekonomické charakteristiky výchozí životní situace	39
7.2.3	Charakteristika a srovnání variant dle sledovaných ekonomických charakteristik	42
8	Dospělá osoba se zdravotním postižením doposud využívající služby komunitního typu	47
8.1	Vymezení a rámcová charakteristika rozhodovacích momentů včetně nástinu nejvýznamnějších sociálních dopadů rozhodnutí	47
8.1.1	Základní charakteristiky výchozí životní situace	47
8.1.2	Využívání služeb komunitního typu (kontinuální varianta)	47
8.1.3	Využívání služeb, které nemají komunitní charakter (varianta změny)	48
8.2	Ekonomické dopady rozhodnutí o okruhu využívaných služeb a nejvýznamnější náklady a přínosy podle typu využívaných služeb	49
8.2.1	Specifikace okruhu doposud využívaných sociálních služeb	49
8.2.2	Individuální ekonomické charakteristiky výchozí životní situace	51
8.2.3	Charakteristika a srovnání variant dle sledovaných ekonomických charakteristik	54
8.2.4	Souhrn stěžejních poznatků vyplývajících z vyhodnocení podobností a rozdílů sledovaných modelových situací	60
9	Rodina s ročním dítětem se zdravotním postižením	61
9.1	Vymezení a rámcová charakteristika rozhodovacích momentů včetně nástinu nejvýznamnějších sociálních dopadů rozhodnutí	61
9.1.1	Základní charakteristiky výchozí životní situace	61
9.1.2	Poskytování péče s využitím služeb komunitního typu	62
9.1.3	Využívání služeb, které nemají komunitní charakter	64
9.2	Ekonomické dopady rozhodnutí o okruhu využívaných služeb a nejvýznamnější náklady a přínosy podle typu využívaných služeb	65
9.2.1	Specifikace služeb, které budou využívány po rozhodnutí rodičů o okruhu využívaných služeb	65
9.2.2	Individuální ekonomické charakteristiky výchozí životní situace	65
9.2.3	Srovnání variant dle sledovaných ekonomických charakteristik	67
10	Náklady a přínosy okruhu služeb využívaných osobu se zdravotním postižením ve vybraných	

oblastech	68
10.1 Nákladovost systému sociálních služeb	68
10.1.1 Porovnání nákladů u obou skupin služeb v první a druhé modelové situaci.....	69
10.1.2 Obecné srovnání a zhodnocení nákladů u obou skupin služeb	70
10.2 Dopady na oblast zaměstnanosti	72
10.3 Dopady na systém sociálního zabezpečení	73
11 Závěry a doporučení	75
Literatura	78
Přehled používaných pojmů	81

1 Cíl a způsob zpracování analýzy

Cílem analýzy je zmapovat a vyhodnotit sociální a ekonomické dopady rozhodnutí využívat určitý okruh služeb či forem podpory a pomoci (popřípadě rozhodnutí v jejich užívání setrvat) u osob se zdravotním postižením. Podrobněji budou vyhodnoceny tři vybrané dále specifikované situace.

Po bližším vyjasnění zkoumaného tématu budou shrnuty okolnosti označované v dalším textu jako „**stěžejní charakteristiky ovlivňující životní situaci osob se zdravotním postižením.**“ Za ty budou považovány okolnosti, které zásadním způsobem utvářejí životní situaci jedince, ovlivňují její celkový charakter nebo mají zřetelný dopad na některé její další charakteristiky. Analýza se přitom zaměří primárně na **charakteristiky, které mohou ovlivnit rozhodování osoby se zdravotním postižením či jiné osoby¹ při vyhledávání, kontaktování a využívání okruhu služeb či forem podpory a pomoci**, jež mohou uspokojit jejich specifické potřeby (především ve vztahu k systému sociálních služeb, ale nejen k němu).

Okruh takovýchto charakteristik je nadále velmi široký a často se navzájem výrazně ovlivňují. Z širokého spektra v úvahu připadajících stěžejních charakteristik ovlivňujících životní situaci osob se zdravotním postižením se ale konkrétní osoby budou vždy týkat jen některé. Význam jednotlivých stěžejních charakteristik je vysoce individuální a i u jedné osoby se může v čase velmi výrazně měnit.

Z těchto důvodů nelze různé stěžejní charakteristiky hodnotit izolovaně a je potřebné věnovat pozornost jejich konkrétnímu kontextu, tj. hodnotit celkovou situaci, ve které se osoba se zdravotním postižením nebo jiná osoba rozhoduje (nebo může rozhodovat) pro změnu okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci (nebo pro zachování současného stavu). Pro situace, kdy se daná osoba nebo její okolí bude rozhodovat o možné změně, bude v dalším textu používáno označení „**rozhodovací moment.**“

Rozhodovací momenty jsou velmi individuální a jedinečné situace. V další části se proto analýza zaměří detailněji již pouze na tři vybrané **modelové rozhodovací momenty**. U těch však bude kromě jejich bližší charakteristiky proveden také podrobnější **rozběr sociálních a ekonomických dopadů**, a to jak pro rozhodnutí, změnit okruh využívaných služeb či forem podpory a pomoci, tak pro rozhodnutí nadále setrvat v užívání doposud využívaných služeb či forem podpory a pomoci.

Podstatné při tvorbě analytického rámce a sestavování modelových situací bylo také to, že předmětem zkoumání je velice specifická situace, při jejímž rozboru je potřebné věnovat značnou pozornost i skutečnostem, které se empiricky zjišťují jen velmi obtížně (především odhad vývoje situace u varianty, která doposud nenastala a ani v budoucnu nastat nemusí, a vyčíslení ekonomických dopadů takové situace).

Tvorba analytického rámce proto byla klíčovou částí analýzy, protože sledované téma je z uvedených důvodů nejenom značně specifické, ale současně velice široké. Vzhledem k důležitosti této fáze, celkovému časovému horizontu pro provedení analýzy a časovým nárokům na přípravu analytického rámce² nemohly být pro analýzu vybraných rozhodovacích momentů využity individuální hloubkové

¹ Zákonného zástupce u nezletilých dětí nebo opatrovníka u osob s omezením způsobilosti k právním úkonům nebo osob zbavených způsobilosti k právním úkonům.

² Zadání analýzy bylo velice specifické a některé jeho klíčové parametry bylo nezbytné konzultovat se zadavatelem a byly zpřesněny teprve v průběhu zpracování analýzy. Další důležitou okolností byl velmi široký rozptyl témat, kterým se měla analýza

rozhovory nebo skupinové rozhovory v ohniskových skupinách, které by umožnily získat relevantní poznatky přímo v terénu. U všech tří vybraných rozhodovacích momentů tak jsou sociální a ekonomické dopady obou alternativních rozhodnutí pouze modelovány s využitím dostupných empirických údajů a praktických zkušeností autorů analýzy³. Nejedná se tedy o případové studie, zde popsané modelové situace ale odrážejí četné empirické poznatky a zkušenosti s žitou praxí.

Všechny tři detailněji rozebrané rozhodovací momenty byly vybrány a **specifikovány v návaznosti na konzultace se zadavatelem**. Při jejich specifikaci bylo možné zohlednit pouze některé z řady charakteristik, které ovlivňují životní situaci osob se zdravotním postižením.

Záměrem analýzy bylo přiblížit **tři diametrálně odlišné rozhodovací momenty**. První ze sledovaných rozhodovacích momentů se týkal dospělých osob se zdravotním postižením, které využívají služby označované v této analýze jako *služby, které nemají komunitní charakter*, a které zvažují nebo mohou za určitých podmínek zvažovat přechod k využívání služeb *komunitního typu*⁴. Druhá situace se týkala opačné situace. V posledním případě byla věnována pozornost situaci ročního dítěte se zdravotním postižením. Navzdory těmto rozdílným klíčovým charakteristikám sledovaných modelových případů (a s nimi souvisejícím dalším zásadním odlišnostem mezi nimi) byly sledovány také některé společné charakteristiky všech tří modelových případů (např. předpoklad podobné míry zdravotního znevýhodnění v prvních dvou případech, shodný stupeň závislosti, předpoklad, že zdravotní stav osob se zdravotním postižením je relativně stabilní apod.).

Ani v případě sledovaných modelových případů ale nebyl proveden jejich vyčerpávající popis. Souvislosti uvedené u sledovaných modelových případů se tak netýkaly příslušného modelového případu jako celku, ale pouze vybrané a **dále specifikované varianty reprezentující příslušnou modelovou situaci**. Při odlišné specifikaci jedné či více sledovaných stěžejních charakteristik (případně při konkrétnější specifikaci některých dalších stěžejních charakteristik) by se tak bezpochyby změnila (často velmi výrazně) celá sledovaná modelová situace a bylo by možné pozorovat diametrálně odlišné sociální a ekonomické dopady rozhodnutí o okruhu využívaných služeb.

věnovat (více viz dále). Bylo proto potřebné vyjasnit přístup k různým klíčovým otázkám a tématům. Podstatná byla také snaha zohlednit výše uvedené specifické charakteristiky sledovaného tématu (především hypotetický charakter některých sledovaných Skutečností).

³ Tj. zvolenému přístupu by odpovídalo označení „desk research“, které označuje snahu shromáždit již existující poznatky o stávající situaci a vyhodnotit je (k pojmu je obtížné nalézt vhodný český ekvivalent, v angličtině je tento pojem protipólem označení „field research“, tj. sběru dat v terénu).

⁴ Tyto pojmy jsou v textu používány s vědomím toho, že se liší od vymezení pojmů ústavní služby a komunitní služby používaných v jiných publikacích vytvořených v rámci projektu Podpora transformace sociálních služeb (srov. např. MPSV 2013a, viz také kapitola 3). U vybraných modelových situací sledovaných v této analýze nicméně bylo nutné vycházet z odlišného a v určitých ohledech zjednodušeného pojetí. Charakteristiky ústavních a komunitních služeb podle metodiky uvedeného projektu totiž nebylo možné v rámci této analýzy dostatečně zohlednit, respektive nebylo možné pro účely této analýzy dostatečně jednoznačně rozlišit ústavní a komunitní služby v tom smyslu, v jakém jsou tyto dva pojmy používány v jiných analýzách, protože by to zkomplikovalo vytvoření modelů, které jsou základním smyslem této analýzy. Zároveň je třeba říci, že při zvoleném přístupu (tj. v případě zaměření analýzy pouze na vybrané modelové situace) nepředstavuje zvolený přístup k analyzované otázce závažnější překážku pro vyhotovení analýzy. V názvu této analýzy a v pasážích, ve kterých jde o vyjádření obecné dichotomie mezi ústavními a komunitními službami, bude používáno těchto dvou označení, která přitom budou odkazovat na vymezení obou pojmů v metodice uvedeného projektu, v ostatních případech budou používána označení služby, které nemají komunitní charakter, a služby komunitního typu (více viz kapitola 3).

Poznatky obsažené ve druhé části analýzy tak nemají obecnou platnost a není je možné ani automaticky vnímat jako převažující nebo typické. Analýza si ovšem zjištění takovýchto obecnějších poznatků ani nekladla za cíl a jejím hlavním cílem bylo zachytit důležité, pravděpodobné či očekávatelné jevy, dopady, popřípadě specifické vztahy, které se týkají právě modelových případů (respektive té jejich varianty, která byla dále specifikována a sledována).

Z těchto důvodů je třeba tuto analýzu vnímat jako vstupní a pouze dílčí příspěvek usilující o porozumění tématu sociálních a ekonomických dopadů, které mohou souviset s rozhodnutím o využívání dvou typově odlišných skupin služeb (služeb komunitního typu a služeb, které nemají komunitní charakter). To, že se souvislosti uváděné ve druhé části analýzy budou týkat pouze tří blíže specifikovaných situací, přirozeně představuje zřetelný limit tohoto materiálu – analýza nemůže zprostředkovat úplný (a ani ve všech ohledech dostatečně přesný) pohled na téma sociálních a ekonomických dopadů rozhodnutí o využívání obou jmenovaných skupin služeb.

Sledované rozhodovací momenty je proto třeba vnímat jako **vzorové případy**, u kterých budou vyhodnoceny a porovnány nejvýznamnější sociální a ekonomické dopady rozhodnutí o okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci. Předkládané poznatky týkající se vybraných modelových situací přitom bezpochyby představují jen velmi omezený příspěvek k poznání sledované problematiky a není možné z nich vyvozovat závěry týkající se obecněji sociálních a ekonomických dopadů rozhodnutí o okruhu využívaných služeb. I přes toto omezení ale provedená vyhodnocení představují důležitý prvotní exkurz do problematiky, která doposud nebyla hlouběji a systematictěji vyhodnocena. Zároveň poznatky uvedené v druhé části této analýzy ukazují možnost využití analytického rámce a postupu pro sledování a vyhodnocení tématu sociálních a ekonomických dopadů rozhodnutí o okruhu využívaných služeb a forem podpory či pomoci, který byl pro potřeby této analýzy vytvořen a je popsán v její první části.

2 Metodika vyhotovení analýzy

Vzhledem k vysoké variabilitě životních situací osob se zdravotním postižením a velmi širokému okruhu situací, v nichž se osoby se zdravotním postižením či jiné osoby rozhodují (mohou rozhodovat) o okruhu využívaných služeb a formách podpory či pomoci, je vyhodnocení sociálních a ekonomických dopadů rozhodnutí možné provést pouze u tří modelových životních situací.

V první části analýzy byl ujasněn a přesněji specifikován **přístup ke sledování modelových životních situací** (analytický rámec). Nejprve byly vyjasněny významné pojmy a souvislosti týkající se sledovaných otázek. To se přirozeně týkalo především samotného vymezení pojmu osoba se zdravotním postižením a vytipování institucionálních systémů, které lze ve vztahu k životní situaci těchto osob vnímat jako významné. Pozornost byla věnována také pojmům ústavní služby, komunitní služby, respektive pojmům služby, které nemají komunitní charakter, a služby komunitního typu. Kromě otázek, *kdo* je v této analýze chápán jako osoba se zdravotním postižením a *jaké institucionální systémy* jsou pro tyto osoby nejvíce relevantní, byla věnována pozornost také tomu, *jakých skupin subjektů se mohou týkat dopady rozhodnutí* o okruhu využívaných služeb a formách podpory či pomoci. Z tohoto hlediska byly rozlišeny osoby se zdravotním postižením samotné, jejich sociální prostředí a relevantní institucionální systémy.

Dále bylo potřebné přiblížit dvě specifická témata týkající se této analýzy: stěžejní charakteristiky životní situace osob se zdravotním postižením (dále jen „stěžejní charakteristiky“) a situaci, v níž se osoba se zdravotním postižením nebo jiná osoba rozhoduje o okruhu využívaných služeb a forem podpory či pomoci („rozhodovací moment“). Kromě vymezení těchto pojmů byly v souvislosti s uvedenými pojmy nastíněny také jejich nejdůležitější souvislosti.

Stěžejní charakteristiky byly identifikovány s využitím relevantní odborné literatury a následně byl v obecné rovině popsán jejich význam pro životní situaci jedince. Cílem provedeného obecného zhodnocení významu stěžejních charakteristik pro životní situaci jedince zároveň bylo, ilustrovat vzájemné působení různých stěžejních charakteristik, respektive přiblížit vliv, jaký mohou na životní situaci jedince mít změny určitých stěžejních charakteristik. Vyjasnění obecnějších souvislostí týkajících se stěžejních charakteristik bylo klíčovým východiskem při vymezení pojmu rozhodovací moment.

Po objasnění všeobecných východisek a souvislostí byla věnována pozornost **vyhodnocení vybraných modelových rozhodovacích momentů**. Nejprve přitom byly přiblíženy obecné souvislosti týkající se výběru sledovaných rozhodovacích momentů, jejich společné charakteristiky a postup jejich hodnocení. Pro účely analýzy sociálních a ekonomických dopadů zdravotního postižení podle využívaných služeb či forem podpory byly rozlišeny dva hlavní typy jednání, a to rozhodnutí setrvat v užívání doposud využívaných služeb a forem podpory či pomoci a rozhodnutí změnit okruh využívaných služeb a forem podpory či pomoci. Z hlediska povahy využívaných služeb a forem podpory či pomoci byly rozlišeny dvě základní alternativy, a to služby, které nemají komunitní charakter, a služby komunitního typu.

V souvislosti s hodnocením ekonomických dopadů rozhodnutí byla také vymezena kategorie *ekonomická charakteristika*⁵ a přiblíženy některé vzájemné souvislosti mezi touto kategorií a sociálními charakteristikami životní situace osoby se zdravotním postižením. Následně byly identifikovány ekonomické charakteristiky, které byly sledovány při analýze vybraných rozhodovacích momentů⁶.

⁵ V některých případech bylo adekvátnější označení ekonomický subsystém. Vzhledem k větší obecnosti bylo nicméně preferováno označení ekonomická charakteristika. Obě spojení nicméně byla chápána jako pojmové ekvivalenty a byly vymezeny na základě shodných znaků.

⁶ Při zpracování celé této analýzy tak byly vytvořeny dva seznamy obsahující řadu velmi podobných a často i shodných položek: přehled relevantních institucionálních systémů a přehledy ekonomických charakteristik (sociálního prostředí a institucionálních

Po přiblížení charakteristik společných pro všechny sledované případy byly vymezeny a rámcově vymezeny jednotlivé vybrané rozhodovací momenty. Ty byly specifikovány prostřednictvím nejvýznamnějších stěžejních charakteristik výchozí životní situace. Následně byly sledovány sociální dopady, ke kterým by vedla dvě alternativní rozhodnutí (první z nich představovalo „kontinuální“ variantu – využívání dosavadního okruhu služeb a forem podpory či pomoci, a druhé variantu změny, tj. rozhodnutí změnit okruh využívaných služeb a formy využívané podpory či pomoci). Jedna z těchto variant přitom reprezentovala situaci, kdy jsou využívány služby komunitního typu a druhá situaci, kdy jsou využívány pobytové sociální služby, které nemají komunitní charakter.

Při charakteristice všech tří sledovaných rozhodovacích momentů tak byly současně přiblíženy i nejvýznamnější sociální dopady rozhodnutí a obě očekávané životní situace byly porovnány (mezi sebou navzájem i s výchozí životní situací). Následně byly vyhodnoceny ekonomické dopady u všech tří sledovaných rozhodovacích momentů v každé z obou variantních situací (tj. při pokračujícím užívání doposud využívaných služeb a forem podpory či pomoci i v případě jejich změny). Sledovány přitom byly jednotlivé dříve identifikované ekonomické charakteristiky. Po vyhodnocení ekonomických dopadů u obou sledovaných variantních situací byly obě tyto varianty porovnány navzájem. Okolnosti přiblížené v části věnované sociálním dopadům rozhodnutí o okruhu využívaných služeb a formách podpory či pomoci se do rozboru ekonomických dopadů přímo nepromítly. Zvolený postup ale umožnil zachytit i případné kvalitativní odlišnosti v životní situaci osob se zdravotním postižením po tomto rozhodnutí. K této otázce tak bylo možné opětovně přihlédnout při závěrečném zhodnocení zjištěných poznatků.

systémů). Tyto souhrny se nicméně týkají odlišných skutečností a nelze je navzájem zaměňovat, natožpak sloučit do jednoho. Zatímco seznam relevantních institucionálních systémů představoval vstupní informaci o tom, jaké systémy lze vůbec považovat za relevantní, do přehledu ekonomických charakteristik (odvozeného od předchozího seznamu) byly řazeny již pouze položky, které bylo možné vnímat jako ekonomickou charakteristiku ve smyslu vymezení této kategorie v analýze. Oba tyto seznamy se zároveň velmi výrazně lišily od seznamu stěžejních charakteristik ovlivňujících životní situaci osob se zdravotním postižením. Vytvoření tohoto seznamu mělo při zpracování analýzy zcela odlišný účel (viz výše) než oba dva další vytvořené seznamy a překryv položek v tomto seznamu a obou dalších seznamech byl proto jen částečný.

3 Vymezení sledované oblasti a klíčová východiska další analýzy

Používání spojení **osoba se zdravotním postižením** je velmi rozšířené a obsah tohoto pojmu je ve všeobecném (laickém) diskursu vnímán jako dostatečně srozumitelný a neproblematický. Jak však konstatuje Krhutová (2010, s. 50), „jednoznačná definice zdravotního postižení, která by zahrnovala vše typické, vyhovovala všem a byla univerzálně platná pro všechny situace, neexistuje a v zásadě ani existovat nemůže.“ Z tohoto důvodu autorka dále uvádí, že „odborné a vědní definice zdravotního postižení a jeho nositele [tj. osoby se zdravotním postižením] jsou tedy nutně a přirozeně diferencovány podle účelu zaměření otázky [respektive otázek, které jsou v daném případě sledovány] a jsou velmi rozmanité.“ (tamtéž, s. 50)

S ohledem na cíl a zaměření této analýzy nelze mechanicky vycházet pouze z pojetí zdravotního postižení (případně zdravotního znevýhodnění), jak je pojímáno v zákoně o sociálních službách, zákoně o zaměstnanosti⁷, školském zákoně⁸ apod.⁹ Při analýze totiž byla věnována pozornost otázkám, které se neomezují pouze na tyto oblasti (navíc i v těchto třech jmenovaných právních předpisech jsou uvedené pojmy vymezeny odlišně). **Obecná kategorie** osob se zdravotním postižením zde proto byla vymezena tak, aby umožňovala zohlednit široký okruh osob, tj. aby zahrnovala osoby, které:

1. jsou uživateli sociálních služeb určených osobám se zdravotním postižením podle příslušného zákona (nebo alespoň jejich situace odpovídá cílové skupině těchto služeb; chápání osob se zdravotním postižením ale nelze úzce spojovat výhradně s uživateli těchto služeb),
2. jsou v důsledku svého zdravotního stavu znevýhodněné na trhu práce (invalidita prvního, druhého a třetího stupně),
3. lze jako osoby se zdravotním postižením nebo osoby se zdravotním znevýhodněním chápat podle školského zákona,
4. vzniká jim nárok na přiznání dávek sociální pomoci, které jsou určeny osobám se zdravotním postižením a mají jim usnadnit překonávat negativní dopady zdravotního postižení (viz dále),
5. potřebují při výkonu různých činností využívat zvláštní či kompenzační pomůcky, podporu další osoby, případně předčítání či tlumočení (tento bod je v tomto výčtu uveden samostatně, neboť nemusí zahrnovat pouze pomůcky řazené mezi zvláštní pomůcky určené Úřadem práce¹⁰, respektive získání nároku na tyto pomůcky, neformální péči poskytovanou blízkými osobami v rámci zákona o sociálních službách nebo sociální služby podle zákona o sociálních službách, ale i různé ad hoc formy podpory, které tento zákon nezohledňuje),
6. mají vzhledem ke svému zdravotnímu stavu ztížený přístup do budov, nebo kterým jejich zdravotní stav ztěžuje možnosti jejich dopravy (respektive mohou mít s jinými osobami srovnatelný přístup do budov a možnosti dopravy pouze za předpokladu zajištění bezbariérových přístupů, doprovodných služeb nebo podpůrných prostředků, respektive při individuální dopravě využívají zvláštní pomůcky či upravené motorové vozidlo),

⁷ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

⁸ Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

⁹ Více k právním aspektům týkajícím se životní situace osob se zdravotním postižením, respektive pojetí zdravotního postižení v českém právním řádu viz např. Michalík 2011c a Bruthansová, Jeřábková, 2012.

¹⁰ Pravomoc krajských poboček ÚP stanovit okruh zvláštních pomůcek zakotvují zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů.

7. mají vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo přístupu jiných osob či institucí k těmto osobám, který přímo souvisí s jejich zdravotním stavem, omezenou nebo ztíženou možnost
 - a) participace na společenském životě,
 - b) artikulace svých oprávněných zájmů,
 - c) přístupu k informacím důležitým ve vztahu k jejich situaci,
 - d) orientace v sociálních vztazích a základní orientace v institucionálním prostředí a/nebo
 - e) interakce s jejich sociálním prostředím a kontaktu nebo jednání institucemi nebo
8. jsou v souvislosti se svým zdravotním postižením vystaveny situacím, v nichž další osoby a instituce nejsou schopny či ochotny přizpůsobit způsob komunikace nebo okruh interakcí situaci osobě se zdravotním postižením (nedostatečná vybavenost těchto dalších osob či institucí pro komunikaci s osobami se zdravotním postižením, jejich nedostatečná schopnost či malá ochota přizpůsobit styl komunikace těmto osobám, případně i přímo diskriminace vůči této skupině osob).

Volba popsaného pojetí obecné kategorie osob se zdravotním postižením odráží především skutečnost, že v této práci je sledován **širší okruh sociálních a ekonomických dopadů** zdravotního postižení, respektive **rozhodnutí o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci**. Vymezení obecné kategorie např. v návaznosti na některý z výše uvedených zákonů by sice umožnilo odpovídající tematizaci sociálních a ekonomických dopadů odpovídajících příslušné právní úpravě, ale výrazně by komplikovalo nebo znemožnilo tematizaci dopadů v jiných oblastech. Z těchto důvodů je vymezení této obecné kategorie osob se zdravotním postižením potřebné i přesto, že další text se již zaměří pouze na tři modelové příklady, v nichž budou sledovány tři výrazně typizované situace, respektive rozhodovací momenty.

Výše nastíněné pojetí obecné kategorie osob se zdravotním postižením je významné také proto, že je východiskem pro identifikaci **institucionálních systémů, které jsou relevantní v souvislosti s poskytováním služeb, podpory a pomoci osobám se zdravotním postižením.**¹¹

Jako nejvíce relevantní institucionální systémy¹² **pro samotné osoby se zdravotním postižením** lze proto vnímat:

1. sociální služby podle zákona o sociálních službách, a to zejména
 - a) domovy se zvláštním režimem,
 - b) domovy pro osoby se zdravotním postižením,
 - c) centra denních služeb,

¹¹ Prvních pět výše uvedených charakteristik osob se zdravotním postižením odkazuje přímo na institucionální systémy (nebo jejich složky), které jsou často na poskytování služeb, podpory a pomoci osobám se zdravotním postižením zaměřeny. Další tři odkazují spíše na určité specifické charakteristiky týkající se osob se zdravotním postižením a vztahy s jejich společenským prostředím.

¹² Na kategorie uvedené v následujícím výčtu lze současně nahlížet jako na určité institucionální systémy (s ohledem na jejich zákonné vymezení, členění, jejich zákonnou regulaci apod.). Takto jsou chápány na tomto místě. Nicméně konkrétní organizace, služby či aktivity, které jsou v rámci nich nabízeny či poskytovány, již je třeba chápat spíše jako charakteristiky sociálního prostředí. Právě takto budou chápány v dalším textu.

- d) denní stacionáře,
- e) týdenní stacionáře,
- f) odlehčovací služby,
- g) chráněné bydlení,
- h) podpora samostatného bydlení,
- i) osobní asistence,
- j) pečovatelská služba,
- k) sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče,
- l) sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením,
- m) sociální rehabilitace,
- n) raná péče a
- o) sociálně terapeutické dílny,

2. zdravotní služby, především

- a) dětská centra,
- b) stacionáře,
- c) ambulantní rehabilitační zařízení,
- d) rehabilitační ústavy,
- e) lázeňské služby,
- f) psychiatrické léčebny¹³,
- g) léčebny dlouhodobě nemocných¹⁴,

- 3. programy aktivní politiky zaměstnanosti zaměřené na osoby znevýhodněné na trhu práce podle zákona o zaměstnanosti,
- 4. školské instituce zaměřující se na osoby se zdravotním postižením a osoby se zdravotním znevýhodněním podle školského zákona,
- 5. podmínky pro přiznání invalidního důchodu, respektive mechanismus stanovení jeho výše

¹³ Psychiatrické léčebny byly do výčtu zařazeny především proto, že obecná kategorie osob se zdravotním postižením zde byla vymezena velice široce a tato zařízení tak jsou pro některé skupiny osob se zdravotním postižením relevantní. Ve vztahu k hlavní otázce této analýzy ale již není tato kategorie relevantní, protože v tomto případě má osoba se zdravotním postižením (nebo její právní zástupce) jen minimální možnosti rozhodovat o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci (v tomto směru je určující především stanovisko odborných pracovníků).

¹⁴ Podobně jako předchozí kategorie jsou i dlouhodobé léčebny do výčtu zařazeny spíše s ohledem na snahu o úplnost výčtu. Vzhledem k hlavní otázce této analýzy je ale rovněž nelze vnímat jako relevantní, protože i v tomto případě je určující především diagnóza, její prognóza a odborná léčba, tj. otázky, o kterých nerozhoduje osoba se zdravotním postižením nebo její právní zástupce, ale odborní pracovníci (lékaři).

6. dávky či věcné plnění poskytované v rámci systému sociální pomoci, tj. konkrétně
 - a) příspěvek na péči,
 - b) příspěvek na mobilitu,
 - c) příspěvek na zvláštní pomůcku,
 - d) průkaz osoby se zdravotním postižením,
 - e) příspěvek na bydlení,
 - f) doplatek na bydlení,
7. poskytnutí zvláštních či kompenzačních pomůcek (či finanční podpora při jejich nákupu) usnadňujících možnosti integrace osob se zdravotním postižením do společnosti *mimo rámec sociální pomoci* (např. zdravotní kompenzační pomůcky, respektive uhrazení nákladů spojených s jejich pořízením zdravotní pojišťovnou).

Ekonomické a sociální dopady rozhodnutí o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci v těchto hlavních oblastech lze sledovat na třech různých úrovních. Lze rozlišit dopady:

1. bezprostředně se dotýkající samotné osoby se zdravotním postižením,
2. ovlivňující sociální prostředí této osoby a
3. promítající se do fungování institucionálních systémů poskytujících této osobě služby, podporu nebo pomoc.

Při hodnocení dopadů rozhodnutí o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci na **institucionální systémy** je potřebné reflektovat také některé otázky týkající se jejich fungování, zejména financování sociálních služeb a ekonomickým dopadům uplatnění osob se zdravotním postižením a pečujících osob na trhu práce.

V případě sledování dopadů na **sociální prostředí** bylo potřebné věnovat pozornost také osobám v sociálním prostředí osoby se zdravotním postižením, které osobám se zdravotním postižením poskytují podporu a pomoc (dále též „pečující osoby“), sociální situaci pečujících osob a institucionálním systémům, které ovlivňují možnosti pečujících osob poskytovat osobě se zdravotním postižením podporu či pomoc. Nad rámec doposud uvedeného je proto třeba dále zmínit také téma podpory poskytované pečujícími osobami, možnosti pracovního uplatnění těchto osob, respektive individuální a institucionální dopady jejich ekonomické neaktivity (nebo snížení jejich aktivity na trhu práce).

Podobně jako v dalších analýzách realizovaných v rámci projektu Podpora transformace sociálních služeb, i v této analýze jsou v obecné rovině rozlišovány dvě skupiny služeb určených osobám se zdravotním postižením: **ústavní služby** a **komunitní služby**. Oba tyto pojmy jsou v projektu specifikovány poměrně detailně. V případě této analýzy však nebylo možné situaci vymezit skrze tyto pojmy a byly užity pojmy odlišné. Důvody využití odlišných pojmů jsou následující:

Vymezení ústavních a komunitních služeb používané v citovaném projektu¹⁵ je vhodné především pro podrobný rozbor údajů o sociálních službách. Ten ale v této analýze nebyl jediným použitým postupem. Především ale byly údaje o sociálních službách vzhledem k cíli této studie vyhodnoceny poměrně specifickým způsobem.

Potřebné je uvést také to, že tato analýza se soustředila na vyhodnocení modelových situací, u nichž lze přirozeně očekávat, že osoba se zdravotním postižením využívá právě ústavní nebo naopak právě komunitní službu. Z těchto důvodů byly při analýze zvoleny odlišné analytické kategorie, a to „služby, které primárně nemají komunitní charakter“ (v dalším textu zkráceno na „**služby, které nemají komunitní charakter**“) a „služby primárně zaměřené na umožnění života v komunitě“ (v dalším textu zkráceno na „**služby komunitního typu**“). V obou případech jsou služby spadající do těchto kategorií rozlišovány pouze podle druhu sociální služby ve smyslu zákona o sociálních službách, ovšem s tím, že se nepředpokládá, že do příslušné kategorie vždy spadají všechny služby příslušného typu.

