

# **Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče**

Ladislav Průša

VÚPSV, v.v.i. Praha

2011

Publikace byla schválena ediční vědeckou radou ve složení:

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc. (VÚPSV, v.v.i. Praha)

Ing. Martin Holub, Ph.D. (VÚPSV, v.v.i. Praha)

Mgr. Miriam Kotrusová, Ph.D. (FSV UK Praha)

Ing. Robert Jahoda, Ph.D. (MU Brno)

Ing. David Prušvic, Ph.D. (MF ČR)

Ing. Jan Mertl, Ph.D. (VŠFS Praha)

Ing. Jan Molek, CSc. (JU České Budějovice)

Vydal Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.

Praha 2, Palackého náměstí 4

jako svou 429. publikaci

Vyšlo v roce 2011, 1. vydání, počet stran 60

Tisk: VÚPSV, v.v.i.

Recenze prof. Ing. Vojtěch Krebs, CSc.  
Centrum pro ekonomické studie a analýzy  
Vysoká škola finanční a správní v Praze

doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.  
Zdravotně sociální fakulta  
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

ISBN 978-80-7416-097-4

<http://www.vupsv.cz>

### **Abstrakt**

Cílem předložené monografie je zhodnotit současný stav při poskytování sociálních a zdravotních služeb pro dlouhodobě handicapované osoby. Zavedení nového systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče vytváří teoretické předpoklady pro nalezení optimální formy zabezpečení potřeb člověka v nepříznivé sociální situaci. Stárnutí populace bude vyžadovat, aby této otázce byla věnována soustavná pozornost tak, aby potřeby těchto skupin obyvatelstva byly efektivně uspokojeny.

**Klíčová slova:** dlouhodobá péče, sociální služby, zdravotní péče

### **Abstract**

The aim of this monograph is the evaluation of the current state in providing social and health services for long-term disabled people. The introduction of a new system of long-term social and health care creates the theoretical preconditions for finding the optimal form of security needs of people in difficult social situations. Due to ageing population it will be necessary to pay continuous attention to this issue to be effectively met the needs of these groups.

**Key words:** long-term care, social services, health care



|  |    |
|--|----|
| <b>Obsah</b>   |    |
| <b>Úvod</b> .....  | 7  |
| <b>1. Dlouhodobá péče v evropských zemích</b> .....  | 9  |
| <b>2. Vývoj vybavenosti regionů službami dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v letech 1995-2010</b> .....     | 16 |
| 2.1 Faktory ovlivňující vybavenost regionů službami dlouhodobé sociálně-zdravotní péče .....                 | 17 |
| 2.2 Vyhodnocení vybavenosti jednotlivých regionů službami dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v r. 2010 ..... | 18 |
| <b>3. Hlavní principy připravované právní úpravy systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče</b> .....        | 22 |
| 3.1 Stručné hodnocení vybraných principů navrhovaného řešení.....  | 23 |
| 3.2 Ekonomická kvantifikace fungování systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče.....                        | 27 |
| <b>4. Odhad vývoje počtu osob vyžadujících služby dlouhodobé péče do r. 2025</b> .....                       | 30 |
| <b>Závěr</b> .....   | 34 |
| <b>Literatura</b> .....  | 35 |
| <b>Tabulková a grafická příloha</b> .....  | 37 |



## Úvod

Jednou z oblastí, kterým věnuje Evropská unie pozornost v oblasti systémů sociální ochrany obyvatelstva, je problematika systému dlouhodobé péče. Tento systém v naší zemi není doposud legislativně upraven, nicméně všechny jeho stěžejní prvky existují a v zásadě fungují. Problém, který je nutno vyřešit, spočívá v propojení základních mechanismů jejich organizace, financování a řízení tak, aby se zvýšily synergické efekty vyplývající z jejich vzájemného působení. Tyto otázky se pokouší vyřešit návrh věcného záměru zákona upravujícího otázky dlouhodobé zdravotní sociální péče, který je v současné době projednáván v rámci připomínkového řízení.

Cílem předložené monografie je navázat na výzkumnou činnost realizovanou v předchozích letech, aktualizovat dříve zjištěné poznatky a na základě připravované právní úpravy provést kvantifikaci očekávaných ekonomických dopadů navrhovaného řešení vč. zpracování odhadu vývoje počtu osob, který do r. 2025 bude vyžadovat služby dlouhodobé sociálně zdravotní péče.

V uplynulém období byla především v oblasti sociálních služeb realizována řada výzkumných projektů, které byly věnovány otázkám plánování, poskytování a financování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Byly analyzovány změny ve vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální péče v letech 1995 – 2008, detailní pozornost byla soustředěna na působení příspěvku na péči na financování sociálních služeb a na respektování základních principů dotačního řízení při poskytování dotací ze státního rozpočtu.

V rámci projektu byly aktualizovány některé dříve získané poznatky, které se týkají problematiky organizace, financování a řízení dlouhodobé sociálně-zdravotní péče a vývojových trendů při poskytování těchto služeb v naší zemi v letech 1995-2010. Při kvantifikaci nákladů na systémovou změnu financování těchto služeb v naší zemi byly využity i některé poznatky, které se týkají trendů ve vývoji výplaty příspěvku na péči, dotací na poskytování sociálních služeb i nákladů na financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb v letech 2007 – 2010 <sup>1</sup>.

V rámci projektu byly využity především tyto výzkumné metody:

- sekundární analýza dostupných domácích i zahraničních materiálů (literatura, monografie, výzkumné zprávy, dokumenty, legislativa, apod.)
- statistická analýza dat (zejména MPSV, MF, MZ, ÚZIS)

Celá monografie je rozdělena do čtyř kapitol.

V první kapitole je věnována pozornost charakteristice systému dlouhodobé péče v evropských zemích. Pozornost je přitom soustředěna na identifikaci klíčových aspektů, které ovlivňují vývoj nákladů na tyto služby, a na příklady systému financování dlouhodobé péče ve vybraných zemích EU.

Druhá kapitola monografie je zaměřena na charakteristiku vybavenosti jednotlivých okresů ČR službami dlouhodobé sociálně-zdravotní péče. Pozornost přitom byla věnována charakteristice faktorů ovlivňujících vybavenost jednotlivých

<sup>1</sup> viz: *Analýza optimalizace sociálních služeb a vytvoření Komunikační platformy reformy sociálních služeb*. Praha: NCSŠ & VÚPSV, 2011

regionů službami dlouhodobé sociálně-zdravotní péče, podrobně byly analyzovány trendy ve vývoji vybavenosti jednotlivých okresů těmito službami.

Třetí kapitola monografie se věnuje charakteristice hlavních principů připravované právní úpravy systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v naší zemi. Důraz je v tomto smyslu položen na stručné hodnocení vybraných principů navrhovaného řešení a na provedení ekonomické kvantifikace fungování tohoto systému.

V závěrečné kapitole monografie je zpracována prognóza vývoje počtu osob, které budou vyžadovat služby dlouhodobé péče v naší zemi do r. 2025.

Jednotlivá tvrzení, která jsou v monografii prezentována, jsou dokladována v bohaté tabulkové a grafické příloze.



## 1. Dlouhodobá péče v evropských zemích

Systemy sociální ochrany v členských státech EU jsou založeny na společných cílech, které zajišťují přístupnou, kvalitní a především finančně udržitelnou zdravotní i sociální péči. Téměř všechny národní zprávy o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování ukázaly, že společné zvážení všech cílů a cílenější přístup k jejich naplnění zlepšuje účinnost politiky a veřejných výdajů především na podporu zdraví, prevenci nemocí, léčebnou péči a rehabilitaci. Analýza demografického vývoje v Evropě upozorňuje na potenciální pokles podpory rodin starších osob a potenciální nárůst požadavků na tuto péči ze strany seniorů<sup>2</sup>.

Hlavním důvodem růstu poptávky po službách dlouhodobé péče je vyšší průměrná délka života a výskyt invalidity a závislosti. Členské státy pohlížejí na dlouhodobou péči jako na nové sociální riziko a jsou odhodlány k ní zajistit téměř všeobecný přístup. Kvalitní sociální služby se snaží členské státy zajistit udržitelnou kombinací veřejných a soukromých zdrojů financování. Mnoha zemím však dosud chybí udržitelné smíšené financování, kde soukromé zdroje mohou pocházet ze soukromého zdravotního pojištění (často doplňkové pojištění nebo pojištění pro skupiny s vysokým příjmem) nebo z plateb poukazovaných domácnostem.

V rámci Evropské unie existují různé definice dlouhodobé péče. Například OECD definuje dlouhodobou péči jako "průřezové" politické téma, které spojuje řadu služeb pro osoby, které dlouhodobě potřebují pomoc se základními každodenními aktivitami (ADLs). Prvky dlouhodobé péče zahrnují rehabilitaci, základní zdravotnické služby, domácí ošetřování, sociální péči, bydlení a služby jako přeprava, stravování, zaměstnanecké a zplnomocňující aktivity a také pomoc s "Instrumental Activities of Daily Living" (IADLs). Do těchto činností je zařazena příprava jídla, nákup potravin a věcí osobní potřeby, lehké domácí práce, užívání telefonu, atd. V některých zemích je dlouhodobá péče spojována se zdravotní politikou jako např. preventivní opatření, aktivní stárnutí, podpora samostatnosti, sociální pomoc nebo paliativní péče. Dále se liší názory na hodnocení "závislosti" a jejího krytí, na způsoby finanční či věcné podpory pro instituce nebo jednotlivce a jeho rodinu.

Dlouhodobá péče je poskytovaná na rozhraní zdravotnických a sociálních služeb a je poskytovaná osobám s fyzickým nebo mentálním poškozením zdraví, které potřebují pomoc při každodenních životně důležitých aktivitách. Různé úrovně organizace a různá dělba odpovědnosti (veřejné - soukromé), jakož i demarkační linie mezi zdravotnickou a sociální komponentou, jsou velmi různé v jednotlivých členských zemích, což vede k velké variaci poskytovaných služeb pro dlouhodobě nemocné a rozmanitosti jejich rolí v soustavách sociální ochrany.

Struktura a organizace dlouhodobé péče v jednotlivých zemích odrážejí organizační záležitosti než potřeby lidí. Přístupy v jednotlivých zemích se různí – od podpory rodinné solidarity v péči o dlouhodobě nemocné až po poskytování veřejnoprávních služeb financovaných z veřejných rozpočtů. Při financování z veřejných fondů ve většině případů funguje interakce mezi různými úrovněmi veřejné správy, protože tato služba je ve většině členských zemí vnímána jako tzv. dělená odpovědnost, kdy zákony jsou přijímány na národní úrovni a organizace služeb je nejčastěji svěřena regionální nebo místní veřejné správě, v některých případech za

---

<sup>2</sup> podrobněji viz: Průša, L. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, 2010. ISBN 978-80-7416-048-6

## 1. Dlouhodobá péče v evropských zemích

---

spolufinancování ze státního rozpočtu. Delegace výkonu na místní úroveň se však projevuje m.j. v tom, že poskytovaná služba má velmi rozmanitou úroveň v závislosti na tom, jak je personálně a finančně vybavená. Navíc roste soupeření mezi různými druhy poskytovatelů, což vyvolalo v některých zemích potřebu rozvinout vnitřní a vnější standardizaci a kontrolu kvality a zvýšeného podávání zpráv veřejnosti<sup>3</sup>.

Obecný trend v dlouhodobé péči směřuje od institucionální péče (s výjimkou těžce postižených) spíše k domácí a komunitní pečovatelské službě. Pro dosažení tohoto cíle je požadována spolupráce mezi národní, regionální a místní samosprávou a konstruktivní spolupráce se soukromým a dobrovolným sektorem. Příkladem je Německo, které např. zajišťuje osobám propuštěným z nemocnic následné služby v domácím prostředí či komunitě pomocí přidělení "case managers". Další příklad nalezneme v České republice ve městě Česká Lípa, kde díky komunitnímu plánování mají rozvinuté denní krátkodobé nemocniční služby pro lidi s demencí. Denní centrum je financováno místními úřady a je otevřeno pro starší a podporuje péči v domácím prostředí<sup>4</sup>.

Výzkumy zaměřené na kvalitu poskytovaných služeb dlouhodobé péče odhalily různou úroveň nespokojenosti a nedostatků. Stížnosti se týkaly nepřiměřeného ubytování a nedostatku soukromí v ošetrovatelských domovech až po zbytečné užívání omezovacích prostředků. Tyto stížnosti vedly členské státy k úpravě legislativních předpisů, které zavedly vysoké standardy péče. Velmi náročné je hodnotit kvalitu různých dlouhodobě poskytovaných služeb v celé EU, a to jak pro poskytování péče ve formální oblasti (nemocnice, pečovatelské domy), tak především v neformálním prostředí – domovy klientů. OECD klasifikuje různé indikátory kvality dle struktury zařízení (zaměstnanec podíl či velikost místnosti), dle metodiky poskytování služeb a výsledků, stejné indikátory kvality však nelze použít při hodnocení neformální péče<sup>5</sup>.