Pro účely této analýzy přitom není potřebné rozlišovat, které konkrétní služby do kategorie spadají a které nikoliv, neboť lze předpokládat, že v situaci modelující dopady využívání *služeb, které nemají komunitní charakter*, jsou využívány *ústavní služby podle metodiky projektu*. Podobně i v případě využívání *služeb komunitního typu* může osoba se zdravotním postižením využít některé *služby, které by podle metodiky projektu byly při splnění definovaných podmínek komunitními službami*. Sledovaná modelová situace ale je bezpochyby dostatečně vypovídající i tehdy, pokud tyto služby zohledněny nejsou.

Zvolený postup je tedy poněkud zužující a dále tak snižuje obecnost sledovaných modelových situací. Ty ale beztak představují pouze příklady vybraných specifických situací, neboť v jednotlivých rozhodovacích momentech bylo nutné specifikovat také některé další charakteristiky životní situace osob se zdravotním postižením (mimo jiné i okruhu služeb, které jsou v příslušné modelové situaci osobou se zdravotním postižením využívány - viz dále). To však nelze vnímat jako zásadnější překážku, protože cílem této analýzy modelových situací není vyčerpávající zachycení možných situací.

¹⁵ Běžně využívaným vymezením ústavních a komunitních služeb zde máme na následující dle **NCTSS 2012a, s. 10-11**):

„**Ústavní služba** – za ústavní je označena taková sociální služba (nebo její část), která má registrovaný jeden z následujících druhů služby: domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře, chráněné bydlení a jestliže současně splňuje alespoň jednu z následujících podmínek:

- v jedné budově/objektu (případně areálu nebo v místě blízkém) je kapacita lůžek (uživatelů) rovna nebo je vyšší než hodnota 19,
- kapacita je nižší než podle podmínky první, ale služba je poskytována v budově/objektu (případně areálu nebo v místě blízkém) s další pobytovou nebo ambulantní sociální službou a společná kapacita v budově/areálu (nebo v místě blízkém) přesahuje 19 lůžek.“

„**Komunitní služby** – pro účely tohoto materiálu se za komunitní typy služeb považují terénní a ambulantní služby sociální péče (včetně služeb pobytových, pokud nesplňují indikátory pro určení ústavní sociální služby) a služby sociální prevence, které jsou určeny pro osoby se zdravotním postižením. Konkrétně za komunitní druhy služeb byly označeny následující služby: odborné sociální poradenství, osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, tlumočnické služby, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře - které nebyly označeny jako ústavní, domovy pro osoby se zdravotním postižením - které nebyly označeny jako ústavní, domovy se zvláštním režimem - které nebyly označeny jako ústavní, chráněná bydlení - která nebyla označena jako ústavní, raná péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace.“

Výraznějším limitem je to, že při odhadu výše úhrad a nákladovosti služeb nelze zjistit, zda se jejich výše u ústavních a komunitních služeb liší a je tak nutné předpokládat, že jsou v obou případech v zásadě srovnatelné. Tato skutečnost může mít určitý vliv na výše odhadnutých částek, nicméně ten nelze přeceňovat¹⁶, navíc údaje potřebné pro takovéto zpřesnění odhadu nebyly k dispozici.

V této analýze tak jsou používány pojmy, které se s pojmy používanými v projektu překrývají jen z určité části. Pojmy tedy nelze zaměňovat, neboť by to mohlo vést k chybným závěrům o ústavních a komunitních službách. Je ale zřejmé, že pojmy *služby, které nemají komunitní charakter, a služby komunitního typu* lze velmi dobře využít při analýze sociálních a ekonomických dopadů rozhodnutí o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci.

Zvolený přístup neumožňuje dostatečně zohlednit některá významná hlediska spojená s procesem transformace sociálních služeb, především transformaci a humanizaci. Nicméně je zřejmé, že účelem zvolených analytických kategorií nebylo rozlišit, zda je služba ústavní či komunitní, případně, jak proces transformace probíhá, ale spíše odhadnout celkový okruh využívaných služeb a s tím spojené sociální a ekonomické dopady.

V závěru této kapitoly je potřebné zaměřit pozornost na obecnější teoretické **předpoklady** pro provedení analýzy s popsaným zaměřením, respektive **východiska analýzy**, a jejich relevanci.

V důsledku rozhodnutí o okruhu využívaných služeb a využívaných formách podpory a pomoci se nemění pouze ekonomické charakteristiky, ale mění se také řada sociálních charakteristik ovlivňujících životní situaci osob se zdravotním postižením. Rozhodnutí o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci má přitom v některých případech na životní situaci osob se zdravotním postižením výrazné pozitivní nebo naopak negativní sociální dopady. V souvislosti s tímto rozhodnutím proto lze často hovořit o zásadní kvalitativní změně životní situace této osoby.

Při hodnocení ekonomických nákladů tedy nelze vycházet pouze ze srovnání jejich výše, ale je třeba zohlednit i sociální dopady. To platí především v případě, kdy sociální dopady způsobí **celkovou změnu životní situace jedince**. Celkové zlepšení životní situace osoby se zdravotním postižením totiž lze považovat za velice žádoucí i v případě, kdy se ekonomické náklady výrazně zvýší. V takovém případě lze i vyšší náklady vnímat jako zcela opodstatněné. To platí přirozeně i opačně - udržení stávající výše nákladů nebo jejich snížení nemusí být nutně žádoucím výsledkem, pokud by jejich následkem bylo výrazné zhoršení celkové životní situace osoby se zdravotním postižením.

Lepší možnosti pro uspokojení některých specifických potřeb také velice často otevírají prostor pro uspokojování potřeb, které doposud zůstávaly upozaděny (například potřeby spojené se zajištěním mobility dotyčné osoby v situaci, kdy přestane využívat ústavní služby a začne využívat komunitní služby). Tato situace patrně opět povede ke zvýšení ekonomických nákladů, ale je v takovémto případě zřejmé, že jednoznačně zlepšuje i kvalita života osoby se zdravotním postižením:

¹⁶ Rozdíly v rámci jednoho druhu služby v závislosti na parametrech umožňujících rozlišit ústavní a komunitní služby patrně nebudou zásadní. Výraznější vliv by patrně mělo spíše zohlednění toho, že některé služby, které nemají komunitní charakter, mohou být komunitními službami podle metodiky projektu. V této souvislosti je ale potřebné připomenout, že i v případě zohlednění definic používaných v projektu se bude nadále jednat pouze o odhady, byť se budou opírat o výpočty, k nimž byly využity přesnější údaje.

„Zpravidla je dobré zvážit rozsah následků nejen podle symptomů či individuální míry závislosti jedince na službě, ale také podle toho, zdali změna posílí kompetence jedince a povede k tomu, že tento jedinec bude vykonávat určitou činnost (například se vrátí do zaměstnání nebo začne znovu budovat společenské vztahy) a zvýší se tak kvalita jeho života.“

(Šiška 2010, s. 63)

Při dále provedeném srovnání dopadů rozhodnutí o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci nelze proto odhlédnout od sociálních dopadů a je potřebné reflektovat, že **jsou srovnávány ekonomické dopady dvou v mnoha ohledech odlišných situací**. Na druhou stranu nelze s ohledem na zadání této analýzy při tomto srovnávání ani a priori vycházet výhradně z konceptů jako je kvalita života (Šiška 2010, s. 65), model Independent Living (Krhutová 2010, s. 55-56), negativní dopady institucionální péče (Vávrová 2010) či teoretických východisek deinstitucionalizace (Šiška 2010, s. 61-62).

Všechna zde uvedená **normativní hlediska** je potřebné při srovnávání sociálních a ekonomických dopadů rozhodnutí o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci vést v patrnosti. Nelze je sice chápat jako výhradní výchozí předpoklady další analýzy (je u nich totiž zřejmá preference komunitních služeb před ústavními službami a od provedení plánovaného srovnání by bylo možné zcela upustit). Ale současně není možné od nich zcela odhlédnout a při hodnocení možných alternativ tak budou kromě technických a ekonomických hledisek zohledněna také některá důležitá východiska zakotvená v právním řádu nebo klíčových strategických dokumentech. (Jde např. o následující aspekty: sociální začlenění a prevence sociálního vyloučení, rovná práva a zabránění diskriminace, ochrana menšin, právo na vlastní rozhodování u osob se zdravotním postižením či další závazky vyplývající z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, významné teze týkající se transformace nebo deinstitucionalizace zakotvené v materiálu Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti atd.) (Více k tématu viz MPSV 2013b)

Většinu z těchto aspektů nelze nebo lze jen obtížně vyčíslit (a není to ani cílem této analýzy). Nicméně vzhledem k jejich zakotvení v právním řádu nebo klíčových strategických dokumentech od nich nelze ani při analýze tohoto typu zcela odhlédnout. Zároveň je potřebné zdůraznit, že i tyto aspekty mají ekonomický rozměr, ať už jsou nákladově neutrální nebo přispívají ke zvýšení či snížení nákladů. Při hodnocení tohoto ekonomického rozměru se přitom nelze omezit pouze na hodnocení samotné nákladovosti, ale je třeba věnovat pozornost nákladové efektivitě: podle Šišky totiž proces deinstitucionalizace sice patrně bude nákladnější než podpora institucionální péče, současně ale je deinstitucionalizace ve srovnání s ní nákladově efektivnější, neboť vyšší vynaložené náklady přispívají k lepším výsledkům a ty ospravedlňují vyšší náklady (srov. Šiška 2010, s. 63).

4 Stěžejní charakteristiky ovlivňující životní situaci osob se zdravotním postižením

K identifikaci stěžejních charakteristik ovlivňujících životní situaci osob se zdravotním postižením lze přistoupit různými způsoby a jako rozhodující mohou být zohledněna různá hlediska vypovídající o jejich významu. Následující přehled stěžejních charakteristik byl proto zpracován s využitím různých dokumentů, které byly pro tyto účely chápány jako relevantní (viz seznam použité literatury).

Odlíšné přístupy lze zvolit i při klasifikaci identifikovaných stěžejních charakteristik. Pro účely této analýzy byly rozlišeny tyto **čtyři základní okruhy charakteristik**:

1. individuální charakteristiky osoby se zdravotním postižením,
2. individuální charakteristiky pečujících osob (jedna z charakteristik sociálního prostředí osoby se zdravotním postižením),
3. další charakteristiky sociálního prostředí a
4. charakteristiky institucionálního prostředí.

1. Individuální charakteristiky osoby se zdravotním postižením:

- pohlaví¹⁷
- věk¹⁸
- typ postižení¹⁹ a jeho dopady na životní situaci jedince
- míra postižení²⁰

¹⁷ Pohlaví je důležitou charakteristikou, na základě níž se mohou potřeby osob se zdravotním postižením v různých ohledech lišit. Na druhou stranu všechny služby by měly být koncipovány tak, aby dokázaly vyjít vstříc potřebám osob se zdravotním postižením obou pohlaví. Pokud pro to neexistují žádné zvláštní důvody, neměly by tedy být služby poskytovány na specializovaných odděleních nebo být poskytovány kvalitativně odlišným způsobem mužům a ženám (větší specializace služeb s ohledem na pohlaví může nastat v některých specifických případech, například v případě zdravotních služeb, psychiatrické léčby apod., ale i v těchto případech by měl být standardem spíše přístup, kdy je služba určena mužům a ženám a rozdíly v poskytování se mohou projevit v podstatě až jako důsledek individuálního přístupu pracovníků k uživatelům služby).

¹⁸ Věkové kategorie je vhodné stanovit tak, aby bylo možné do více skupin rozlišit osoby do 18 let věku a do dvou až tří skupin osob v produktivním věku a osoby ve věku 65 a více let. Z důvodu zajištění srovnatelnosti s některými dalšími daty může být vhodné také použití věkových kategorií používaných v Registru poskytovatelů sociálních služeb. (tj. věkové kategorie do 1 roku, 1-6 let, 7-10 let, 11-15 let, 16-18 let, 19-26 let, 27-64 let, 65-80 let, nad 80 let) nebo využití patnáctiletých věkových kategorií použitých ČSÚ ve Výběrovém šetření zdravotně postižených osob (ČSÚ 2007).

¹⁹ V návaznosti na publikaci Zdravotní postižení a pomáhající profese (Michalík a kol. 2011) lze rozlišit podle typu postižení např. tyto skupiny osob se zdravotním postižením: osoby s mentálním postižením nebo duševní poruchou, osoby s tělesným postižením, osoby se zrakovým postižením, osoby se sluchovým postižením či osoby s narušením komunikační schopnosti. Toto rozlišení nicméně předpokládá další podrobnější dělení uvedených skupin osob. Velmi časté je dělení na osoby s tělesným postižením, smyslovým postižením (zrakové, sluchové, mentální postižení), osoby s psychickou poruchou a osoby s kombinovaným postižením.

²⁰ Záměrně zde není používáno spojení stupeň postižení, popřípadě stupeň závislosti, které asociují, respektive přímo odkazují na pojem stupeň závislosti, jak je chápán v zákoně o sociálních službách v souvislosti s přiznáním příspěvku na péči. Označení „míra

- míra stability současné zdravotní situace²¹, krátkodobá, střednědobá, případně i dlouhodobá prognóza vývoje zdravotní situace
- způsobilost k právním úkonům, respektive omezení této způsobilosti nebo zbavení způsobilosti
- schopnost péče o vlastní osobu a při vyřizování běžných životních situací
- orientace osoby v jejím sociálním prostředí a schopnost navazování kontaktů a jednání s jejím sociálním prostředím
- možnosti uplatnění osoby na trhu práce
- výše příjmu z výdělečné činnosti
- přiznaný invalidní důchod a výše invalidního důchodu
- okruh přiznaných dávek státní sociální podpory a sociální pomoci
- výše příjmu ze všech pobíraných dávek státní sociální podpory a sociální pomoci
- celková příjmová situace

2. Individuální charakteristiky pečujících osob²²

- věk pečující osoby
- typ příbuzenského či jiného vztahu k osobě se zdravotním postižením
- zdravotní stav pečující osoby
- fyziologické a psychické předpoklady pro poskytování péče osobě se zdravotním postižením (včetně otázek emoční stability, psychohygieny, aktivit realizovaných za účelem prevence syndromu vyhoření, motivace, hodnotového či spirituálního zakotvení)
- znalosti a dovednosti potřebné pro poskytování péče osobě se zdravotním postižením
- ekonomická aktivita pečující osoby
- okruh přiznaných dávek státní sociální podpory a sociální pomoci, pokud je pečující osoba jejich oprávněným příjemcem
- výše příjmu ze všech pobíraných dávek státní sociální podpory a sociální pomoci, pokud je pečující osoba jejich oprávněným příjemcem
- celková příjmová situace pečující osoby

postižení“ je zde použito, protože nemá úzkou spojitost pouze s určitým způsobem chápání funkčního omezení souvisejícího se zdravotním postižením. Důvodem použití tohoto spojení je právě snaha označit míru omezení souvisejících se zdravotním postižením v pokud možno co nejvíce obecné rovině.

²¹ Nižší stabilitu zdravotní situace lze předpokládat např. u osob s některými duševními poruchami.

²² Více k tomu viz MPSV 2013b.

3. Další charakteristiky sociálního prostředí:

- skladba rodiny, jejímž je osoba se zdravotním postižením členem
- přístup rodiny k jejímu členu se zdravotním postižením
- počet členů rodiny, kteří osobě se zdravotním postižením poskytují podporu a pomoc, popřípadě se střídají při jejich poskytování (nemusí se jednat pouze o poskytování péče ve smyslu zákona o sociálních službách, ale i o další formy podpory a pomoci)
- příjmová a sociální situace rodiny osoby se zdravotním postižením
- přístup osob žijících v nejbližším okolí osoby se zdravotním postižením (sousedé, komunita) k této osobě
- počet dalších osob v okolí osoby se zdravotním postižením (sousedé, komunita), které jí poskytují podporu a pomoc (nemusí se jednat pouze o poskytování péče ve smyslu zákona o sociálních službách, ale i o další formy podpory a pomoci)
- dostupnost a správnost informací, které jsou pro osoby se zdravotním postižením významné, a přístup k nim na důležitých místech (obecní úřady, pobočky Úřadu práce, vzdělávací instituce apod.)
- dostupnost a kvalita služeb (nejen sociálních služeb) pro osoby se zdravotním postižením komunitního typu
- programy a služby (nejen sociální služby) podporující osoby poskytující osobám se zdravotním postižením podporu a pomoc, (specializované služby pro pečující osoby, především odlehčovací služby, odborné sociální poradenství)
- dostupnost a kvalita služeb (nejen sociálních služeb) pro osoby se zdravotním postižením, které nemají komunitní charakter
- dostupnost odpovídajících možností pracovního uplatnění pro osoby se zdravotním postižením
- dostupnost a odpovídající kvalita bydlení, které vyhovuje potřebám OZP (bezbariérovost, speciální úpravy apod.)
- místní a architektonická (bezbariérovost) dostupnost dalších veřejných služeb
- místní, architektonická (bezbariérovost) a finanční dostupnost komerčních služeb a veřejných služeb poskytovaných za úhradu

4. Charakteristiky institucionálního prostředí

a) Systémové předpoklady poskytování sociálních služeb a neformální podpory a pomoci

- výše úhrad za využívání služeb sociální péče
- zákonné podmínky pro poskytování sociálních služeb
- financování sociálních služeb z veřejných, případně jiných zdrojů
- obecnější podmínky pro poskytování neformální péče, nárok na poskytnutí příspěvku na péči a podmínky pro jeho využívání

b) Systém sociálního zabezpečení

- podmínky pro přiznání či změnu invalidního důchodu
- způsob určování výše invalidního důchodu
- podmínky pro přiznání, změnu či odejmutí dávek sociální pomoci a podmínky pro jejich využívání (příspěvek na péči, dávky sociální pomoci určené osobám se zdravotním postižením)
- podmínky pro přiznání a využívání dávek sociální pomoci zaměřených na podporu mobility osob se zdravotním postižením
- podmínky pro přiznání a využívání dávek sociální pomoci podporujících bydlení osob se zdravotním postižením
- výše relevantních dávek sociální pomoci
- podmínky pro poskytnutí zvláštních či kompenzačních pomůcek určených osobám se zdravotním postižením

c) Trh práce a zaměstnanost

- programy podporující uplatnění osob se zdravotním postižením na trhu práce
- regulace trhu práce zamezující diskriminaci související se zdravotní situací osob se zdravotním postižením
- regulace trhu práce týkající se pracovních podmínek pro osoby se zdravotním postižením

d) Další charakteristiky institucionálního prostředí

- inkluzivní vzdělávací programy a specializované vzdělávací programy pro osoby se zdravotním postižením
- dopravní infrastruktura
- dostupnost veřejné dopravy (bezbariérové přístupy, odpovídající možnosti dopravního spojení)
- regulace umožňující parkování osobám se zdravotním postižením v místě jejich bydliště a u budov, v nichž jsou poskytovány veřejné služby a významné komerční služby
- regulace architektonických řešení u nově stavěných budov
- architektonická dostupnost (bezbariérovost) veřejných služeb
- připravenost osob reprezentujících instituce veřejné správy na odpovídající způsob komunikace a interakcí s osobami se zdravotním postižením.

Uvedené rozlišení stěžejních charakteristik životní situace osob se zdravotním postižením nicméně nelze chápat jako jediné možné. S ohledem na značný počet uvedených charakteristik (a často také vzhledem k jejich značné tematické šíři) je také velmi obtížné, ne-li nemožné, zohlednit všechny.

Vyjmenované charakteristiky navíc mohou mít velmi rozdílný **význam pro celkovou životní situaci osoby se zdravotním postižením**. Zatímco u některých osob může mít určitá charakteristika zcela zásadní vliv na jejich celkovou životní situaci (např. dobrá místní a architektonická dostupnost veřejných a komerčních služeb pro osoby využívající komunitní služby), v jiných případech může být vliv této charakteristiky na celkovou životní situaci jedince jen minimální (tytéž skutečnosti v případě osoby, která využívá ústavní služby). Význam jednotlivých charakteristik se také může velmi dynamicky měnit. Hodnocení významu určité charakteristiky je navíc otázka značně individuální a záleží proto nejen na tom, jak výrazně se příslušná charakteristika do životní situace „objektivně“ promítá, ale především na percepci významu této charakteristiky samotným jedincem (v některých případech může být do značné míry určující také její hodnocení dalšími osobami).

Stěžejní charakteristiky životní situace zároveň **není možné hodnotit izolovaně**, protože mezi nimi jsou velmi četné vazby, často se vzájemně podmiňují a ovlivňují nebo teprve jejich společné působení ovlivňuje celkovou životní situaci osob se zdravotním postižením. Význam určité stěžejní charakteristiky pro celkovou životní situaci se také do značné míry odvíjí od významu dalších relevantních charakteristik a míry jejich vlivu na celkovou životní situaci. I v případě charakteristik životní situace, které lze považovat za naprosto zásadní, se tak může jejich vliv na celkovou životní situaci osob se zdravotním postižením výrazně lišit.

Příkladem může být schopnost pečující osoby poskytovat osobě se zdravotním postižením podporu a pomoc. Podpora a pomoc, kterou poskytují pečující osoby, je obecně bezpochyby velmi významnou charakteristikou životní situace osob se zdravotním postižením (jejich sociálního prostředí) a její výrazná změna se tak nejspíše znatelně promítne i do celkové životní situace osoby se zdravotním postižením nebo do řady dalších významných charakteristik její životní situace. Nicméně je třeba zdůraznit právě slovíčko *nejspíše*, protože i význam této skutečnosti pro celkovou životní situaci osob se zdravotním postižením závisí na významu řady dalších okolností (např. na přístupu dalších osob v okolí osoby se zdravotním postižením a jejich reakci na změnu schopností pečující osoby atd.). Ani u této charakteristiky životní situace osob se zdravotním postižením proto nelze říci, „jak moc je stěžejní“ a jak výrazně se do jejich životní situace promítne. I v tomto případě je nadále nutné předpokládat lišící se intenzitu a také kvalitu vlivu této charakteristiky na celkovou životní situaci osob se zdravotním postižením.

Všechny doposud uvedené souvislosti lze shrnout konstatováním, že **celková variabilita životních situací osob se zdravotním postižením je velmi vysoká**. Důvodů této situace je hned několik: životní situace osob se zdravotním postižením se odvíjí od velmi širokého okruhu různých charakteristik (jež lze rozlišit více různými způsoby), význam těchto charakteristik se velmi často liší nejen u různých osob a u téže osoby v různých časových obdobích, ale závisí často velmi výrazně také na významu dalších důležitých charakteristik.

Pro účely rozlišení tří modelových životních situací (respektive rozhodovacích momentů – viz kapitola 5), sledovaných v dalším textu, proto bylo zohledněno již pouze několik vybraných proměnných a i u nich byly sledovány pouze vybrané hodnoty. Výběr sledovaných modelových situací a volba jednotlivých charakteristik u vybraných parametrů se odvíjely především od otázky, v jakých situacích mohou nejspíše vyvstat důvody pro rozhodování o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci. Jako takové byly vnímány především dvě základní situace: situace dospělé osoby doposud využívající služby komunitního typu, které hrozí, že tyto služby nebude moci dále využívat v odpovídajícím rozsahu, a situace rodiny s ročním dítětem se zdravotním postižením. Jako účelné se ukazovalo, sledovat samostatně také třetí modelovou situaci, kdy se o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci rozhoduje dospělá osoba se zdravotním postižením doposud využívající služby, které nemají komunitní charakter. Tuto modelovou situaci bylo možné vnímat jako do značné míry komplementární k první uvedené modelové situaci, ale obě tyto modelové situace rozhodně nebyly totožné.

Kromě těchto ústředních charakteristik sledovaných modelových situací byly ve všech třech případech přesněji specifikovány také některé další charakteristiky, bez jejichž vyjasnění by byl popisovaný rozhodovací moment natolik neurčitý, že by nebylo možné analyzovat sociální a ekonomické dopady rozhodnutí (zahrnoval by současně dvě či více diametrálně odlišných charakteristik, jež nelze sledovat současně). Zároveň ale autoři sledované rozhodovací momenty charakterizovali prostřednictvím poměrně malého počtu charakteristik, aby sledované modelové situace měly alespoň v některých ohledech obecnější charakter a nejednalo se o velmi úzce specifikované životní situace týkající se pouze určité velice specifické skupiny osob se zdravotním postižením.

Základní vymezení všech tří životních situací, okruh dalších sledovaných proměnných i konkrétní sledované situace („hodnotu proměnných“) autoři stanovili ve spolupráci se zadavatelem. Hlavní sledované charakteristiky vybraných modelových situací lze shrnout následovně (podrobnější informace viz charakteristika jednotlivých sledovaných rozhodovacích momentů):

- **Okruh služeb či forem podpory a pomoci, které osoba doposud využívala:** Jeden případ reprezentoval služby komunitního typu, jeden služby, které nemají komunitní charakter,²³ a v jednom případě bylo toto hledisko bezpředmětné;
- **Věk osoby se zdravotním postižením:** Ve dvou případech osoby ve věku 25-30 let; v jednom případě roční dítě se zdravotním postižením;
- **Stupeň závislosti na péči jiné fyzické osoby (ve smyslu zákona o sociálních službách):** ve všech třech případech se jednalo o osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby ve třetím stupni (těžká závislost);
- **Věk a zdravotní stav rodičů:** Tyto dvě okolnosti významně ovlivňují možnosti rodičů poskytovat jejich potomkovi potřebnou péči. Lze předpokládat, že schopnost intenzivně o někoho pečovat s věkem klesá a že věk se projevuje i na celkovém zdravotním stavu rodičů. U osob se zdravotním postižením, které dosud využívaly neformální péči poskytovanou rodiči, mohou být věk a zdravotní stav rodičů důležitými motivy k rozhodování o změně okruhu využívaných služeb a formách podpory či pomoci. Podstatná je ale tato okolnost i v situaci, kdy se osoba doposud využívající ústavní služby rozhoduje změnit okruh využívaných služeb. V tomto případě lze předpokládat, že rodiče v případě změny okruhu využívaných služeb a forem podpory či pomoci nezačnou osobě se zdravotním postižením poskytovat výrazně více péče než v předchozím období (to lze předpokládat s ohledem na to, že osobě se zdravotním postižením péči nezajišťovali doposud a schopnost péči poskytovat s rostoucím věkem spíše ubývá);
- **Způsob nakládání s příspěvkem na péči:** Na jedné straně může nastat situace, kdy jsou z příspěvku na péči hrazeny primárně náklady na využívané sociální služby (ať už ústavní nebo komunitní služby). Druhou možnou situací je, že osobě se zdravotním postižením poskytuje podporu a pomoc fyzická osoba a nikoliv registrovaný poskytovatel sociální služby a osoba z příspěvku na péči hradí náklady spojené s jejich poskytováním. Oba tyto přístupy lze kombinovat. U obou dospělých osob byla předpokládána první popsána varianta. Důvodem jsou uvedené souvislosti týkající se věku jejich rodičů: u osob ve věku 25 – 30 let bude věku rodičů přibližně 50-60 let. V tomto věku již mohou být jejich schopnosti poskytovat podporu a pomoc omezené nebo lze předpokládat snížení těchto schopností v budoucnu. V případě obou dospělých osob se zdravotním postižením tak bylo předpokládáno, že ve větším nebo v plném rozsahu využívají sociální služby (nikoliv podporu či pomoc poskytovanou blízkými osobami) a

²³ Přičemž v obou těchto případech byla role neformální péče při poskytování podpory a pomoci této osobě vnímána spíše jako doplňková – viz dále.

že se ve sledovaných modelových situacích rozhodují o okruhu využívaných služeb²⁴ (a ne obecněji o okruhu využívaných forem podpory a pomoci²⁵). U ročního dítěte je způsob využití příspěvku na péči odlišný podle toho, jaký okruh služeb dítě (nebo rodina) využívá. V případě služeb, které nemají komunitní charakter, byl příspěvek na péči chápán primárně jako částka, ze které jsou hrazeny tyto služby. V případě využívání služeb komunitního typu byl příspěvek na péči chápán jako jeden z příjmů rodiny, z něhož rodina dítěti hradí potřebné služby;

- **Skladba a vybrané klíčové charakteristiky rodiny osoby se zdravotním postižením:** S ohledem na výše uvedené souvislosti bylo potřebné tuto charakteristiku blíže specifikovat pouze u dítěte se zdravotním postižením.²⁶ Tuto rodinu tvořili otec, matka, dítě se zdravotním postižením, a jeden sourozenec ve věku 6-10 let, který navštěvuje základní školu nebo do ní v brzké době nastoupí. Otec byl považován za ekonomicky aktivní osobu, matka byla aktuálně ekonomicky neaktivní (mateřská dovolená). Příjem rodiny byl chápán jako součet příjmu otce (při průměrné výši výdělků) a příjmu matky (průměrná výše dávek státní sociální podpory a sociální pomoci). V případě využívání služeb komunitního typu byl součástí příjmu rodiny také příspěvek na péči, který byl přiznán jejich dítěti.

Od dalších charakteristik bylo s vědomím určitého zjednodušení odhlédnuto, protože při zvoleném přístupu nebylo možné sledovat více modelových situací, což by zahrnutí většího počtu sledovaných proměnných předpokládalo.

²⁴ Tj. mezi službami komunitního typu a službami, které nemají komunitní charakter.

²⁵ Tj. mezi využíváním sociálních služeb podle zákona o sociálních službách a využíváním podpory a pomoci poskytované osobami v jejich okolí (neformální péči).

²⁶ U obou dospělých osob bylo předpokládáno, že se rodiče výrazněji nezapojují do poskytování podpory a pomoci osobě se zdravotním postižením a že tato osoba má oddělený rozpočet od rozpočtu svých rodičů.

5 Rozhodování o využívaných službách či formách podpory a pomoci

Situace, ve které se osoba se zdravotním postižením či jiná osoba rozhoduje o okruhu využívaných služeb či formách podpory, se výrazně odvíjí od celkové životní situace jedince (respektive různých jejích stěžejních charakteristik), ale nelze jí rozhodně chápat pouze jako určitou variantu životní situace. Z tohoto důvodu je pro toto rozhodování vhodné používat odlišný pojem, který zdůrazní určitou odlišnost tohoto rozhodování oproti kategorii „životní situace“. Pro tyto účely bylo zvoleno spojení **rozhodovací moment**, které zdůrazňuje a umožňuje objasnit některé odlišné aspekty než kategorie životní situace.

Rozhodovací momenty se ale v řadě ohledů od životní situace odvíjejí velmi výrazně a určuje je velmi široký okruh značně různorodých charakteristik promítajících se do životní situace osoby se zdravotním postižením (viz kapitola 4). Vzhledem k tomu mohou také rozhodovací momenty nabývat velmi rozmanitých podob a není možné provést jejich vyčerpávající výčet. Pro rozhodovací moment je dále příznačné také to, že v důsledku určitého rozhodnutí se mohou změnit i některé další stěžejní charakteristiky životní situace, které nebyly při samotném rozhodování o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci chápány jako určující nebo zohledněny.

Dále je pro rozhodovací moment charakteristické, že rozhodování o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci nevychází jen ze stávající životní situace, ale zohledňuje také očekávání jedince ve vztahu k jeho budoucí životní situaci. **Rozhodovací moment tak charakterizuje nejen stávající životní situace, ale také dvě či více alternativních očekávání jejího vývoje.** Při charakteristice rozhodovacího momentu je proto potřebné věnovat pozornost stávající životní situaci i všem alternativním **očekávaným životním situacím**. Rozhodovací moment totiž nelze dostatečně charakterizovat pouze srovnáním alternativních očekávaných životních situací, protože to neumožňuje dostatečně porozumět životní situaci, ve které rozhodování probíhá. Neúplné je ale také porovnání výchozí životní situace pouze s jednou očekávanou životní situací. Při takovém postupu by nemohly být zohledněny veškeré okolnosti, které se v rozhodovacím momentu projevují a mohou výsledek rozhodnutí ovlivnit.

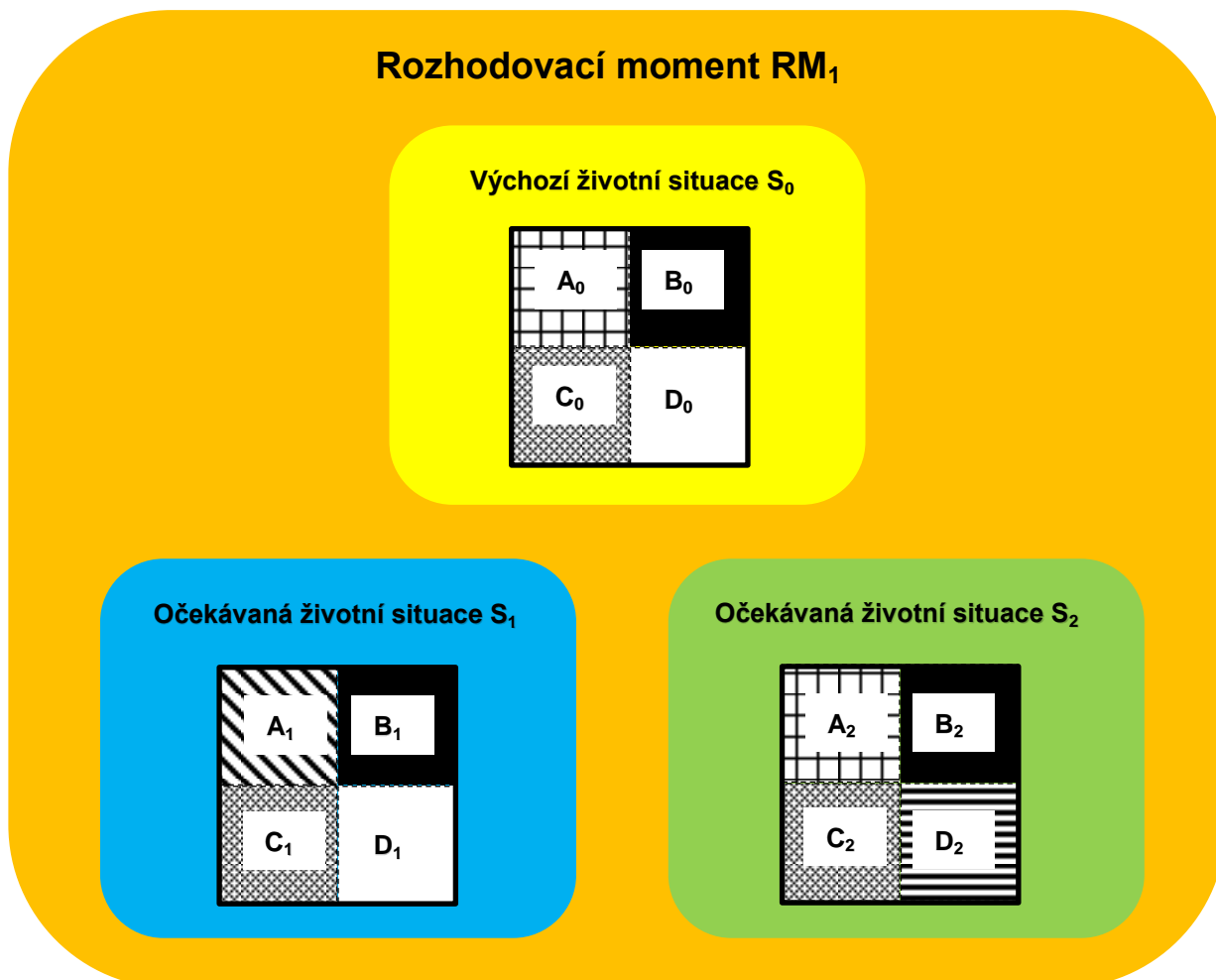
U výchozích i očekávaných životních situací je při charakteristice rozhodovacího momentu potřebné sledovat **shodný okruh vybraných stěžejních charakteristik**, aby bylo možné

- a. sledovat, které stěžejní charakteristiky se v očekávaných životních situacích nejvýrazněji mění ve srovnání s výchozí životní situací (respektive u nich lze očekávat nejvýraznější změnu),
- b. používat stejná měřítka při porovnávání výchozí životní situace a očekávaných životních situací,
- c. identifikovat stěžejní charakteristiky, ve kterých se mezi sebou liší jednotlivé identifikované očekávané životní situace a
- d. poměřovat srovnatelným způsobem všechny sledované očekávané životní situace.

V diagramu 1 je schematicky znázorněn rozhodovací moment, při kterém jsou předmětem rozhodování dvě očekávané životní situace (očekávaná životní situace S_1 a očekávaná životní situace S_2). Očekávané životní situace S_1 a S_2 i výchozí životní situace S_0 jsou charakterizovány prostřednictvím čtyř stěžejních charakteristik (A, B, C, D), z nichž první (stěžejní charakteristika A) se mění u první očekávané životní situace S_1 , poslední (stěžejní charakteristika D) u druhé životní situace S_2 a další dvě (stěžejní charakteristiky B a C) se ani v jedné z očekávaných životních situací oproti výchozí životní situaci S_0 nijak nemění. Výchozí životní situace S_0 se tak od první očekávané životní situace S_1 liší

pouze v charakteristice A, rozdíl mezi výchozí životní situací S_0 oproti druhé očekávané životní situaci S_2 spočívá pouze v charakteristice D a obě očekávané životní situace S_1 a S_2 se sebe liší v obou těchto charakteristikách.

Diagram 1 - Schématické znázornění rozhodovací momentu se dvěma variantami očekávaných životních situací, které mohou nastat v důsledku učiněného rozhodnutí



Zdroj: Autorské schéma.

Pozn.: Písmena A-D označují charakteristiky, které lze vnímat jako stěžejní charakteristiky u některé ze sledovaných životních situací, a jsou tak stěžejními charakteristikami pro celý rozhodovací moment RM_1 . Stěžejními charakteristikami výchozí životní situací přitom mohly být pouze některé z nich. Naopak při rozhodování o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci nemusely být zohledněny veškeré stěžejní charakteristiky výchozí životní situace, ale pouze ty, které jsou pro toto rozhodování významné.

Významným rysem rozhodování o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci je dále také to, že toto rozhodování je velice často reakcí na změny některých stěžejních charakteristik výchozí životní situace nebo k němu dochází v situaci, kdy lze významné změny určité stěžejní charakteristiky výchozí životní situace očekávat. **Změna určité stěžejní charakteristiky životní situace nebo její očekávání jsou velice častým předpokladem či motivem pro rozhodování o okruhu využívaných**

služeb či formách podpory a pomoci. Rozhodně ale nejsou jeho nezbytnou podmínkou a rozhodovací moment může nastat i tehdy, pokud je životní situace osoby stabilní a žádné její stěžejní charakteristiky se v daném okamžiku nijak výrazně nemění. Kategorie rozhodovací moment ukazuje, že ani „kontinuální“ varianta nemusí být (a zpravidla ani není) zcela totožná s výchozí životní situací a že je tak žádoucí mezi sebou porovnat i tyto dvě životní situace, respektive, že nelze vycházet pouze ze srovnání výchozí situace s variantou, ve které dojde ke změně okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci.

Provedená obecná charakteristika rozhodovacího momentu ukazuje, že tato analytická kategorie je důležitá pro ucelený přístup k hodnocení jednotlivých životních situací sledovaných v rámci příslušného rozhodovacího momentu a také že umožňuje charakterizovat základní vztahy mezi těmito životními situacemi. Z těchto důvodů byla tato kategorie východiskem při dalším vymezení a charakteristice vybraných modelových situací a sledované modelové situace byly přiblíženy právě s využitím zde popsané analytické kategorie rozhodovací moment.

6 Postup výběru rozhodovacích momentů a jejich hodnocení

6.1 Všeobecné charakteristiky sledovaných rozhodovacích momentů

Ve všech třech sledovaných modelových situacích byly vyhodnocovány sociální a ekonomické dopady dvou alternativních rozhodnutí týkajících se okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci, respektive dvou očekávaných životních situací, ve které může rozhodnutí o této důležité otázce vyústit.

V prvním a druhém modelovém případě byla sledována situace dospělých osob se zdravotním postižením, u kterých byl právě okruh doposud využívaných služeb či forem podpory a pomoci jejich nejvýznamnější (nikoli však nutně jedinou) odlišností. V obou těchto případech odkazovala první očekávaná životní situace (S_1) k pokračujícímu užívání doposud využívaných služeb či forem podpory a pomoci („kontinuální“ varianta) a druhá očekávaná životní situace (S_2) se vztahovala k situaci po rozhodnutí změnit okruh využívaných služeb či forem podpory a pomoci (varianta změny). V případě osob se zdravotním postižením žijících v přirozeném sociálním prostředí se tak označení „situace S_1 “ týkalo setrvání v tomto prostředí, naproti tomu v případě osob se zdravotním postižením využívajících pobytové sociální služby, které nemají komunitní charakter, označení „situace S_1 “ odkazovalo na pokračující využívání těchto služeb. V případě posledního sledovaného rozhodovacího momentu byly sociální a ekonomické dopady sledovány u ročního dítěte se zdravotním postižením. V tomto případě bude označení „situace S_1 “ odkazovat k situaci po rozhodnutí rodičů dítěte poskytovat mu péči v jeho přirozeném prostředí a označení „situace S_2 “ k situaci, kdy dítěti budou poskytovány služby, které nemají komunitní charakter.

Rozlišení obou alternativních situací dle okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci zohledňuje pouze jednu z řady relevantních stěžejních charakteristik životní situace osob se zdravotním postižením a v rámci tohoto rozlišení lze i nadále předpokládat značnou rozmanitost různých životních situací osob se zdravotním postižením.²⁷ Všechny tři dále sledované rozhodovací momenty tak sice umožňují v některých důležitých ohledech modelovat dopady rozhodnutí o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci v příslušných typizovaných životních situacích, rozhodně ale nemohou postihnout celkovou variabilitu sledovaného fenoménu a nelze je automaticky vnímat jako převažující nebo typické.

Při další analýze byly u každého z těchto tří rozhodovacích momentů nejprve přiblíženy jejich hlavní charakteristiky a sociální dopady rozhodnutí o okruhu využívaných služeb. V návaznosti na to byly vyhodnoceny ekonomické dopady tohoto rozhodnutí. Následně byly nastíněny ekonomické dopady týkající se vybraných institucionálních systémů, a to společně pro všechny sledované rozhodovací momenty.

²⁷ Z tohoto důvodu byly zohledněny také některé další stěžejní charakteristiky životní situace osoby se zdravotním postižením. Pokud to situace umožnila, byly mezi tyto další stěžejní charakteristiky u všech tří vybraných modelových rozhodovacích momentů řazeny takové, které mohou být příznačné nebo nejvíce obvyklé pro každou z výše uvedených typů situací (skladba rodiny, výše příjmu rodiny apod.). Část charakteristik byla zvolena cíleně se záměrem zaměřit se na určitou vybranou skupinu osob se zdravotním postižením, respektive životních situací (stupeň závislosti na péči další fyzické osoby). Některé charakteristiky (např. typ postižení) naopak blíže specifikovány nebyly a rozhodovací moment byl charakterizován v tomto ohledu pouze v obecné rovině. V tomto případě měly uváděné poznatky obecnější povahu a nevztahovaly pouze k určité skupině osob se zdravotním postižením nebo životních situací.

6.2 Hodnocení sociálních dopadů rozhodnutí

V dalším textu jsou postupně sledovány tyto tři vybrané rozhodovací momenty, přičemž u každého jsou nejprve přiblíženy jejich hlavní charakteristiky a sociální dopady rozhodnutí o okruhu využívaných služeb a následně je věnována samostatná pozornost ekonomickým dopadům. Nejprve je přiblíženo vymezení rozhodovacího momentu a jeho rámcová charakteristika. Vybrané rozhodovací momenty jsou tak v dalším textu nejprve přiblíženy z těchto pěti hledisek:

- přehled stěžejních charakteristik rozhodovacího momentu,
- přiblížení okolností motivujících ke kontinuálnímu užívání doposud využívaných služeb či forem podpory a pomoci,
- srovnání nové životní situace, ve kterou vyústí rozhodnutí pro „kontinuální“ variantu, s výchozí životní situací,
- přiblížení okolností motivujících ke změně okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci,
- srovnání nové životní situace, ve kterou vyústí rozhodnutí změnit okruh využívaných služeb či forem podpory a pomoci, s oběma výše zmíněnými životními situacemi.

Sledování těchto souvislostí současně umožnilo rámcově zachytit nejvýznamnější sociální dopady rozhodnutí o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci a pomáhá nastítnit dynamiku jejich vývoje.

6.3 Hodnocení ekonomických dopadů rozhodnutí

Ekonomické dopady určité stěžejní charakteristiky nemusejí být pouze kladné či záporné, ale mohou být také neutrální. Obecně tak lze konstatovat, že ekonomický rozměr mají všechny významné charakteristiky sociální situace a sociální dopady rozhodnutí (osoby se zdravotním postižením či jiných osob) o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci. U některých charakteristik sociální situace a sociálních dopadů rozhodnutí jsou možnosti vyhodnocení jejich ekonomického dopadu vyjádřeného číselně velmi limitované a lze je nanejvýš odhadovat (často navíc jen velmi rámcově a se značným rizikem chyby), i tyto charakteristiky však ekonomický rozměr bezpochyby mají. U části charakteristik sociální situace a sociálních dopadů rozhodnutí je jejich ekonomický rozměr jejich nedílnou a často významnou součástí a jejich ekonomické dopady je možné vyhodnocovat přímo. Toto však neplatí o všech sledovaných charakteristikách a sociálních dopadech.

Podobně jako v případě sociálních charakteristik životní situace osob se zdravotním postižením a sociálních dopadů rozhodnutí lze rozlišovat **tři základní okruhy ekonomických charakteristik**: charakteristiky týkající se přímo jedince, jeho sociálního prostředí nebo relevantních institucionálních systémů zaměřených na poskytování podpory a pomoci osobám se zdravotním postižením (srov. kapitola 3).

Některé ekonomické charakteristiky jsou relevantní pro více než jednu z těchto úrovní. V případě individuálních ekonomických charakteristik a ekonomických charakteristik týkajících se sociálního prostředí jedince jde v takovém případě o v zásadě totožnou ekonomickou charakteristiku sledovanou ze dvou odlišných perspektiv. Není jí tedy účelné sledovat opakovaně. Ekonomické charakteristiky, které se týkají současně institucionálních systémů i některé z obou dalších úrovní, je naopak potřebné sledovat

na obou úrovních samostatně, protože na každé z těchto úrovní je jejich význam zpravidla zcela odlišný.²⁸ Ekonomické charakteristiky není potřebné rozlišit odděleně pro jednotlivé sledované rozhodovací momenty, ale je možné a účelné jejich společné vymezení.

V určitých případech (především se to týká institucionálních systémů) je ekonomický rozměr daného sociálního jevu či systému stěžejní a lze hovořit přímo o určitém *ekonomickém subsystému*. Spojení **ekonomická charakteristika** tak je v dalším textu používáno jak pro označení ekonomických charakteristik určitého sociálního jevu nebo systému, tak v případech, kdy by bylo z jazykových důvodů patrně přesnější právě spojení ekonomický subsystém. Obě tato spojení jsou v dalším textu chápána jako v zásadě pojmové ekvivalenty a odkazují na:

- a) oblasti vyznačující se tím, že jsou souhrnem různých (a často i poměrně různorodých) položek, s nimiž jsou spojeny příjmy a/nebo, výdaje (případně náklady) určité osoby nebo určitého systému a
- b) okolnosti, které přímo ovlivňují okruh a výši příjmů či výdajů určité osoby nebo určitého systému nebo se promítají do možností jejich správy či rozhodování o nich.

Hlavní **ekonomické charakteristiky osoby se zdravotním postižením** lze rozlišit následovně²⁹:

- příjmová situace, z toho:
 - příjmy z výdělečné činnosti,
 - dávky státní sociální podpory,
 - výše invalidního důchodu, pokud je osobě se zdravotním postižením přiznán,
 - výše příspěvku na péči, jehož je osoba se zdravotním postižením či jiná oprávněná osoba příjemcem,
 - výše příjmů osoby se zdravotním postižením z dalších dávek sociální pomoci (jednorázových i opakovaných),
- možnosti využívání služeb poskytovaných bezplatně, z toho
 - sociální služby,
 - zdravotní služby
 - vzdělávací služby

²⁸ Například výdajem na sociální službu je pro osobu se zdravotním postižením úhrada této služby, zatímco z hlediska institucionálního prostředí je výdajem na sociální službu celková nákladovost příslušné služby.

²⁹ Následující výčet byl specifikován primárně ve vztahu k dospělé osobě se zdravotním postižením, v případě dětí se zdravotním postižením proto mohou být některé formulace nepřesné, v zásadě však lze říci, že v poněkud upravené podobě jej lze použít i na situaci rodin s dítětem se zdravotním postižením.

- výdaje na uspokojení běžných životních potřeb, z toho
 - stravování,
 - ošacení,
 - bydlení,
 - poštovné a výdaje na telefonní či elektronickou komunikaci,
 - dojíždka do zaměstnání,
 - dopravní náklady spojené s nákupem běžných životních potřeb nebo vyřizováním úředních záležitostí,
 - ostatní (zajištění chodu domácnosti, běžná údržba movitých a nemovitých zařízení),
- výdaje na zvláštní či kompenzační pomůcky,
- výdaje na speciální úpravy motorového vozidla, bytu apod.,
- výdaje na využívání služeb, které jsou poskytovány za úhradu, z toho
 - sociální služby,
 - zdravotní služby
 - vzdělávací služby
- výdaje na dopravu spojené s využíváním služeb, z toho
 - sociální služby,
 - zdravotní služby (včetně lékařských prohlídek apod.),
 - vzdělávací služby a školská zařízení,
- způsob využívání příspěvku na péči (zda jsou ze získané částky hrazeny sociální služby nebo je poskytnuta pečující osobě a v jaké výši).

S ohledem na značnou odlišnost životní situace osob se zdravotním postižením podle toho, zda využívají služby komunitního typu nebo služby, které nemají komunitní charakter, bylo potřebné sledovat téměř všechny uvedené hlavní **individuální ekonomické charakteristiky**. Výjimkou byl pouze poslední uvedený bod, který se sice mohl v obou variantních situacích lišit, nicméně představuje velice specifickou tematickou oblast, která se tématu této analýzy týká již spíše zprostředkovaně a jejíž ucelené zhodnocení přesahuje možnosti této analýzy (více viz např. Markent, VÚPSV nedatováno a,b).

Výdaje na dopravu, které jsou spojeny s využíváním služeb, byly společně s dalšími výdaji zahrnuty mezi výdaje na uspokojení běžných životních potřeb, protože nebylo možné ani účelné sledovat odděleně (na tomto místě jsou uvedeny odděleně především s cílem odlišit tento typ výdajů od výdajů na úhradu využívaných služeb). Sloučeny a společně vyhodnoceny byly také výdaje na speciální či kompenzační pomůcky a výdaje na úpravy motorového vozidla, bytu apod.

Okruh sledovaných individuálních ekonomických charakteristik je nicméně i tak velmi široký. Za této situace by nejhodnějším postupem pro zhodnocení nákladovosti rozhodnutí o okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci byla realizace tematicky zaměřeného empirického šetření mezi osobami se zdravotním postižením, které by reprezentovaly vybrané modelové situace. Zpracování empirického šetření ale nebylo součástí této projektové aktivity a vyčíslení nákladovosti sledovaných individuálních charakteristik tak bylo založeno na shromáždění, případně vyhodnocení existujících údajů a odhadu či orientačních výpočtech u chybějících údajů.

Oporou pro vyčíslení nákladovosti sledovaných položek tak byly v některých případech fixní (např. zákonem stanovené částky), v jiných případech byla výsledná částka vypočtena nebo pouze odhadnuta na základě statistických údajů, údajů o výši úhrad za sociální služby (podle údajů o struktuře financování sociálních služeb a jejich kapacitě v roce 2009 uvedených v žádostech o poskytnutí dotace na rok 2011) apod. Částky uvedené u jednotlivých sledovaných ekonomických charakteristik je proto třeba vnímat primárně jako odhady reprezentující pouze jednu ze zpravidla více možných variant, přičemž autoři zvolili variantu, u které předpokládali, že nastane v nejvíce obvyklé situaci. Nejdůležitějším vodítkem pro určení nejvíce pravděpodobné varianty byly získané nebo vypočtené průměrné hodnoty na jednu osobu. V případě, že se takovéto údaje nepodařilo získat, zohlednili autoři při stanovení výsledné částky vlastní zkušenosti a odhady, které vzájemně konzultovali.

Mezi různými odhadnutými částkami jsou proto poměrně výrazné rozdíly z hlediska toho, jakou měl provedený odhad oporu v jiných údajích a nakolik byly tyto údaje pro odpovídající odhad využitelné. U jednotlivých odhadnutých částek se tak může velmi lišit i pravděpodobnost, že uvedená částka bude reprezentovat nejvíce obvyklou situaci. To přirozeně nemění nic na tom, že všechny tři dále popsané rozhodovací momenty (respektive tři v rámci nich popisované životní situace) budou i nadále určitými modelovými situacemi, na kterých lze ilustrovat nejvýznamnější trendy. Je ale zároveň zřejmé, že takto popsané trendy rozhodně nepředstavují ověřený odhad a. Jinými slovy, nejedná se o deskripci konkrétních situací, ale o modely, s jejichž pomocí jsou ilustrovány tři ze své podstaty hypotetické situace, které by patrně bylo žádoucí ověřit v dalších empirických šetřeních.

Stěžejní **ekonomickou charakteristikou sociálního prostředí** jsou kapacity pečující osoby, rodiny a sociálního prostředí obecně poskytovat osobě se zdravotním postižením neformální péči. Jejich poskytování totiž výrazně snižuje potřebu využívání sociálních služeb poskytovaných za úhradu a v důsledku toho i výdaje, které osoba se zdravotním postižením na tyto služby vynakládá. Tato ekonomická charakteristika se tak promítá do výše výdajů osoby se zdravotním postižením, současně má ale i zřetelné sociální dopady, kdy výrazným způsobem spoluurčuje charakter využívaných služeb i forem podpory a pomoci. Na úhradu péče zajišťované pečující osobou je určen příspěvek na péči, způsob využívání tohoto příspěvku však je primárně chápán jako individuální ekonomická charakteristika, protože o něm ve většině případů rozhoduje osoba, které byl přiznán (viz výše).

U sledovaných rozhodovacích momentů byly v případě očekávaných variantních situací předpokládány zásadní změny především v okruhu využívaných služeb a v případě obou variant očekávané životní situace bylo předpokládáno, že se míra neformální podpory a pomoci poskytované osobě se zdravotním postižením výrazněji měnit nebude (srov. závěrečná část čtvrté kapitoly a kapitoly 7.1, 8.1 a 9.1). Z tohoto důvodu bylo též možné předpokládat, spíše malé změny u ekonomických charakteristik, které by se týkaly výhradně sociálního prostředí. Při následující analýze od ekonomických charakteristik týkajících se sociálního prostředí odhlédnuto.

Na úrovni institucionálního prostředí lze za hlavní ekonomické charakteristiky a ekonomické subsystémy považovat především:

- daňové příjmy z výdělečné činnosti,
- vybrané pojistné v systému sociálního pojištění,
- pojistné události hrazené ze systému sociálního pojištění, z toho
 - starobní důchod,
 - invalidní důchod,
 - vdovský, vdovecký a sirotčí důchod,
 - peněžitá pomoc v mateřství,
 - ošetřovné,
 - vyrovnávací příspěvek,
 - nemocenská,
- vybrané pojistné v systému zdravotního pojištění,
- pojistné události hrazené ze systému zdravotního pojištění,
- dávky státní sociální podpory, z toho
 - přídavek na dítě,
 - příspěvek na bydlení,
 - rodičovský příspěvek,
 - porodné,
 - pohřebné,
- dávky sociální pomoci, z toho
 - příspěvek na péči,
 - dávky pomoci v hmotné nouzi,
 - další dávky a věcná plnění určená osobě se zdravotním postižením uvedené v kapitole 3,
- dávky pěstounské péče³⁰, z toho

³⁰ Do 31.12.2012 tyto dávky náležely mezi dávky státní sociální podpory podle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. Příslušná ustanovení v zákoně č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře byla zrušena zákonem č. 401/2012, kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Legislativní úprava týkající se dávek pěstounské péče byla tímto zákonem zařazena do zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí (s účinností k 1.1.2013, s výjimkou vybraných ustanovení nabývajících účinnosti ke dni vyhlášení ve sbírce zákonů, tj. k 27.11.2012). S nabytím účinnosti uvedeného zákona tak dávky pěstounské péče již nepatří mezi dávky státní sociální podpory.

- příspěvek na úhradu potřeb dítěte,
- odměna pěstouna,
- příspěvek při převzetí dítěte,
- příspěvek na zakoupení osobního motorového vozidla,
- příspěvek při ukončení pěstounské péče,
- poskytování zvláštních či kompenzačních pomůcek oprávněným příjemcům mimo systém sociální pomoci,
- neinvestiční náklady na provoz sociálních služeb, z toho
 - sociální služby komunitního typu,
 - sociální služby, které nemají komunitní charakter,
- investiční náklady na provoz sociálních služeb, z toho
 - sociální služby komunitního typu,
 - sociální služby, které nemají komunitní charakter,
- poskytování či financování dalších veřejných služeb týkajících se životní situace osob se zdravotním postižením, z toho
 - zdravotní služby,
 - vzdělávací služby a programy,
 - služby komunitního typu, které nejsou sociálními službami podle zákona o sociálních službách,
- programy podporující uplatnění osob se zdravotním postižením na trhu práce,
- prostředky vynakládané na veřejnou dopravu, zajištění bezbariérových spojů a architektonické úpravy u veřejných budov,
- poskytování finančních prostředků různým subjektům, které realizují programy zaměřené na podporu pečujících osob.

S výjimkou oblasti sociálních služeb nebylo možné u uvedených charakteristik provést dostatečně podrobné rozборы (i v tomto případě se tyto rozборы omezily pouze na několik nejvýznamnějších otázek). Důvodem byla skutečnost, že případné změny se zpravidla dotýkaly pouze několika parametrů výše nastíněných ekonomických subsystémů a současně nebyly při srovnání obou situací k dispozici odpovídající údaje, na základě kterých by bylo možné vlivy rozhodnutí na příslušný ekonomický subsystém přesněji zhodnotit. V této souvislosti je potřebné zmínit také to, že i při existenci a možnosti využití odpovídajících datových zdrojů lze souvislost mezi určitými trendy a okruhem využívaných služeb či forem podpory a pomoci prokazovat jen obtížně. Vyhodnocení přímo samotného vztahu mezi určitým rozhodnutím a jeho dopadem na různé institucionální subsystémy lze v podstatě z povahy věci vyloučit.

Z těchto důvodů se další analýza zaměřila pouze na nastínění nejdůležitějších vývojových trendů, které lze očekávat v závislosti na tom, jaký okruh služeb či forem podpory a pomoci osoba se zdravotním postižením využívá. Tyto otázky byly sledovány již pouze v souvislosti s několika obecnějšími kategoriemi, které však výše uvedené institucionální subsystemy zahrnují (sociální služby, zaměstnanost, sociální zabezpečení). Vyhodnocení jiných než uvedených oblastí (další veřejné služby) překračovalo rámec této analýzy a nebylo předmětem dalšího hodnocení. Vzhledem k odlišnému přístupu, než jaký byl použit při vyhodnocení individuálních ekonomických charakteristik, byla těmto otázkám věnována samostatná kapitola, pojednávající možné trendy vývoje v uvedených oblastech obecněji a společně pro všechny sledované modelové situace.

Co se týče okruhu údajů a poznatků využitých při hodnocení ekonomických charakteristik týkajících se institucionálního prostředí, způsobu jejich využití i jejich limitů platí i v tomto případě okolnosti popsané již v souvislosti s individuálními charakteristikami. V důsledku značného zúžení sledované oblasti v této části analýzy se provedené odhady nákladů opíraly o existující údaje pouze v případě subsystemu sociálních služeb (využity byly údaje o struktuře financování sociálních služeb a jejich kapacitě v roce 2009 uvedené v žádostech o poskytnutí dotace na rok 2011). Při hodnocení dalších dvou sledovaných oblastí (tj. zaměstnanosti a systému sociálního zabezpečení) již byly východiskem pro hodnocení pouze základní předpokládané trendy a nebylo možné využít jako opory žádné tematicky relevantní údaje.

7 Dospělá osoba se zdravotním postižením doposud využívající služby, které nemají komunitní charakter

7.1 Vymezení a rámcová charakteristika rozhodovacích momentů včetně nástinu nejvýznamnějších sociálních dopadů rozhodnutí

7.1.1 Základní charakteristiky výchozí životní situace

Sociální a ekonomické dopady rozhodnutí o okruhu využívaných služeb u dospělé osoby se zdravotním postižením, která doposud využívala služby, které nemají komunitní charakter, ilustruje příklad rozhodovacího momentu s těmito **stěžejními charakteristikami**:

- Osoba je ve věku 25-30 let;
- Doposud využívala především pobytové sociální služby, které nemají komunitní charakter, jiné druhy sociálních služeb byly využívány spíše jako doplňkové (více viz kapitola 7.2.1);
- Osoba se zdravotním postižením je závislá na péči jiné fyzické osoby ve třetím stupni (těžká závislost) a je příjemcem příspěvku na péči ve vyšší odpovídající třetímu stupni závislosti na péči jiné osoby;
- Prognóza zdravotního stavu osoby se zdravotním postižením nepředpokládá jeho náhlé zhoršení nebo postupné zhoršování v blízké budoucnosti³¹;
- Příspěvek na péči využívá v celé výši k úhradě nákladů na využívané sociální služby (tj. primárně z této dávky nehradí náklady, které vznikají osobě, která by jí poskytovala podporu a pomoc);
- Osoba se zdravotním postižením projevuje zájem o přechod k využívání sociálních služeb komunitního typu (případně v kombinaci s poskytováním neformální péče, její podíl však patrně bude s ohledem na předpoklady uvedené v závěru čtvrté kapitoly nejvýše doplňkový);
- Služby komunitního typu a služby, které nemají komunitní charakter, jsou pro osobu se zdravotním postižením dostupné přibližně ve srovnatelné míře;
- V případě této výchozí situace připadá v úvahu také varianta setrvání osoby u doposud využívaných služeb, které nemají komunitní charakter, přičemž se ale jejich charakter promění v souvislosti s procesem jejich transformace (deinstitucionalizace, humanizace služeb). Tato otázka není v dalším textu vyhodnocována, protože přesahuje cíl i možnosti této práce: dostupná data neumožňují její vyhodnocení způsobem, který by byl srovnatelný s jinými sledovanými situacemi.³² Možnost, že dojde k transformaci doposud využívaných služeb nicméně představuje velice důležitou okolnost a je potřebné jí vést v patrnosti, jako třetí možnou variantu změny výchozí životní situace (kromě změny okruhu využívaných služeb a změny rozsahu využívání neformální péče). Tato analýza se tedy nezaměřuje výhradně na hodnocení dopadů rozhodnutí o okruhu využívaných služeb proto, že by její autoři považovali možnost transformace těchto služeb za málo důležitou (jako důležitou ji lze vnímat jak z hlediska systému sociálních služeb, tak z hlediska situace osob se zdravotním postižením). Důvodem je

³¹ Rozbor modelové situace, kdy je prognóza opačná, již překračuje možnosti tohoto materiálu. Bezpochyby ale jde o velmi významnou situaci, která by měla být v souvislosti s úvahami o možnostech transformace sociálních služeb či tvorbě koncepce transformace rovněž zohledněna, protože pro tvorbu uceleného funkčního systému sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením je významná minimálně stejně jako zde sledované modelové situace.