Národní vlády se zaměřují na zlepšování kvality různými měřitelnými způsoby. Některé (např. Nizozemsko, Slovensko) používají kvalitativní akreditované měření spojené s monitorovacími systémy (např. Kypr, Německo, Řecko, Francie a Holandsko). Další země (např. Německo, Lucembursko) užívají jednoduché směrnice založené na základní lékařské evidenci. Prevenci regionálních nerovností v poskytování dlouhodobé péče a hodnocení patientských potřeb regionálními a místními úřady provádí mnoho dalších zemí (např. Česká republika, Německo, Estonsko, Španělsko, Švédsko, Lotyšsko, Litva, Slovensko, Anglie).

Kvalita domácí péče např. v Německu je zajišťována pomocí podpůrných schémat. Proto osoba pečující má nárok na příjem, dále má naturální výhody, penzijní příspěvky, ochranu úrazovým pojištěním, výcvikové kurzy a školení. Dále je rozvíjena respitní péče, která pečujícím osobám pomáhá odpočinout si od dlouhodobé péče o své blízké. Zákon podněcuje vývoj vnitřního kontrolního managementu v pečovatelských institucích v kombinaci s vnějšími kontrolami v souladu s celostátními kontrolními směrnicemi.

V Portugalsku po dlouhodobých reformách bude péče poskytována pomocí širokého okruhu multidisciplinárních služeb jako např. jednotka rekonvalescence,

---

<sup>3</sup> viz: Tomeš, I. *Mezinárodní aspekty problematiky dlouhodobé péče o seniory a zkušenosti s jejím řešením ve vybraných evropských zemích*. Praha: VÚPSV, 2010

<sup>4</sup> viz: Long-term Care in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008. ISBN 978-9279-09572-6

<sup>5</sup> viz: Long-term Care in the European Union. European Commission – Brussel [online] Dostupné z [www: <http://ec.europa.eu/employment\\_social/news/2008/apr/long\\_term\\_care\\_en.pdf>](http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf)

jednotka střednědobé rehabilitace, dlouhodobá a udržovací jednotka, paliativní jednotka péče, denní centra a jednotky podporující funkční nezávislost, propouštěcí tým, integrovaný navazující pečovatelský tým a týmy komunitní podpory paliativní péče. Takto vytvořená síť bude kontinuální mezi základní komunitní a nemocniční péčí. Flexibilita systému umožní přizpůsobit se různým potřebám po celé zemi.

Další iniciativy jsou zaměřené na zlepšení koordinace péče zvláště mezi zdravotní a sociální sférou (např. Španělsko, Francie, Irsko, Lucembursko, Litva, Polsko, Portugalsko), nově se budou používat návrhy na hodnocení pomocí multidisciplinárních týmů a ošetrovatelských plánů v řadě dalších zemí (např. VB, Irsko, Belgie, Dánsko, Německo, Estonsko, Španělsko, Švédsko, Slovensko, Finsko, Litva, Portugalsko, Itálie).

Švédsko představilo systém, který umožňuje lidem vybrat si, kde by rádi přijímali jejich dlouhodobou zdravotní péči. Mohou si vybrat mezi privátním poskytovatelem služeb domácí péče a institucí. Aby zajistili pacientům opravdovou volbu, musí mít lidé přístup k dostatku informací o alternativních poskytovatelích a dostupných službách. Jeden z návrhů pojednává o možnosti užívat virtuální konto k nákupu péče, zaměstnávání asistentů, nebo platit za osobní služby vyhovující jeho specifickým potřebám.

Financování dlouhodobé péče odráží různé tradice a priority jednotlivých zemí, mezi něž patří sociální pojištění (Německo, Lucembursko, Španělsko), daně (skandinávské země a Lotyšsko), průzkum majetkových poměrů nebo testování příjmů (Anglie, Kypr) a smíšené financování kombinující zdroje z pojištění, daní a institucí zodpovědné poskytovat a kupovat služby dlouhodobé péče (Belgie, Francie, Řecko). Mnoho zemí jako Kypr, Estonsko a Irsko zavádějí poplatky za dlouhodobou péči. Dlouhodobá péče by neměla vést k chudobě nebo finanční závislosti, a proto v EU existují různé varianty, jak snížit přímé náklady na individuální dlouhodobou péči. Mezi tyto varianty patří např. poplatky určené dle výše příjmů, finanční pomoc a sociální dávky pro starší, závislé, postižené a chronicky nemocné, státní garance pokrytí dlouhodobé péče pro nízkopříjmové domácnosti či státní podpora při užití soukromých služeb.

Členské státy EU očekávají v budoucnosti nedostatek pracovních sil v oblasti dlouhodobé péče. Práce v sociálních a zdravotních službách je velmi náročná na odbornou způsobilost a celoživotní vzdělávání. Vlády se podporou a vzděláváním pracovníků i rodinných a neformálních pečovatelských snaží zvýšit zájem o tuto profesi a tím také umožnit osobám odkázaným na péči zůstat v rezidenčním nebo komunitním prostředí, které lidé upřednostňují před ústavní péčí, přestože do ústavní péče plyne v mnoha zemích více než polovina veřejných výdajů. Některé země (Polsko, Litva, Estonsko) se snaží zlepšit pracovní podmínky a zabránit specializovanému personálu v odchodu do zahraničí.

Většina zemí EU přijala v posledním dvacetiletí opatření na podporu rodinné péče, jejich praxe se však velmi různí v míře, jakou motivují rodinnou péči nebo kompenzují rodinám investované finanční prostředky a čas věnovaný takové péči. K nejčastějším formám realizovaných opatření patří:

- finanční prostředky poskytované na "nákup" asistenční podpory,
- pečovatelské příspěvky na péči nebo mzda za péči, které jsou vypláceny asistentovi,
- daňové úlevy asistentovi,
- zvláštní důchod přiznaný pečující osobě,

## 1. Dlouhodobá péče v evropských zemích

---

- placené volno v zaměstnání na dobu potřebnou pro poskytování péče,
- chráněné zaměstnání pečovateli (proti výpovědi),
- respitní péče, která poskytne pečovateli "dovolenou na zotavenou" <sup>6</sup>.

Národní vlády hledají různé způsoby, jak řešit očekávaný nárůst poptávky po službách dlouhodobé péče především proto, že počet mužů a žen schopných poskytovat neformální péči se snižuje právě tak, jako se zvyšuje počet závislých starších osob. Současný trend směřuje k menším rodinám a ke zvýšení výskytu osamělých rodičů, a tím redukuje okruh schopných osob poskytovat neformální péči.

Kromě demografického vývoje budou v následujícím období ovlivňovat růst výdajů na dlouhodobou péči v rámci veřejných rozpočtů:

- ne/dostupnost neformální péče ze strany rodiny, přátel a veřejného sektoru,
- omezování nákladů, vs. velkorysejší veřejné financování dlouhodobé péče,
- tlak veřejnosti na zavedení veřejných programů dlouhodobé péče i tam, kde se dnes poskytují jen na základnější báze,
- výdaje související se zvyšováním kvality péče (lépe vyškolený zaplacený personál, zvyšování kvality infrastruktury v rámci rezidenční péče),
- trendy ve vývoji zdravotního stavu, které jsou dnes nepředvídatelné,
- změny životních podmínek starších osob.

Žádná země nebude schopná krýt všechny potřeby dlouhodobé péče profesionálními službami. Proto bude pro udržitelnost systému dlouhodobé péče důležité:

- zlepšovat spolupráci profesionálních poskytovatelů a neformálního sektoru,
- podporovat princip soukromých příspěvků do systému pojištění nebo smluvního spoření,
- věnovat větší objem finančních prostředků na realizaci efektivních strategií boje s některými nemocemi, které souvisejí s věkem (např. Alzheimerova nemoc) <sup>7</sup>.

V současné době lze obecně konstatovat, že podpora domácí péče je méně vyvinutá než rezidenční péče. Hranice mezi "institucí" a "domovem" je stále méně zřetelná, protože veřejné programy dlouhodobé péče směřují k tvorbě virtuální "domácí péči" pro osoby potřebující dlouhodobou péči. Např. v Dánsku se mnoho ošetřujících ústavů přeměnilo na pečovatelské byty, ve kterých pracují osoby, které provádí asistenční službu v bytech. Tyto případy lze zařadit jak pod "instituce", tak pod péči "doma". Proto při používání statistik o dlouhodobé péči je nutno dávat velký pozor na definice jednotlivých forem péče.

Nicméně členské státy se většinou soustřeďují na rozvoj "na míru šitých" řešení pro domácí péči poskytovanou v přirozeném sociálním prostředí a opouštějí rezidenční péči. To ale neznamená, že rezidenční péče pro dlouhodobě nemocné není zapotřebí. Rezidenční péče bude i nadále potřebná pro těžké případy poškození zdraví, pro které je péče doma nevhodná nebo nemožná, tato zařízení by se však v budoucnu měla více specializovat.

---

<sup>6</sup> viz: Tomeš, I. *Mezinárodní aspekty problematiky dlouhodobé péče o seniory a zkušenosti s jejím řešením ve vybraných evropských zemích*. Praha: VÚPSV, 2010

<sup>7</sup> viz: Repková, K. *Financovanie dlhohodobej starostlivosti vo verejnej mienke*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny.

Vývoj dále směřuje ke koordinaci zdravotní a sociální péče, protože to umožňuje vyšší kvalitu a efektivitu při používání dostupných zdrojů na dlouhodobou péči, ať jde o rezidenční nebo domácí péči v zařízeních zřizovaných obcemi, regiony nebo státem.

Některé členské státy dávají přednost svěřením celé této péče zdravotníkům, a to po celou potřebnou dobu, zatímco jiné státy co nejrychleji propouštějí dlouhodobě nemocné ze zdravotních zařízení do zařízení rehabilitačních či preventivních s následnou péčí nebo do pečovatelských zařízení. Ukazuje se, že problémy koordinace mezi zdravotnictvím, sociální péčí a neformalizovanou péčí mohou mít negativní důsledky pro uživatele a neefektivní používání dostupných zdrojů.

Ve financování podpory rodinné péče o dlouhodobě nemocné se výrazně krystalizují čtyři výraznější směry <sup>8</sup>:

- sociální pojištění pro případ potřeby dlouhodobé péče, které je buď koncipováno jako samostatný systém (např. Lucembursko, Německo) nebo jako součást invalidního pojištění (např. Francie),
- úhrada asistenční služby ze strany obcí za podpory státního rozpočtu (skandinávské země),
- peněžní příspěvek z veřejných rozpočtů na péči, který je poskytován té osobě, která péči poskytuje (Rakousko),
- financování ze zdrojů rodiny v případě dostatku finančních prostředků, v opačném případě ze zdrojů státu.

Zpráva, kterou OECD vydala v roce 2005 <sup>9</sup> na základě údajů z 19 zemí ukazuje, že míra nákladů na dlouhodobou péči různou měrou ekonomicky zatěžuje veřejný i soukromý sektor. Rozdíly mezi participací veřejného a soukromého sektoru jsou vysvětlovány věkem populace (zejména rozdílným podílem osob starších 80 let), stupněm jejího zdravotního postižení a rozsahem společenské péče. Z následující tabulky je patrné, že různé země jsou různě připraveny na nadcházející sociální problém, který souvisí se stárnutím obyvatelstva.

---

<sup>8</sup> viz: Tomeš, I. *Mezinárodní aspekty problematiky dlouhodobé péče o seniory a zkušenosti s jejím řešením ve vybraných evropských zemích*. Praha: VÚPSV, 2010

<sup>9</sup> OECD, *Long-term care policies for older people*, OECD, 2005

## 1. Dlouhodobá péče v evropských zemích

Tabulka č. 1 **Úhrady nákladů veřejného a soukromého sektoru na dlouhodobou péči jako podíl HDP v roce 2000**

|                | veřejné náklady/HDP | soukromé náklady/HDP | náklady celkem/HDP |
|----------------|---------------------|----------------------|--------------------|
| Irsko          | 0,52%               | 0,10%                | 0,62%              |
| Lucembursko    | 0,52%               | nedostupné           | nedostupné         |
| Německo        | 0,95%               | 0,40%                | 1,35%              |
| Maďarsko       | <0,20%              | <0,10%               | <0,30%             |
| Nizozemsko     | 1,31%               | 0,13%                | 1,44%              |
| Polsko         | 0,37%               | 0,01%                | 0,38%              |
| Rakousko       | 1,32%               | nedostupné           | nedostupné         |
| Španělsko      | 0,16%               | 0,44%                | 0,61%              |
| Švédsko        | 2,74%               | 0,14%                | 2,88%              |
| Velká Británie | 0,89%               | 0,48%                | 1,37%              |

Pramen: Long-term care policies for older people, OECD, 2005

Při pohledu na strukturu nákladů převažuje, s výjimkou Polska, financování z veřejných zdrojů. Jak je patrné z následující tabulky, jejich podíl se pohybuje mezi 55 % a 71 %, a to převážně ve veřejných ústavních zařízeních. Z toho je patrná nutnost věnovat prioritní pozornost dramaticky rostoucí míře závislosti na pomoci jiných, protože náklady na služby pro tyto osoby výrazně v budoucnosti porostou a zatíží veřejné rozpočty.