³² Pro její odpovídající vyhodnocení by bylo nezbytné přesně identifikovat ekonomické a sociální charakteristiky ve vztahu k ústavním a komunitním sociálním službám (v pojetí používané v metodice projektu Podpora transformace sociálních služeb), které by byly v dané modelové situaci sledovány.

především to, že v tomto případě nelze odpovídajícím způsobem vyčíslit a vyhodnotit ekonomické dopady této varianty (současně by bylo potřebné velmi výrazně specifikovat i sociální dopady těchto změn a sledovanou modelovou situaci by tak bylo nutné značně specifikovat a v mnoha směrech zúžit).

7.1.2 Využívání služeb, které nemají komunitní charakter (kontinuální varianta)

Při pokračujícím využívání služeb, které nemají komunitní charakter, bude **očekávaná životní situace** velmi podobná výchozí popsané životní situaci. Obě situace patrně ale nebudou zcela totožné. Z výše uvedených charakteristik se může oproti výchozí situaci změnit dostupnost nabídky služeb komunitního typu, což bude podnětem uvažování o změně okruhu využívaných služeb. Tuto motivaci k rozhodování lze očekávat spíše, než motivaci, která by vyplývala ze změny situace nebo postojů rodičů osoby se zdravotním postižením. Vzhledem k věku rodičů totiž není tato změna příliš pravděpodobná a nelze příliš očekávat, že by oni sami mohli poskytovat svému potomkovi výraznější podporu a pomoc než doposud. Lze předpokládat také to, že možnosti rodičů poskytovat potomkovi péči vlastními silami byly patrně i doposud spíše omezené a že s touto skutečností patrně do značné míry souviselo již dřívější rozhodnutí využívat právě služby, které nemají komunitní charakter. S přibývajícím věkem rodičů přitom nelze očekávat, že by se dosavadní předpoklady pro poskytování péče vlastními silami výrazněji zlepšily.³³

V případě rozhodnutí setrvat u využívání služeb, které nemají komunitní charakter, se tedy celková životní situace osoby se zdravotním postižením oproti výchozí situaci změní jen velmi málo.

³³ Právě z těchto důvodů je v dalším textu věnována pozornost rozhodování o okruhu využívaných služeb (tj. otázce, zda jsou využívány služby komunitního typu nebo služby, které nemají komunitní charakter) a nikoliv rozhodování o formě poskytované podpory a pomoci (tj. zda tuto podporu a pomoc zajišťují profesionální poskytovatelé sociálních služeb nebo jí je poskytuje jiná osoba). I v tomto případě může v okrajových případech nastat situace (značné zlepšení příjmové situace původní rodiny umožňující a možnost jednoho z rodičů poskytovat osobě se zdravotním postižením podporu a pomoc - neformální péči), ve které bude zvažována druhá uvedená otázka. Nicméně spíše než rozhodování o okruhu využívané podpory a pomoci lze v souvislosti s využíváním služeb, které nemají komunitní charakter, předpokládat, že bude zvažován okruh využívaných služeb. Otázka rozsahu poskytování neformální péče zároveň přesahuje zaměření této analýzy a nebude zde proto sledována. Stejně tak v dalším textu nejsou uvedeny možné motivace nebo změny situace, které by ovlivňovaly rozsah poskytované neformální péče.

7.1.3 Využívání služeb komunitního typu (varianta změny)

Motivací k rozhodnutí **změnit okruh využívaných služeb** (tj. využívat služeb, které nemají komunitní charakter) mohou být některé z následujících skutečností:

- nespokojenost osoby se zdravotním postižením se životní situací, která se odvíjí od využívání služeb, které nemají komunitní charakter, nebo vnímání těchto služeb jako určitého provizoria, které osoba se zdravotním postižením neumožňuje uspokojit její potřeby odpovídajícím způsobem,
- individuální charakteristiky osoby se zdravotním postižením, její zkušenosti a motivace, respektive změny těchto charakteristik související s aspiracemi příznačnými pro toto věkové období,
- zlepšení možností využívání (nabídky, dostupnosti, návaznosti) služeb komunitního typu nebo jejich kvality,
- individuální plán sjednaný společně se sociálním pracovníkem, který je zaměstnancem doposud využívané sociální služby, případně rozhodnutí o transformaci ústavního zařízení,
- možnosti a schopnosti osoby se zdravotním postižením orientovat se v běžném sociálním prostředí za předpokladu nezhoršující se prognózy jejich zdravotního stavu,
- zhoršení dostupnosti či kvality doposud využívaných pobytových sociálních služeb, které nemají komunitní charakter.

Rozhodnutí změnit okruh využívaných služeb se do celkové životní situace osoby se zdravotním postižením promítne velmi výrazně. **Zásadní změnou** bude především právě samotná změna okruhu využívaných služeb, v jejímž důsledku lze očekávat, že se patrně zvýší celková kvalita života osoby se zdravotním postižením v této modelové situaci. Sociální služby dostupné v potřebné kapacitě a také jejich finanční dostupnost jsou v tomto případě základním předpokladem pro úspěšné zvládnutí života jedince se zdravotním postižením v novém prostředí.

Za pozornost stojí ale také některé **další významné dopady** na životní situaci osoby se zdravotním postižením. Kromě toho, že se patrnělepší možnosti uspokojení některých psychických a sociálních potřeb, lze v tomto případě očekávat také rozšíření potřeb v určitých oblastech (v souvislosti s oblastí dostupnosti různých služeb, respektive vlastní mobility apod.). Další změny se patrně budou týkat různých nově vzniklých potřeb a nároků, které lze spojovat např.:

- s životem osoby se zdravotním postižením ve vlastní domácnosti a překážkami, které mohou vyplývat z materiálních a technických parametrů domácnosti nebo nejbližšího okolí bydliště,
- běžným fungováním domácnosti po jejím vytvoření nebo po změně jejího uspořádání,
- potřebou vyhledání a využívání odpovídajících služeb komunitního typu.

Souhrnně lze tedy konstatovat, že životní situace očekávaná v případě tohoto rozhodnutí bude diametrálně odlišná jak ve srovnání s výchozí životní situací, tak ve srovnání s očekávanou „kontinuální“ životní situací.

7.2 Ekonomické dopady rozhodnutí o okruhu využívaných služeb a nejvýznamnější náklady a přínosy podle typu využívaných služeb

7.2.1 Specifikace okruhu doposud využívaných sociálních služeb

V rámci metodiky projektu Podpora transformace sociálních služeb jsou v případě naplnění dalších kritérií (srov. kapitola 3) jako ústavní služby chápány domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře a chráněné bydlení. Tyto čtyři druhy sociálních služeb se liší v mnoha různých ohledech a při hodnocení jedné modelové situace je proto není vhodné sledovat všechny zároveň, protože využívání kterékoli z těchto čtyř služeb se do celkové životní situace osoby se zdravotním postižením promítá velmi výrazně a v rámci jednoho rozhodovacího momentu by byly sledovány diametrálně odlišné a velmi těžko srovnatelné situace.

V případě této modelové situace již dále nebyla věnována pozornost domovům se zvláštním režimem (ty jsou určeny specifické skupině uživatelů sociálních služeb a analýza by se v tomto případě zaměřila na modelovou situaci týkající se pouze úzce vymezené skupiny osob se zdravotním postižením). Jako služba, která nemá komunitní charakter, nebylo chápáno ani chráněné bydlení (podle metodiky projektu jej za určitých okolností lze také řadit mezi ústavní služby).

Hlavní důvody byly, že chráněné bydlení uspokojuje pouze určitý okruh potřeb osob se zdravotním postižením (především bydlení a s ním spojené otázky, ale nejedná se pouze o ně) a na rozdíl od ostatních tří jmenovaných druhů sociálních služeb není jeho záměrem uspokojení veškerých potřeb jedince v zařízení poskytující službu. Tato služba tak více než ostatní tři uvedené předpokládá uspokojování potřeb osoby mimo zařízení poskytující službu. Nejsou-li v tomto případě další potřeby osoby uspokojeny prostřednictvím jiné sociální služby, jsou tedy v tomto případě mnohem více uspokojovány v přirozeném sociálním prostředí. Chráněné bydlení od ostatních služeb odlišuje také to, že nemá pevně stanovený denní program či režim, který by strukturoval okruh aktivit, které osoba během dne vykonává.

Jako **služby, které nemají komunitní charakter**, proto budou dále chápány dva druhy **pobytových sociálních služeb** určené osobám se zdravotním postižením – domovy pro osoby se zdravotním postižením a týdenní stacionáře, přičemž bude předpokládáno, že jde o služby, které svým charakterem odpovídají vymezení ústavní služby v metodice projektu.

První z těchto dvou druhů služeb zajišťuje celoroční pobyty, druhý týdenní pobyty. Ve druhém případě je tak pomoc a podpora osobě se zdravotním postižením poskytována větší měrou v zařízení, nicméně je již určitým způsobem rozdělena mezi službu a sociální prostředí (rodinu) osoby se zdravotním postižením. V důsledku toho jsou u této služby ve srovnání s domovy pro osoby se zdravotním postižením nižší výdaje na sociální službu (jak v případě její nákladovosti, tak v případě úhrad klientů za její využívání). Zároveň ale již není možné uspokojení převážné části potřeb osob se zdravotním postižením v jednom zařízení (jako je tomu u domovů pro osoby se zdravotním postižením). Zajištění potřeb osob se zdravotním postižením mimo toto zařízení je spojeno s dalšími náklady, které musí hradit buďto přímo osoba se zdravotním postižením nebo osoby v jejím okolí.

Mezi oběma jmenovanými druhy sociálních služeb je proto v tomto směru velmi markantní rozdíl a není vhodné je vyhodnocovat společně. Vhodnější je zaměřit se na vyhodnocení sociální služby, při jejímž využívání bude platit předpoklad, že osoba se zdravotním postižením, „*doposud využívala především pobytové sociální služby, které nemají komunitní charakter, jiné druhy sociálních služeb byly využívány spíše jako doplňkové*“ (více viz základní charakteristiky životní situace uvedené v kapitole 7.1.1). Další

text se proto soustřeďuje pouze na situaci, kdy osoba zdravotním postižením využívá sociální službu domovy pro osoby se zdravotním postižením. Na rozdíl od týdenních stacionářů tyto sociální služby nahrazují poskytování podpory v rodině zcela nebo téměř zcela. Zároveň je při využívání této služby (na rozdíl od týdenních stacionářů) také platný předpoklad, že jiné služby jsou využívány pouze jako doplňkové.

Pobytová služba domov pro osoby se zdravotním postižením je uživatelem služby využívána a také hrazena v plném rozsahu (100 %). Současně však může osoba pobývajcí v zařízení poskytujícím tuto službu využívat také některé **další sociální služby poskytované v zařízení**. Využívání jiných druhů sociálních služeb lze ale vnímat pouze jako využívání fakultativních služeb poskytovaných v rámci této sociální služby.³⁴

V případě domova pro osoby se zdravotním postižením lze za takovéto doplňkové sociální služby považovat sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a sociálně terapeutické dílny. V obou případech sledované situaci lépe odpovídá ambulantní forma jejich poskytování než terénní (byť označení formy jako ambulantní nemusí být v některých zařízeních odpovídající). Tyto služby ale může mít registrované pouze část domovů pro osoby se zdravotním postižením a při odhadu nákladovosti služeb využívaných v této modelové situaci je proto nelze zohlednit v plné míře (více viz kapitola 10.1).

7.2.2 Individuální ekonomické charakteristiky výchozí životní situace

Příjmová situace: Pobyt v zařízení poskytujícím služby, které nemají komunitní charakter, nevylučuje vyvíjení pracovních aktivit, které by byly pro osobu se zdravotním postižením zdrojem příjmu. Za více obvyklou ale lze i přesto považovat situaci, kdy osoba využívající těchto služeb z výdělečné činnosti nemá žádné příjmy.³⁵ Výhradní příjmy této osoby tak tvoří invalidní důchod (ve výši přibližně 8 000,- Kč)³⁶ a příspěvek na péči (jeho výše činí ve třetím stupni závislosti na péči další osoby 8 000,- Kč měsíčně). Vzhledem k výši příjmu (invalidní důchod ve výši 8 000,- Kč měsíčně) autoři u této osoby nepředpokládali, že by byla příjemcem dávek pomoci v hmotné nouzi.

³⁴ Do výše úhrady za službu se tato okolnost nepromítala (poskytnutí těchto služeb je součástí úhrady za služby poskytované v domově pro osoby se zdravotním postižením, navíc v tomto případě jsou doprovodnými sociálními službami služby sociální prevence, jež jsou ze zákona poskytovány bezplatně). Nicméně při odhadu průměrné nákladovosti služeb, které nemají komunitní charakter, na jednoho uživatele, je potřebné zohlednit i nákladovost doprovodných služeb.

Při odhadu výše úhrad za službu i nákladovosti služeb byly zohledněny pouze údaje o úhradách za služby, které se převážně zaměřovaly na některou z osmi skupin osob se zdravotním postižením (ze všech v evidenci rozlišovaných skupin osob nebyly do kalkulace zahrnuty pouze služby, které se převážně zaměřovaly na osoby s chronickým onemocněním).

³⁵ U této ekonomické charakteristiky se tato modelová situace poměrně výrazně lišila od komplementární modelové situace (tj. od rozhodování u dospělé osoby využívající služby komunitního typu). Při vymezení konkrétních charakteristik obou modelových situací ale autoři považovali za vhodnější zaměřit se na situace, které lze považovat za pravděpodobnější, i v případě, že se ekonomické charakteristiky obou modelových situací budou v takovém případě výrazněji lišit. Cílem provedené analýzy nebylo, obě modelové situace mezi sebou porovnávat ve všech ohledech totožným způsobem, ale u každé byly sociální a ekonomické dopady vyhodnoceny samostatně. Proto byly u obou sledovaných modelových situací parametry srovnatelné jen v případě, že se tím modelová situace nezužovala na velice specifické a patrně také méně pravděpodobné situace. Zároveň je potřebné uvést, že se v tomto případě rozhodně nejedná o jedinou významnou odlišnost obou modelových situací.

³⁶ Odhad výše invalidního důchodu pro rok 2012 vychází z předpokladu, že osobě se zdravotním postižením byl invalidní důchod přiznán po dosažení věku 18 let, tato osoba před jeho přiznáním nepracovala a dosáhla středoškolského vzdělání. Uvedená výše invalidního důchodu odpovídá výši minimální mzdy v roce 2012.

Měsíční příjmy celkem: 16 000,- Kč

Možnosti využívání služeb poskytovaných bezplatně: Všechny služby (sociální, zdravotní, vzdělávací apod.), které osoba se zdravotním postižením využívá, jsou této osobě poskytovány v zařízení, jehož služby osoba využívá. Nad rámec úhrady za službu domov pro osoby se zdravotním postižením tak uživatel již žádné další služby nehradí. Možnosti uspokojení velmi specifických potřeb mohou být v tomto případě velmi omezené. Některé potřeby se v domovech pro osoby se zdravotním postižením nemohou plně vyjevit (například v souvislosti s mobilitou, vzděláním nebo kontaktem se sociálním prostředím). To do značné míry omezuje nejen možnosti plného uspokojení některých významných potřeb, ale i možnosti rozvoje osobnosti daného jedince. Na druhou stranu v zařízení jsou některé formy podpory a pomoci služeb dostupnější, než by tomu bylo v případě, kdy by osoba se zdravotním postižením žila v přirozeném sociálním prostředí.

Výdaje na uspokojení běžných životních potřeb: Většina těchto potřeb je zajišťována v zařízení. Nicméně k uhrazení výdajů na tyto potřeby (např. ošacení, výdaje na telefonní služby apod.) může osoba se zdravotním postižením využít také prostředky, které jí zbyly po uhrazení platby za služby v pobytovém zařízení sociálních služeb. Maximální výše těchto úhrad za služby zařízení je výrazně limitována dvěma skutečnostmi zároveň. První z nich představuje regulace maximální výše úhrad za ubytování a stravu (viz v prováděcí vyhláška k zákonu o sociálních službách³⁷). Cenově regulovány nicméně nejsou fakultativní služby poskytované v zařízení. Výše úhrady za poskytované služby je součtem obou těchto částek.

Druhou skutečností, která omezuje výši úhrady od uživatele a přímo ovlivňuje výši prostředků uživatele služby, je to, že každému uživateli služby musí po zaplacení této platby zůstat nejméně 15 % z jeho příjmu, do kterého nebyl započten příspěvek na péči³⁸ (tzn. zůstatek je vypočten důchodu a jiných dávek státní sociální podpory či sociální pomoci). Osoba s příjmem uvedeným v tomto modelovém případě tak může za službu uhradit maximálně 14 800,- Kč.

Ze zákona tak této osobě musí zůstat minimálně 1200,- Kč na úhradu jejích různých potřeb. Vzhledem k tomu, že velká část běžných životních potřeb je zajištěna přímo v zařízení, patrně bude výše výdajů na uspokojení „nezajištěných“ životních potřeb jen v některých měsících dosahovat uvedené maximální částky a bude se tak pohybovat v rozmezí mezi 500,- až 1200,- Kč. Měsíční průměr u tohoto výdaje tak činí cca 900,- Kč měsíčně.

Měsíční výdaje na uspokojení běžných životních potřeb: 900,- Kč

Výdaje na speciální či kompenzační pomůcky nebo speciální úpravy motorového vozidla, bytu apod.: Při pobytu v zařízení poskytujícím služby, které nemají komunitní charakter, nebude většina těchto pomůcek ve vlastnictví osob se zdravotním postižením, ale budou součástí vybavení zařízení nebo je zařízení osobám se zdravotním postižením zapůjčí (jejich údržba bude v takovém případě zajištěna v zařízení). Při využívání služeb tohoto typu také lze u osob se zdravotním postižením předpokládat výrazně menší potřebu pořízení a využívání některých specializovaných pomůcek. Náklady na tyto pomůcky tak lze při využívání těchto služeb v zásadě pominout. Při využívání zde sledovaného

³⁷ Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

³⁸ Ten je k úhradě sociálních služeb určen a služba je proto z něho uhrazena přednostně, do příjmů osoby se proto ze zákona ani nezapočítává (viz odstavec 4 ustanovení § 71 zákona o sociálních službách, podle něhož se příjmem osoby „pro účely úhrady rozumí příjmy podle zákona o životním a existenčním minimu, s výjimkou příspěvku [na péči]“, a odstavec 5 ustanovení § 7 zákona č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, podle něhož se za příjem „nepovažuje příspěvek na péči, část sociálního příplatku a příspěvku na úhradu potřeb dítěte náležející ze zdravotních důvodů, dávky sociální péče poskytované vzhledem ke zdravotnímu stavu a zvláštní příspěvek k důchodu podle zvláštních právních předpisů“).

druhu sociální služby nejsou výdaje na úpravu motorového vozidla nebo bytu relevantní.

Měsíční výdaje na speciální či kompenzační pomůcky nebo provedení úprav: 0,- Kč

Výdaje na využívání služeb, které jsou poskytovány za úhradu: Osoby se zdravotním postižením mohou využívat sociální služby domovy pro osoby se zdravotním postižením a týdenní stacionáře. Při analýze již byla nicméně pozornost věnována pouze využívání domovů pro osoby se zdravotním postižením (více viz výše). Poskytovatelé těchto služeb mohou mít registrovány i některé další sociální služby, nebo provozovat služby, které svým zaměřením odpovídají určitému druhu sociální služby, ale nejedná se o registrovanou sociální službu, podle zákona o sociálních službách. (Může se jednat např. o sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny nebo služby s obdobným charakterem, které nejsou sociální službou). Význam těchto služeb lze chápat pouze jako doplňkový a nejde o hrazené služby.

Výše úhrad za služby, které nemají komunitní charakter, na jednoho uživatele byla odhadnuta s využitím údajů o struktuře financování sociálních služeb a jejich kapacitě v roce 2009 uvedených v žádostech o poskytnutí dotace na rok 2011. Nejprve byla u domovů pro osoby se zdravotním postižením³⁹ odhadnuta **průměrná výše úhrad na jednoho uživatele.**^{40, 41}

Průměrná výše úhrad na jednoho uživatele (při započtení prostředků, které jsou uživateli hrazeny prostřednictvím příspěvku na péči) činila v domově pro osoby se zdravotním postižením 12 800,- Kč měsíčně.⁴² Vzhledem k cenové regulaci, kdy každému uživateli sociální služby musí zbýt minimálně 15 % z jeho příjmu (bez příspěvku na péči) nicméně lze předpokládat, že tato částka nebude představovat maximální v zařízení stanovenou výši úhrady. Spíše bude představovat hodnotu nacházející se v rozmezí mezi maximální stanovenou výši úhrady za služby a úhradami od uživatelů služeb s nižším příjmem, kteří hradí ze zákona nižší částku. Odhad stanovené maximální celkové (tj. včetně její části hrazené z příspěvku na péči) výše úhrady za služby proto vycházel z předpokladu, že její výše může být až o pětinu vyšší oproti uvedené průměrné zjištěné hodnotě 12 800,- Kč měsíčně. Při tomto předpokladu by maximální možná výše úhrad za služby činila 15 400,- Kč měsíčně. Vzhledem k výše přiblížené příjmové situaci osoby se zdravotním postižením v této modelové situaci by nicméně maximální výše úhrady pro tuto osobu činila 14 800,- Kč (z jejího příjmu by tak zbylo 1200,- Kč, tj. 15 % z jejího příjmu vyjma příspěvku na péči).

Měsíční výdaje na sociální služby: 14 800,- Kč

Měsíční výdaje na další služby: 0,- Kč

³⁹ U dalších dvou služeb (sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a sociálně terapeutické dílny) je výše úhrady nulová, a to ze dvou důvodů. Jednak tyto služby jsou ze zákona bezplatné a jednak jsou součástí komplexu služeb zajišťovaných v domově pro osobě se zdravotním postižením a ani v případě služeb, jež zpoplatnit lze, není možné od uživatelů domova pro osoby se zdravotním postižením požadovat úhrady za další služby, které zařízení poskytuje.

⁴⁰ S ohledem na zákonnou regulaci výše úhrad nebyly hodnoty získané uvedeným postupem navyšovány o inflaci. Ta by mohla průměrnou výši výdajů za ubytování a stravu zvyšovat pouze v případě, že jsou úhrady za tyto služby nižší než zákonem stanovená maximální cena. Tato možnost je ovšem spíše hypotetická (s ohledem na míru regulace těchto úhrad a výši nákladů těchto zařízení). Inflace se tak mohla promítat pouze do výše úhrad za jiné druhy služeb poskytované v těchto zařízeních (dále jen „fakultativní služby“). Náklady na tyto služby nicméně tvoří zpravidla jen velmi malou část z celkové výše úhrady. Změna, kterou by inflace způsobila u této dílčí položky, by tak měla na celkovou výši úhrad jen zcela zanedbatelný vliv.

⁴¹ Výše vypočtené částky byla zaokrouhlena na celé stovky.

⁴² Výše byla vypočtena z údajů z dotačního řízení, ve kterých není rozlišována část úhrady hrazená z prostředků příspěvku na péči od plateb klientů.

Celkový měsíční součet: 14 800,- Kč

7.2.3 Charakteristika a srovnání variant dle sledovaných ekonomických charakteristik

Užívání doposud využívaných služeb

V případě rozhodnutí využívat i nadále služeb, které nemají komunitní charakter, nedojde u většiny popsaných ekonomických charakteristik (výše příjmu, výše úhrad) k žádné změně nebo lze případné změny považovat za zanedbatelné. Důvodem je to, že pro osobu se zdravotním postižením v této modelové situaci je výše nákladů u téměř všech ekonomických charakteristik nulová (příslušné služby jsou zajišťovány přímo v zařízení) a údaj o výši úhrady se ze zákona odvíjí od příjmu osoby se zdravotním postižením. Ke změně životní situace oproti výchozí životní situaci by tak mohlo dojít pouze při změně parametrů, u nichž je možné předpokládat relativně vysokou stabilitu – výše příspěvku na péči nebo důchodu, maximální možná výše úhrady od uživatelů, maximální podíl výše úhrady k příjmu stanovený poskytovatelem služby, výraznější změna výše nákladů na neregulované fakultativní služby apod.). V tomto případě tak byly do vyčíslení ekonomických dopadů týkajících se osoby se zdravotním postižením i institucionálního prostředí zahrnuty hodnoty uvedené výše.

Motivace k tomu, že se osoba se zdravotním postižením rozhodovala o okruhu využívaných služeb, tak patrně v tomto případě budou mít jiný než finanční základ (změnit se může spíše okruh či kvalita poskytovaných služeb, dostupnost alternativních služeb nebo může dojít k některým významným změnám v sociálním prostředí jedince). Rozdíl mezi výchozí a touto kontinuální situací tak bude spočívat spíše ve změně sociálních charakteristik životní situace jedince než v rozdílných ekonomických charakteristikách jeho situace.

Změna okruhu využívaných služeb

Při změně okruhu využívaných služeb (tj. rozhodnutí začít využívat služby komunitního typu) se zásadním způsobem změní prakticky všechny výše specifikované ekonomické charakteristiky.

Příjmová situace: V této modelové situaci se předpokládá, že dojde ke zvýšení dosavadního příjmu osoby se zdravotním postižením. Jedním z důvodů je možnost získání nároku na poskytování příspěvku na mobilitu (400,- Kč). Druhým významným důvodem očekávaného zvýšení příjmu je předpokládané zvýšení celkových nákladů (více viz dále), při kterém náklady na hrazení sociální služby chráněné bydlení současně přesáhnou 40 % příjmů osoby a celková bilance příjmů a výdajů osoby se zdravotním postižením bude negativní. V důsledku první uvedené skutečnosti vznikne osobě se zdravotním postižením nárok na čerpání příspěvku na bydlení. V důsledku druhé skutečnosti nárok na čerpání doplatku na bydlení.⁴³ S ohledem na aktuálnost opuštění zařízení poskytujícího služby, které nemá

⁴³ Ubytování u služby chráněné bydlení není jeho uživateli sice poskytováno na základě nájemní smlouvy, ale tuto formu bydlení lze považovat za jinou než nájemní formu bydlení (viz <http://www.mpsv.cz/cs/8173>). Nárok na čerpání příspěvku doplatek na bydlení tak může osoba získat i osoba, jejíž příjem osoby dosahuje částek živobytí, ale její příjem nepostačuje k zabezpečení odůvodněných nákladů na bydlení a služby s bydlením bezprostředně spojené (tj. na uhrazení "odůvodněných nákladů na bydlení"). Pro uživatele sociálních služeb domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem a chráněné bydlení přitom platí, že nárok na získání doplatku na bydlení mají i v případě, že nemají nárok na získání příspěvku na živobytí. Současně mají uživatelé těchto služeb nárok na získání doplatku na bydlení i bez splnění podmínky užívání

komunitní charakter, nelze zpravidla předpokládat bezprostřední uplatnění této osoby na otevřeném trhu práce, některé z těchto osob se nicméně mohou uplatnit na chráněném trhu práce (chráněné dílny). V modelové situaci se proto dále předpokládá, že uvedené dávky kompenzující náklady spojené s bydlením dorovnají osobě se zdravotním postižením zvýšené životní náklady oproti výchozí životní situaci v plné míře, tj. budou pokrývat celkové zvýšení nákladů o 2300,- Kč oproti výchozí situaci.

Měsíční příjmy celkem: 18 700,- Kč (více viz také kapitoly 7.2.2 a 8.2.2)

Možnosti využívání služeb poskytovaných bezplatně: Okruh bezplatně poskytovaných sociálních služeb se rozšíří na celou síť sociálních služeb. Rozhodující nicméně není jen všeobecná relevance různých druhů sociálních služeb (podrobněji viz kapitola 8.2.1), ale také jejich místní dostupnost a kapacita.

Výdaje na uspokojení běžných životních potřeb: v této oblasti vzniknou osobě se zdravotním postižením nové výdaje spojené s potřebami, které dosud byly v menší či větší míře uspokojeny v domově pro osoby se zdravotním postižením. Mezi takovéto náklady lze řadit stravování, ošacení, zajištění chodu domácnosti (praní, úklid) a dopravu za službami, které osoba využívá (sociální služby, zdravotní služby, případně další). Lze také předpokládat vznik nových potřeb souvisejících s procesem osamostatnění (tj. s potřebou zvládat větší okruh činností s menší podporou jiných osob či zcela bez podpory). U této ekonomické charakteristiky lze předpokládat nižší výdaje než u osoby využívající služby komunitního typu ve výchozí situaci (viz kapitola 8.2.1), a to s ohledem na předpokládaný větší důraz na uspokojování pouze nejvýznamnějších životních potřeb a na předpoklad odlišných preferencí, pokud jde o rozsah využívání hromadné a individuální osobní dopravy.⁴⁴

Měsíční výdaje na uspokojení běžných životních potřeb: 7000,- Kč (srov. též kapitola 8.2.2)

Výdaje na speciální či kompenzační pomůcky nebo speciální úpravy motorového vozidla, bytu apod.: Výdaje na speciální pomůcky vzniknou nově. Kromě samotné výše výdajů může možnost pořízení těchto pomůcek komplikovat také skutečnost, že osoba se zdravotním postižením může mít menší přehled o možnostech jejich spolufinancování jinými subjekty než osoba, která služby komunitního typu využívala již ve výchozí situaci. Výdaje na speciální úpravy motorového vozidla nelze předpokládat (lze předpokládat výrazněji omezenou možnost vlastní individuální dopravy - nejen co do možnosti samostatně ovládat motorové vozidlo, ale také z hlediska možnosti zajištění odvozu jinou osobou – to odráží předpoklad, že osobě se zdravotním postižením neposkytuje podporu a pomoc ve výraznějším rozsahu její rodina.) Výdaje na úpravu bytu nebyly předpokládány s ohledem na využívání sociální služby chráněné bydlení.

Měsíční výdaje na speciální či kompenzační pomůcky nebo provedení úprav: 1 800,- Kč (srov. též kapitola 8.2.2)

Výdaje na využívání služeb, které jsou poskytovány za úhradu: Jak již bylo uvedeno v souvislosti se službami poskytovanými bezplatně, dojde k celkové změně okruhu využívaných služeb (sníží se výše úhrady za jednu službu a rozšíří se síť využívaných služeb, a to včetně zpoplatněných služeb). Okruh služeb bude v zásadě podobný, jak u osoby, která služby komunitního typu využívala již ve výchozí situaci. Oproti situaci této osoby lze ale (alespoň po určitou dobu bezprostředně po ukončení využívání

bytu v obci, v níž je osoba hlášena k trvalému pobytu (viz <http://www.clovekvpravu.cz/pravo-socialniho-zabezpeceni-301/davky-pomoci-v-hmotne-nouzi-aktualizovano-k-112012-578/doplatek-na-bydleni-579>).

⁴⁴ Naopak ve větším rozsahu (oproti osobám, které služby komunitního typu využívali ve výchozí situaci) mohou být využívány některé sociální služby, a to včetně služeb poskytovaných za úhradu (osobní asistence, pečovatelská služba). Tato otázka se týká až jednoho z dalších bodů - služeb poskytovaných za úhradu (viz dále).

doposud užívaných služeb) předpokládat větší celkový počet využívaných sociálních služeb, přičemž nejvíce se patrně do celkového nárůstu využívaných služeb budou promítat hrazené sociální služby (osobní asistence, pečovatelská služba). Z provedeného vyhodnocení výše úhrad lze odhadovat, že úhrady za sociální služby budou u osob využívajících služby komunitního typu nově na přechodnou dobu vyšší o 500-1 000,- Kč měsíčně (tj. v průměru 800,- Kč).

Měsíční výdaje na sociální služby: 7 900,- Kč

Měsíční výdaje na další služby: 2000,- Kč (k oběma položkám srov. též kapitola 8.2.2)

Celkový měsíční součet: 9 900,- Kč

Srovnání obou variant

Při **pokračujícím využívání služeb**, které nemají komunitní charakter, zůstane osobě se zdravotním postižením určitá (i když velice nízká) částka, kterou bezprostředně nevynaloží, která může tvořit určitou rezervu nebo jí dotyčná osoba může využít k jednorázovým výdajům, spoření apod.⁴⁵

Při **změně okruhu** využívaných služeb (tj. rozhodnutí začít využívat služby komunitního typu) osoby se zdravotním postižením ve sledované modelové situaci se její měsíční příjem zvýší celkem o 2700,- Kč v důsledku získání nároku na čerpání dávek ze systému státní sociální podpory (příspěvek na bydlení) a systému sociální pomoci (příspěvek na mobilitu, doplatek na bydlení), což odráží poměrně výrazný nárůst výdajů, ke kterému patrně v důsledku tohoto rozhodnutí dojde.