Tabulka č. 2 **Rozvržení nákladů na dlouhodobou péči mezi veřejné ústavy a domácí péči (2000)**

|                | veřejné výdaje v ústavech jako % celku | veřejné výdaje na domácí péči jako % celku | celkové veřejné náklady na dlouhodobou péči jako % HDP |
|----------------|--|--|--|
| Irsko          | 63%                                    | 37%  | 0,52%  |
| Lucembursko    | 71%                                    | 29%  | 0,52%  |
| Maďarsko       | nedostupné                             | nedostupné                                 | <0,20%   |
| Německo        | 55%                                    | 45%  | 0,95%  |
| Nizozemsko     | 57%                                    | 43%  | 1,31%  |
| Polsko         | 8%                                     | 92%  | 0,37%  |
| Rakousko       | nedostupné                             | nedostupné                                 | 1,32%  |
| Španělsko      | 69%                                    | 31%  | 0,16%  |
| Švédsko        | 71%                                    | 29%  | 2,74%  |
| Velká Británie | 65%                                    | 35%  | 0,89%  |

Pramen: Long-term care policies for older people, OECD, 2005

Ve většině zemí je financování dlouhodobé péče hrazeno z veřejných prostředků, tedy z daní a povinných plateb (např. povinného pojistného). Při předpokládaném nárůstu potřeby dlouhodobé péče bude třeba hledat řešení jejího financování nejen v rámci intergenerační solidarity, ale i v rámci intragenerační solidarity, kdy zdraví senioři pomáhají nemocným, a v diverzifikaci zdrojů jako např. omezování počtu míst v ústavech stabilizací jejich současných počtů a zvýšením podpory rodinné péče, na kterou by přispívaly nejen veřejné zdroje, ale i rodiny. V tom případě lze cílit veřejnou podporu rodinné péče jen na nízkopříjmové rodiny,

resp. odstupňovat míru veřejné podpory podle rodinných příjmů nebo jí poskytovat jen jako kompenzaci ztracených příjmů toho, kdo celodenní péči v rodině poskytuje. Další možnost nabízí zavedení nového zvláštního druhu (odvětví) sociálního pojištění na krytí eventuelních budoucích nákladů na sociální služby pro osoby potřebující pomoc jiné osoby, jako je tomu v Německu nebo v Lucembursku a uvažuje se o tom i v dalších státech.

Ve všech členských zemích domácnosti participují na financování a poskytování dlouhodobé péče tím, že poskytují péči o svého člena nebo přispívají finančně na poskytovanou péči, popř. doplňují poskytovanou péči o služby nebo poskytují peníze na věci, které služby neposkytují nebo neposkytují dostatečně. To platí i o soustavách poskytujících komplexní službu, ale kde financování je omezeno jen na část této komplexní služby.

Mnoho domácností nemá potřebné prostředky na úhradu měsíčních nákladů poskytovatele péče, jsou jim proto poskytovány dávky sociální péče, které jsou cíleny jen na nízkopříjmové rodiny. Financování dlouhodobé péče může být neudržitelné i pro stát, jako je tomu v Portugalsku nebo Španělsku.

Ačkoliv domácí péče je lacinější než péče rezidenční, veřejné prostředky, které stát dává na domácí péči, se velmi různí. Ve většině států se z veřejných financí uhrazuje více než polovina nákladů na domácí péči, nejmenší podpora je ve státech, kde domácí péče je zatím nejméně rozvinuta <sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> viz: Tomeš, I. *Mezinárodní aspekty problematiky dlouhodobé péče o seniory a zkušenosti s jejím řešením ve vybraných evropských zemích*. Praha: VÚPSV, 2010

## 2. Vývoj vybavenosti regionů službami dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v letech 1995-2010

Významnou pomůckou při hodnocení vybavenosti jednotlivých regionů službami dlouhodobé sociálně-zdravotní péče jsou návrhy úrovně normativů vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální péče. Tyto normativy byly zpracovány bývalým FMPSV v polovině 80. let<sup>11</sup>, do praxe však nebyly nikdy zavedeny, neboť existovaly obavy z jejich zneužití v plánovací praxi jako nástroje neúměrného zatížení státního rozpočtu dlouhodobě dopředu. Z hlediska jejich využití jako orientačních nástrojů pro hodnocení dlouhodobých trendů v této oblasti je však potřebné tyto normativy ocenit, neboť představují až do dnešních dnů jediný srovnatelný pohled na kvantitativní úroveň sociálních služeb v jednotlivých územních celcích.

Poprvé byla analýza vývoje vybavenosti územních celků službami sociální péče pro staré a zdravotně postižené občany zpracována v polovině 90. let<sup>12</sup> (analyzovány byly údaje za r. 1995), důraz byl přitom položen na analýzu vybavenosti jednotlivých okresů místy v domovech důchodců, v domovech-penzionech pro důchodce, v domech s pečovatelskou službou a dále pečovatelskou službou. V následujícím období byla provedena analýza vybavenosti regionů službami sociální péče realizována v r. 2002<sup>13</sup> (analyzovány byly údaje za r. 2000) a v r. 2006 (analyzovány byly údaje za r. 2005)<sup>14</sup>. Tyto skutečnosti umožňují v současné době vedle prostého zhodnocení úrovně vybavenosti v jednotlivých regionech v r. 2010 rovněž ukázat, k jakým vývojovým a strukturálním změnám v jednotlivých regionech dochází a zda jsou tyto trendy např. v souladu s moderními trendy rozvoje sociálních služeb v evropských zemích, popř. zda jsou projevem promítnutí koncepčních záměrů do praktické činnosti jednotlivých regionálních orgánů a poskytovatelů sociálních služeb.

Hodnocení vybavenosti jednotlivých regionů službami dlouhodobé zdravotní péče bylo poprvé realizováno v r. 2009, kdy byla v souvislosti s řešením otázek poskytování sociálních služeb seniorům a osobám se zdravotním postižením věnována pozornost vybavenosti jednotlivých regionů místy v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a rozsahu domácí zdravotní péče (analyzovány byly údaje za r. 2008)<sup>15</sup>. V souvislosti s přípravou zákona o zdravotnických službách došlo v letech 2010-2011 k řadě změn v charakteru řady zdravotnických zařízení (m.j. výrazně se snížila kapacita léčebeň pro dlouhodobě nemocné), což neumožňuje hodnotit vybavenost jednotlivých regionů těmito službami v dlouhodobém časovém horizontu.

---

<sup>11</sup> viz: *Návrh normativů vybavenosti územních celků službami sociální péče*. Praha: FMPSV, 1987

<sup>12</sup> viz: kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOPRESS, 1997. ISBN 80-902260-1-9

<sup>13</sup> viz: Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*, Praha: ASPI Publishing, 2003. ISBN 80-86395-69-3

<sup>14</sup> viz: Průša, L. *Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-36-0

<sup>15</sup> viz: Průša, L. *Poskytování sociálních služeb seniorům a osobám se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2010. ISBN 978-80-7416-048-6



## 2.1 Faktory ovlivňující vybavenost regionů službami dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

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

- z míry urbanizace,
- z věkové, kvalifikační, profesní a sociální struktury obyvatelstva na daném území a z náboženských specifik jednotlivých regionů,
- ze struktury osídlení jednotlivých územních celků, z velikosti obcí a z hustoty obyvatelstva,
- z míry realizace tradičních funkcí rodiny v péči o staré občany,
- z nejrůznějších sociologických změn probíhajících ve společnosti, zejména rozpad vícegeneračního soužití rodin <sup>16</sup>.

Opomenout rovněž nelze dlouhodobou absenci jakékoliv koncepce rozvoje sociálních služeb, prvním koncepčním materiálem můžeme označit Bílou knihu v sociálních službách <sup>17</sup>, vliv střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb na změnu struktury poskytovaných sociálních služeb ve smyslu Národního plánu rozvoje sociálních služeb je doposud pouze minimální <sup>18</sup>. V důsledku toho lze konstatovat, že stávající struktura forem sociální péče v jednotlivých krajích ani okresech není výsledkem promítnutí deklarovaných koncepcí do praktického života, ale je výsledkem dlouholetého živelného vývoje v minulosti, kdy praxe v rámci svých možností a podle svého zájmu reagovala na nutnost zabezpečení potřeb starých a zdravotně postižených občanů nebo občanů v nepříznivé sociální situaci (viz např. historie vzniku domů s pečovatelskou službou nebo rozvoj nových forem sociálních služeb – především služeb sociální prevence – v 90. letech) <sup>19</sup>.

System financování sociálních služeb navíc konzervuje zpravidla existující rozdíly ve vybavenosti jednotlivých územních celků sociálními službami, a tím se nevytváří dynamizující konkurenční prostředí. Změněné politické, ekonomické a společenské podmínky významným způsobem ovlivňují přístup zainteresovaných subjektů k této oblasti sociální ochrany obyvatelstva. Odlišný způsob financování jednotlivých typů zařízení se v minulém období promítl do zájmu jednotlivých zřizovatelů o budování nových kapacit i o formy zabezpečení potřeb občanů (např. od okamžiku, kdy v polovině 90. let MF přestalo poskytovat dotace na výstavbu domovů-penzionů pro důchodce, se kapacita těchto zařízení až do r. 2006 prakticky nevyšila) <sup>20</sup>.

---

<sup>16</sup> blíže viz: Průša, L. *Optimalizace struktury forem sociální péče s přihlédnutím ke specifikům jednotlivých oblastí*; in *Metody regionální demoeconomické analýzy a prognózy*. České Budějovice: Dům techniky ČSVTS, 1987

<sup>17</sup> viz [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)

<sup>18</sup> viz: *Národní plán rozvoje sociálních služeb 2009-2012*, [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)

<sup>19</sup> viz: kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOPRESS, 1997. ISBN 80-902260-1-9

<sup>20</sup> viz: Průša, L.. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing 2007. ISBN 978-80-7357-255-6

Dřívější úvahy o tom, že zavedení příspěvku na péči přispěje k odstranění těchto problémů, se doposud nepotvrdily, neboť nově koncipovaný systém financování sociálních služeb ex ante závislý na poskytování dotací ze strany státu a zřizovatele, což – vzhledem k tomu, že na přiznání dotace není právní nárok – ve svém důsledku vede k další konzervaci existujícího stavu, ke stagnaci rozvoje zejména terénních služeb sociální péče a ve svém důsledku k tomu, že celý systém financování sociálních služeb je neefektivní<sup>21</sup>.

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

Při hodnocení vybavenosti regionů službami dlouhodobé sociálně-zdravotní péče je nezbytné mít na zřeteli skutečnost, že stávající statistické podklady nejsou úplné:

- v oblasti poskytování sociálních služeb oficiální statistické podklady MPSV neumožňují charakterizovat např. intenzitu poskytování pečovatelské služby<sup>22</sup>,
- v oblasti zdravotní péče řada subjektů – především podnikatelského charakteru – nedává dlouhodobě souhlas s publikováním jakýchkoli údajů o rozsahu poskytovaných služeb.

## **2.2 Vyhodnocení vybavenosti jednotlivých regionů službami dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v r. 2010**

Kapacity vybraných jednotlivých služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v r. 2010 v jednotlivých okresech jsou uvedeny v příloze č. 2 a 3.

Přes výše uvedené skutečnosti lze na základě podrobného rozboru oficiálních dat MPSV a ÚZIS o rozsahu poskytovaných služeb dlouhodobé sociálně-zdravotní péče za r. 2010 při respektování faktorů ovlivňujících vybavenost regionů těmito službami vyslovit tyto stěžejní závěry:

- Nový zákon o sociálních službách doposud nepřispěl k rozvoji sociálních služeb. Stávající systém financování sociálních služeb – zejména závislost poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotací ze státního rozpočtu – neumožňuje zvyšovat nabídku poskytovaných služeb, noví poskytovatelé vznikají pouze v omezeném

---

<sup>21</sup> viz: Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-80-7416-018-9

<sup>22</sup> Statistika neumožňuje identifikovat, zda z celkového počtu cca 115 000 osob, jimž byla v r. 2010 poskytována pečovatelská služba, byla tato pomoc poskytována každý den (1 x či vícekrát), několikrát v průběhu týdne či měsíce či dokonce pouze 1 x ročně.

## 2. Vývoj vybavenosti regionů službami dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v letech 1995-2010

---

rozsahu, zahraniční subjekty se do poskytování sociálních služeb v naší zemi doposud nezapojily.

- Počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba, je od r. 2007 v zásadě stabilní, v důsledku chybějící kapacity terénních služeb jsou proto potřebné služby poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb (např. z údajů od jednotlivých poskytovatelů služeb v domovech pro seniory v rámci dotačního řízení pro r. 2011 vyplývá, že z očekávané celkové kapacity 38 320 míst bude péče poskytována cca 4 000 osobám, které nebudou mít vůbec přiznán příspěvek na péči, a více než 8 300 osob bude mít přiznáno příspěvek na péči pouze v I. stupni závislosti).
- Počet neuspokojených žadatelů o sociální služby - zejména v domovech pro seniory - není pomocným kritériem pro určení skutečné potřeby kapacit v těchto zařízeních. Vzhledem k dlouhým čekacím lhůtám na umístění v těchto zařízeních prakticky na celém území republiky žadatelé o tyto formy péče podávají svoje žádosti o umístění ve výrazném předstihu a často do více zařízení tak, aby zvýšili pravděpodobnost brzkého přijetí do těchto zařízení.
- Obslužnost regionu pečovatelskou službou poskytovanou v domácnostech jednotlivých klientů je významným způsobem determinována regionálním profilem - zatímco nejvyšších hodnot dosahují zpravidla regiony s převažujícím rovinným profilem (Jihomoravský a Středočeský kraj), nejnižší hodnoty dosahují zpravidla regiony s převažujícím hornatým povrchem (kraje Ústecký, Jihočeský a Moravskoslezský).
- Ve vybavenosti jednotlivých krajů místy v zařízeních pro osoby se zdravotním postižením existují značné rozdíly, které jsou pravděpodobně důsledkem vývoje sociálních služeb v minulosti. Nejnižších hodnot dosahují ukazatele vybavenosti v Hlavním městě Praze, nejvyšších hodnot v Ústeckém kraji.
- Ve vybavenosti jednotlivých okresů místy v odborných léčebných ústavech existují značné rozdíly, které jsou způsobeny mj. i tím, že - na rozdíl od domovů pro seniory - se tato zařízení nenacházejí ve 30 okresech republiky. Tato skutečnost svědčí o tom, že dostupnost některých segmentů zdravotní péče není stejnoměrná na celém území republiky, což je velmi závažný poznatek především z hlediska prevence sociálního vyloučení.
- Na regionální úrovni nedochází k propojování sociálních služeb a zdravotních péče.
- Dříve provedená hodnocení geografické a finanční dostupnosti ukázala, že ve všech krajích, v nichž byla relevantním rozlišujícím znakem kategorie "krajské město" (tj. všech krajů s výjimkou Hlavního města Prahy a Středočeského kraje), byla právě v krajském městě dostupnost služeb nejvýraznější, ve většině krajů byla vyšší dostupnost především ve velkých městech (zpravidla bývalá okresní města), s rostoucí vzdáleností od těchto center se dostupnost služeb snižovala<sup>23</sup>.

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

- změny v územně-správním uspořádání, k němuž došlo s platností od 1. 1. 1996 (vznik nového okresu Jeseník), k 1. 1. 2000 (vznik nových krajů) a k 31. 12. 2001 (zrušení okresních úřadů),

---

<sup>23</sup> viz: Bareš, P. *Regionální dostupnost sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 978-80-7416-047-9

## 2. Vývoj vybavenosti regionů službami dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v letech 1995-2010

---

- přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nově upravil některé typy služeb, resp. typy zařízení (vznik domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů se zvláštním režimem) nebo některé typy zařízení zrušil (domovy-penziony pro důchodce, domy s pečovatelskou službou), což tato zařízení vedlo k transformaci na jiné formy zařízení (zpravidla domovy pro seniory nebo chráněné bydlení).

Přes všechny tyto skutečnosti lze konstatovat, že:

- Ve struktuře vybavenosti na celorepublikové úrovni službami pro seniory nedošlo od r. 1995 k výrazným změnám z hlediska rozsahu péče v domovech pro seniory ani z hlediska rozsahu pečovatelské služby. Hodnotit změny ve struktuře a dostupnosti dalších zařízení terénních a ambulantních služeb (zejména centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, chráněné bydlení a osobní asistence) je velmi obtížné, protože kapacita těchto zařízení nebyla před přijetím zákona o sociálních službách statisticky sledována, často pod názvy těchto forem péče (především stacionáře) byly chápány zcela jiné formy služeb.
- Dílčí změny ve struktuře těchto forem péče v jednotlivých krajích od jejich vzniku v r. 2000 lze vysvětlit především nepřesnostmi ve vykazování počtu osob, jimž je poskytována pečovatelská služba a změnami ve struktuře obyvatelstva v jednotlivých krajích.
- Pokles vybavenosti jednotlivých krajů místy v domovech pro seniory v r. 2010 v porovnání s r. 2005 a předchozími roky lze přisuzovat patrně transformaci části kapacit těchto zařízení na domovy se zvláštním režimem.
- Změny, k nimž došlo ve vybavenosti jednotlivých okresů v letech 1995-2010 jsou objektivně vyšší, neboť zprůměrnování hodnot na úrovni krajů neumožňuje podchytit konkrétní změny v nižších regionálních celcích, a to jak z hlediska demografického, tak i z hlediska investičního.
- Změny ve struktuře vybavenosti jednotlivých regionů službami pro zdravotně postižené nelze objektivně posoudit vzhledem k tomu, že přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, došlo k úpravě názvů jednotlivých typů zařízení. Dřívější ústavy sociální péče pro mládež a dospělé osoby, které byly diferencovány podle jednotlivých typů zdravotního postižení, byly transformovány na domovy pro osoby se zdravotním postižením, přičemž věková hlediska ani typ zdravotního postižení nejsou statisticky sledována.
- Z prostého porovnání počtu míst v bývalých ústavech sociální péče pro dospělé a pro mládež v letech 1990-2005 s daty o počtu míst v domovech pro občany se zdravotním postižením v r. 2010 lze předpokládat, že i v těchto zařízeních byla část kapacity transformována na domovy se zvláštním režimem.
- Dostupnost jednotlivých sociálních služeb je historicky determinována strukturou osídlení jednotlivých regionů<sup>24</sup>.

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

---

<sup>24</sup> viz: Musil, J. *Regionální a místní formy sociálního vyloučení a jak jim čelit – problém vnitřních periférií v České republice*. in Sirovátka, T. *Sociální vyloučení a sociální politika*. Brno: Masarykova univerzita / Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2006. ISBN 80-210-4225-7

## 2. Vývoj vybavenosti regionů službami dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v letech 1995-2010

---

Hlavní příčinu současného neuspokojivého stavu v oblasti sociálních služeb lze spatřovat především v tom, že rozvoj celého systému služeb sociální péče je limitován stanovením maximální výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových zařízeních a za jednotlivé úkony poskytované v terénních formách služeb ze strany jednotlivých uživatelů na úrovni, která spolu s přiznanou výší příspěvku na péči neumožňuje uhradit ani průměrné celostátní náklady daného typu služby, což ex ante předurčuje závislost poskytovatelů sociálních služeb na poskytování dotací ze strany státního rozpočtu, popř. ze zdrojů jednotlivých krajů a měst. Vzhledem k tomu, že na přiznání těchto dotací není právní nárok, je celý systém sociálních služeb statický, k očekávaným a žádoucím změnám ve struktuře služeb doposud nedošlo. Tato skutečnost je ve světle očekávaných demografických trendů velmi alarmující, a to i z toho pohledu, že o poskytování sociálních služeb se podle nového zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, dnes mezi poskytovatelem a uživatelem uzavírají smlouvy, sociální služby již nejsou poskytovány na základě správního rozhodnutí zřizovatele služby<sup>25</sup>.

Kriticky je přitom rovněž nutno zhodnotit i kvalitu většiny doposud zpracovaných střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb jednotlivých krajů<sup>26</sup>. Je to z velké většiny pravděpodobně způsobeno skutečností, že všechny doposud zpracované metodické materiály kladou značný důraz především na zapojení uživatelů sociálních služeb do jeho přípravy tak, aby zvolená řešení a směry jejich naplňování odrážely mj. i potřeby klientů. Lze se domnívat, že v celém procesu přípravy plánu sociálních služeb jsou do pozadí zatlačeny tři velmi významné okruhy<sup>27</sup>:

- provedení analýzy sociálně-demografického vývoje obce (města) a jejího spádového území (popř. kraje) se zaměřením na vývoj těch věkových skupin, které jsou stěžejními příjemci sociálních služeb,
- porovnání zjištěných potřeb jednotlivých skupin klientů sociálních služeb s doporučenými hodnotami vybavenosti jednotlivých skupin obyvatelstva<sup>28</sup> a s aktuálními trendy vývoje sociálních služeb,
- vazby sociálních služeb na související odvětví, zejména na zdravotní péči, bytovou politiku a dopravní obslužnost jednotlivých regionů (tyto vazby jsou nezbytné především vzhledem k přípravě systému dlouhodobé péče a důrazu na poskytování sociálních služeb v přirozeném domácím prostředí jednotlivých klientů),
- kvantifikace finančních dopadů na realizaci navrhovaných opatření v dlouhodobém, střednědobém i krátkodobém horizontu.

---

<sup>25</sup> viz: Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2010. ISBN 978-80-7416-048-6

<sup>26</sup> viz: Bareš, P. *Cílové skupiny v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb zpracovaných v období 2006-2007*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008. ISBN 978-80-7416-009-7

<sup>27</sup> viz: Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing 2007. ISBN 978-80-73 57-255-6

<sup>28</sup> viz: Průša, L. (ed.) *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOPRESS, 1997. ISBN 80-902260-1-9

### **3. Hlavní principy připravované právní úpravy systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče**

Podle návrhu věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně-sociální péče 29 patří k hlavním principům navrhovaného řešení tyto skutečnosti:

- zajištění kvalitních a dostupných služeb pro klienty,
- možnost participace klientů a jejich rodinných příslušníků na vytváření vhodné sítě poskytovatelů dlouhodobé péče,
- podporování rozvoje dlouhodobé péče především na domácí a komunitní úrovni,
- podpora otevřeného a transparentního konkurenčního prostředí při poskytování dlouhodobé péče,
- zvýšení sociální spravedlnosti, tedy srovnání podmínek dostupnosti a kvality potřebných služeb, stejně jako finanční participace pro klienty se stejnými potřebami dlouhodobé péče, stanovení nepodkročitelných standardů dlouhodobé péče,
- zvýšení efektivity systému poskytování dlouhodobé péče včetně vynakládání prostředků na příspěvek na péči,
- vytváření podmínek pro realizaci účinné sociální a zdravotní politiky na všech úrovních veřejné správy,
- omezení preventabilní dysability, a tedy potřeby dlouhodobé péče,
- zajištění dlouhodobě udržitelného financování.

Pro naplnění těchto výchozích principů jsou v rámci výše uvedeného návrhu věcného záměru zákona definována tato – z pohledu autora – klíčová řešení:

1. Dlouhodobá péče je poskytována odbornými pracovníky primárně v přirozeném prostředí, ale také v ambulantních zařízeních, v nezbytných případech i v zařízeních poskytujících pobytové služby. Poskytování dlouhodobé péče v přirozené komunitě klienta je považováno za nejvhodnější způsob podpory.
2. Osobě, které byl přiznán status klienta dlouhodobé péče, uhradí zdravotní pojišťovna poskytnutí zdravotních služeb v rámci dlouhodobé péče. Na tyto zdravotní služby je z hlediska jejich časové naléhavosti pohlíženo jako na akutní zdravotní péči.
3. Dlouhodobá péče je spektrem kombinovaných zdravotních a sociálních služeb, které potřebují osoby se sníženou soběstačností, trvale závislé na cizí pomoci. Pro vymezení dlouhodobé péče je klíčový právě významný podíl jak zdravotní, tak sociální péče v potřebách klienta.
4. Poskytovatel pobytové dlouhodobé péče bude muset získat registraci na poskytování pobytové formy sociálních služeb a současně oprávnění poskytovat dlouhodobou lůžkovou zdravotní péči.