Je zjevné, že se – alespoň v době bezprostředně po rozhodnutí využívat služby komunitního typu - výrazně prohloubí závislost osoby na sociálních transferech. Lze přitom předpokládat, že společně s tímto zvýšením významu sociálních transferů pro ekonomickou situaci osoby se zdravotním postižením se oproti výchozí situaci zvýší i míra její nezávislosti na podpoře dalších služeb a osob (především pokud jde o uspokojování potřeb spojených s bydlením).

Samotná ekonomická situace osoby se zdravotním postižením ale bude poměrně napjatá a také značně nejistá. Ani u kontinuální varianty osoba se zdravotním postižením prakticky neměla možnost vytvořit si finanční rezervu. V tomto se tedy obě varianty mezi sebou výrazněji neliší. Nicméně je zřejmé, že při změně okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci je tato skutečnost daleko více významná.

Velmi důležitým předpokladem pro přechod od využívání služeb, které nemají komunitní charakter, ke službám komunitního typu, je dostatečná dostupnost služeb poskytovaných bezplatně tak, aby se mohl snížit rozsah hrazených služeb.⁴⁶ S ohledem na významný podíl chráněného bydlení mezi hrazenými

⁴⁵ S ohledem na to, že při využívání služeb, které nemají komunitní charakter, jsou základní potřeby a velká část dalších potřeb osoby zajištěny a že při využívání těchto služeb má osoba se zdravotním postižením zajištěnou určitou stabilitu své životní situace i v budoucnu, je možné tuto částku chápat spíše jako možnou úsporu než jen jako minimální rezervu pro případ nenadálých životních situací (ty je možné v pobytovém zařízení očekávat daleko méně než při životě v přirozeném sociálním prostředí). Na druhé straně nelze očekávat, že by tato částka mohla být využita pro pravidelné spoření (např. důchodové spoření, shromáždění obnosu pro „startovní investici“ v případě změny okruhu využívaných služeb apod.).

⁴⁶ Nelze očekávat, že by velmi nestabilní ekonomickou situaci po změně okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci mohla dostatečně kompenzovat podpora, kterou může osobě se zdravotním postižením poskytnout její sociální prostředí (poskytnutí obnosu srovnatelného s částkami čerpanými ze systému sociálního zabezpečení by představovalo značný zásah do rozpočtu osob v okolí osoby se zdravotním postižením, výraznější poskytování neformální péče, které by mohlo vést k jeho

službami v této modelové situaci ale tento předpoklad sám o sobě nestačí. Nejvýznamnější otázkou tak je jednoznačně finanční dostupnost služby chráněné bydlení. Z pohledu samotné osoby se zdravotním postižením je přitom bezpochyby vhodnější, když finanční dostupnost této služby umožňují či zvyšují sociální transfery poskytované přímo osobě se zdravotním postižením. Osoba se zdravotním postižením tak má větší jistotu ohledně budoucí dostupnosti této služby, než by tomu bylo v případě regulačních mechanismů a dotačních programů zavedených s cílem udržet výši úhrad uživatelů na nižší úrovni. Z hlediska institucionálních systémů pak lze dotování služby chráněné bydlení (za předpokladu, že nedojde k výrazným změnám výše dotací) a poskytování finančních prostředků přímo osobám se zdravotním postižením považovat za nákladově srovnatelné varianty. V obou případech se ale varianta změny okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci v této modelové situaci ukazuje pro institucionální systémy jako nákladnější varianta, než kontinuální varianta u této modelové situace.

Tabulka 1: Srovnání individuálních ekonomických charakteristik podle okruhu využívaných služeb v Kč měsíčně)

ekonomická charakteristika	kontinuální varianta*	varianta změny**
příjmy	16 000	18 700
výdaje na uspokojení běžných životních potřeb	-900	-7 000
výdaje na speciální či kompenzační pomůcky nebo úpravy motorového vozidla, bytu apod.	0	-1 800
výdaje na využívání služeb, které jsou poskytovány za úhradu	-14 800	-9 900
rozdíl mezi příjmy a výdaji	300	0

* Součty jednotlivých částek uvedených a podrobněji specifikovaných v kapitole 7.2.2.

** Součty jednotlivých částek uvedených a podrobněji specifikovaných v předchozí části kapitoly 7.2.3 (údaje jsou odvozeny od částek uvedených v kapitole 8.2.2, případně 7.2.2, nicméně byly upraveny v návaznosti na okolnosti uvedené v předchozí části kapitoly 7.2.3).

Shrnutí a obecnější zhodnocení zjištěných poznatků

V případě varianty změny byly zjištěny zřetelně vyšší výdaje. Nově je u této varianty potřebné počítat s výdaji na speciální či kompenzační pomůcky a na osobní přepravu (výdaje na úpravu motorového vozidla nebo bytu jsou v případě této modelové situace spíše nepravděpodobné). Výrazně vyšší náklady je třeba předpokládat u výdajů na uspokojení běžných potřeb, nižší naopak u výdajů na využívání služeb, které jsou poskytovány za úhradu.

Systém sociálního zabezpečení je nastaven tak, aby osoba se zdravotním postižením měla i v případě varianty změny možnost uhradit vyšší náklady, které jsou s nově nastalou životní situací spojeny.⁴⁷

snížení, se v tomto srovnání nepředpokládalo).

⁴⁷ Vyšší náklady je třeba spojovat především s vysokými výdaji na využívání služeb poskytovaných za úhradu. Snížení těchto výdajů je sice oproti výchozí situaci zřetelné, ale osobě se zdravotním postižením současně vznikají nebo dále narůstají také další výdaje, přičemž výdaje na využívání sociálních služeb i nadále zůstávají velmi významnou položkou rozpočtu osoby se zdravotním postižením. Na jejich úhradu přitom mohou být využity dávky státní sociální podpory a sociální pomoci, na jejichž čerpání osoba se

Zvýšení nákladů se tak spíše než osoby se zdravotním postižením dotkne institucionálních systémů (dávky ze systému státní sociální podpory a ze systému státní pomoci) a přechod k využívání služeb komunitního typu v této modelové situaci zatíží spíše veřejné rozpočty než rozpočet osoby se zdravotním postižením. Je ale potřebné současně reflektovat i to, že osoba se zdravotním postižením se při rozhodnutí využívat služby komunitního charakteru ocitne ve finančně méně jisté situaci, jejíž zvládnutí předpokládá daleko větší orientaci v existujících možnostech podpory a pomoci. Nezbytným předpokladem umožňujícím využívání služeb komunitního typu je proto především to, zda osoba se zdravotním postižením může získat relevantní informace nebo podporu od sociálních pracovníků či dalších odborných pracovníků organizací poskytujících sociální nebo jiné služby.

Popsané ekonomické dopady na rozpočtovou bilanci osoby se zdravotním postižením zároveň není možné vnímat izolovaně od dalších důležitých souvislostí. V první řadě totiž v tomto případě nedochází pouze ke změně ekonomických charakteristik, ale zcela zásadním způsobem se mění i sociální charakteristiky životní situace osoby se zdravotním postižením a výrazně se zlepšuje kvalita života těchto osob (více viz kapitola 7.1.3). Druhou klíčovou okolností, již je potřebné zohlednit, jsou dopady rozhodnutí využívat služby komunitního typu na relevantní institucionální systémy. Jak přitom ilustruje kapitola 10, která se právě tomuto tématu věnuje, tyto dopady lze jednoznačně vnímat jako přínosy.

V závěru této kapitoly je vhodné ještě opakovaně připomenout, že výše nastíněné souvislosti vyplynuly pouze z vyhodnocení vybrané modelové situace. V případě jiných vstupních parametrů (např. jiná výše příspěvku na péči a dalších příjmů, míra zapojení sociálního prostředí do poskytování neformální podpory a pomoci, okruh využívaných služeb atd.) může být velmi odlišná situace v obou sledovaných variantách. Z uvedeného modelového případu tak rozhodně nelze vyvozovat, že z rozhodnutí dospělé osoby doposud využívající služby, které nemají komunitní charakter, o změně okruhu využívaných služeb budou vždy vyplývat výše popsané ekonomické dopady. Uvedené souvislosti se týkají pouze modelového případu se zvolenými stěžejními charakteristikami. I přesto, že se nejedná o zcela všeobecné trendy, ale lze předpokládat, že řada výše ilustrovaných trendů je nebo může být příznačná pro rozhodování některých dospělých osob, které doposud využívaly služby, které nemají komunitní charakter.

zdravotním postižením má nárok. V případě dalších výdajů nelze očekávat, že by jejich výši bylo možné dále snížit: u výdajů na uspokojení běžných životních potřeb jsou možnosti jejich snížení minimální, zvýšení vlastních příjmů by bylo možné za předpokladu vlastní výdělečné činnosti osoby se zdravotním postižením, tedy patrně ne bezprostředně po ukončení využívání služeb, které nemají komunitní charakter.

8 Dospělá osoba se zdravotním postižením doposud využívající služby komunitního typu

8.1 Vymezení a rámcová charakteristika rozhodovacích momentů včetně nástinu nejvýznamnějších sociálních dopadů rozhodnutí

8.1.1 Základní charakteristiky výchozí životní situace

Sociální a ekonomické dopady rozhodnutí o okruhu využívaných služeb⁴⁸ u dospělé osoby se zdravotním postižením využívající služby komunitního typu, jejíž životní situace se mění a uvažuje proto o uchýlení se k užívání služeb, které nemají komunitní charakter, ilustruje příklad rozhodovacího momentu s těmito **stěžejními charakteristikami**:

- Osoba je ve věku 25-30 let;
- Osoba se zdravotním postižením je závislá na péči jiné fyzické osoby ve třetím stupni (těžká závislost) a je příjemcem příspěvku na péči ve výši odpovídající třetímu stupni závislosti na péči jiné osoby;
- Prognóza zdravotního stavu osoby se zdravotním postižením nepředpokládá jeho náhlé zhoršení nebo postupné zhoršování v blízké budoucnosti;
- Doposud využívala pobytovou službu chráněné bydlení a široký okruh dalších ambulantních a terénních služeb (více viz kapitola 8.2.1);
- Podporu rodiny využívala spíše minimálně, příspěvek na péči využívá primárně jako zdroj prostředků sloužící k úhradě nákladů na využívané sociální služby (tj. primárně z této dávky nehradí náklady, které vznikají osobě, která by jí poskytovala podporu a pomoc).
- Mohou se zhoršit možnosti užívání (nabídka, dostupnost, návaznost apod.) doposud využívaných služeb komunitního typu nebo se snížit jejich kvalita.

8.1.2 Využívání služeb komunitního typu (kontinuální varianta)

V souvislosti s **pokračujícím užíváním doposud využívaných služeb** (tj. služeb komunitního typu) lze předpokládat, že v žádné z uvedených charakteristik nedojde k výraznější změně, případně, že poslední uvedená charakteristika nebude natolik významná, aby se osoba se zdravotním postižením rozhodla pro změnu okruhu využívaných služeb. Dalšími důvody, které mohou vést k tomuto rozhodnutí, je vyhodnocení změn, které by provázely alternativní rozhodnutí, respektive dopadů alternativního rozhodnutí na celkovou životní situaci osoby se zdravotním postižením (viz dále).

Očekávaná životní situace bude v tomto případě velmi podobná výchozí popsané životní situaci. Obě situace patrně ale nebudou zcela totožné, protože důvodem nastolení otázky, zda setrvat u doposud využívaných služeb, bude nejspíše určitá změna či očekávání změny. Z výše uvedených charakteristik se nejvýznamněji mohou oproti výchozí situaci změnit možnosti využívání (nabídka, dostupnost,

⁴⁸ S ohledem na snahu o větší srovnatelnost s předchozí modelovou situací je i v tomto případě sledováno pouze rozhodování o okruhu využívaných služeb, jakkoli primárně zvažovanou variantou změny bude spíše zvážení rozsahu zapojení rodiny či dalších osob do poskytování neformální péče (tj. obecněji rozhodování o využívané formě podpory a pomoci). Tato obecnější otázka by nicméně vyžadovala samostatné vyhodnocení a nebyla by srovnatelná s dříve sledovanou modelovou situací. V dalším textu proto není s vědomím určitého zjednodušení sledována. Pozornost je věnována pouze (v praxi patrně většinou spíše až následnému) rozhodování o okruhu využívaných služeb.

návaznost) služeb komunitního typu nebo jejich kvalita. V případě tohoto rozhodnutí se tedy celková životní situace osoby se zdravotním postižením změní oproti výchozí životní situaci jen velmi málo.

8.1.3 Využívání služeb, které nemají komunitní charakter (varianta změny)

Důvodem k **rozhodnutí změnit okruh využívaných služeb** (tj. začít využívat služeb, které nemají komunitní charakter) mohou být některé z následujících skutečností:

- Zhoršení zdravotního stavu osoby se zdravotním postižením nebo prognóza zhoršujícího se zdravotního stavu této osoby a s tím spojený nárůst významu pobytových služeb nebo vyšší nároky na pečující osoby⁴⁹;
- Stoupající věk rodičů a s tím spojená různá zdravotní omezení nebo náhlé zhoršení zdravotního stavu rodičů. Vzhledem k tomu, že využívání neformální péče má ve sledované modelové situaci spíše doplňkovou úlohu, bude patrně význam této skutečnosti spíše nepřímý, kdy může mít negativní dopad na všeobecný pocit dostatečné opory, kterou osobě se zdravotním postižením osoby v jejím nejbližším okolí poskytují;
- Zhoršení dostupnosti či kvality doposud využívaných služeb komunitního typu a
- Zhoršená ekonomická situace rodiny.

Rozhodnutí změnit okruh využívaných služeb se do celkové životní situace osoby se zdravotním postižením promítne velmi výrazně. **Zásadní změnou** je především právě samotná změna okruhu využívaných služeb, v jejímž důsledku lze očekávat i snížení celkové kvality života a zhoršení možnosti uspokojení některých psychických a sociálních potřeb. Obecně tedy bude životní situace očekávaná v případě tohoto rozhodnutí diametrálně odlišná jak ve srovnání s výchozí životní situací, tak ve srovnání s očekávanou „kontinuální“ životní situací.

⁴⁹ Tato situace může být pro rozhodnutí změnit okruh využívaných služeb či forem podpory a pomoci významná bez ohledu na to, zda bude změna zdravotního stavu mít za následek i změnu výše příspěvku na péči. Vyšší příspěvek na péči sice může být pro úhradu dalších potřebných nákladů spojených se zhoršením zdravotního stavu postačující a v takovém případě může být i při zhoršení zdravotního stavu preferována kontinuální varianta kombinující poskytování neformální péče a využívání služeb komunitního typu. Nicméně stupeň závislosti na péči jiné fyzické osoby nemusí být přehodnocen a ani v případě jeho změny nemusejí být pro rozhodnutí změnit okruh využívaných služeb či forem podpory a pomoci podstatné ekonomické otázky. Pro rozhodnutí změnit okruh využívaných služeb či forem podpory a pomoci jsou totiž mnohem více významné otázky, zda doposud využívané služby umožňují osobě se zdravotním postižením uspokojení jejích potřeb, případně zda je v možnostech rodiny poskytovat osobě se zdravotním postižením neformální péči nebo zda budou pro osobu se zdravotním postižením dostatečně dostupné služby, které jí umožní uspokojit její potřeby při zhoršení zdravotního stavu.

8.2 Ekonomické dopady rozhodnutí o okruhu využívaných služeb a nejvýznamnější náklady a přínosy podle typu využívaných služeb

8.2.1 Specifikace okruhu doposud využívaných sociálních služeb

V případě služeb, které nemají komunitní charakter, bylo možné v souvislosti s vybranou modelovou situací vycházet téměř výhradně z poznatků týkajících se jedné pobytové sociální služby (více viz kapitola 7.2.1). Naproti tomu ke službám komunitního typu je nutné řadit větší počet relevantních sociálních služeb. To vyplývá ze dvou klíčových skutečností:

1. Již obecné vymezení některých služeb komunitního typu v zákoně o sociálních službách předznamenává jejich zaměření na určitou skupinu osob se zdravotním postižením (v některých případech převážně, v některých výhradně).⁵⁰ U různých skupin osob se zdravotním postižením proto patrně bude převažovat využívání odlišných sociálních služeb, které lze řadit do obecnější skupiny služeb komunitního typu. Například u osob s tělesným postižením patrně bude mít stěžejní význam osobní asistence, u nevidomých a slabozrakých osob průvodcovské a předčitatelské služby apod. Vzhledem ke snaze odhadnout i v tomto případě výši nákladů a výši úhrad obecně za osoby se zdravotním postižením obecněji nebyla v dalším textu sledována pouze určitá skupina služeb, ale byla zohledněna možnost využívání různých skupin služeb. Do okruhu sledovaných služeb tak byly proporcčně zahrnuty všechny druhy sociálních služeb relevantní pro různé skupiny osob se zdravotním postižením, tak aby mohla být hodnocena situace za osoby se zdravotním postižením obecně, nikoli pouze za určitou skupinu osob se zdravotním postižením. Důvodem k tomuto přístupu byla snaha dosáhnout toho, aby i v této modelové situaci byla věnována pozornost osobám se zdravotním postižením obecně;
2. V domovech pro osoby se zdravotním postižením je „pod jednou střechou“ soustředěno poskytování základních služeb, jejichž cílem je uspokojit potřeby jejich uživatelů těchto služeb (maximálně mohou být další služby poskytovány jako fakultativní, tj. služby, které tuto sociální službu doplňují – srov. kapitola 7.2.1.) V případě služeb komunitního typu je v tomto směru situace diametrálně odlišná, protože uspokojení různých druhů služeb je v podstatě „rozděleno“ mezi více různých relevantních služeb. Při hodnocení této modelové situace byla snaha zajistit srovnatelnost předchozí sledovanou situací i z hlediska šíře okruhu zajišťovaných potřeb. Také z tohoto hlediska je proto potřebné zahrnout do hodnocení více různých služeb komunitního typu pro osoby se zdravotním postižením.

S ohledem na snahu zajistit lepší srovnatelnost s předchozí modelovou situací (viz kapitola 7.1.1) byla v tomto případě sledována situace, kdy osoba využívá pobytovou sociální službu chráněné bydlení v kombinaci s dalšími terénními a ambulantními sociálními službami a podíl neformální péče je spíše doplňkový (srov. též kapitola 8.1.1). V této modelové situaci proto již nebyly vyhodnoceny údaje týkající se sociálních služeb, které nabízejí podporu a pomoc v situaci, kdy osoba se zdravotním postižením při uspokojení svých potřeb ve větším rozsahu využívá podpory a pomoci, kterou jí zajišťují osoby v jejím okolí (neformální péče), tj. denních stacionářů, center denních služeb nebo odlehčovacích služeb. Pro

⁵⁰ Oproti tomu domovy pro osoby se zdravotně postižením (reprezentující službu, která nemá komunitní charakter) jsou v zákoně o sociálních službách vymezeny jako služba určená osobám se zdravotním postižením obecně, respektive lze tuto službu poskytovat více různým skupinám osobám se zdravotním postižením. Konkrétní domovy pro osoby se zdravotně postižením se samozřejmě mohou zaměřovat pouze na určité skupiny osob se zdravotním postižením, ale základní vymezení tohoto druhu sociální služby je obecné.

tuto modelovou situaci tak byly jako relevantní vnímány tyto druhy sociálních služeb: chráněné bydlení, odborné sociální poradenství, osobní asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, průvodcovské a předčitatelské služby, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace a tlumočnické služby.

U osoby v této modelové situaci byl předpokládán průměrný počet 3,5 využívaných sociálních služeb – 1 pobytovou službu, 2 služby terénní a 0,5 služby ambulantní. U každé formy poskytování byl následně odhadnut podíl využívání jednotlivých sociálních služeb (zohlednění více podobných služeb, které se do jisté míry překrývaly, mělo zajistit vytvoření takové skladby služeb, ve které budou alespoň částečně zohledněna specifika různých skupin osob se zdravotním postižením⁵¹ a zároveň lišící se mírou dovedností a kompetencí a s tím související odlišné potřeby různých osob se zdravotním postižením⁵².

- **Pobytová služba** (1 služba): Jedinou využívanou pobytovou službou bylo chráněné bydlení. Tato služba byla využívána a hrazena v plném rozsahu.
- **Služby využívané v ambulantní formě** (0,5 služby): Počet těchto služeb byl odhadnut na 0,5 služby. Nejvíce se na celkovém využívání ambulantních služeb podílelo využívání sociálně terapeutických dílen a sociální rehabilitace (v obou případech 25 %) a méně často odborné sociální poradenství, osobní asistence, podpora samostatného bydlení, průvodcovské a předčitatelské služby, a tlumočnické služby (vše 10 %, u většiny ze zde uvedených služeb se předpokládalo také jejich využívání v terénní formě, a to zpravidla ve větším rozsahu než v případě ambulantního poskytování služby).
- **Služby využívané v terénní formě** (2 služby): Průměrný počet využívaných terénních služeb byl odhadnut na 2 služby. Nejvíce se na celkovém využívání terénních služeb podílela osobní asistence (30 %, tzn. 0,6 služby v přepočtu na absolutní hodnoty). Dále následovaly pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, průvodcovské a předčitatelské služby a tlumočnické služby (vše 15 %). Dalšími využívanými terénními sociálními službami byly odborné sociální poradenství, sociální rehabilitace (4 %) a sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (2 %).

Uvedené proporce využívání jednotlivých služeb osobou se zdravotním postižením byly také východiskem při odhadu výše průměrné úhrady za využívané sociální služby (představovaly váhu pro započtení jednotlivých využívaných služeb do průměrné úhrady). Naproti tomu při odhadu nákladovosti sociálních služeb týkajících se této modelové situace (více viz kapitola 10.1.2) byly zohledněny průměrné náklady na osobu u všech uvedených sociálních služeb.

⁵¹ Odrazem této snahy byla zvolená proporce ve využívání a hrazení osobní asistence, pečovatelské služby, průvodcovských a předčitatelských služeb a tlumočnických služeb.

⁵² Tuto snahu odrážela zvolená proporce mezi sociálně aktivizačními službami pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociální rehabilitací a sociálně terapeutickými dílnami.

8.2.2 Individuální ekonomické charakteristiky výchozí životní situace

Příjmová situace: Příjmy osoby se zdravotním postižením využívající služby komunitního typu tvoří invalidní důchod (ve výši přibližně 8000,- Kč). Dalším příjmem této osoby je příspěvek na péči, jeho výše činí ve třetím stupni závislosti na péči další osoby 8 000,- Kč měsíčně. Kromě těchto příjmů bude osoba patrně pobírat také příspěvek na mobilitu ve výši 400,- Kč měsíčně. Vlastní příjem z výdělečné činnosti lze předpokládat pouze u některých osob se zdravotním postižením a zpravidla v řádu několika málo jednotek tisíců Kč měsíčně⁵³. Zároveň tyto příjmy nemusejí být pravidelné. Osoba se zdravotním postižením přitom může pracovní aktivity vyvíjet na chráněném trhu práce (chráněné dílny), ale i na otevřeném trhu práce (formou dohody o provedení práce nebo na zkrácený pracovní úvazek). Z uvedeného je patrné, že rozptyl příjmů z výdělečné činnosti může být velmi široký. Pro účely tohoto modelového případu bude uvažován příjem ve výši 3000,- Kč měsíčně. Vzhledem k výši příjmu (bez dávek státní sociální podpory a příspěvku na péči by to bylo celkem 11 000,- Kč měsíčně) autoři u této osoby nepředpokládali, že by byla příjemcem dávek pomoci v hmotné nouzi.⁵⁴

Oproti osobě sledované v předchozí modelové situaci je příjem této osoby ve výchozí situaci vyšší o 3 400,- Kč, (příjem z výdělečné činnosti a příspěvek na mobilitu), tj. o 21 %.

Měsíční příjmy celkem: 19 400,- Kč

Možnosti využívání služeb poskytovaných bezplatně: U služeb sociální prevence (jedna ze skupin sociálních služeb) je ze zákona stanoveno, že tyto služby jsou poskytovány bezplatně. Nicméně společně s některými službami sociální prevence jsou poskytovány fakultativní služby, jež mohou být zpoplatněny (jejich výše není regulována v zákoně o sociálních službách). Službou, která je poskytována bezplatně v plném rozsahu, je odborné sociální poradenství. Bezplatně poskytované sociální služby do určité míry snižují potřebu využívání sociálních služeb poskytovaných za úhradu.

Z celkového počtu 3,5 využívaných služeb bylo bezplatných pouze 0,6 (tj. 16 %). Využívaná pobytová služba byla hrazena v plné výši, u ambulantních služeb bylo bezplatně poskytováno 0,2 služby (9 %) a u ambulantní 0,4 služby, (80 %). Celkově lze konstatovat, že podíl bezplatně poskytovaných sociálních služeb byl poměrně nízký (zhruba v rozsahu využívání určité služby z jedné poloviny) a osoba se zdravotním postižením v této modelové situaci využívala jednu zpoplatněnou pobytovou sociální služby v průměru také dvě další „téměř celé“ zpoplatněné ambulantní nebo (pravděpodobněji) terénní služby (platba za tyto dvě služby nicméně již v průměru nebyla příliš vysoká – viz dále). Je zřejmé, že existence sociálních služeb poskytovaných bezplatně snižuje náklady na úhradu využívaných služeb, ale pro životní situaci osoby v této modelové situaci jsou zjevně více důležité služby poskytované za úhradu. V konkrétní situaci záleží význam bezplatně poskytovaných služeb pro celkové náklady na úhradu služeb také na tom, nakolik jsou tyto služby místně dostupné a jaká je jejich kapacita.

⁵³ U osob se zdravotním postižením lze předpokládat hojnější využívání zkrácených úvazků.

⁵⁴ Je zřejmé, že i ve druhé sledované modelové situaci bylo možné sledovat situaci osoby, která nemá žádný příjem z vlastní výdělečné činnosti a je příjemcem dávek ze systému státní sociální podpory a/nebo ze systému sociální pomoci, jako tomu bylo u předchozí sledované modelové situace. V tomto případě ale bylo v modelové situaci předpokládáno, že na příjmech osoby se zdravotním postižením se vlastní výdělečná činnost podílí alespoň zčásti. Důvodem tohoto rozhodnutí byla snaha ilustrovat dopady rozhodnutí o okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci na rozpočet osoby se zdravotním postižením a na institucionální systémy v situaci, kdy se nemusejí měnit „pouze“ výše příjmů, ale je odlišný i jejich „zdroj“ (tj. v situaci, kdy se nejedná pouze o prostředky z pojišťných či nepojišťných systémů sociálního zabezpečení). (U předchozí modelové byly sledovány pouze případné změny ve výši příjmu, neboť bylo možné předpokládat menší možnosti uplatnění osob se zdravotním postižením na otevřeném i chráněném trhu práce než v tomto případě).

Kromě sociálních služeb mohou být osobě využívající služby komunitního typu bezplatně poskytovány zdravotní služby (rehabilitace hrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění), veřejné vzdělávací programy nebo vzdělávací programy zajišťované neziskovými organizacemi, rekvalifikační kurzy (zajišťované Úřadem práce nebo neziskovými organizacemi), nebo některé kulturní, společenské či sportovní aktivity realizované neziskovými organizacemi. Z těchto oblastí lze za stěžejní považovat bezplatné poskytování zdravotních služeb, které charakterizují vysoké náklady. Relativní podíl bezplatných služeb je tak v této oblasti nejvyšší, nicméně i přesto mohou výdaje na zdravotní služby poskytované za úhradu představovat pro osobu se zdravotním postižením významný výdaj, a to v závislosti na povaze komplikací spojených se zdravotním postižením. U vzdělávacích služeb, případně rekvalifikace existuje současně široká nabídka komerčně poskytovaných služeb. Komerční služby tohoto typu nicméně pravděpodobně budou využívány jen výjimečně a u této modelové situace bude předpokládáno, že osoby se zdravotním postižením využívají pouze bezplatně poskytované služby (ať už je zajišťuje veřejný nebo nestátní sektor).

Výdaje na uspokojení běžných životních potřeb: Výdaje na stravování mohou v průměru činit 2-3 tisíce Kč měsíčně. Vzhledem k vyšší pravděpodobnosti výskytu alergií či dalších přidružených problémům (a tedy nutnosti konzumace speciální stravy) bude při odhadu zohledněna vyšší uvedená hranice (s vědomím toho, že u řady osob se zdravotním postižením nemusí ani tato částka na úhradu speciální stravy postačovat). Výše nákladů na ošacení může v průměru dosahovat 1 000,- Kč měsíčně.

Náklady na bydlení se přirozeně mohou různit velmi výrazně (od nulových nákladů u osob, které žijí s rodiči, až po náklady na komerční nájemné a energie). Pro účely této modelové situace vycházíme z předpokladu, že osoba se zdravotním postižením využívá sociální služby chráněné bydlení a nehradí tak náklady spojené s bydlením (nájemné, energie), ale pouze úhradu za tuto sociální službu. Výdaje na bydlení tak nejsou v tomto případě zahrnuty do této ekonomické charakteristiky, ale mezi sociální služby poskytované za úhradu.

Mezi další náklady v této kategorii lze počítat dopravní náklady spojené s nákupem běžných životních potřeb nebo vyřizováním úředních záležitostí. Výše těchto nákladů závisí na několika dalších okolnostech – zvoleném typu přepravy – zda je individuální či hromadná, v prvním případě je důležitou otázkou také dostupnost veřejné dopravy (většinou jí je možné využívat bezplatně).⁵⁵ Samostatnou otázkou je v této souvislosti dojížděka do zaměstnání. V tomto případě výši nákladů ovlivňuje také vzdálenost místa zaměstnání od místa bydliště, potřebná frekvence dojíždění (osoba zpravidla využívá krácené úvazky a frekvence dojížděky za prací se tak může velmi lišit v závislosti na povaze vykonávané práce a přístupu zaměstnavatele).

Do výše nákladů na dopravu se tak mohou v různé míře promítat současně okolnosti, které tyto náklady ve srovnání s běžnou populací snižují, ale i náklady, které mohou vést k jejich výraznějšímu nárůstu. Výše nákladů v této kategorii tak může mít velice široké rozpětí v závislosti na typu zdravotního postižení a jeho dopadech na životní situaci jedince, konkrétní situaci a možnostech osoby se zdravotním postižením.

Odhad nákladů na dopravu vycházel z předpokladu, že osoby se zdravotním postižením budou častěji než osoby reprezentující obecnou populaci preferovat individuální osobní dopravu před hromadnou dopravou (především v souvislosti s odbouráním pěších přesunů, komplikací při přestupech, omezeními co do frekvence či návaznosti spojů nebo jejich bezbariérovosti). Na druhou stranu, výdaje na

⁵⁵ Jako určující naopak nebyla chápána otázka, zda se osoba se zdravotním postižením přepravuje sama nebo s asistentem, a to s ohledem na to, že v takovém případě bude zřejmě využívána osobní asistence a náklady na sociální služby poskytované za úhradu jsou odhadnuty u příslušné ekonomické charakteristiky.

hromadnou dopravu jsou u této skupiny osob výrazně nižší, než u obecné populace. Objem využívání dopravy se velice výrazně odvíjí od využívání služeb a také od potřeby dojíždky do zaměstnání. Objem dojíždky se může výrazně lišit např. podle typu zdravotního postižení, všeobecně jej ale lze vnímat jako poněkud vyšší v porovnání s obecnou populací. Např. osoby s těžším tělesným postižením potřebují přepravu využívat i na kratší vzdálenosti, které běžně člověk překoná např. pěšky.⁵⁶ U osob se zdravotním postižením je navíc třeba počítat s častějšími návštěvami u lékařů, které může vyžadovat jejich postižení. Současně lze předpokládat, že u některých skupin osob se zdravotním postižením bude zřetelně častější velmi výrazná preference některé z uvedených možností dopravy. Celkově tedy budou výdaje na provoz osobních dopravních prostředků patrně u osob se zdravotním postižením poněkud vyšší, a výdaje na dopravní služby hromadné přepravy naopak nižší.⁵⁷ První z uvedených údajů byl proto navýšen, zatímco druhý redukován. Odhad se proto opíral o mírně vyšší údaj, než jaký byl zjištěn u obecné populace,⁵⁸ Výše odhadovaných nákladů činila 1 600,- Kč měsíčně.