---

<sup>29</sup> viz: Návrh věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně-sociální péče, Praha: MPSV 2011 (č.j. 2011/ 68462 – 223 ze dne 26. října 2011), [online], cit. [2011-11-25], dostupné z: <http://eklep.vlada.cz/eklep/page.jsf?resultform:hledaniTablep=3>

### 3. Hlavní principy připravované právní úpravy systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

---

5. Komunitní sestra pracuje v týmu se sociálním pracovníkem na obecním úřadu obce s rozšířenou působností a zajišťují podporu, poradenství a hodnocení zdravotních a sociálních potřeb potenciálních klientů dlouhodobé péče.
6. Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit dostupnost dlouhodobé péče formou domácích, ambulantních nebo ústavních zdravotních ošetrovatelských služeb prostřednictvím smluvních poskytovatelů.
7. Poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí klienta formálními poskytovateli nebo ve formě sdílené péče je považováno za nejvhodnější způsob podpory a péče.
8. Osobě, které byl přiznán status klienta dlouhodobé péče, jsou zdravotní služby v rámci dlouhodobé péče poskytovány na základě smlouvy poskytovatele a příslušné zdravotní pojišťovny. Služby sociální péče jsou poskytovány v rámci dlouhodobé péče na základě smlouvy mezi poskytovatelem a klientem a jejich úhrady se řídí zákonem o sociálních službách. Pokud byl osobě, které byl přiznán status klienta dlouhodobé péče, přiznán i příspěvek na péči, je tento příspěvek proplácen úřadem práce poskytovateli/poskytovatelům pobytové dlouhodobé péče jako úhrada za péči stanovená na základě uzavřené smlouvy s klientem.
9. Klient dlouhodobé péče pobývajícím v zařízení poskytujícím ústavní dlouhodobou péči se podílí na úhradě nákladů na stravu a pobyt podle příslušných ustanovení zákona o sociálních službách a navazujících právních předpisů.
10. Poskyvatelé dlouhodobé péče se jako samostatný segment zúčastňují dohodovacího řízení o hodnotě bodu a podmínkách úhrady podle zákona č. 48/1997 Sb.
11. Osoba, která je příjemcem příspěvku na péči ve stupni 3 nebo 4 v den nabytí účinnosti tohoto zákona a zároveň její zdravotní stav vyžaduje systematické dlouhodobé poskytování ošetrovatelské zdravotní péče na základě posouzení ošetřujícího lékaře, je ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona považována za klienta dlouhodobé péče do doby platnosti původního rozhodnutí nebo vydání rozhodnutí nového.

### **3.1 Stručné hodnocení vybraných principů navrhovaného řešení**

Předložený návrh věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně-sociální péče reaguje na skutečnost, že stávající systémy poskytování sociálních služeb a zdravotní péče fungují jak na celostátní, tak i na všech regionálních úrovních v zásadě izolovaně bez žádoucích průniků, které by zvýšily efektivitu vynakládaných finančních prostředků v obou systémech. V tomto smyslu se jedná zejména o tyto skutečnosti:

- zdravotní pojišťovny hradí náklady lékařem řádně indikované a příslušnými zdravotnickými pracovníky skutečně poskytnuté ošetrovatelské a rehabilitační péče pouze z cca 20 %<sup>30</sup>,

---

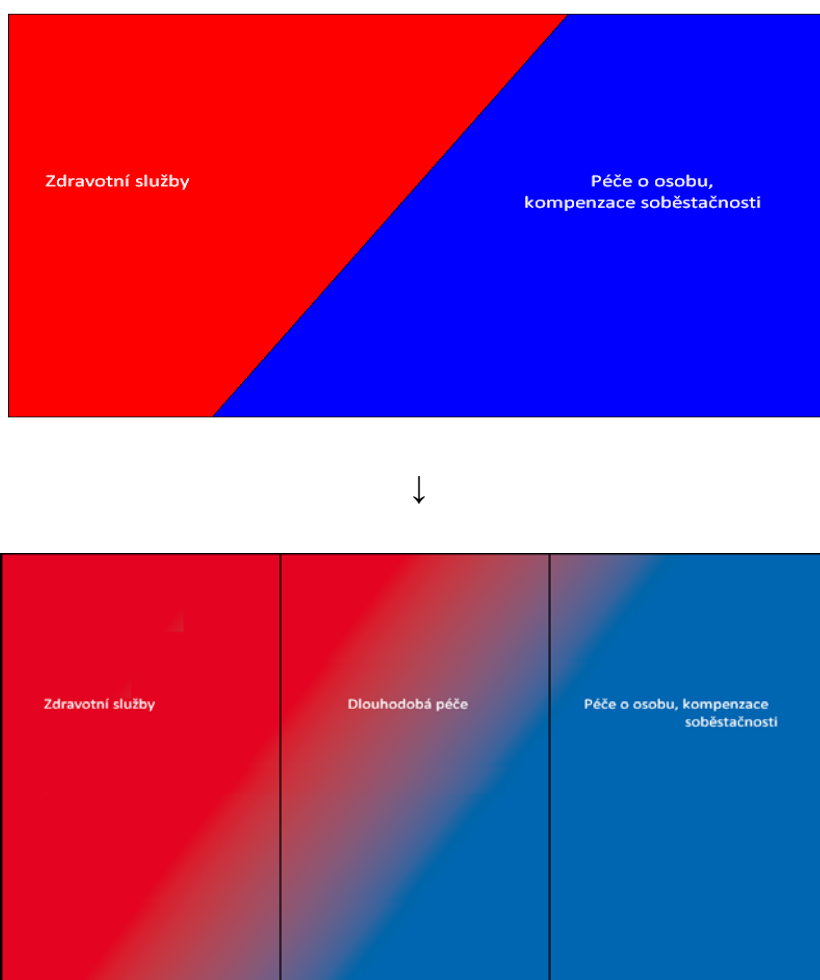
<sup>30</sup> viz: Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha, VÚPSV, 2010. ISBN 978-80-7416-048-6

### 3. Hlavní principy připravované právní úpravy systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

- ve zdravotnických zařízeních je podle vyjádření VZP cca 15 000 klientů, jimž je indikována a poskytována zdravotní péče, přestože jim mohla být tato péče poskytována v pobytovém zařízení sociálních služeb, popř. v jejich domácnostech, avšak v důsledku nedostatku těchto kapacit a neschopnosti zdravotních pojišťoven odhalit tuto skutečnost je jim veškerá péče hrazena ze systému veřejného zdravotního pojištění<sup>31</sup>.

Změny, které je nezbytné v naší zemi realizovat k tomu, aby se systém služeb dlouhodobé péče stal efektivním, lze schematicky znázornit na následujícím obrázku.

Obrázek č. 1 **Dlouhodobá péče v ČR: současný stav a návrh řešení**



Pramen: Heger, L. Dlouhodobá péče ve zdravotnictví. Konference Dlouhodobá péče v ČR, Praha 24. 5. 2011

Z tohoto pohledu je nutné ocenit snahu obou rezortů řešit existující problémy. Nicméně díky některých ustanovení návrhu připravovaného věcného záměru nové právní normy a její odůvodnění budí dojem, že systém dlouhodobé péče je izolovaným

<sup>31</sup> viz Vodička, G. *Problém se sociálními službami ve zdravotnických zařízeních*. Infoservis VZP č. 3/2010. [online], cit.[2010-10-16], dostupné z: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/Infoservis/infoservis3-2010.pdf>



### 3. Hlavní principy připravované právní úpravy systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

---

prvkem v rámci celého spektra sociálních a zdravotních služeb (viz např. dikce odůvodnění bodu 2.3. návrhu, podle něhož "dlouhodobá péče se stane samostatnou jednotkou ve smyslu definice, nároku, formy, způsobu poskytování, kvalifikace a oprávnění poskytovatelů a financování, která bude upravena v zákoně o dlouhodobé péči" <sup>32</sup>). Některé dikce by naopak bylo nutno lépe precizovat tak, aby nevznikaly žádné pochybnosti o rozsahu vymezení tohoto segmentu (např. "pro vymezení dlouhodobé péče je klíčový významný podíl jak zdravotní, tak sociální péče v potřebách klienta" <sup>33</sup> – z této dikce není zřejmé, o jak velký podíl obou segmentů péče se má jednat).

Ačkoliv je v rámci výchozích principů jednoznačně deklarována podpora rozvoje služeb dlouhodobé péče v domácím prostředí jednotlivých klientů, je naprostá většina materiálu věnována problematice poskytování dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v pobytových zařízeních.

Negativně je rovněž nutno hodnotit skutečnost, že poskytovatelé dlouhodobé péče se budou muset znovu registrovat, přestože jak poskytovatelé sociálních služeb, tak i zdravotní péče jsou již dnes registrováni. Lze se domnívat, že vzhledem k charakteru dlouhodobé péče by bylo možno přímo ze zákona vymezit, že poskytovateli dlouhodobé péče jsou všichni registrovaní poskytovatelé služeb sociální péče a ta zdravotnická zařízení, která již dnes jsou faktickými poskytovateli dlouhodobé péče (léčebny pro dlouhodobě nemocné, odborné léčebné ústavy).

Pozitivně je nutno hodnotit skutečnost, že do systému dlouhodobé péče se navrhuje zapojit komunitní sestru, která by měla ve spolupráci se sociálním pracovníkem na obecním úřadu obce s rozšířenou působností zajišťovat podporu, poradenství a hodnocení zdravotních a sociálních potřeb potenciálních klientů dlouhodobé péče. Charakterem své činnosti by tak komunitní sestra mohla představovat určitého care managera, který je významným prvkem v systémech sociálních služeb evropských zemí, nicméně v systému sociálních služeb v naší zemi tuto činnost doposud nikdo nevykonává.

Negativně je však nutno hodnotit skutečnost, že i nadále systémy hodnocení sociálních a zdravotních potřeb klientů dlouhodobé péče budou izolovány, že nedojde k hodnocení potřeb klientů dlouhodobé péče v jejich přirozeném prostředí společně zástupci sociální a zdravotní sféry, naopak dojde k další institucionalizaci hodnocení míry závislosti klienta, neboť toto hodnocení bude místo lékaře posudkové služby sociálního zabezpečení provádět pětičlenná komise pro posuzování potřeby dlouhodobé péče na Úřadu práce ČR.

Negativně je rovněž nutno hodnotit návrh na to, aby za vytvoření sítě služeb dlouhodobé péče byly odpovědny zdravotní pojišťovny. Zkušenosti ukazují, že především VZP není schopna efektivně hospodařit se svěřenými finančními prostředky, přičemž tuto neschopnost sama opakovaně přiznává. Ze systémového hlediska by za vytvoření sítě služeb dlouhodobé péče měl být zodpovědný Úřad práce ČR, který by

---

<sup>32</sup> viz: Návrh věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně-sociální péče, Praha: MPSV 2011 (č.j. 2011/ 68462 – 223 ze dne 26. října 2011), [online], cit. [2011-11-25], dostupné z: <http://eklep.vlada.cz/eklep/page.jsf?resultform:hledaniTablep=3>, str. 24

<sup>33</sup> viz: Návrh věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně-sociální péče, Praha: MPSV 2011 (č.j. 2011/ 68462 – 223 ze dne 26. října 2011), [online], cit. [2011-11-25], dostupné z: <http://eklep.vlada.cz/eklep/page.jsf?resultform:hledaniTablep=3>, str. 24

### 3. Hlavní principy připravované právní úpravy systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

---

podle návrhu věcného záměru zákona měl rozhodovat o přiznání příspěvku na péči a o přiznání statutu klienta dlouhodobé péče<sup>34</sup>.

Klíčovým prvkem pro efektivní fungování systému financování a poskytování dlouhodobé péče je vytvoření "zrcadla" mezi poskytováním a financováním ošetrovatelské péče v lůžkových zdravotnických zařízeních a v pobytových zařízeních sociálních služeb a mezi poskytováním sociálních služeb (přesněji služeb sociální péče) v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních. V konkrétní podobě se jedná především o vyplácení příspěvku na péči klientům v lůžkových zdravotnických zařízeních a financování indikované a skutečně poskytnuté ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb paušální platbou tak, jako je tomu v léčebnách pro dlouhodobě nemocné<sup>35</sup>. Z tohoto pohledu je nutno pozitivně hodnotit návrh, aby osobě, které byl přiznán status klienta dlouhodobé péče, byly zdravotní služby v rámci dlouhodobé péče poskytovány na základě smlouvy poskytovatele a příslušné zdravotní pojišťovny a služby sociální péče byly poskytovány na základě smlouvy mezi poskytovatelem a klientem a jejich úhrady se řídily zákonem o sociálních službách. Klient dlouhodobé péče pobývající v zařízení poskytujícím ústavní dlouhodobou péči se přitom bude podílet na úhradě nákladů na stravu a pobyt podle příslušných ustanovení zákona o sociálních službách a navazujících právních předpisů.