Odhad nákladů na telefonní, poštovní a jiné komunikační služby činil 800,- Kč měsíčně.

Náklady na zájmové a volnočasové aktivity (návštěva kina či divadla, výlety, nákupy dárků a předmětů pro radost) byly odhadnuty na 700,- Kč měsíčně, ostatní výdaje (zajištění chodu domácnosti, běžná údržba movitých a nemovitých zařízení) na 1 000,- Kč měsíčně.

Měsíční výdaje na uspokojení běžných životních potřeb: 8 100,- Kč

Výdaje na speciální či kompenzační pomůcky nebo speciální úpravy motorového vozidla, bytu apod.: Okruh pomůcek (a výše výdajů na ně) se u různých skupin osob se zdravotním postižením výrazně liší, především v závislosti na typu zdravotního postižení, ale i v důsledku dalších klíčových charakteristik životní situace těchto osob. Výši výdajů zahrnutých do této položky tak charakterizuje velmi široké cenové rozpětí – od drobnějších výdajů na některé běžně využívané pomůcky (ale zpravidla s rychlejším opotřebením) až po spíše jednorázové investice charakterizované vysokými náklady (úprava bytu, motorového vozidla, koupě vozíku apod.). Na pořízení těchto pomůcek nebo zajištění těchto úprav jsou poskytovány podpory, nicméně je u nich nezbytná spoluúčast oprávněné osoby. Východiskem odhadu bylo stanovení celkové výše částky za veškeré pomůcky či úpravy využívané po období pěti let.

Jelikož jednorázové ani opakované dávky tohoto typu nebyly zahrnuty mezi standardní měsíční příjmy, bylo možné výdaje na tyto náklady počítat pouze ve výši, na niž je tento typ dávek snižoval. Celkově tak bylo možné i u nejvýraznějších jednorázových příspěvků předpokládat poskytnutí prostředků v rámci příslušných dávek sociální pomoci.

Celková částka na období 5 let na tyto výdaje (bez prostředků získaných za tímto účelem ze systému

⁵⁶ Nebo na jízdním kole, které lze u velké části osob s postižením z přepravních možností vyloučit.

⁵⁷ Hromadnou přepravu většinou využívají osoby s lehčím zdravotním postižením. Osoby s těžším zdravotním postižením ji využívají pouze tehdy, mají-li k dispozici doprovod a dopravní prostředek disponuje potřebným zařízením, např. plošinou. Pohodlnější a někdy i jedinou vhodnou možností je však spíše přeprava vlastním automobilem, proto je zde tento způsob dopravy považován za využívanější. Přeprava taxi službou, která může individuální automobilovou dopravu do určité míry alternovat, je pro svou nákladnost využívána spíše osobami, které nemají v rodině řidiče a nemohou samy řídit auto.

⁵⁸ Dle údajů ČSÚ (viz http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparam.jsp?voa=tabulka&cislotab=ZUR0050UU&&kapitola_id=14) o výdajích domácností v roce 2010 bylo 6,3 % celkových výdajů domácností vynakládáno na provoz osobních dopravních prostředků a 1,5 % na dopravní služby. V případě osob se zdravotním postižením bylo předpokládáno, že výdaje na dopravní služby budou přibližně 0,5 % a výdaje na provoz osobních dopravních prostředků 8 %.

sociální pomoci) byla odhadnuta na 120 000⁵⁹. To v přepočtu na měsíční výdaje činilo 2 000,- Kč.

Měsíční výdaje na speciální či kompenzační pomůcky nebo provedení úprav: 2 000,- Kč

Výdaje na využívání služeb, které jsou poskytovány za úhradu: S využitím údajů o průměrné výši úhrad⁶⁰ a výše uvedených údajů o počtu využívaných terénních, ambulantních a pobytových služeb a proporci jednotlivých druhů služeb byla odhadnuta celková výše úhrad za sociální služby. Největší podíl (98 %) z celkové výše úhrady nicméně mělo chráněné bydlení. Ostatní služby (pokud se vůbec jednalo o hrazené sociální služby nebo v rámci nich byly nabízeny fakultativní služby poskytované za úhradu) se tak na průměrné odhadované výši úhrady podílely jen minimálně.

Měsíční výdaje na sociální služby: 7 100,- Kč

Měsíční výdaje na další služby: 2000,- Kč

Celkový měsíční součet: 9 100,- Kč

8.2.3 Charakteristika a srovnání variant dle sledovaných ekonomických charakteristik

Užívání doposud využívaných služeb

Při pokračujícím využíváním služeb komunitního typu lze u této modelové situace předpokládat, že v nově nastalé životní situaci dojde pouze k minimálním změnám oproti výchozí životní situaci. Celkový rozsah této změny i okruh ekonomických charakteristik, kterých se tato změna dotkne je vysoce individuální. Za předpokladu stabilního legislativního prostředí nelze očekávat výraznější změny u výdajů na speciální pomůcky či provedení úprav. Naopak poměrně výrazně se mohou změnit všechny ostatní ekonomické charakteristiky: změna příjmu (v důsledku získání nového zaměstnání, změny pracovní pozice nebo typu úvazku nebo ztráty dosavadního zaměstnání)⁶¹, dostupnost (místní, časová, finanční) využívaných služeb, změna okruhu a výše běžných životních nákladů⁶² a změna okruhu speciálních či zvláštních pomůcek, které osoba využívá, nebo potřeba provést speciální úpravy např. motorového vozidla.

Pokud jde o celkový vliv na finanční situaci osoby (tj. odhlédneme-li od změny struktury příjmů a výdajů) lze rozlišit v zásadě čtyři možné typy změn – nárůst či pokles příjmů a snížení nebo nárůst výdajů

⁵⁹ Částka je navržena tak, aby pokrývala široké spektrum výdajů na pomůcky a speciální úpravy, pravidelné menší i jednorázové nákladnější (zohledněny nebyly pouze výdaje na úpravu bytu, a to vzhledem k tomu, že tento výdaj při využívání služby chráněné bydlení odpadá).

⁶⁰ Odhadnutým na základě údajů o struktuře financování sociálních služeb a jejich kapacitě v roce 2009 uvedených v žádostech o poskytnutí dotace na rok 2011. Informace týkající se způsobu výběru a vyhodnocení služeb viz výše. Při výpočtu výše úhrad nebyl brán zřetel na inflaci, a to především s ohledem na jejich regulaci v zákoně o sociálních službách (další podrobnosti týkající se výpočtů, od nichž se odhad odvíjel, viz kapitola 7.2.2).

⁶¹ Dalšími důvody změny příjmové situace mohou být změny pojistných i nepojistných dávkových systémů (respektive výše důchodu, nárok na dávky státní sociální podpory nebo sociální pomoci a výše těchto dávek). Za předpokladu alespoň určité stability legislativního prostředí jsou ale změny v těchto oblastech daleko méně pravděpodobné, než je tomu u uvedených možností.

⁶² Ty se mohou změnit v podstatě ve všech oblastech života - v souvislosti s bydlením, zdravotním stavem osoby, náklady na dopravu apod. Zároveň mohou mít jak charakter změny výše u určitého pravidelně hrazeného výdaje, tak také charakter zvýšených jednorázových nákladů, které zásadně ovlivní rozpočet osoby.

(příčemž výše příjmů i výdajů se může změnit současně). Výsledkem těchto změn je potom zlepšení nebo zhoršení celkové bilance měsíčního rozpočtu osoby se zdravotním postižením. V konkrétní situaci osoby se zdravotním postižením je samozřejmě struktura příjmů a výdajů významná, v dalším srovnání ji ale není možné zohlednit (vzhledem k rozmanitosti možných změn). Z tohoto důvodu je účelné, zaměřit se především na celkovou bilanci příjmů a výdajů, respektive na její změnu oproti výchozí životní situaci. V souvislosti se zvažováním okruhu sociálních služeb je samozřejmě důležitější zaměřit se na možnost, že dojde ke zhoršení příjmové situace. Pozornost nicméně bude věnována i opačné možnosti, a to s ohledem na to, že i v případě zlepšení příjmové situace osoby se mohou výrazně měnit další charakteristiky sociálního prostředí a může tak nastat situace, kdy se osoba bude rozhodovat o okruhu využívaných služeb.

Ani při omezení se pouze na sledování bilance příjmů a výdajů ale nelze paušálně stanovit, jak výrazně by se musela tato bilance změnit, aby došlo k situaci, kdy se osoba se zdravotním postižením rozhoduje o okruhu využívaných služeb a výsledkem jejího rozhodnutí je pokračující využívání služeb komunitního typu. Tato situace a její posouzení je totiž vysoce individuální a kromě ekonomických charakteristik její vyhodnocení závisí i na celé řadě sociálních charakteristik životní situace jedince (srov. kapitola 8.1). Lze proto předpokládat, že může nastat i tehdy, pokud se bilance příjmů a výdajů osoby se zdravotním postižením žádným zásadním způsobem nemění (respektive navzdory tomu, že se zlepší). Při dalším srovnání proto bylo odhlédnuto od otázky, za jakých podmínek může tato situace nastat. Východiskem dalšího srovnání tak byl odhad pouze toho, od jaké výše může mít změna bilance příjmů a výdajů zásadní dopad na rozpočet osoby se zdravotním postižením. Za takovou bylo považováno zhoršení nebo zlepšení bilance příjmů a výdajů o 500,- Kč.

Změna okruhu využívaných služeb

Ekonomické dopady rozhodnutí změnit okruh využívaných služeb (rozhodnutí začít využívat služby, které nemají komunitní charakter) se budou velmi výrazně lišit podle toho, zda bude osoba se zdravotním postižením i po tomto rozhodnutí mít příjem z vlastní výdělečné činnosti a jaká bude výše této složky jejího příjmu. V této souvislosti lze předpokládat poměrně různorodé možnosti – vlastní rozhodnutí jedince omezit pracovní aktivity i snahu v pracovních aktivitách nadále pokračovat, lišit se mohou také možnosti udržení dosavadních možností výděleku, respektive případné limity ve vztahu k dosavadní výdělečné činnosti vyplývající ze změny životní situace i možnosti vykonávat výdělečnou činnost přímo v zařízení sociálních služeb nebo pro zaměstnavatele, s nimiž poskytovatel sociální služby spolupracuje apod. Rozhodnutí změnit okruh využívaných služeb v této modelové situaci tak na vyšší příjmů z vlastní výdělečné činnosti může mít jen minimální dopad, ale může dojít i k úplné ztrátě příjmů z vlastní výdělečné činnosti.

Pro účely tohoto srovnání byla zvolena varianta, kdy osoba zdravotním postižením po rozhodnutí změnit okruh využívaných služeb či forem podpory a pomoci již příjem z vlastní výdělečné činnosti mít nebude. A to především s ohledem na to, že k takové situaci může přispívat více různých faktorů, počínaje vlastním rozhodnutím osoby se zdravotním postižením, přes nemožnost pokračovat v doposud vykonávané výdělečné činnosti až po nemožnost zajištění příjmu z nové výdělečné činnosti v zařízení sociálních služeb. Jakkoli lze tedy hovořit o větším počtu „demotivujících faktorů“ a určitě tak existuje dostatek důvodů pro volbu varianty, kdy osoba se zdravotním postižením již dále nebude mít příjem z vlastní výdělečné činnosti, nelze tuto variantu ani považovat za převažující nebo typickou. Uvedený výčet hledisek promítajících se do této okolnosti totiž zároveň naznačuje, že i v nové situaci lze mít příjem z vlastní výdělečné činnosti, byť podmínky pro jeho získání mohou být velmi různorodé.

Podobná situace platí i o příspěvku na mobilitu, který může mít od 1.12.2012 přiznaný i osoba se zdravotním postižením využívající sociálních služeb pobytového zařízení, pokud například dojíždí do zaměstnání, ale nastat může i situace, kdy nárok na tento příspěvek nemá. S ohledem na předpoklad, že ve sledovaném případě osoba se zdravotním postižením nemá příjem z vlastní výdělečné činnosti, bude i ve vztahu k této sociální dávce předpokládáno, že osoba příspěvek na mobilitu přiznaný nemá.

V případě rozhodnutí začít využívat služeb, které nemají komunitní charakter, se v této modelové situaci tedy zásadním způsobem změní všechny sledované ekonomické charakteristiky – nejenže se změní okruh výdajů, ale dojde také ke snížení příjmu. Lze předpokládat, že v tomto případě bude nově nastalá situace velmi podobná výchozí situaci osoby, která doposud využívala služby, které nemají komunitní charakter (srov. kapitola 7.2.2). Zřetelnou odlišností oproti osobám využívajícím již ve výchozí situaci služby, které nemají komunitní charakter, ale bude patrně přetrvávající širší okruh potřeb (i když oproti výchozí situaci, kdy tato osoba využívala služby komunitního typu, je bezpochyby bude možné uspokojovat ve výrazně omezeném rozsahu). V souvislosti s tím lze očekávat, že běžné výdaje této osoby se zdravotním postižením budou vyšší oproti situaci popsané v kapitole 7.2.2. V této situaci tak lze předpokládat využití celé částky, která osobě zbývá na hrazení výdajů běžné spotřeby (tj. 1 200,- Kč).⁶³

Příjmová situace: Měsíční příjem osoby se zdravotním postižením bude tvořit přiznaný invalidní důchod (8 000,- Kč měsíčně) a příspěvek na péči v přiznané výši (8 000,- Kč měsíčně). Osoba se zdravotním postižením již nebude příjemcem příspěvku na mobilitu.

Měsíční příjmy celkem: 16 000,- Kč

Výdaje na uspokojení běžných životních potřeb: Komentář k ekonomické charakteristice je uveden výše.

Měsíční výdaje na uspokojení běžných životních potřeb: 1 200,- Kč

Výdaje na speciální či kompenzační pomůcky nebo speciální úpravy motorového vozidla, bytu apod.: Komentář k ekonomické charakteristice je uveden výše.

Měsíční výdaje na speciální či kompenzační pomůcky nebo provedení úprav: 0,- Kč

Výdaje na využívání služeb, které jsou poskytovány za úhradu: Komentář k ekonomické charakteristice je uveden výše.

Měsíční výdaje na sociální služby: 14 800,- Kč

Měsíční výdaje na další služby: 0,- Kč

Celkový měsíční součet: 14 800,- Kč

⁶³ Východiska uvedených odhadů zde uváděna nejsou – byla podrobně popsána při výčtu individuálních ekonomických charakteristik životní situace osob využívajících ve výchozí situaci služby, které nemají komunitní charakter (více viz kapitole 7.2.2).

Srovnání obou variant

Při **pokračujícím využívání služeb** komunitního typu bylo zásadní otázkou, jaké sociální a ekonomické změny byly v této modelové situaci hlavním motivy k rozhodování o okruhu využívaných služeb. V případě zachování dosavadní bilance příjmů a výdajů patrně takovým důvodem byly právě změny sociálních charakteristik její životní situace. V tomto případě zůstávala osobě velmi nízká rezerva (200,- Kč). S ohledem na to, že při životě v přirozeném prostředí se osoba se zdravotním postižením dostává velice často do různých obtížně řešitelných životních situací, nepředstavuje tato částka prakticky žádné jistění pro budoucí situace. Lze ji považovat za minimální rezervu, jejíž význam z hlediska možností zajištění vlastní situace je spíše symbolický (osoba se neocitá ve ztrátě). Takto nízký zůstatek z bilance příjmů a výdajů nelze při životě v přirozeném sociálním prostředí využívat ke spoření a z tohoto obnosu lze jen obtížně vytvořit rezervu, ze které bylo možné fakticky uhradit v případě nenadálé události provázené zvýšenými výdaji.

V případě, že by změna životní situace způsobila zhoršení bilance příjmů a výdajů o 500,- Kč, by se osoba se zdravotním postižením dostávala do situace, ve které by na úhradu služby chráněné bydlení patrně musela čerpat prostředky ze sociálních dávek (doplatek na bydlení). Tato možnost ale platí pouze za předpokladu, že by na jejich čerpání v takové situaci již vzniknul osobě se zdravotním postižením nárok. Vznik nároku na jejich čerpání totiž nelze předpokládat zcela automaticky – lze totiž předpokládat, že tento nárok vznikne teprve tehdy, bude-li negativní bilance rozpočtu přetrvávat i po výrazném snížení některých stávajících výdajů. Negativní bilanci příjmů a výdajů by za této situace ještě mohlo částečně kompenzovat aktivnější zapojení osob z okolí osoby se zdravotním postižením. Toto ale samozřejmě nelze předpokládat automaticky (není jisté, že se podpora zvýší, je otázka jaký bude mít dopad zvýšení této podpory na bilanci osob v sociálním prostředí a zda je taková podpora dlouhodobě udržitelná). Ať už by tato negativní bilance byla překonána využitím dalších sociálních transferů nebo větším zapojením osob v sociálním prostředí osoby se zdravotním postižením, v obou případech by tato situace vedla ke zvýšení závislosti osoby se zdravotním postižením na podpoře a pomoci poskytované jinými osobami nebo v rámci institucionálních systémů.

V opačném případě (zlepšení bilance o 500,- Kč) by se měsíční rezerva (doposud jen velice nízká) navýšila tak, že by osobě se zdravotním postižením poskytovala již alespoň částečný pocit jistoty ohledně možnosti udržení její stávající životní situace. Částku by ještě patrně nebylo možné využít k pravidelnému spoření (např. pro případ zhoršení zdravotního stavu), ale již by díky ní bylo možné vytvářet rezervy, které mohou postačovat ke krytí některých jednorázových výdajů, lze ji využít při nepravidelném spoření nebo může posloužit k úhradě dalších služeb, které umožní lépe uspokojit potřeby osoby se zdravotním postižením.

Při **změně okruhu využívaných služeb** (tj. rozhodnutí využívat služeb, které nemají komunitní charakter) je klíčovou otázkou to, zda bude osoba se zdravotním postižením i nadále vykonávat vlastní výdělečnou činnost a jaký bude její příjem z této činnosti. V tomto srovnání byla předpokládána možnost, kdy osoba již vlastní výdělečnou činnost nevykonává, u které bylo možné považovat bilanci příjmů a výdajů osoby se zdravotním postižením po změně okruhu využívaných služeb za nulovou i bez dalších sociálních transferů. Z částky pro vlastní potřebu totiž patrně bude hrazen širší okruh potřeb, než tomu bylo u osob využívajících služby, které nemají komunitní charakter, již ve výchozí životní situaci. Lze zároveň předpokládat, že se okruh potřeb, které bude moci osoba z této částky uspokojit, výrazně zredukuje a částka bude vnímána jako zcela nedostačující i přesto, že zařízení bude zajišťovat různé formy podpory a pomoci v rámci svých běžných činností, tj. v rámci úhrady za tyto služby. V souvislosti s tím lze obecněji předpokládat určité snížení kvality života osoby se zdravotním postižením (kromě snížení kvality života v souvislosti s objektivními změnami některých charakteristik životní situace osoby se zdravotním postižením, lze předpokládat i to, že jako nižší bude vlastní kvalitu života vnímat i samotná osoba se zdravotním postižením).

Tabulka 2: Vyčíslení jednotlivých individuálních ekonomických charakteristik u kontinuální varianty v případě osob využívajících službu komunitního typu (v Kč měsíčně)

ekonomická charakteristika	kontinuální varianta		varianta změny*
	zhoršení bilance	zlepšení bilance	
příjmy	19 400	19 400	16 000
výdaje na uspokojení běžných životních potřeb	-8 100	-8 100	1 200
výdaje na speciální či kompenzační pomůcky nebo na úpravy motorového vozidla, bytu apod.	-2 000	-2 000	0
výdaje na využívání služeb, které jsou poskytovány za úhradu	-9 100	-9 100	-14 800
paušální změna příjmů a výdajů oproti výchozí životní situaci (pouze u kontinuální varianty)	-500	500	---
rozdíl mezi příjmy a výdaji	-300	700	0

* Pozn. odhadovaná výše odráží výše uvedené okolnosti a poznatky přibližné v kapitole 7.2.2.

Shrnutí a obecnější zhodnocení zjištěných poznatků

Provedené srovnání ukazuje, že v případě kontinuální varianty patrně bude mít osoba se zdravotním postižením ve sledované modelové situaci vyšší výdaje a může si udržet vyšší příjmy (v případě jejich snížení může být nedostatečný příjem kompenzován s využitím dalších sociálních transferů, pokud na jejich čerpání získá osoba se zdravotním postižením nárok). Naopak v případě varianty změny dojde ke snížení výdajů. Příjmy se v případě této druhé varianty již měnit nemusejí, nicméně také může dojít k jejich snížení, a to především v souvislosti s možným omezením nebo ztrátou příjmu z vlastní výdělečné činnosti. Právě tato poslední uvedená varianta byla i předmětem dalšího srovnávání.

V případě varianty změny se také změní struktura výdajů. Výrazně se sníží výdaje na uspokojení běžných životních potřeb a zcela odpadnou výdaje na speciální či kompenzační pomůcky (případně na úpravu motorového vozidla⁶⁴). Výrazně se naopak zvýší výdaje na využívání služeb poskytovaných za úhradu.

K řadě změn v rozpočtové situaci osoby se zdravotním postižením může v této modelové situaci dojít i v případě kontinuální varianty. Povaha těchto změn ale může být velmi různorodá – může se týkat jedné či více různých výdajových položek, může celkovou rozpočtovou bilanci osoby se zdravotním postižením oproti výchozí životní situaci ovlivnit negativně, pozitivně nebo na ní nemusí mít žádný vliv (v obou posledně jmenovaných případech lze předpokládat výrazné změny u sociálních charakteristik životní situace osoby se zdravotním postižením, které patrně byly důvodem ke zvažování o okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci).

⁶⁴ Výdaje na úpravu bytu nebyly ve sledované modelové situaci ve výchozí životní situaci chápány jako relevantní, protože v situaci, kdy se osoba rozhoduje o okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci není tento typ výdaje příliš pravděpodobný.

Z provedeného srovnání obou očekávaných variant sledované modelové situace vyplynulo, že obě sledované varianty se mezi sebou v celkové bilanci příjmů a výdajů liší jen minimálně a celková bilance je v obou případech přibližně vyrovnaná i bez potřeby využití dalších sociálních transferů. V případě kontinuální varianty je přitom třeba předpokládat možnost zhoršení, udržení i zlepšení bilance oproti výchozí životní situaci. Tato okolnost dále poněkud komplikuje možnosti srovnání obou variant (a to tím spíše, že velmi záleží i na tom, jakých položek rozpočtu se tato změna rozpočtové bilance týká). U kontinuální varianty tak může dojít k propadu příjmů či nárůstu výdajů. V důsledku toho se osoba se zdravotním postižením může ocitnout v situaci, kdy bilance jejího rozpočtu nebude bez dalších sociálních transferů vyrovnaná. U kontinuální varianty lze ale zároveň předpokládat i možnost, že příjem osoby se zdravotním postižením jí umožňuje vytvoření určité velmi omezené rezervy i možnost vytváření úspor v důsledku vyšších příjmů nebo redukce výdajů.

Naproti tomu u varianty změny patrně bude možné rozpočtovou bilanci osoby se zdravotním postižením vzhledem k nižším výdajům možné vnímat jako vyrovnanou i bez dalších sociálních transferů, což ale bude provázeno snížením možností uspokojovat vlastní potřeby oproti výchozí situaci a patrně dojde také ke snížení celkové kvality života osoby se zdravotním postižením. To je velice výrazný rozdíl oproti kontinuální variantě. V té se sice možnosti uspokojení potřeb také mohou zhoršit⁶⁵. Patrně však nedojde k tak výraznému snížení možností uspokojovat vlastní potřeby jako v případě varianty změny.⁶⁶ I u kontinuální varianty tak může dojít určitému snížení celkové kvality života osoby se zdravotním postižením, ale tato změna se mnohem spíše bude týkat pouze některých charakteristik životní situace (tj. nejspíše nepůjde o zcela zásadní kvalitativní změnu jako v případě varianty změny). V případě kontinuální varianty je v této souvislosti potřebné reflektovat také možnost (ale pouze v případě zhoršení bilance rozpočtu bez dalších sociálních transferů) snížení pocitu jistoty osoby se zdravotním postižením ohledně její budoucnosti.

V situaci, kdy lze bilanci příjmů a výdajů bez dalších sociálních transferů v obou variantách považovat za v zásadě srovnatelnou (byť v jednom případě je tato bilance charakterizována vyššími příjmy i výdaji než ve druhém) představují velmi výrazná změna možností uspokojit vlastní potřeby a snížení celkové kvality života v této modelové situaci zásadní negativa varianty změny. Jako jednoznačně více žádoucí se tak v této situaci ukazuje kontinuální varianta (a to i v případě, že by případná negativní bilance příjmů a výdajů osoby se zdravotním postižením byla kompenzována dalšími sociálními transfery zaměřenými na odpovídající řešení nastalé situace). To se přitom týká nejen individuálních dopadů, ale i dopadů na institucionální systémy, kdy důležitými přínosy kontinuální varianty je, že osoba se zdravotním postižením participuje na chráněném či otevřeném trhu práce (srov. kapitola 10.2) a je provozována sice poněkud nákladnější, ale za to ucelená síť sociálních služeb (srov. kapitola 10.1).

Podobně jako u předchozí modelové situace, i v tomto případě platí, že možné dopady byly ilustrovány pouze na příkladu jedné konkrétní modelové situace a zjištěné poznatky nelze automaticky zobecňovat na situaci všech dospělých osob se zdravotním postižením, které využívají služby komunitního typu. Jejich výchozí životní situace i obě očekávané životní situace (u kontinuální varianty i u varianty změny) se patrně budou velmi výrazně lišit v závislosti na typu a stupni jejich postižení, okruhu využívaných sociálních služeb a míře jejich dostupnosti, míře podpory a pomoci poskytované osobě se zdravotním postižením jejím sociálním prostředím a možnostech uplatnění osoby se zdravotním postižením na chráněném či otevřeném trhu práce. Opět ale lze říci, že navzdory nemožnosti celkového zobecnění

⁶⁵ To se může týkat i případů, kdy se rozpočtová bilance oproti výchozí životní situaci nezmění nebo ilepší, a to s ohledem na souběžnou možnost změny některých sociálních charakteristik.

⁶⁶ Sledovaný modelový případ se týká situace, kdy prognóza zdravotního stavu osoby se zdravotním postižením nepředpokládá jeho náhlé zhoršení nebo postupné zhoršování v blízké budoucnosti. V případech, kdy by tento předpoklad neplatil, by mohly být celkové dopady na kvalitu života osob se zdravotním postižením v každé ze sledovaných variantních situací i opačné.

zjištěných poznatků, lze očekávat, že mnohé zde popsané trendy mohou být příznačné pro rozhodování některých dospělých osob využívajících služby komunitního typu.

8.2.4 Souhrn stěžejních poznatků vyplývajících z vyhodnocení podobností a rozdílů sledovaných modelových situací

V předchozí hodnocené modelové situaci (využívání služeb, které nemají komunitní charakter) nebyla ani v jedné z variant předpokládána možnost získání příjmu z vlastní výdělečné činnosti. Vzhledem k lišícím se výdajům v obou variantách vedla v předchozí modelové situaci změna okruhu využívaných služeb (tj. využívání služeb komunitního typu) ke zvýšení nároků na institucionální systémy z hlediska jejich nákladovosti.

V případě modelové situace sledované v této kapitole (využívání služeb komunitního typu) byla možnost příjmu z vlastní výdělečné činnosti uvažována pouze u výchozí situace a u kontinuální varianty. U varianty změny byly výdaje osoby se zdravotním postižením nižší a rozpočet bylo možné vnímat jako vyrovnaný i bez tohoto typu příjmu nebo dalších sociálních transferů. Možnost příjmu z vlastní výdělečné činnosti tak u varianty změny v této modelové situaci uvažována nebyla.

Ze srovnání obou modelových situací je tak patrné to, že využívání služeb komunitního typu je bezpochyby nákladnější variantou (pro institucionální systémy nebo pro osobu se zdravotním postižením), kterou ovšem lze spojit s lepšími možnostmi uspokojení potřeb osob se zdravotním postižením a vyšší kvalitou jejich života. Tyto vyšší náklady přitom lze hradit jednak dalšími sociálními transfery a jednak příjmy z vlastní výdělečné činnosti osoby se zdravotním postižením. Možnost zvýšení příjmu vlastní výdělečnou činností je klíčovou okolností, která umožňuje předejít závislosti na dalších sociálních transferech či podpoře a pomoci poskytované osobami v okolí osoby se zdravotním postižením v případě rozhodnutí využívat služby komunitního typu. Možnost zajištění tohoto typu příjmu přitom lze předpokládat spíše u osob, které doposud využívaly služby komunitního typu.

9 Rodina s ročním dítětem se zdravotním postižením

9.1 Vymezení a rámcová charakteristika rozhodovacích momentů včetně nástinu nejvýznamnějších sociálních dopadů rozhodnutí

9.1.1 Základní charakteristiky výchozí životní situace

Sociální a ekonomické dopady rozhodnutí o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci ilustruje příklad rozhodovacího momentu s těmito **stěžejními charakteristikami**:

- Rodinu tvoří otec, matka, dítě ve věku 6-10 let a roční dítě.
- U mladšího dítěte byla diagnostikována porucha nebo onemocnění, které může ohrožovat plynulost psychomotorického vývoje nebo jej zbrzdit (Downův syndrom, postižení smyslových orgánů, dětská mozková obrna apod.) a patrně bude mít také určité trvalé následky jak v oblasti zdravotní, tak v oblasti sociální. Zdravotní stav a jeho sociální dopady budou dítě v určitých situacích omezovat během jeho dospívání i v dospělosti. U dítěte byl posouzen stupeň závislosti na péči další fyzické osoby a matce byl přiznán příspěvek na péči ve třetím stupni. Dítě bude odpovídat charakteristikám osob se zdravotním postižením popsaným v kapitole 3. S ohledem na to a na popsaný dlouhodobý výhled bude v dalším textu používáno spojení dítě se zdravotním postižením;
- Rodiče disponují (od lékařů, dalších specialistů, ze svého okolí atd.) alespoň základními informacemi o charakteru poruchy či onemocnění, jeho pravděpodobném vlivu na psychomotorický vývoj jejich dítěte i o možnostech podpory a pomoci, které jsou jim v jejich okolí k dispozici. Jsou si proto vědomi toho, že dítěti bude potřebné zajistit velmi intenzivní péči a že v některých případech nebudou moci oni sami zajistit tuto péči beze zbytku. Je jim zřejmé, že při výchově dítěte bude nezbytné velice často úzce spolupracovat s odborníky, obracet se na ně častěji s žádostí o radu či o pomoc nebo využít jimi poskytovaných služeb a že v mnoha ohledech bude potřebné charakteru postižení výrazně přizpůsobit uspořádání a fungování jejich domácnosti. Současně si rodiče jsou vědomi toho, že tato situace bude dlouhodobá, respektive že i ve vyšším věku bude nezbytné dítěti zajistit intenzivnější péči, než by tomu bylo u dítěte bez zdravotního omezení;
- Rodiče mají alespoň rámcovou představu o možnostech podpory a pomoci, které jsou k dispozici v jejich okolí a mohou jim pomoci při výchově dítěte s tímto typem zdravotního postižení. Současně mají povědomí o tom, které služby (sociální, zdravotní, rehabilitační, poradenské, vzdělávací apod.) jsou určeny k podpoře rodiny při péči a výchově dětí se zdravotním postižením a které služby přebírají některé funkce rodiny a je v nich zajišťována institucionální péče o dítě.
- Vzhledem k povaze zdravotního postižení jejich dítěte je jednou z možností zajištění potřebné péče i využívání služeb zařízení poskytujících celoroční⁶⁷ pobytové sociální služby (domovy pro

⁶⁷ Tímto označením je myšlen celodenní pobyt v zařízení sedm dní v týdnu. Při tomto druhu pobytu je dítě zcela mimo jeho rodinu. Pobytové sociální služby s tímto druhem pobytu zajišťuje sociální služba domovy pro osoby se zdravotním postižením. Jako služby, které nemají komunitní charakter, lze dále chápat také týdenní stacionáře, které zajišťují týdenní pobyty (tj. celodenní pobyt v zařízení pět dní v týdnu), tzn., že při využívání této služby se rodiče o dítě starají sami o víkendech a případně v dalších dnech

osoby se zdravotním postižením) nebo pobytové služby ve zdravotnických zařízeních (především dětská centra). Rodiče proto mohou zvažovat, že by místo vlastního poskytování péče dítěti (s využitím podpory, kterou jim nabízejí jiné druhy služeb) dítěti zajistili poskytování služeb tohoto typu (tj. služeb, které nemají komunitní charakter);

- Než matce začala mateřská dovolená, byli otec i matka ekonomicky aktivní. Výše jejich příjmu odpovídala v tomto období průměrnému výdělků. Současná výše příjmu rodiny odpovídá součtu průměrného výdělků (otce) a peněžitě podpory v mateřství;
- Rodiče mají další dítě ve věku 6-10 let, které navštěvuje základní školu nebo do ní v brzké době nastoupí. Tato charakteristika výchozí situace byla zvolena především proto, že v případě narození dalšího dítěte v rodině lze předpokládat, že rozhodování mezi využíváním komunitních služeb a služeb, které nemají komunitní charakter, je méně jednoznačné (při narození prvního dítěte lze předpokládat velice intenzivní emoční motivace rodičů a zřetelně převažující preferenci služeb komunitního typu, zatímco v případě více dětí je rozhodovací moment výrazně komplikovanější a motivace pro výsledné rozhodnutí méně jednoznačné). Zároveň lze předpokládat, že pro rodiče, kteří již mají zkušenosti s výchovou zdravého dítěte, bude při rozhodování v této situaci významná primárně otázka zajištění péče o dítě se zdravotním postižením, nikoli obecnější otázka zajištění další péče o dítě a výchovy dítěte obecně.

9.1.2 Poskytování péče s využitím služeb komunitního typu

Přirozeným důvodem k motivaci rodičů k **vlastnímu poskytování péče dítěti** (s využitím podpory, kterou jim nabízejí různé druhy služeb) je to, že jde o jejich vlastní dítě (tato motivace platí bez ohledu na to, zda má dítě zdravotní postižení či nikoliv). Od toho se odvíjejí také některé klíčové faktory, které lze považovat za hlavní **důvody k tomuto rozhodnutí**:

- Lze předpokládat vytvoření emočních vazeb ještě před narozením dítěte a obzvláště v období péče o něj po narození. Rozhodnutí mít další dítě je navíc prvotní a otázka případného zdravotního postižení dítěte je velice často při tomto rozhodnutí druhotná, protože nelze od počátku zcela vyloučit možnost, že se narodí dítě s určitým zdravotním omezením;
- Významně se do tohoto rozhodnutí mohly promítnout morální, případně spirituální aspekty rozhodování (nepřípustnost vzdání se dítěte, pocit zodpovědnosti vůči dítěti apod.) a ochota a schopnost vzít na sebe plnou zodpovědnost za budoucí život jejich dítěte. Využití institucionální péče by bylo vnímáno jako selhání, neboť povědomí o negativních dopadech institucionální péče na život jedince je ve společnosti poměrně hojně rozšířené a všeobecně sdílené. V některých případech může být důležité také vnímání nastalé životní situace jako určité životní výzvy.

Vedle faktorů týkajících se přirozenosti a všeobecné preference této volby je pro toto rozhodnutí klíčová také celá řada dalších okolností:

- Rodiče mají dostatečné kompetence (psychické a emoční) ke zvládnutí péče o dítě se zdravotním postižením a mají dostatečnou sebedůvěru ve své schopnosti při zvládnutí této péče;

podle jejich časových a dalších možností. Tato služba je nicméně určena starším dětem. U dětí se zdravotním postižením ve věku kolem jednoho roku nejsou relevantní službou ani domovy pro osoby se zdravotním postižením, ale pouze dětská centra.

- Rodiče mají dostatek informací o možnostech podpory, která jim bude k dispozici, a vědí, že se budou moci na tyto formy podpory spolehnout v případě, kdy budou pečovat a vychovávat dítě se zdravotním postižením;
- Rodina má dostatečné ekonomické, časové, sociální a další předpoklady, zajistit (při využití služeb, které je budou podporovat) dítěti se zdravotním postižením odpovídající péči.

Rozhodnutí rodičů o okruhu dítětem využívaných služeb či forem podpory a pomoci přirozeně neodráží pouze tyto pozitivně formulované skutečnosti, ale závisí také na absenci nebo menším významu faktorů, které je mohou od tohoto rozhodnutí zrazovat (podrobnější informace o nich viz část věnovaná využívání služeb, které nemají komunitní charakter).

V případě narození dítěte s postižením jde o extrémně zátěžovou situaci, kdy se rodiče musí rozhodnout o přijetí dlouhodobého, někdy i celoživotního, závazku poskytovat dítěti péči vlastními silami. Pokud se rozhodnou o dítě pečovat sami, pak se musí vyrovnat s novými, někdy i netypickými **okolnostmi nastalé situace**, např.:

- Musí věnovat daleko větší množství času (i ve srovnání s jejich dosavadní zkušeností s péčí o starší zdravé dítě) péči a stimulaci vývoje dítěte s postižením. Přitom by ale zároveň měli věnovat potřebnou pozornost také prvnímu dítěti;
- Musí handicapovanému dítěti vyhledat a zajistit potřebnou specializovanou péči (rehabilitační, lékařskou apod.) nebo zajistit potřebné kompenzační pomůcky (např. polohovací kočárek);
- V případě, že má dítě smyslové postižení (sluchové nebo zrakové), musí si rodiče osvojit specifické dovednosti umožňující nebo usnadňující komunikaci s dítětem;
- Potřebují zajistit dostatek finančních prostředků na uhrazení nákladů spojených s péčí o dítě se zdravotním postižením.

Každé narození dítěte představuje obrovskou změnu a závazek. V případě narození dítěte se zdravotním postižením jsou ale změna celkové životní situace členů rodiny i závazky, které s touto situací souvisejí, v mnoha ohledech ještě zásadnější. Rozhodování o vlastních schopnostech přijmout tento závazek a vypořádat se značnými nároky, které jsou s péčí o dítě se zdravotním postižením spojené, je proto v tomto případě obtížnější. Zatímco při narození zdravého dítěte rodiče až na zcela okrajové výjimky ani neuvažují o možnosti, nepečovat o dítě vlastními silami, v případě narození dítěte se zdravotním postižením může být v tomto směru situace diametrálně odlišná, kdy mohou rodiče k opačnému rozhodnutí motivovat velmi významné psychické, sociální nebo ekonomické důvody. Ale i v tomto případě je pro rodiče velice častou důležitou motivací právě primární přijetí zodpovědnosti obecně za život vlastního dítěte (jakkoli v tomto případě větší v důsledku zdravotního postižení dítěte) nebo obecněji za život celé jejich rodiny a přijetí změn, které z toho vyplývají.

Pro rozhodování v této situaci je proto velice důležité také realistické posouzení budoucích následků výsledného rozhodnutí a jejich akceptace, respektive mobilizování vlastních schopností v souvislosti se snahou vyrovnat se předpokládanými budoucími změnami životní situace všech členů rodiny i jejího fungování (např. vyrovnat se s tím, že rodiče patrně budou méně času věnovat svému staršímu dítěti, že se starší dítě patrně dříve zapojí do péče o mladšího sourozence se zdravotním postižením apod.).

9.1.3 Využívání služeb, které nemají komunitní charakter

K rozhodnutí svěřit dítě do péče institucí, které zajišťují celoroční nebo týdenní pobytové služby a nemají komunitní charakter, mohou rodiče přimět především malá míra vlivu první skupiny faktorů uvedených v souvislosti s předchozí popsanou variantou. Významnou protíváhu výše přiblíženým skutečnostem totiž mohou představovat některé další faktory, které jsou v souvislosti s tímto rozhodováním podobně důležité, avšak působí v opačném směru. Jako takové lze chápat především následující skutečnosti:

- omezené ekonomické a časové nároky spojené s poskytováním péče a výchovou dítěte se zdravotním postižením (např. i proto, že rodiče již jedno dítě mají a mají obavu z toho, že by se mu nebyli schopni věnovat dostatečně),
- nedostatečnou psychickou či odbornou vybavenost k poskytování péče a k výchově dítěte se zdravotním postižením nebo nedůvěru ve vlastní schopnosti (např. vážné obavy ze selhání, strach z převzetí vlastní odpovědnosti za život dítěte se zdravotním postižením atd.),
- obavy z dopadů tohoto rozhodnutí na fungování rodiny, pocit celoživotního neúměrně náročného břemene, nebo nízká ochota přizpůsobit fungování rodiny nově vzniklým nárokům,
- různé překážky v jejich sociálním prostředí (nemožnost využít podpory širší rodiny),
- omezená dostupnost (místní, časová, finanční apod.) podpůrných služeb, případně
- přesvědčení, že ve specializovaném zařízení mezi podobně postiženými dětmi, bude jejich potomkovi lépe.

Rozhodnutí svěřit dítě do péče institucí, které zajišťují celoroční nebo týdenní pobytové služby a nemají komunitní charakter, má celoživotní **dopady jak na rodiče, tak na dítě samotné**, jehož vývoj i celý budoucí život bude tímto krokem radikálně ovlivněn (viz předchozí kapitoly). Následky tohoto rozhodnutí však bude pociťovat i původní rodina. Rodiče tak mohou mít pocit viny a zažívat v souvislosti s tímto rozhodnutím traumata (prožívání tohoto rozhodnutí samotného, narušení vztahu k jejich dítěti, pocit selhání, konfrontace s odmítnutím v jejich sociálním prostředí nebo převážně negativním vnímáním institucionální péče ve společnosti). Toto rozhodnutí může negativně ovlivnit také vztahy v rodině. Vliv na vnímání celé situace pak může mít i skutečnost, zda rodiče budou nebo naopak nebudou udržovat kontakt se svým potomkem, respektive se zařízením, jehož služby dítě využívá.

9.2 Ekonomické dopady rozhodnutí o okruhu využívaných služeb a nejvýznamnější náklady a přínosy podle typu využívaných služeb

9.2.1 Specifikace služeb, které budou využívány po rozhodnutí rodičů o okruhu využívaných služeb

Ve výchozí situaci rok od narození dítěte patrně budou mít rodiče alespoň základní informace o charakteru zdravotního omezení jejich dítěte, nárocích, které na ně bude péče o ně klást, a o službách, jejichž podporu mohou při péči o dítě využít nebo o zařízeních, kterým může být dítě svěřeno do péče (včetně podmínek, za jakých k tomu může dojít). S uvedenými službami již mohou mít i určité vlastní zkušenosti a mohou tak mít větší představu o tom, co jim tyto služby mohou nabídnout.

Podobně jako v předchozích modelových situacích byly i v tomto případě rozlišeny služby komunitního typu a služby, které nemají komunitní charakter. Za **služby, které nemají komunitní charakter** a jsou relevantní obecně pro rodiny s dítětem se zdravotním postižením, lze považovat domovy pro osoby se zdravotním postižením a týdenní stacionáře (srov. kapitola 7.2.1). Týdenní stacionáře jsou nicméně určeny starším dětem a také domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou určeny dětem od tří let. Relevantní službou, která nemá komunitní charakter, jsou proto v tomto případě dětská centra, které představují zdravotnická zařízení ústavní výchovy určená dětem do tří let. Ačkoli je v analýze pozornost soustředěna na systém sociálních služeb, v tomto případě je potřebné jako relevantní vnímat i tato zdravotnická zařízení. Vzhledem k nedostupnosti ekonomických ukazatelů přímo o těchto zařízeních v publikaci Ekonomické informace ve zdravotnictví ale nebylo možné u této varianty vyhodnotit její nákladovost.

Jako relevantní **služby komunitního typu** pro tuto modelovou situaci byly chápány pouze raná péče a odborné sociální poradenství (v obou případech v terénní i ambulantní formě poskytování). První služba se přímo zaměřuje na poskytování podpory a pomoci rodinám pečujícím o malé dítě se zdravotním postižením. V rámci systému sociálních služeb zajišťuje tato služba dítěti se zdravotním postižením i jeho rodičům komplexní podporu a pomoc a nelze proto předpokládat využívání dalších sociálních služeb. Jako výjimku lze v tomto ohledu chápat pouze odborné sociální poradenství, jež představuje velice často sociální službu zaměřenou univerzálně na obtížné životní situace a možnosti jejich řešení.⁶⁸ Obě tyto služby jsou poskytovány bezplatně.

9.2.2 Individuální ekonomické charakteristiky výchozí životní situace

V této modelové situaci bylo potřebné hodnotit ekonomickou situaci celé domácnosti (tj. příjmy a výdaje týkající se všech členů domácnosti). Zároveň bylo možné předpokládat, že k rozhodnutí svěřit dítě do péče institucionálního zařízení nedojde zcela bezprostředně po narození dítěte. Při charakteristice výchozí situace je tak zohledněna situace, kdy rodina o dítě se zdravotním postižením pečuje po dobu jednoho roku od jeho narození a u dítěte byl stanoven stupeň závislosti na péči další fyzické osoby ve třetím stupni a jednomu z rodičů (matce) byl přiznán příspěvek na péči ve výši, která tomuto stupni odpovídá. U této modelové situace je také potřebné vést v patrnosti, že v tomto případě se mnohem více

⁶⁸ Velká část těchto služeb je vysoce specializována a zaměřuje se na určitý specifický okruh životních situací nebo osob (např. oběti trestných činů, osoby ve výkonu trestu apod.). Odborné sociální poradenství specializované na určitou specifickou problematiku se ale sledovaného tématu netýká (v opačném případě by patrně služba byla registrována jako raná péče). Z tohoto důvodu nebylo specializované odborné sociální poradenství chápáno jako relevantní. Důvodem pro zohlednění této služby byly případy, kdy má odborné sociální poradenství spíše univerzální zaměření na obtížné životní situace.

než v předchozích dvou případech jedná o „časový snímek“, protože tato modelová situace je daleko více dynamická než obě předchozí uvedené (vzhledem k měnícím se potřebám u obou dětí, měnící se ekonomické situaci rodiny i její celkově se výrazně měnící sociální situaci).

Příjmová situace: Průměrný čistý příjem z výdělečné činnosti u otce činil 19 100,-Kč⁶⁹. Výše matkou čerpaného rodičovského příspěvku rozloženého na období 3 let činila 6100,- Kč, výše příspěvku na péči 8000,- Kč. V rozhodném období (tj. v období před čerpáním mateřské dovolené) přesahoval celkový příjem rodiny 2,4 násobek životního minima čtyřčlenné rodiny se dětmi ve věku 1 rok a 6-10 let. Rodina tak nesplňovala podmínky pro získání nároku na čerpání přídatku na dítě.

Měsíční příjmy celkem: 33 200,- Kč

Možnosti využívání služeb poskytovaných bezplatně: V této modelové situaci měli rodiče se sociálními službami spíše první kontakty a nejsou ještě jejich pravidelnými uživateli (těmi patrně budou až po učinění rozhodnutí o okruhu využívaných služeb). Z relevantních sociálních služeb v této modelové situaci jsou ze zákona bezplatné raná péče a odborné sociální poradenství. Kromě sociálních služeb mohou být využívány zdravotní služby (rehabilitace hrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění), případně specializované kurzy pro rodiče zajišťované neziskovými organizacemi. Bezplatná je také zdravotní péče. Výrazný podíl bezplatně poskytovaných služeb lze předpokládat u zdravotních služeb, které charakterizují vysoké náklady.

Výdaje na uspokojení běžných životních potřeb: Výdaje na stravování mohou u všech členů domácnosti dohromady činit v průměru činit 8-10 tisíc Kč měsíčně, v tomto případě byla zohledněn průměr z těchto dvou hodnot, tj. částka 9 000,- Kč. Výše nákladů na ošacení (včetně hygienických potřeb pro dítě – plenek apod.) může v průměru dosahovat 4 000,- Kč měsíčně.

Náklady na bydlení se přirozeně mohou různit velmi výrazně. V této modelové situaci byla předpokládána výše nájemného 12 000,- Kč a 2 500 náklady na energie. Náklady na dopravu byly odhadnuty na 2 000,- Kč. Odhad výdajů na péči o zdraví u obou rodičů a sourozence osoby se zdravotním postižením činil 500,- Kč měsíčně. Celkové náklady domácnosti na telefonní, poštovní a jiné komunikační služby činil 1 500,- Kč měsíčně. Náklady na zajištění chodu domácnosti a běžnou údržbu movitých a nemovitých zařízení byla odhadnuta na 1 000,- Kč měsíčně.

Měsíční výdaje na uspokojení běžných životních potřeb: 32 500,- Kč

Výdaje na speciální či kompenzační pomůcky nebo speciální úpravy motorového vozidla, bytu apod.: Výše tohoto výdaje může být velmi různorodá v závislosti na druhu a míře postižení. Pro účely tohoto srovnání byla jeho průměrná měsíční výše odhadnuta na 200,- Kč.

Výdaje na využívání služeb, které jsou poskytovány za úhradu: Relevantní služby jsou převážně bezplatné, mezi hrazenými službami mohou být velmi výrazné rozdíly (zpoplatněné mohou přitom být pouze jiné druhy služeb než relevantní sociální služby). Pro účely tohoto srovnání byla průměrná měsíční výše výdajů u této položky odhadnuta na 500,- Kč.

⁶⁹ Vypočteno na základě údaje o hrubé mzdě za poslední čtvrtletí roku 2011.

9.2.3 Srovnání variant dle sledovaných ekonomických charakteristik

Výchozí situaci v tomto modelovém případě dostatečně charakterizovaly dvě z pěti sledovaných ekonomických charakteristik – příjmová situace a výdaje na uspokojení běžných životních potřeb. Výdaje související specificky se zdravotním postižením v tomto případě byly jen velmi těžko odhadnutelné.

V případě, kdy by rodina zajišťovala péči o dítě sama, se příjem rodiny měnit nebude. Současně budou i výdaje odpovídat nastíněné výchozí životní situaci. V opačném případě by po opětovném nástupu matky do zaměstnání došlo k výraznému zlepšení bilance rodiny (nárůst celkového příjmu cca o 5 000,- Kč) a v podstatě možnosti hradit náklady ve výši, ve které byly hrazeny před narozením dítěte a nástupem na mateřskou dovolenou. Zároveň by se běžné životní výdaje rodiny patrně u některých položek snížily – strava, ošacení, případně hygienické potřeby. Tato druhá změna by ale již byla pro rodinný rozpočet významná méně než změna příjmové situace (lze očekávat snížení o cca 1000-2000,- Kč, v průměru 1 500,- Kč), současně by již nebyly relevantní výdaje spojené se zdravotním postižením.

Zajištění péče dítěti ze strany rodiny je pro ni z ekonomického hlediska náročnější. To nicméně platí i v případě péče o zdravé dítě (přičemž u dítěte ve věku přibližně jeden rok samotné zdravotní postižení výši výdajů výrazněji neovlivňuje).

S rostoucím věkem se samozřejmě bude ekonomický dopad obou situací zvyšovat výrazněji, nicméně tento vývoj nelze při srovnání variant zohlednit.

10 Náklady a přínosy okruhu služeb využívaných osobu se zdravotním postižením ve vybraných oblastech

10.1 Nákladovost systému sociálních služeb

Oporou pro hodnocení nákladovosti služeb komunitního typu a služeb, které nemají komunitní charakter, byly údaje o struktuře financování sociálních služeb a jejich kapacitě v roce 2009 uvedených v žádostech o poskytnutí dotace na rok 2011. Tyto údaje umožňovaly sledovat průměrnou finanční nákladovost služby na jednu osobu, která ji využívala. Na základě těchto údajů bylo možné vypočítat průměrné náklady za konkrétní druhy sociálních služeb i za určité skupiny sociálních služeb a takto zjištěné hodnoty bylo možné chápat jako odhad průměrných nákladů na osobu u jednotlivých druhů sociálních služeb nebo u určité skupiny služeb.

Pro potřeby srovnání služeb komunitního typu a služeb, které neměly komunitní charakter, byly využity pouze údaje o nákladovosti služeb, které se převážně zaměřovaly na některou z osmi skupin osob se zdravotním postižením⁷⁰. Částka zjištěná u příslušných služeb s tímto zaměřením byla navýšena o průměrnou celoroční inflaci za roky 2009-2011 (4,5 %) a zaokrouhlena na celé stovky.

Mezi komunitní služby i mezi služby, které neměly komunitní charakter, bylo možné řadit více různých druhů služeb. V jednotlivých rozebíraných modelových situacích byly ale relevantní pouze některé z nich. Tato část analýzy se proto zaměřila nejenom na srovnání okruhu služeb hodnocených v první a ve druhé modelové situaci (dospělá osoba)⁷¹. Vzájemně porovnány byly také údaje o nákladovosti všech služeb komunitního typu a všech služeb, které nemají komunitní charakter.⁷² Cílem prvních dvou srovnání bylo vyhodnotit ekonomické charakteristiky institucionálního prostředí v obdobné situaci, jako tomu bylo při hodnocení individuálních ekonomických charakteristik. Toto srovnání si nekladlo si za cíl odhad a srovnání nákladů u všech služeb komunitního typu a všech služeb, které nemají komunitní charakter. Z tohoto důvodu bylo posléze provedeno ještě i celkové srovnání obou skupin služeb.

Kromě finančních nákladů na osobu u obou skupin služeb byla při tomto srovnání pozornost věnována i některým obecnějším přínosům využívání určité skupiny služeb. Poukázáno bylo také na okruh přínosů, které mohou výrazně souviset se strukturou nákladů (konkrétně s výdaji na investice). Srovnání nákladovosti totiž nelze redukovat pouze na samotné porovnání výše zjištěných finančních nákladů.

⁷⁰ Ze všech v evidenci rozlišovaných skupin osob nebyly do kalkulace zahrnuty pouze služby, které se převážně zaměřovaly na osoby s chronickým onemocněním.

⁷¹ Okruh služeb, které byly v prvním modelovém případě využívány ve výchozí životní situaci, byl pro tyto potřeby považován za identický s okruhem služeb, které byly ve druhém modelovém případě využívány v případě rozhodnutí změnit okruh využívaných služeb. Obdobně byl jako shodný chápán i okruh služeb, které byly ve druhém modelovém případě využívány ve výchozí životní situaci a ve variantě změny u prvního modelového případu. Při hodnocení nákladovosti tak byly obě modelové situace týkající dospělé osoby se zdravotním postižením identické.

⁷² U třetí modelové situace (dítě se zdravotním postižením) nebylo možné zjistit nákladovost jedné z obou variant. Nebylo tak možné provést srovnání nákladovosti obou variant.

10.1.1 Porovnání nákladů u obou skupin služeb v první a druhé modelové situaci

Jako **služby, které nemají komunitní charakter**, byly při prvním srovnání (týkajícím se dospělých osob, jejichž situace byla charakterizována v prvních dvou modelových situacích) chápány pouze domovy pro osoby se zdravotním postižením a k nim doplňkové služby (sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a sociálně terapeutické dílny poskytované ambulantní formou). Odhad nákladovosti byl založen na součtu průměrných nákladů za domovy pro osoby se zdravotním postižením a čtvrtiny z celkových průměrných nákladů u obou dvou jmenovaných sociálních služeb.

Na rozdíl od předchozí skupiny služeb (reprezentované ve sledované modelové situaci jednou sociální službou a v omezené míře dvěma dalšími sociálními službami) reprezentovalo ve vybrané modelové situaci **služby komunitního typu** širší spektrum služeb. Ve vybrané modelové situaci byly sledovány tyto druhy sociálních služeb: chráněné bydlení, odborné sociální poradenství, osobní asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, průvodcovské a předčitatelské služby, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace a tlumočnické služby.⁷³ Zatímco v předchozím případě se odhadnuté náklady týkaly především jedné služby (dalších dvou pouze v omezené míře), nákladovost služeb komunitního typu byla vypočtena jako součet průměrných nákladů deseti sociálních služeb, které byly relevantní u určených forem poskytování služeb.⁷⁴

Mezi oběma skupinami služeb je tak patrná značná **disproporce z hlediska počtu hodnocených služeb**. Nicméně zohlednění většího počtu služeb v případě služeb komunitního typu je bezesporu opodstatněné, neboť odráží předpoklad, že v prvním případě jsou různé podpůrné činnosti a činnosti péče soustředěny v jedné službě (respektive v jednom zařízení poskytujícím velice často jednu službu a pouze v některých případech poskytujících také jednu až dvě další sociální služby), zatímco u služeb komunitního typu jsou různé druhy služeb a formy podpory a pomoci rozděleny mezi větší počet služeb.⁷⁵ Nelze tedy izolovaně podporovat jen některé z nich a k vytvoření komplexní nabídky potřebných služeb je nezbytná podpora celé sítě sociálních služeb komunitního typu.⁷⁶

⁷³ Výčet nepředstavuje služby komunitního typu *obecně*, ale pouze vybrané druhy služeb komunitního typu, které se týkaly sledované modelové situace, která se zaměřila na osobu využívající pobytovou službu chráněné bydlení a širší spektrum dalších terénních a ambulantních služeb. V případě, kdy by byla pozornost byla věnována osobě se zdravotním postižením žijící společně se svými rodiči, by relevantními druhy služeb pro modelovou situaci nebylo chráněné bydlení a podpora samostatného bydlení a naopak by bylo potřebné do srovnání zahrnout centra denních služeb, denní stacionáře a odlehčovací služby. Více též další provedená srovnání.

⁷⁴ I v tomto případě byla zjištěná částka navýšena o 4,5 % s cílem zohlednit průměrnou inflaci za období 2009-2011 a zaokrouhlena na celé stovky.

⁷⁵ U některých služeb komunitního typu může být důležitá okolnost, že nejsou úzce zaměřeny pouze na skupinu osob se zdravotním postižením a tyto služby mohou využívat i další skupiny uživatelů sociálních služeb. Zjištěné průměrné náklady na osobu tak nemusejí u těchto služeb odrážet nákladovost služeb poskytovaných přímo sledované skupině osob, náklady spojené s poskytováním těchto služeb přímo osobám se zdravotním postižením a samotný počet osob se zdravotním postižením, které jsou uživateli této služby, ale není možné zjistit. Z tohoto důvodu byly i v těchto případech oporou výpočtu průměrné nákladovosti údaje o celkové výši nákladů za službu a celkový počet uživatelů této služby.

⁷⁶ Optimální síť služeb přitom nemůže zahrnovat pouze uvedené druhy sociálních služeb, ale i další druhy služeb, které vytvářejí ucelenou síť služeb pro další skupiny osob se zdravotním postižením a jejich rodiny (především centra denních služeb, denní stacionáře a odlehčovací služby). Toto srovnání se nicméně zaměřuje pouze na 10 uvedených druhů sociálních služeb, které se přímo týkají sledované modelové situace. Více viz také další provedená srovnání.

Nepoměr v počtu služeb zahrnutých do každé ze sledovaných obecnějších skupin tak odráží právě snahu porovnat mezi sebou dva odlišné systémy, z nichž oba usilují o zajištění komplexní nabídky služeb pro osoby ve sledovaných modelových situacích. Tím však patrně jejich veškerá podobnost končí a oba systémy se velmi výrazně liší v celé řadě dalších ohledů. Zároveň si nelze nevšimnout toho, že v případě služeb komunitního typu se nejedná o jednu izolovanou službu (jeden typ zařízení), ale o celou síť služeb. To je jeden z hlavních společenských přínosů této varianty. Dalšími významnými „přidanými hodnotami“ služeb komunitního typu jsou charakter poskytované podpory a pomoci, metody, které jsou při poskytování služeb používány, a v důsledku toho skutečnost, že tyto služby daleko lépe odrážejí potřeby samotných osob se zdravotním postižením a respektují přitom individuální odlišnosti, preference, hodnoty a zájmy každého jednotlivce. To je také nejvýznamnějším důvodem, proč by měl být přednostně podporován rozvoj těchto služeb. U těchto služeb je také kladen důraz na poskytování sociálních služeb v přirozeném sociálním prostředí a sociální začlenění osob se zdravotním postižením. Porovnání obou obecnějších skupin služeb tak možné je, ale nelze při něm vycházet pouze ze zjištěných nákladů, ale při jejich porovnávání je nutné zohlednit právě popsané efekty.

Z hlediska **nákladovosti** tak jsou obě situace porovnatelné (v obou případech jsou vzájemně srovnávány systémy vytvářející ucelenou nabídku služeb týkající se vybraných modelových situací, i přesto, že v prvním případě je sledovanou jednotkou *zařízení* a ve druhém *síť služeb*). Nicméně zároveň je zřejmé, že obě situace nelze porovnávat výhradně podle zjištěné výše průměrných nákladů na jednoho uživatele, a to ne z toho důvodu, že je porovnáván odlišný počet služeb, ale kvůli významným kvalitativním odlišnostem mezi těmito systémy a kvůli lišícímu se obecnějšímu přínosu každého z nich.

Po uvedení všech těchto souvislostí lze očekávat, že jednotkové náklady budou bezpochyby vyšší v případě deseti služeb komunitního typu než u jednoho typu zařízení poskytujícího nejvýše tři sociální služby. Tento předpoklad se potvrdil, nicméně zjištěný rozdíl byl překvapivě jen velmi malý. Průměrná nákladovost na osobu u služeb, které nemají komunitní charakter, byla odhadnuta na 30 100,- Kč měsíčně, u služeb komunitního typu byly náklady odhadnuty na 36 300,- Kč měsíčně, tj. o pětinu více než náklady zjištěné u služeb, které nemají komunitní charakter.

Tento rozdíl lze považovat za v podstatě zanedbatelný, pakliže uvážíme nejen výrazně vyšší sledovaný počet služeb komunitního typu, ale především výše uvedené společenské přínosy této varianty. Pokud by byla provedena kvantifikace popsaných společenských přínosů, patrně by se jejich dosažení ukázalo jako účelné i při daleko vyšším rozdílu mezi náklady zjištěnými u obou skupin služeb (tzn., že vyšší „investice“ by se „vyplatila“ i při výrazně větší jednotkové ceně služeb komunitního typu).

Jak již bylo zmíněno, toto srovnání se zaměřilo pouze na služby, které se týkaly první a druhé vybrané modelové situace (dospělých osob se zdravotním postižením). Nejde tedy o celkové srovnání nákladovosti všech služeb komunitního typu a všech služeb, které nemají komunitní charakter, a toto srovnání je tak nutno vztahovat ke dvěma zde sledovaným modelovým situacím.

10.1.2 Obecné srovnání a zhodnocení nákladů u obou skupin služeb

Předchozí porovnání nákladovosti se týkalo pouze sledovaných modelových situací a omezovalo se pouze na vybrané druhy sociálních služeb, respektive vybrané formy jejich poskytování. Na základě doposud provedených srovnání tak nebylo možné udělat si celkovou představu o nákladovosti sociálních služeb komunitního typu a služeb, které nemají komunitní charakter. Z tohoto důvodu bylo následně provedeno také srovnání všech služeb, které byly do obou těchto obecnějších skupin zařazeny, a to ve všech formách, ve kterých byly poskytovány. Do tohoto srovnání byly zařazeny pouze druhy sociálních služeb, které se minimálně z určité části zaměřují na osoby se zdravotním postižením nebo mohou těmto

osobám poskytnout odpovídající podporu či pomoc.

Za **služby, které nemají komunitní charakter**, byly pro účely tohoto srovnání považovány domovy pro osoby se zdravotním postižením a týdenní stacionáře. V omezené míře (z jedné čtvrtiny – a to s ohledem na to, že se tato situace patrně bude týkat pouze některých zařízení) byly zohledněny také průměrné náklady osobu u dvou dalších sociálních služeb, jež mohou být poskytovány společně se službou domov pro osoby se zdravotním postižením. Jednalo se o sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a sociálně terapeutické dílny poskytované v ambulantní formě (více viz okolnosti uvedené v kapitole 7.2.2).