Stěžejní limitem zajištění efektivního fungování systému dlouhodobé péče je provedení reformy zdravotnických služeb, v jejímž rámci by mělo být dosaženo personálních úspor a z nich vyplývajících úspor ve výši neinvestičních výdajů především v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v odborných léčebných ústavech. V současné době činí průměrné neinvestiční výdaje na jedno lůžko:

- |  |                    |
|--|--------------------|
| - v léčebnách pro dlouhodobě nemocné             | 35 583 Kč měsíčně, |
| - v odborných léčebných ústavech                 | 41 673 Kč měsíčně, |
| - v domovech pro seniory                         | 21 381 Kč měsíčně, |
| - v domovech pro občany se zdravotním postižením | 28 670 Kč měsíčně, |
| - v domovech se zvláštním režimem                | 25 447 Kč měsíčně. |

Intenzivně je rovněž nutno "optimalizovat" strukturu klientů v pobytových zařízeních sociálních služeb, např. v prosinci 2010 bylo v domovech pro seniory 5 817 klientů bez přiznaného příspěvku na péči a 7 897 klientů mělo přiznáno příspěvek na péči pouze v I. stupni závislosti. V tomto smyslu je potřeba výrazně posílit ekonomický pohled při rozhodování managementu jednotlivých zařízení o dlouhodobých principech a strategiích financování poskytovaných sociálních služeb<sup>36</sup>.

K dalším souvisejícím podmínkám efektivního systému poskytování a financování služeb dlouhodobé péče by měla patřit tato řešení:

- vyplácení příspěvku na péči v nepeněžním vyjádření, resp. podmínění výplaty této dávky poskytováním služeb od registrovaných poskytovatelů těchto služeb (v této

---

<sup>34</sup> viz: Průša, L. *Determinanty efektivního systému financování a poskytování dlouhodobé péče*. Revidenční péče č. 4/2011. ISSN 1801-8726

<sup>35</sup> viz: Průša, L. *Determinanty efektivního systému financování a poskytování dlouhodobé péče*. Revidenční péče č. 4/2011. ISSN 1801-8726

<sup>36</sup> viz: Molek, J. *Řízení organizací sociálních služeb – vybrané problémy*. Praha: VÚPSV, 2011. ISBN 978-80-7416-083-7

### 3. Hlavní principy připravované právní úpravy systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

---

souvislosti zůstává otázkou, zda by nebylo vhodné změnit název této dávky na "příspěvek na zajištění sociální služby"),

- zrušení "cenové regulace" výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových zařízeních a za úkony v terénních a ambulantních formách,
- propojení systému plánování, registrace a financování sociálních služeb,
- stanovení povinnosti POÚ zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, přičemž v jeho rámci by měla být věnována pozornost vzájemným vazbám sociálních služeb na související oblasti, zejména na oblast zdravotní péče, bytové politiky a dopravní obslužnosti jednotlivých regionů,
- posílení závaznosti finanční rozvahy poskytovatelů služeb v procesu registrace.

Další související opatření je nezbytné realizovat i mimo oblast sociálních služeb. V tomto smyslu se jedná především o opatření, která by měla přispět k oddálení potřeby péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. V úvahu přichází tato řešení <sup>37</sup>:

- výstavba malometrážních a bezbariérových bytů a citlivé stanovení výše nájmu v obecních bytech jako základní předpoklad podpory rozvoje terénních sociálních služeb a poskytování služeb v domácím prostředí,
- důsledné dodržování bezbariérových přístupů do obchodů a objektů poskytujících veřejné služby,
- soustavné vyhodnocování dopravní obslužnosti a zavádění nových forem dopravních služeb.

## 3.2 Ekonomická kvantifikace fungování systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

Při kvantifikaci nákladů navrhovaných systémových změn v oblasti financování dlouhodobé sociálně-zdravotní péče je potřebné zohlednit tyto skutečnosti:

- do nákladů na poskytování služeb dlouhodobé péče je potřeba započítat rovněž finanční prostředky, které v současné době zdravotní pojišťovny v rozporu s platným právním stavem nevyplácejí pobytovým zařízením sociálních služeb (tyto náklady lze pro klienty dlouhodobé sociálně-zdravotní péče na základě dříve provedených šetření <sup>38</sup> kvantifikovat na cca 3 806 mil. Kč v zařízeních /celkové náklady na financování ošetřovatelské a rehabilitační náklady v pobytových zařízeních sociálních služeb byly kvantifikovány na cca 5,45 mld. Kč, zdravotní pojišťovny v r. 2009 zaplatily pouze cca 1 106 mil. Kč./)<sup>39</sup>,

---

<sup>37</sup> viz: Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha, VÚPSV, 2010. ISBN 978-80-7416-048-6

<sup>38</sup> viz: Průša, L. a kol. *Poskytování ošetřovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, ISBN 978-80-7416-030-1

<sup>39</sup> Vzhledem k úzkým vazbám systému dlouhodobé péče a systému služeb sociální péče v pobytových zařízeních je v rámci dalších kvantifikací uvažováno o vytvoření "zrcadla" i pro financování služeb sociální péče v pobytových zařízeních sociálních služeb (tedy i pro klienty, kteří žijí v pobytových zařízeních sociálních služeb a nemají přiznaný žádný příspěvek na péči, a dále pro klienty, kteří mají v těchto

### 3. Hlavní principy připravované právní úpravy systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

- financování ošetřovatelské a rehabilitační péče na skutečně poskytované úrovni významným způsobem posílí jistoty jednotlivých poskytovatelů, neboť nebudou závislí na poskytování dotací ze státního rozpočtu (v r. 2009 obdrželi poskytovatelé sociálních služeb v domovech pro seniory, v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v domovech se zvláštním režimem dotaci ve výši 4 229 mil. Kč - viz příloha č. 15).
- sjednocením systému financování odborných léčebných ústavů by mělo dojít:
  - k významným úsporám zdrojů ze systému veřejného zdravotního pojištění (současné náklady ve výši 38 400 Kč na lůžko měsíčně by měly poklesnout na 5 915 Kč, celková úspora by činila 8 439 mil. Kč ročně),
  - ke zvýšení podílu klienta na krytí nákladů za pobyt a stravu v těchto zařízeních z dnešních 1 280 Kč měsíčně na cca 9 000 Kč měsíčně,
  - výplatou příspěvku na péči i do odborných léčebných ústavů vzrostou výdaje na výplatu této dávky o cca 1 348 mil. Kč<sup>40</sup>.

Souhrnně jsou dopady změn systému financování dlouhodobé sociálně-zdravotní péče kvantifikovány v následující tabulce.

**Tabulka č. 3 Dopady změn systému financování dlouhodobé sociálně zdravotní péče v prvním roce zavedení systému**

| v mil. Kč  | fondy zdravotního pojištění |        |                 | státní rozpočet |        |                 | klienti |        |                 |
|--|-----------------------------|--------|-----------------|-----------------|--------|-----------------|---------|--------|-----------------|
|  | nárůst                      | úspora | celková bilance | nárůst          | úspora | celková bilance | nárůst  | úspora | celková bilance |
| zvýšení nákladů na financování ošetřovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb | 4 344                       |        |                 |                 |        |                 |         |        |                 |
| poskytování služeb dlouhodobé péče bez dotací ze státního rozpočtu                           |                             |        |                 |                 | 4 229  |                 |         |        |                 |
| úspora výdajů zdravotního pojištění v důsledku sjednocení systému financování                |                             | 8 439  |                 |                 |        |                 |         |        |                 |
| nárůst výdajů na příspěvek na péči v OLÚ   |                             |        |                 | 1 348           |        |                 |         |        |                 |
| nárůst výdajů za pobyt a stravu v OLÚ  |                             |        |                 |                 |        |                 | 257     |        |                 |
| souhrnná bilance   |                             |        | -4 095          |                 |        | -2 881          |         |        | 257             |

*Pramen: vlastní propočty*

Z uvedených údajů je zřejmé, že vytvořením potřebného "zrcadla" při financování sociální a ošetřovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb by došlo k úspoře výdajů jak státního rozpočtu ve výši cca 2,9 mld. Kč, tak i fondů

zařízeních přiznán příspěvek na péči v I. stupni závislosti a pro 75 % klientů těchto zařízení, jimž je přiznán příspěvek na péči ve II. stupni závislosti).

<sup>40</sup> Vzhledem k tomu, že věková struktura, základní diagnózy a stupeň soběstačnosti u pacientů LDN a u klientů domovů pro seniory umístěných na ošetřovatelských lůžkách jsou v zásadě obdobné (viz: Červenková, A. – Bruthansová, D. – Pechanová, M. *Sociálně-zdravotní služby poskytované klientům na ošetřovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-35-2), byla při kvantifikaci finančních dopadů výplaty příspěvku na péči do odborných léčebných ústavů použita stejná struktura klientů podle míry závislosti jako v domovech pro seniory.

### 3. Hlavní principy připravované právní úpravy systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

---

zdravotního pojištění ve výši cca 4,1 mld. Kč. Tato úspora výdajů na straně systému veřejného zdravotního pojištění by mohla být dále navýšena v případě výrazného zvýšení počtu lůžek, která by do tohoto systému mohla být transformována z lůžek následné péče. Tento předpoklad se jeví jako vysoce reálný, neboť zatímco v r. 2010 bylo v odborných léčebných ústavech celkem 21 648 lůžek, VZP opakovaně tvrdí, že ve zdravotnických zařízeních je dlouhodobě umístěno na různých odděleních cca 15 000 osob ze sociálních důvodů a tuto situaci toleruje<sup>41</sup>. Pokud by všechna tato lůžka byla převedena na lůžka dlouhodobé sociálně-zdravotní péče, lze celkovou úsporu výdajů ze systému veřejného zdravotního pojištění odhadovat cca na úrovni 9,9 mld. Kč<sup>42</sup>, tj. o dalších cca 5,8 mld. Kč více.

Výše uvedené propočty potvrzují dříve jednoznačně dokázané hluboké podfinancování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb<sup>43</sup> a zcela jednoznačně ukazují na možnosti efektivního vytvoření systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče. Navržený systém financování přitom umožní další potřebný rozvoj tohoto segmentu péče, neboť poskytovatelé těchto služeb již nebudou závislí na přiznání dotací ze státního rozpočtu. Kritickým místem tohoto řešení je ovšem ochota zdravotnických zařízení i samotných pojišťoven ke změnám v struktuře personálního zajištění tohoto provozu v těchto zařízeních, která je cestou k nezbytným změnám ve struktuře financování provozu zařízení dlouhodobé sociálně-zdravotní péče. Vzhledem k předpokládaným demografickým trendům je toto řešení nutno hodnotit jako pozitivní krok k nastartování rozvojových strategických plánů v jednotlivých regionech.

---

<sup>41</sup> viz: Vodička, G. *Problém se sociálními službami ve zdravotnických zařízeních*. Infoservis VZP č. 3/2010. [online], cit.[2011-12-01], dostupné z: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/Infoservis/infoservis3-2010.pdf>

<sup>42</sup> Výdaje na 1 lůžko měsíčně na jednotlivých odděleních nemocnic jsou přitom několikanásobně vyšší než výdaje na 1 lůžko v odborných léčebných ústavech, z nichž se při výpočtu vycházelo.

<sup>43</sup> viz: Průša, L. a kol. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, ISBN 978-80-7416-030-1

## 4. Odhad vývoje počtu osob vyžadujících služby dlouhodobé péče do r. 2025

Jedním z klíčových aspektů pro rozhodování o systému financování, organizaci a řízení dlouhodobé sociálně-zdravotní péče je zpracování odhadu potřeby této péče. Východiskem pro zpracování odhadu potřeby této péče je projekce obyvatelstva ČR, kterou zpracoval ČSÚ v 1. pololetí r. 2009, a analýza vývoje počtu příjemců příspěvku na péči podle pohlaví, věku a míře závislosti v letech 2007-2009<sup>44</sup>.

Tyto propočty ukázaly výrazný nárůst příjemců příspěvku na péči, a tedy i výrazný nárůst potřeby poskytování dlouhodobé sociálně-zdravotní péče. Na základě provedené regresní analýzy byl v současné době zpracován odhad vývoje podílu počtu příjemců příspěvku na péči u osob starších 65 let v závislosti na věku, pohlaví a stupni přiznaného příspěvku na péči na celkovém počtu osob podle pohlaví a věku. Míra spolehlivosti tohoto odhadu je s výjimkou nižších věkových skupin a nižší míry závislosti velmi vysoká, v nejvyšších věkových skupinách a vyšších stupních závislosti přesahuje 95 %. Odhad vývoje podílu osob pobírajících příspěvek na péči v nižších věkových skupinách nebyl s ohledem na relativně nízkou četnost výskytu a velmi nízkou spolehlivost odhadu realizován.