S ohledem na to, že týdenní stacionáře poskytují pobytovou sociální službu pět dní v týdnu, bylo u této varianty potřebné uvažovat také existenci určité minimální sítě sociálních služeb, kterou budou osoby se zdravotním postižením nebo pečující osoby moci využívat v případě potřeby v době, kdy osoba se zdravotním postižením není v pobytovém zařízení sociálních služeb. Mezi tyto další služby ale lze řadit pouze takové, které jsou určeny osobám se zdravotním postižením a jsou poskytovány 7 dní v týdnu. Za prioritní lze také považovat terénní formu poskytování těchto služeb. Prostor pro uplatnění služeb poskytovaných ambulantně je v tomto případě omezený⁷⁷. S ohledem na to a na předpoklad, že síť sociálních služeb provozovaná paralelně k sociální službě týdenní stacionáře je spíše minimální sítí služeb, budou náklady na osobu u dále uvedených služeb zohledněny pouze u terénní formy jejich poskytování.

Z popsaných důvodů byly při odhadu nákladů na služby, které nemají komunitní charakter, zohledněny také tyto sociální služby: odborné sociální poradenství, osobní asistence, pečovatelská služba a průvodcovské a předčitatelské služby. Skutečnost, že v tomto případě jsou uvedené služby využívány pouze o víkendech, není z hlediska nákladů rozhodující. Proto byly průměrné náklady na jednu osobu u těchto služeb zohledněny v plném rozsahu.

Jako **služby komunitního typu** byly při tomto srovnání chápány tyto druhy sociálních služeb: centra denních služeb, denní stacionáře, chráněné bydlení, odborné sociální poradenství, odlehčovací služby, osobní asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, průvodcovské a předčitatelské služby, raná péče, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny a sociální rehabilitace.

Průměrné náklady služby na osobu u služeb komunitního typu převyšovaly náklady na služby, které nemají komunitní charakter, o více než čtvrtinu (v prvním případě byly náklady odhadnuty na 78 200,- Kč měsíčně, ve druhém se jednalo o 61 500,- Kč). I ze srovnání, které se již neomezovalo pouze na sledované modelové situace, vyplynulo, že zjištěný rozdíl mezi jednotkovými náklady na síť služeb komunitního typu a na služby, které nemají komunitní charakter (včetně potřebného zajištění několika doprovodných služeb), lze v kontextu již výše nastíněných očekávaných přínosů považovat za stále velice příznivý.

Skutečnost, že ani toto srovnání nenaznačilo výrazně vyšší náklady u služeb komunitního typu, se patrně do značné míry odvíjí také od toho, že při odhadu nákladů byly zohledněny celkové náklady, tj. jak provozní, tak investiční prostředky. Druhá uvedená skupina výdajů může situaci z dlouhodobého pohledu zkreslovat (investice je jednorázová a její užitek se bude projevovat i v dalším období, kdy již budou celkové náklady nižší). Pro porovnání nákladovosti je však i přesto nutné vyjít z celkového údaje, protože při odhadu nákladovosti je nutné zohlednit všechny typy nákladů. Lze také předpokládat, že u pobytových zařízení sociálních služeb se do celkově vyšších nákladů promítají také finanční prostředky

⁷⁷ Mezi hlavní důvody lze řadit především nízký počet ambulantních služeb, které lze využívat 7 dní v týdnu, a pravděpodobně také výrazně vyšší preferenci terénních služeb ze strany uživatelů služeb a jejich rodin.

poskytované těmto zařízením za účelem transformace, deinstitucionalizace a humanizace poskytovaných služeb.⁷⁸ Z toho je patrné, že i v případě služeb, které nemají komunitní charakter, lze očekávat určité společenské přínosy, k nimž přispívají vysoké prostředky vynakládané na tuto skupinu služeb. Nicméně lze konstatovat, že společenské přínosy výše uvedené v souvislosti se službami komunitního typu tyto efekty v mnohém převyšují.

10.2 Dopady na oblast zaměstnanosti

Do oblasti zaměstnanosti se samotné rozhodnutí o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci promítne jen zprostředkovaně. Zprostředkovaný vliv lze ale zaznamenat u různých skupin osob. V následujícím textu bude popsána situace v obecnější rovině, zpravidla však z perspektivy dospělé osoby se zdravotním postižením doposud využívající služby, které nemají komunitní charakter. V případě dosavadního využívání služeb komunitního typu lze v podstatě předpokládat protichůdné trendy. Rodičů dítěte se zdravotním postižením se týkají pouze některé z uvedených situací.

V případě samotné **osoby se zdravotním postižením** může rozhodnutí začít využívat služby komunitního typu předcházet její snaze participovat na chráněném, případně i otevřeném trhu práce. U osoby, která dlouhodobě či od dětství využívala služby, které nemají komunitní charakter, jsou přitom možnosti participace na trhu práce velmi limitované. S podporou dalších služeb (sociální služby, rekvalifikace, vzdělávací kurzy) se tyto možnosti mohou nicméně výrazně zlepšit. To se přirozeně týká především chráněného zaměstnávání, vyloučit ale nelze ani možnost uplatnění na otevřeném trhu práce.

Přirozeně není možné očekávat, že osoba se zdravotním postižením najde uplatnění na chráněném či otevřeném trhu práce bezprostředně po rozhodnutí využívat služby komunitního typu. I při odborném rozvíjení pracovních kompetencí je proces začlenění na trhu práce dlouhodobý. I přesto, že je chráněné bydlení subvencováno z veřejných prostředků, jsou jeho dopady na ekonomiku a pro sociální systém prospěšné (vyšší výběr daní a odvodů na zdravotní a sociální pojištění, sociální začlenění jedince v důsledku jeho participace na trhu práce, redukce závislosti na dávkách státní sociální podpory, zvýšení míry soběstačnosti apod.). Využívání služeb komunitního typu rozhodně neimplikuje, že se osoba se zdravotním postižením na chráněném či otevřeném trhu práce uplatní, bezpochyby však tato změna okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci šance osoby se zdravotním postižením zvyšuje.

Kromě osoby se zdravotním postižením se rozhodnutí o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci může za určitých okolností výrazně dotknout také jejího sociálního prostředí. Podstatná je v tomto ohledu míra soběstačnosti osoby se zdravotním postižením. U osob s vyšší mírou soběstačnosti nemusí mít rozhodnutí o okruhu využívaných služeb na ekonomickou aktivitu dalších osob žádný zaznamatelný vliv. Ani v případě osob s nízkou mírou soběstačnosti není tento vliv automatický, stále totiž záleží na okruhu služeb či formách podpory a pomoci, které se osoba se zdravotním postižením rozhodne využívat, konkrétně na tom, zda bude využívat spíše terénní a ambulantní sociální služby či další služby (zdravotní, vzdělávací apod.), nebo zda jí bude podporu a pomoc poskytovat pečující osoba.

⁷⁸ Tj. s cílem přeměnit stávající ústavní služby na komunitní služby. Vyhodnocení této otázky a jejích dopadů ale již překračuje zaměření této analýzy, a to nejen na individuální úrovni (ve sledovaných modelových situacích), ale i na úrovni společenské. V rámci této analýzy totiž byly mezi sebou porovnávány služby odpovídající zvolené definici *služeb, které nemají komunitní charakter*, se *službami komunitního typu* podle zvolené definice (nikoliv ústavní a komunitní služby podle metodiky uvedeného projektu).

Podobně jako v případě uplatnění samotné osoby se zdravotním postižením na trhu práce, i v případě ekonomické aktivity **pečujících osob** připadá tato varianta poskytování podpory a pomoci v úvahu pouze u služeb komunitního typu. V podstatě nezbytným předpokladem poskytování péče osobě s těžším zdravotním postižením je ukončení ekonomické aktivity pečující osoby. Dopad tohoto rozhodnutí je pro ekonomiku spíše negativní (nižší výběr daní, sociálního, zdravotního postižení, ztráta pracovní kvalifikace, zdravotní problémy po dlouhodobém pečování apod.). Všeobecně ovšem nelze dopady na ekonomiku hodnotit negativně, nastat mohou například i situace, kdy, kdy se pečující osobou stala osoba, která ekonomicky aktivní nebyla (některé klíčové kompetence se tak mohly naopak rozvíjet právě v souvislosti s poskytováním péče osobě se zdravotním postižením.)⁷⁹ Sociální dopady lze naopak hodnotit převážně pozitivně: péče je poskytována v přirozeném prostředí a je osobě se zdravotním postižením v této formě nejbližší.⁸⁰

Posledním okruhem osob, kterých se rozhodnutí o okruhu využívaných služeb patrně dotkne, jsou **pracovníci zaměstnaní v oblasti sociálních služeb**. Zde lze předpokládat, že se změní okruh využívaných služeb a pravděpodobně i jejich počet. Tyto trendy nicméně prakticky není možné vyhodnotit z hlediska jejich dopadů na situaci na trhu práce, stejně tak v podstatě není možné posoudit jejich přínosy a rizika.⁸¹

10.3 Dopady na systém sociálního zabezpečení

V této oblasti se rozhodnutí o okruhu využívaných služeb promítne pouze částečně. V případě využívání služeb komunitního typu lze očekávat vyšší náklady, které se v některých případech promítnou do výdajů v rámci systému státní sociální podpory (příspěvek na bydlení) a v systému sociální pomoci (příspěvek na živobytí, příspěvek na mobilitu, doplatek na bydlení). V případě obou uvedených skupin dávek lze přitom dopad na systém sociálního zabezpečení očekávat jen tehdy, pokud osoba se zdravotním postižením nebude mít dostatečný příjem k jejich úhradě.

V předchozích kapitolách byly ilustrovány modelové situace, ze kterých vyplynul také značný význam příjmu z vlastní výdělečné činnosti v této souvislosti. Popsané modelové situace ale přirozeně představují pouze určitou ilustraci některých trendů a dopady na systém sociálního zabezpečení nelze hodnotit pouze podle nich.

I tak lze ale předpokládat, že v souvislosti s rozhodnutím o okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci se bude měnit pouze výše části opakovaně čerpaných dávek státní sociální podpory nebo sociální pomoci a pouze v omezeném rozsahu. Celkové dopady těchto změn na systém sociálního zabezpečení lze vnímat jako v podstatě zanedbatelné.

Výrazněji se patrně situace změní v případě jednorázových dávek sociální pomoci a forem pomoci. Tato skutečnost výrazně souvisí s větším rozvinutím okruhu potřeb osoby se zdravotním postižením v případě služeb komunitního typu (a s tím souvisejícím zvýšením kvality jejího života) a také s potřebou využívat

⁷⁹ Více viz Průša, nedatováno.

⁸⁰ Mezi negativní okolnosti, které mohou provázet situace, kdy podporu a pomoc poskytují pečující osoby, lze řadit zneužívání příspěvku na péči k uhrazení péče, která účelu této dávky neodpovídá. Možnost podrobněji rozebrat toto téma přesahuje zaměření této analýzy a je zde uvedeno spíše pro ilustraci možných negativních okolností provázejících tuto formu poskytování podpory a pomoci.

⁸¹ K otázce vlivu rozvoje sektoru sociálních služeb na zaměstnanost v této oblasti viz např. Socioklub 2000.

zvláštní pomůcky (doposud využívané pouze v zařízení poskytujícím pobytové služby) ve svém přirozeném prostředí. Celkový dopad těchto změn lze odhadovat jen velmi obtížně, ani v tomto případě ale nelze očekávat, že by se případné vyšší náklady v této oblasti do celkových nákladů systému sociálního zabezpečení promítly masivněji.

11 Závěry a doporučení

Záměrem provedené analýzy bylo vyhodnotit a navzájem porovnat přínosy a náklady spojené s využíváním dvou v mnoha ohledech odlišných skupin sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. První skupina (služby komunitního typu) zahrnovala služby, které osobám se zdravotním postižením umožňují žít v jejich přirozeném prostředí. Druhá skupina (služby, které nemají komunitní charakter) služby, které zajišťují osobě se zdravotním postižením celodenní pobyt (celoročně nebo pět dní v týdnu). Hlavním cílem této analýzy bylo porovnat dopady využívání těchto dvou skupin ve třech vybraných modelových situacích. Za tímto účelem byl v první části analýzy podrobně rozpracován analytický rámec umožňující zohlednit při analýze poměrně specifické zadání, které z tohoto cíle vyplývalo.

Pro účely analýzy byly rozlišeny a blíže charakterizovány tři odlišné **modelové situace**, ve kterých se může osoba se zdravotním postižením rozhodovat o okruhu využívaných služeb. První modelová situace se týkala osoby, která žije ve specializovaném zařízení (typicky v domově pro osoby se zdravotním postižením) a využívá služeb, které nemají komunitní charakter. Druhá reprezentovala situaci dospělé osoby, která žije v běžném prostředí a využívá sociální služby komunitního charakteru. Třetí modelová situace se týkala ročního dítěte s postižením. Uvedené modelové situace rozhodně nevyčerpávaly velkou rozmanitost situací, které provázejí rozhodování o okruhu využívaných služeb, nicméně umožnily postihnout některé důležité okolnosti, které toto rozhodování mohou provázet a nejvýznamnější možné dopady učiněného rozhodnutí.

Ve všech vybraných modelových situacích byla vždy nejprve sledována výchozí životní situace osoby se zdravotním postižením a následně dvě další očekávané životní situace, z nichž každá se týkala jedné z uvedených skupin služeb. Tento postup byl zvolen s ohledem na snahu co možná nejpřesněji zachytit situaci, ve které se osoba se zdravotním postižením nebo jiná osoba rozhoduje (nebo může rozhodovat) o okruhu využívaných služeb. Pro tuto situaci bylo v textu používáno označení rozhodovací moment. Jednotlivé rozhodovací momenty byly nejprve stručně charakterizovány a v návaznosti na to byly vyhodnoceny pravděpodobné sociální a ekonomické dopady obou možných rozhodnutí o okruhu využívaných služeb. Následně byla pozornost věnována ekonomickým dopadům rozhodnutí o okruhu využívaných služeb na vybrané institucionální systémy.

Z vyhodnocení modelové situace u **dospělé osoby se zdravotním postižením doposud využívající služby, které neměly komunitní charakter**, bylo patrné, že její přechod k využívání služeb komunitního typu je spojen s vyššími náklady, které mohou být hrazeny pomocí dalších sociálních transferů nebo mohou být kompenzovány poskytováním podpory a pomoci v sociálním prostředí. Další obecně existující možností zvýšení příjmu kvůli uhrazení vyšších nákladů je příjem z vlastní výdělečné činnosti. Nicméně nelze rozhodně automaticky předpokládat, že osoba se zdravotním postižením takovýto příjem získá současně se změnou okruhu využívaných služeb. Daleko spíše k němu dojde až po uplynutí určitého období, kdy osoba již služby komunitního typu využívá. To podtrhuje důležitost snahy o zajištění kontinuity ve vztahu k možnostem uplatnění osoby se zdravotním postižením minimálně na chráněném trhu práce. Přechod osoby doposud využívající služby, které nemají komunitní charakter, do přirozeného sociálního prostředí tak může velmi dobře podpořit souběžné poskytování sociální rehabilitace a chráněných dílen. Změna okruhu sociálních služeb neodráží pouze ekonomické otázky a má také výrazné sociální dopady. S ohledem na individuální i společenské přínosy takového rozhodnutí jsou výdaje spojené s podporou přechodu ke službám komunitního typu zanedbatelné.

Ve druhé modelové situaci (tj. v případě **dospělé osoby využívající služeb komunitního typu**) bylo již možné ve výchozí situaci předpokládat možnost příjmu z vlastní výdělečné činnosti. Sledována přitom byla modelová situace, ve které byl rozpočet poměrně napjatý a i při nepříliš výrazné změně příjmů či

výdajů osoby se zdravotním postižením tak mohlo hrozit, že se osoba ocitne ve svízelné životní situaci a bude nutné využít dalších sociálních transferů, pokud osoba se zdravotním postižením získá nárok na jejich čerpání. Také v této modelové situaci mohou v obtížné situaci osobu se zdravotním postižením kromě specializovaných služeb podporovat také osoby žijící v jejím sociálním prostředí. To ale může být pro tyto další osoby značnou zátěží a současně to také znamená větší závislost osoby se zdravotním postižením na péči dalších osob. Toto konstatování platí ještě výrazněji v případě přechodu z přirozeného prostředí k využívání služeb, které nemají komunitní charakter. Jejich využívání se nicméně jeví v porovnání se sociálními a ekonomickými dopady využívání služeb komunitního typu jako méně vhodné.

U **ročního dítěte** se zdravotním postižením omezovalo možnost srovnání obou variant několik skutečností. Jednou z nich je stanovení okamžiku, ve kterém se rodiče dozvídají o zdravotním postižení dítěte, dopadech, jaké bude mít zdravotní postižení na život dítěte i celé jejich rodiny, a okruhu forem podpory a pomoci, které může jejich dítě využít nebo které mohou rodiče využít při péči o něj. Další neméně podstatnou skutečností je obtížná možnost odhadu budoucího vývoje dítěte rok po jeho narození. Velmi individuální je také doba, během které se rodiče rozhodují o okruhu využívaných služeb a forem podpory a pomoci. To do značné míry souvisí také s tím, že nároky na péči o zdravotně postižené dítě a o zdravé dítě se v prvním roce jeho života nemusejí výrazně lišit. Pro účely tohoto srovnání bylo předpokládáno, že k tomuto rozhodování dochází zhruba po roce od jeho narození, kdy lze u dítěte stanovit stupeň závislosti na péči a rodiči pečujícímu o dítě přiznat příspěvek na péči.

Pro samotné vyhodnocení a srovnání obou variant v této modelové situaci bylo omezením také to, že v tomto případě nebylo možné porovnat nákladovost obou skupin služeb (institucionální péče je u dětí do jednoho roku zajišťována ve zdravotnických zařízeních). Hlavní skutečností limitující možnosti srovnání je nicméně značná dynamika vývoje sledované situace, kdy se během prvních několika let dramaticky mění jeho potřeby, vliv jeho zdravotního postižení na jeho vlastní život a na život rodiny (včetně finančních nákladů spojených s péčí o dítě se zdravotním postižením) i okruh institucionálních systémů, které se týkají sociální a ekonomické situace dítěte a jeho rodiny.

Navzdory nemožnosti podrobněji vyhodnotit a porovnat v této poslední modelové situaci ekonomické charakteristiky u obou sledovaných variant bylo již z nástinu sociálních dopadů rozhodnutí o okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci na životní situaci zřejmé, že větší individuální i společenský prospěch má poskytování péče v přirozeném sociálním prostředí a využívání služeb komunitního typu než péče poskytovaná v institucionálních zařízeních.

Z vyhodnocení obou variant ve všech třech sledovaných modelových situacích dále vyplynulo, že vyšší individuální i společenský prospěch má obecně varianta využívání služeb komunitního typu a/nebo poskytování neformální podpory a pomoci. Současně bylo patrné, že tato varianta je spojena s vyššími náklady. Nezbytným předpokladem poskytování neformální podpory a pomoci a využívání služeb komunitního typu je proto odpovídající podpora osob se zdravotním postižením samotných, osob poskytujících neformální podporu a pomoc a/nebo služeb komunitního typu. Jako velmi důležité je třeba ale vnímat také předpoklady, za kterých mohou osoby se zdravotním postižením získat příjem z vlastní výdělečné činnosti. Zvýšení příjmu osoby se zdravotním postižením touto formou totiž sníží zatížení institucionálních systémů při podpoře nákladnějších služeb komunitního typu.

V souvislosti s uvedenými poznatky je potřebné zdůraznit, že při hodnocení tak komplexní otázky, jakou hodnocení individuálních a společenských dopadů rozhodnutí o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci bezesporu je, se nelze omezit pouze na vyhodnocení ekonomických charakteristik a je nutné sledovat také sociální charakteristiky životní situace osob se zdravotním postižením, respektive klíčové charakteristiky relevantních institucionálních systémů. Současně je potřebné připomenout, že v této analýze byly sledovány pouze tři vybrané modelové situace, které zdaleka nemohou postihnout

celou šíří životních situací, ve kterých se osoby se zdravotním postižením ocitají. V případě obou porovnávaných modelových situací týkajících se dospělých osob se zdravotním postižením byl navíc porovnáván pouze okruh využívaných služeb. V souvislosti s využíváním služeb komunitního typu je žádoucí věnovat pozornost také poskytování neformální podpory a pomoci. Zároveň je potřebné upozornit na skutečnost, že porovnávána byla situace osob a dítěte se třetím stupněm závislosti na péči další osoby a u dospělých osob se zdravotním postižením byla předpokládána relativně stabilní zdravotní situace. Zde popsané situace se tak netýkají všech skupin osob se zdravotním postižením. U osob s odlišnou mírou závislosti na péči další osoby i osob s odlišnou prognózou jejich zdravotního stavu je nezbytné jejich životní situaci posuzovat samostatně.

Literatura

- Bruthansová, D. Jeřábková, V. 2012. Možnosti řešení sociálních důsledků zdravotního postižení - synergické efekty a bílá místa současné právní úpravy. Praha: VÚPSV, v.v.i.
- ČSÚ. 2007. *Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007*. Dostupné online na <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>
- GALETOVÁ, Z. a kol. 2009. *Analýza příjemců vybraných dávek sociální péče osobám se zdravotním postižením (oblast mobility)*. Praha: VÚPSV.
- KRHUTOVÁ, L.: 2010. Teorie a modely zdravotního postižení. In: *Sociální práce / sociální práce*, 2010 (ročník 10), č. 4, s. 49-59. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, ZSF JU v Českých Budějovicích: Brno.
- IRVS. 2008. *Analýza vybraných dávek sociální péče pro občany se zdravotním postižením*. Olomouc: Institut rozvoje veřejných služeb. Dostupné online na <http://www.vcizp.cz/sekce-vyzkumu-a-koncepci.php>
- Markent, VÚPSV, nedatováno (a). *Pilotní výzkum způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči ve vybraných lokalitách*. Přípravuje se k publikaci (Markent, s.r.o. a VÚPSV, v.v.i.).
- Markent, VÚPSV, nedatováno (b). *Případové studie způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči*. Přípravuje se k publikaci (Markent, s.r.o. a VÚPSV, v.v.i.).
- MICHALÍK, J. 2011a. Charakteristika zdravotního postižení. In: MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál 2011, s. 31-42.
- MICHALÍK, J. 2011b. Rodina se zdravotně postiženým členem. In: MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál 2011, s. 93-110.
- MICHALÍK, J. 2011c. Příklady postavení občanů se zdravotním postižením v jednotlivých oblastech. In: MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál 2011, s. 59-69.
- MICHALÍK, J. a kol. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál.
- MPSV. 2007. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. Praha: MPSV.
- MPSV. 2012. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: MPSV 2012.
- MPSV. 2013a. *Ústavní sociální služby pro osoby s postižením v Jihočeském kraji. Přehled a charakteristika ústavních pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením*. Praha
- MPSV. 2013b. *Nástin situace pečujících osob o osoby s mentálním, kombinovaným a tělesným postižením a o osoby s poruchami autistického spektra*. Praha: MPSV
- MPSV. 2013c. *Hodnocení kvality sociálních služeb a ochrana práv uživatelů*. Praha: MPSV
- PRŮŠA, L. nedatováno. *Analýza ekonomické efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. k publikaci připravuje Výzkumný ústav práce a sociálních věcí v.v.i.
- Socioklub. 2000. *Předpokládaný vliv změny způsobu financování sociálních služeb na úroveň nezaměstnanosti*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých

Budějovicích, Profesní komora sociálních pracovníků

ŠIŠKA, J. 2010. Reflexe deinstitucionalizace – hodnoty, náklady, doporučení. In: *Sociální práce / sociální práce*, 2010 (ročník 10), č. 4, s. 60-66. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, ZSF JU v Českých Budějovicích: Brno.

ŠVESTKOVÁ, O., PFEIFFER, J. Připravovaný zákon o koordinované rehabilitaci občanů s disabilitou (zdravotním postižením). In: MPSV. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: MPSV 2012, s. 16-17.

úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. Český překlad dostupný online na http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf

VALENTA, M., MICHALÍK, J. 2008. *Výzkum pracovních kompetencí osob pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením na území hlavního města Prahy*. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených. Dostupné online na <http://www.vcizp.cz/doc/vcizp-quality-life-zprava-celek.pdf>

VÁVROVÁ, S. 2010. Institucionalizace jako překážka sociální inkluze osob se zdravotním postižením. In: *Sociální práce / sociální práce*, 2010 (ročník 10), č. 4, s. 67-75. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, ZSF JU v Českých Budějovicích: Brno.

VCIZP. 2005. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených. Dostupné online na <http://www.mvcr.cz/sprava/priprava/vzorove/postizeni.pdf>

VCIZP. 2010. Přehled statistických údajů ukazujících vývoj jednotlivých institutů státní podpory zdravotně postižených a zdravotního postižení. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených. Dostupné online na http://www.vcizp.cz/doc/2010/STAT_ZP_2010_VCIZP.pdf

Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. 2011. *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010–2014. aktualizovaný na základě usnesení vlády České republiky ze dne 20. července 2011 č. 568*. Praha: Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. Dostupný online na <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-vytvareni-rovnych-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2010---2014-70026/>

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

vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

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

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

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

zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů.

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

zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu ve znění pozdějších předpisů.

zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

zákon č. 401/2012, kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění

pozdějších předpisů, a další související zákony.

Další použité zdroje:

Integrovaný portál MPSV portal.mpsv.cz

Právo a terénní sociální práce www.clovekvpravu.cz

údaje o struktuře financování sociálních služeb a jejich kapacitě v roce 2009 uvedené v žádostech o poskytnutí dotace na rok 2011

webové stránky ČSÚ www.czso.cz

webové stránky ČSSZ www.cssz.cz

webové stránky MPSV www.mpsv.cz

webové stránky ÚZIS www.uzis.cz

Přehled používaných pojmů

Osoba se zdravotním postižením

Ve sledovaných modelových situacích byla věnována pozornost pouze osobě se zdravotním postižením s některými blíže určenými charakteristikami. V textu však byla vymezena i obecná kategorie osoba se zdravotním postižením, která měla nastínit okruh relevantních situací a ukázat, že sledované modelové situace mohou zohlednit pouze některé z otázek týkajících se této skupiny osob, respektive, že i situace osob ve sledovaných modelových případech může být velmi variabilní. Obecná kategorie osoby se zdravotním postižením tak zahrnovala velmi široký okruh osob (podrobné vymezení této kategorie viz kapitola 3).

Služby komunitního typu a služby, které nemají komunitní charakter

Obě označení se částečně překrývají s pojmy ústavní služby, respektive komunitní služby podle metodiky projektu Podpora procesů transformace sociálních služeb. Překryv s těmito pojmy je ale pouze částečný a v textu jsou proto používány právě spojení služby komunitního typu a služby, které nemají komunitní charakter (více k okolnostem používání obou skupin pojmů a rozdílů mezi nimi viz kapitola 3).

Stěžejní charakteristiky ovlivňující životní situaci osob se zdravotním postižením

Okolnosti, které zásadním způsobem utvářejí životní situaci jedince, ovlivňují její celkový charakter nebo mají zřetelný dopad na některé její další charakteristiky. Analýza se soustřeďuje na charakteristiky, které mohou ovlivnit rozhodování osoby se zdravotním postižením či jiné osoby⁸² při vyhledávání, kontaktování a využívání okruhu služeb či forem podpory a pomoci, jež mohou uspokojit jejich specifické potřeby (především ve vztahu k systému sociálních služeb, ale nejen k němu). Přehled stěžejních charakteristik životní situace osob se zdravotním postižením (též „stěžejní charakteristiky“) a obecný charakteristika vztahů mezi nimi a jejich možného vlivu na životní situaci osob se zdravotním postižením jsou uvedeny ve čtvrté kapitole.

Sociální a ekonomické charakteristiky životní situace, ekonomický subsystém

V textu jsou rozlišovány sociální a ekonomické charakteristiky životní situace jedince. Účelem první kategorie je zachytit sociální aspekty životní situace jedince (jejich konkrétní obsahy, možné trendy apod.), účelem druhé přiblížení ekonomického rozměru jeho životní situace.

V určitých případech (především se to týká institucionálních systémů) je ekonomický rozměr daného sociálního jevu či systému stěžejní a lze hovořit přímo o určitém ekonomickém subsystému. Spojení ekonomická charakteristika tak je v textu používáno jak pro označení ekonomických charakteristik určitého sociálního jevu nebo systému, tak v případech, kdy by bylo z jazykových důvodů patrně přesnější právě spojení ekonomický subsystém. Spojení ekonomická charakteristika a ekonomický subsystém jsou v textu chápána jako pojmové ekvivalenty a odkazují na:

⁸² Zákonného zástupce u nezletilých dětí nebo opatrovníka u osob s omezením způsobilosti k právním úkonům nebo osob zbavených způsobilosti k právním úkonům.

- a) oblasti vyznačující se tím, že jsou souhrnem různých (a často i poměrně různorodých) položek, s nimiž jsou spojeny příjmy a/nebo, výdaje (případně náklady) určité osoby nebo určitého systému a
- b) okolnosti, které přímo ovlivňují okruh a výši příjmů či výdajů určité osoby nebo určitého systému nebo se promítají do možností jejich správy či rozhodování o nich.

Okruh relevantních ekonomických charakteristik a ekonomických subsystemů přibližuje kapitola 6.3.

Rozhodovací moment

Celková situace, ve které se osoba se zdravotním postižením nebo jiná osoba rozhoduje (nebo může rozhodovat) pro změnu okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci (nebo pro zachování současného stavu).

Rozhodovací momenty se v řadě ohledů velmi výrazně odvíjejí od životní situace a určuje je velmi široký okruh značně různorodých charakteristik promítajících se do životní situace osoby se zdravotním postižením. Pro rozhodovací moment je dále příznačné také to, že v důsledku určitého rozhodnutí se mohou změnit i některé další stěžejní charakteristiky životní situace, které nebyly při samotném rozhodování o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci chápány jako určující nebo zohledněny.

Dále je pro rozhodovací moment charakteristické, že rozhodování o okruhu využívaných služeb či formách podpory a pomoci nevychází jen ze stávající životní situace, ale zohledňuje také očekávání jedince ve vztahu k jeho budoucí životní situaci. Rozhodovací moment tak charakterizuje nejen stávající životní situace, ale také dvě či více alternativních očekávání jejího vývoje. Při charakteristice rozhodovacího momentu je proto potřebné věnovat pozornost stávající životní situaci i všem alternativním očekávaným životním situacím. Rozhodovací moment totiž nelze dostatečně charakterizovat pouze srovnáním alternativních očekávaných životních situací, protože to neumožňuje dostatečně porozumět životní situaci, ve které rozhodování probíhá. Neúplné je ale také porovnání výchozí životní situace pouze s jednou očekávanou životní situací. Při takovém postupu by nemohly být zohledněny veškeré okolnosti, které se v rozhodovacím momentu projevují a mohou výsledek rozhodnutí ovlivnit.

Zvolené pojetí rozhodovacího momentu se ukazuje jako vhodná analytická konstrukce pro vyhodnocení situace, ve které se osoba se zdravotním postižením rozhoduje o okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci, respektive pro srovnání možných dopadů obou porovnávaných rozhodnutí. Souvislosti týkající se důvodů volby a používání pojmu rozhodovací moment jsou popsány v páté kapitole.

Modelová situace, modelový případ

Vybrané situace osoby se zdravotním postižením, které jsou v tomto materiálu sledovány v souvislosti s rozhodováním o okruhu využívaných služeb či forem podpory a pomoci. S ohledem na tuto hlavní sledovanou otázku jsou modelové situace strukturovány a charakterizovány s využitím kategorie rozhodovací moment. Tento pojem je používán především pro obecnější označení modelových situací a přístupu k jejich uchopení, pojmy modelová situace a modelový případ jsou používány především pro konkrétní sledované situace (kapitoly 7, 8 a 9).