Tabulka č. 4 **Odhad vývoje podílu příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu osob v závislosti na pohlaví, věku a míře závislosti v letech 2012-2025**

|         | 2012                        | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  | 2025  |
|---------|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| muži    | I. stupeň míry závislosti   |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 66 - 70 | 1,20                        | 1,19  | 1,18  | 1,18  | 1,17  | 1,17  | 1,16  | 1,16  | 1,15  | 1,15  | 1,15  | 1,14  | 1,14  | 1,14  |
| 71 - 75 | 1,91                        | 1,90  | 1,89  | 1,88  | 1,87  | 1,86  | 1,85  | 1,85  | 1,84  | 1,84  | 1,84  | 1,83  | 1,83  | 1,83  |
| 76 - 80 | 3,41                        | 3,38  | 3,35  | 3,32  | 3,30  | 3,28  | 3,26  | 3,25  | 3,24  | 3,23  | 3,22  | 3,22  | 3,21  | 3,21  |
| 81 - 85 | 7,50                        | 7,37  | 7,26  | 7,15  | 7,05  | 6,95  | 6,85  | 6,76  | 6,67  | 6,58  | 6,50  | 6,42  | 6,34  | 6,26  |
| 86 - 90 | 14,68                       | 14,61 | 14,55 | 14,50 | 14,45 | 14,41 | 14,37 | 14,33 | 14,30 | 14,27 | 14,24 | 14,21 | 14,19 | 14,17 |
| 90 +    | 15,50                       | 15,00 | 14,55 | 14,15 | 13,80 | 13,50 | 13,24 | 12,98 | 12,75 | 12,52 | 12,29 | 12,07 | 11,85 | 11,63 |
|         | II. stupeň míry závislosti  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 66 - 70 | 1,26                        | 1,27  | 1,27  | 1,28  | 1,28  | 1,28  | 1,29  | 1,29  | 1,29  | 1,29  | 1,30  | 1,30  | 1,30  | 1,30  |
| 71 - 75 | 1,86                        | 1,86  | 1,86  | 1,86  | 1,86  | 1,86  | 1,86  | 1,86  | 1,86  | 1,86  | 1,86  | 1,86  | 1,86  | 1,86  |
| 76 - 80 | 3,36                        | 3,39  | 3,41  | 3,43  | 3,45  | 3,47  | 3,48  | 3,49  | 3,50  | 3,51  | 3,52  | 3,52  | 3,52  | 3,52  |
| 81 - 85 | 5,81                        | 5,77  | 5,73  | 5,70  | 5,67  | 5,64  | 5,61  | 5,59  | 5,57  | 5,55  | 5,53  | 5,52  | 5,52  | 5,52  |
| 86 - 90 | 10,90                       | 10,88 | 10,86 | 10,84 | 10,82 | 10,80 | 10,79 | 10,78 | 10,77 | 10,76 | 10,75 | 10,74 | 10,73 | 10,72 |
| 90 +    | 16,20                       | 15,75 | 15,35 | 14,99 | 14,66 | 14,36 | 14,08 | 13,80 | 13,52 | 13,25 | 12,98 | 12,71 | 12,44 | 12,28 |
|         | III. stupeň míry závislosti |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 66 - 70 | 0,90                        | 0,95  | 1,00  | 1,04  | 1,08  | 1,12  | 1,15  | 1,18  | 1,21  | 1,24  | 1,26  | 1,28  | 1,30  | 1,32  |
| 71 - 75 | 1,36                        | 1,43  | 1,48  | 1,53  | 1,58  | 1,62  | 1,66  | 1,70  | 1,74  | 1,77  | 1,80  | 1,83  | 1,86  | 1,89  |
| 76 - 80 | 2,33                        | 2,46  | 2,58  | 2,70  | 2,82  | 2,93  | 3,04  | 3,15  | 3,26  | 3,36  | 3,46  | 3,56  | 3,66  | 3,76  |
| 81 - 85 | 4,79                        | 5,09  | 5,37  | 5,64  | 5,91  | 6,17  | 6,43  | 6,69  | 6,94  | 7,19  | 7,44  | 7,69  | 7,93  | 8,17  |
| 86 - 90 | 8,10                        | 8,48  | 8,85  | 9,20  | 9,55  | 9,88  | 10,21 | 10,54 | 10,86 | 11,18 | 11,50 | 11,82 | 12,14 | 12,45 |
| 90 +    | 18,10                       | 19,20 | 20,00 | 20,80 | 21,60 | 22,20 | 22,80 | 23,40 | 23,80 | 24,20 | 24,60 | 25,00 | 25,30 | 25,60 |

<sup>44</sup> viz: Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 978-80-7416-048-6

#### 4. Odhad vývoje počtu osob vyžadujících služby dlouhodobé péče do r. 2025

|         | IV. stupeň míry závislosti  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|---------|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 66 - 70 | 0,45                        | 0,48  | 0,50  | 0,52  | 0,54  | 0,55  | 0,56  | 0,57  | 0,58  | 0,59  | 0,59  | 0,59  | 0,59  | 0,59  |
| 71 - 75 | 0,74                        | 0,77  | 0,80  | 0,83  | 0,85  | 0,87  | 0,89  | 0,91  | 0,93  | 0,94  | 0,95  | 0,96  | 0,97  | 0,98  |
| 76 - 80 | 1,32                        | 1,39  | 1,44  | 1,49  | 1,54  | 1,57  | 1,60  | 1,63  | 1,66  | 1,68  | 1,70  | 1,72  | 1,74  | 1,75  |
| 81 - 85 | 2,21                        | 2,31  | 2,41  | 2,50  | 2,59  | 2,68  | 2,76  | 2,84  | 2,92  | 3,00  | 3,07  | 3,14  | 3,21  | 3,28  |
| 86 - 90 | 4,02                        | 4,19  | 4,35  | 4,50  | 4,65  | 4,79  | 4,93  | 5,07  | 5,20  | 5,33  | 5,46  | 5,59  | 5,71  | 5,83  |
| 90 +    | 9,70                        | 10,06 | 10,26 | 10,41 | 10,53 | 10,63 | 10,71 | 10,79 | 10,86 | 10,93 | 11,00 | 11,06 | 11,12 | 11,18 |
| ženy    | I. stupeň míry závislosti   |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 66 - 70 | 1,75                        | 1,75  | 1,75  | 1,76  | 1,76  | 1,76  | 1,76  | 1,77  | 1,77  | 1,77  | 1,77  | 1,77  | 1,78  | 1,78  |
| 71 - 75 | 3,56                        | 3,55  | 3,54  | 3,53  | 3,52  | 3,51  | 3,50  | 3,49  | 3,48  | 3,48  | 3,48  | 3,48  | 3,48  | 3,48  |
| 76 - 80 | 8,16                        | 8,18  | 8,20  | 8,22  | 8,24  | 8,26  | 8,28  | 8,29  | 8,30  | 8,31  | 8,32  | 8,33  | 8,34  | 8,35  |
| 81 - 85 | 15,88                       | 15,80 | 15,73 | 15,66 | 15,60 | 15,54 | 15,48 | 15,43 | 15,38 | 15,33 | 15,28 | 15,24 | 15,20 | 15,16 |
| 86 - 90 | 21,16                       | 20,93 | 20,70 | 20,50 | 20,30 | 20,10 | 19,93 | 19,76 | 19,59 | 19,42 | 19,27 | 19,12 | 18,97 | 18,82 |
| 90 +    | 16,95                       | 16,30 | 15,75 | 15,30 | 14,90 | 14,50 | 14,20 | 13,90 | 13,60 | 13,40 | 13,20 | 13,00 | 12,80 | 12,65 |
|         | II. stupeň míry závislosti  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 66 - 70 | 1,14                        | 1,14  | 1,15  | 1,15  | 1,16  | 1,16  | 1,16  | 1,17  | 1,17  | 1,17  | 1,18  | 1,18  | 1,18  | 1,18  |
| 71 - 75 | 2,16                        | 2,16  | 2,16  | 2,17  | 2,17  | 2,17  | 2,18  | 2,18  | 2,18  | 2,18  | 2,19  | 2,19  | 2,19  | 2,19  |
| 76 - 80 | 4,75                        | 4,76  | 4,76  | 4,77  | 4,77  | 4,77  | 4,78  | 4,78  | 4,78  | 4,78  | 4,79  | 4,79  | 4,79  | 4,79  |
| 81 - 85 | 9,88                        | 9,85  | 9,82  | 9,80  | 9,78  | 9,76  | 9,74  | 9,72  | 9,71  | 9,70  | 9,69  | 9,68  | 9,67  | 9,66  |
| 86 - 90 | 15,95                       | 15,83 | 15,72 | 15,62 | 15,53 | 15,45 | 15,38 | 15,31 | 15,25 | 15,19 | 15,13 | 15,08 | 15,03 | 14,98 |
| 90 +    | 18,80                       | 18,10 | 17,50 | 16,90 | 16,40 | 15,90 | 15,45 | 15,00 | 14,55 | 14,15 | 13,75 | 13,35 | 12,95 | 12,60 |
|         | III. stupeň míry závislosti |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 66 - 70 | 0,67                        | 0,70  | 0,72  | 0,74  | 0,76  | 0,78  | 0,79  | 0,80  | 0,81  | 0,82  | 0,83  | 0,83  | 0,83  | 0,83  |
| 71 - 75 | 1,39                        | 1,46  | 1,52  | 1,57  | 1,62  | 1,67  | 1,71  | 1,75  | 1,79  | 1,83  | 1,86  | 1,89  | 1,92  | 1,95  |
| 76 - 80 | 3,20                        | 3,38  | 3,54  | 3,69  | 3,83  | 3,96  | 4,08  | 4,19  | 4,29  | 4,38  | 4,46  | 4,53  | 4,59  | 4,64  |
| 81 - 85 | 6,90                        | 7,20  | 7,50  | 7,75  | 8,00  | 8,25  | 8,45  | 8,65  | 8,85  | 9,00  | 9,15  | 9,30  | 9,45  | 9,55  |
| 86 - 90 | 12,75                       | 13,35 | 13,85 | 14,35 | 14,75 | 15,15 | 15,50 | 15,85 | 16,20 | 16,50 | 16,80 | 17,10 | 17,40 | 17,65 |
| 90 +    | 23,00                       | 24,10 | 25,00 | 25,90 | 26,80 | 27,40 | 28,00 | 28,60 | 29,20 | 29,60 | 30,00 | 30,40 | 30,80 | 31,10 |
|         | IV. stupeň míry závislosti  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 66 - 70 | 0,35                        | 0,36  | 0,37  | 0,38  | 0,39  | 0,40  | 0,41  | 0,42  | 0,43  | 0,44  | 0,45  | 0,46  | 0,47  | 0,48  |
| 71 - 75 | 0,74                        | 0,77  | 0,80  | 0,83  | 0,85  | 0,87  | 0,89  | 0,91  | 0,93  | 0,94  | 0,95  | 0,96  | 0,97  | 0,98  |
| 76 - 80 | 1,69                        | 1,77  | 1,84  | 1,90  | 1,95  | 2,00  | 2,04  | 2,08  | 2,12  | 2,15  | 2,18  | 2,21  | 2,24  | 2,26  |
| 81 - 85 | 4,10                        | 4,30  | 4,46  | 4,59  | 4,71  | 4,82  | 4,92  | 5,02  | 5,12  | 5,21  | 5,30  | 5,39  | 5,48  | 5,56  |
| 86 - 90 | 8,93                        | 9,40  | 9,80  | 10,10 | 10,40 | 10,70 | 10,95 | 11,20 | 11,40 | 11,60 | 11,80 | 11,97 | 12,14 | 12,31 |
| 90 +    | 20,60                       | 21,55 | 22,40 | 23,15 | 23,85 | 24,55 | 25,20 | 25,85 | 26,45 | 27,05 | 27,65 | 28,20 | 28,75 | 29,30 |

Pramen: vlastní propočty

Při promítnutí uvedeného odhadu vývoje podílu příjemců struktury čerpání příspěvku na péči do demografické projekce obyvatelstva lze kvantifikovat očekávané počty příjemců této dávky podle pohlaví, věku i míry závislosti. Vzhledem k tomu, že struktura pacientů podle pohlaví, věku a míry závislosti v odborných léčebných ústavech není k dispozici, byla s ohledem na poznatky získané v předchozím výzkumu <sup>45</sup> při kvantifikaci vývoje počtu dalších osob, které by mohly využívat služby

<sup>45</sup> viz: Červenková, A. – Bruthansová, D. – Pechanová, M. *Sociálně-zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-35-2

#### 4. Odhad vývoje počtu osob vyžadujících službu dlouhodobé péče do r. 2025

dlouhodobé sociálně-zdravotní péče použita stejná struktura klientů podle míry závislosti jako v domovech pro seniory.

Na základě takto provedené kvantifikace lze očekávat následující vývoj celkového počtu osob vyžadujících službu dlouhodobé sociálně-zdravotní péče. V souladu s návrhem věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně-sociální péče se přitom předpokládá, že tyto služby bude využívat 25 % příjemců příspěvku na péči ve II. stupni závislosti a všichni příjemci této dávky ve III. a IV. stupni závislosti.

Tabulka č. 5 **Odhad vývoje počtu osob vyžadujících služby dlouhodobé péče do r. 2025**

|      | celkem  | r. 2012 = 100 % |
|------|---------|-----------------|
| 2012 | 117 637 | 100,0           |
| 2013 | 126 866 | 107,8           |
| 2014 | 135 769 | 115,4           |
| 2015 | 144 329 | 122,7           |
| 2016 | 153 146 | 130,2           |
| 2017 | 162 058 | 137,8           |
| 2018 | 170 834 | 145,2           |
| 2019 | 180 047 | 153,1           |
| 2020 | 189 334 | 160,9           |
| 2021 | 198 926 | 169,1           |
| 2022 | 209 339 | 178,0           |
| 2023 | 219 992 | 187,0           |
| 2024 | 231 057 | 196,4           |
| 2025 | 241 885 | 205,6           |

*Pramen: vlastní propočty*

Podrobnější údaje o vývoji počtu příjemců příspěvku na péči v závislosti na věku příjemce a na míře závislosti u osob starších 65 let v letech 2012-2025, stejně tak jako další grafická znázornění jsou uvedena v příloze.

Přestože v následujících letech lze očekávat "objektivizaci" struktury uživatelů jednotlivých - především pobytových - služeb, ukazují uvedené propočty, že stávající kapacity jednotlivých typů sociálních služeb nebudou dostatečné jak z kapacitního hlediska, tak i z hlediska jejich personálního zajištění odborně vzdělanými pracovníky. V tomto smyslu je zřejmé, že rozvoj všech forem terénních, ambulantních i pobytových služeb by se měl stát nedílnou součástí všech regionálních rozvojových plánů. Nezbytným předpokladem umožňujícím včas reagovat na změněnou demografickou situaci je zvýšení důrazu na analýzu změn v demografické situaci obyvatelstva v jednotlivých regionech.

Konkrétní rozsah poskytování jednotlivých typů služeb dlouhodobé péče je velmi obtížné blíže specifikovat, protože je odrazem působení celé řady faktorů determinujících jejich vývoj v jednotlivých regionech. V tomto smyslu je proto nezbytné v rámci přípravy střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb v jednotlivých městech a krajích velmi podrobně analyzovat všechny determinanty ovlivňující chování klientů a potencialních klientů a jednotlivé typy a formy služeb dlouhodobé péče.



Prognóza potřeby služeb dlouhodobé péče přitom nemůže být jednorázovým statickým dokumentem, ale měla by se stát pravidelně se opakujícím projektem na všech stupních státní správy, neboť právě na úrovni jednotlivých měst a obcí je nutno aktuálně reagovat na měnící se podmínky a potřeby obyvatelstva. S politováním je však nutno konstatovat, že stávající metodické materiály ministerstva práce a sociálních věcí, které se zaměřují na otázky plánování sociálních služeb, věnují otázkám analýz demografického vývoje - jež představují nedílný základem těchto analýz - minimální pozornost.

## Závěr

Je zřejmé, že demografické trendy vyžadují hledat nová řešení nejenom v oblasti systému důchodového pojištění, ale i v oblasti sociálních služeb a zdravotní péče. Koncept dlouhodobé péče je relativně novým přístupem, který je do praxe evropských zemí zaváděn krátkou dobu. V podmínkách České republiky lze tento typ péče efektivně poskytovat v zásadě již dnes, přičemž pro její efektivní financování by bylo vhodné realizovat pouze některé dílčí úpravy stávajících právních norem. Cílem těchto změn by mělo být – jak je v textu zmíněno – vytvoření "zrcadla" mezi poskytováním a financováním ošetrovatelské péče v lůžkových zdravotnických zařízeních a v pobytových zařízeních sociálních služeb a mezi poskytováním služeb sociální péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních. Narovnání stávajících disproporcí mezi oběma systémy by výrazným způsobem přispělo k řešení důsledků očekávaných demografických trendů v sociální a zdravotní oblasti. Provedené propočty ekonomických důsledků navrhovaných opatření navíc ukazují možnosti značných úspor výdajů jak státního rozpočtu, tak i fondu zdravotního pojištění, což je s ohledem na současné ekonomické problémy nesmírně pozitivní sdělení.

V dalším období by bylo nezbytné provést kvantifikaci nákladů na zabezpečení jednotlivých úkonů při poskytování sociálních služeb tak, jak jsou definovány v tzv. Katzově indexu aktivit nezávislého života (např. pomoc při oblékání, stravování, pohybu, udržování osobní hygieny)<sup>46</sup>. Tato kvantifikace by přispěla k objektivizaci skutečné potřeby péče o příjemce příspěvku na péči v různých stupních závislosti. K řešení tohoto problému je žádoucí realizovat podrobné terénní šetření, v jehož rámci by byly kvantifikovány náklady na zabezpečení jednotlivých úkonů při poskytování sociálních služeb tak, aby bylo možno objektivizovat skutečné potřeby péče o příjemce příspěvku na péči v různých stupních závislosti a ekonomicky tyto potřeby kvantifikovat. V tomto smyslu připadá do úvahy např. možnost vyjádřit potřebu péče v určitém časovém rozsahu v průběhu jednoho dne tak, jako je tomu např. v Rakousku<sup>47</sup>, popř. diferencovat výši příspěvku na péči v závislosti na tom, zda je péče poskytována v pobytovém či ambulantním zařízení nebo v přirozeném domácím prostředí klienta tak, jako je tomu např. v Německu<sup>48</sup>.

---

<sup>46</sup> viz: Bednárik, R. – Bodnárová, B. *Starnutie populácie – výzva na zmeny v službách pre starších ľudí*. Rodina a práca č. 4/2005

<sup>47</sup> viz: Höhe des Pflegegeldes  
<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360516.html>

<sup>48</sup> viz: Pflegereform: Mehr Leistung und Beratung. Magazin für Soziales, Familie und Bildung. 04/2008.  
<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinSozialesFamilieBildung/062/sa-pflegereform-mehr-leistung.html>

---

## Literatura

Bareš, P. *Cílové skupiny v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb zpracovaných v období 2006-2007*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008. ISBN 978-80-7416-009-7

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

Bednárik, R. – Bodnárová, B. *Starnutie populácie – výzva na zmeny v službách pre starších ľudí*. Rodina a práca č. 4/2005

Červenková, A. – Bruthansová, D. – Pechanová, M. *Sociálně-zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-35-2

Heger, L. *Dlouhodobá péče ve zdravotnictví*. Konference Dlouhodobá péče v ČR, Praha 24. 5. 2011

Molek, J. *Řízení organizací sociálních služeb – vybrané problémy*. Praha: VÚPSV, 2011. ISBN 978-80-7416-083-7

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

Průša, L. *Optimalizace struktury forem sociální péče s přihlédnutím ke specifickým jednotlivých oblastí*, in Metody regionální demoeconomické analýzy a prognózy. České Budějovice: Dům techniky ČSVTS, 1987

Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*, Praha: ASPI Publishing, 2003. ISBN 80-86395-69-3

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

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

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

Průša, L. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, 2010. 978-80-7416-048-6

Průša, L. *Determinanty efektivního systému financování a poskytování dlouhodobé péče*. Rezidenční péče č. 4/2011. ISSN 1801-8726

Repková, K. *Financovanie dlhohodobej starostlivosti vo verejnej mienke*. Bratislava: Inštitút pro výskum práce a rodiny

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

Vodička, G. *Problém se sociálními službami ve zdravotnických zařízeních*. Infoservis VZP č. 3/2010. <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/Infoservis/infoservis3-2010.pdf>

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

Höhe des Pflegegeldes.

<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360516.html>

kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOPRESS, 1997. ISBN 80-902260-1-9

Long-term Care in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008. ISBN 978-9279-09572-6

*Long-term care policies for older people*, OECD, 2005.

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

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

Návrh věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně sociální péče, Praha: MPSV 2011 (č.j. 2011/ 68462 - 223 ze dne 26. října 2011), <http://eklep.vlada.cz/eklep/page.jsf?resultform:hledaniTablep=3>

Pflegereform: Mehr Leistung und Beratung. Magazin für Soziales, Familie und Bildung. 04/2008.

<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinSozialesFamilieBildung/062/sa-pflegereform-mehr-leistung.html>

## **Tabulková a grafická příloha**



## Příklady financování dlouhodobé péče v některých členských zemích EU

|                | typ péče                        |  | typ dávky      | testované     | spoluúčast na financování  |
|----------------|---------------------------------|--|----------------|---------------|--|
| Irsko          | ústavní péče                    | program podpory ošetrovatelských domovů (Nursing Home) a veřejná dlouhodobá péče | služba         | ano           | maximum € 26 000 ročně na péči v ošetrovatelských domovech; maximum 80 % sociálního (nepojistného) starobního důchodu ve veřejné dlouhodobé péči |
|                | domácí (rodinná) péče           | péče poskytovaná obcemi  | služba         | ano, částečně | jen podpora domácí péče je testovaná majetkem  |
| Lucembursko    | domácí (rodinná) a ústavní péče | zvláštní pojištění závislosti  | dávka a služba | ne            | uživatelé platí rozdíl mezi příspěvkem a skutečnými náklady  |
| Maďarsko       | domácí (rodinná) a ústavní péče | zvláštní program sociální ochrany a péče   | dávka a služba | ano           | uživatelé hradí část, rozhodují místní samosprávy  |
|                | domácí (rodinná) a ústavní péče | služba hrazena zdravotním pojištěním   | služba         | ne            | "základní služby" jsou zdarma, klienti platí za "lepší služby"   |
| Německo        | ústavní péče                    | sociální pojištění dlouhodobé péče   | služba         | ne            | nehradí se ubytování a strava  |
|                | domácí (rodinná) péče           | sociální pojištění dlouhodobé péče   | dávka a služba | ne            | "základní služby" jsou zdarma, klienti platí za "lepší služby"   |
| Nizozemsko     | ústavní péče                    | AWBZ   | dávky          | ne            | uživatel přispívá podle příjmového testu   |
|                | domácí péče                     | AWBZ   | služba         | ne            | uživatel přispívá podle příjmového testu   |
| Rakousko       | ústavní péče                    | příspěvek na dlouhodobou péči  | dávky          | ne            | uživatelé platí rozdíl mezi příspěvkem a skutečnou cenou   |
|                | domácí (rodinná) péče           | příspěvek na dlouhodobou péči  | dávky          | ne            | uživatelé platí rozdíl mezi příspěvkem a skutečnou cenou   |
| Polsko         | domácí a ústavní péče           | sociální služby  | dávky a služba | ano           |  |
| Španělsko      | domácí a ústavní péče           | programy sociální péče na obecní úrovni  | služba         | ano           | 73 % ceny dlouhodobé péče hrazena soukromníky (odhad 1998)   |
| Švédsko        | domácí a ústavní péče           | veřejná dlouhodobá péče  | služba         | ne            | uživatel připlácí podle rozhodnutí místní správy   |
| Velká Británie | domácí a ústavní péče           | národní zdravotní pojištění (NHS)  | služba         | ne            | zdarma   |
|                | domácí a ústavní péče           | sociální služby  | služba         | ano           | klienti hradí podle svých finančních možností  |
|                | domácí péče                     | dávky sociálního zabezpečení   | dávky          | ano           |  |

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

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

|                   | vybavenost okresů místy |      |      |                 |        |        |      |
|-------------------|-------------------------|------|------|-----------------|--------|--------|------|
|                   | CDS                     | DSt  | TSt  | DS              | DS     | DZR    | DOZP |
|                   | na 1000 osob            |      |      |                 |        |        |      |
|                   | starších 65 let         |      |      | starších 80 let |        | celkem |      |
| Praha             | 0,43                    | 2,28 | 0,38 | 12,29           | 46,08  | 3,62   | 0,40 |
| Benešov           | 0,00                    | 0,81 | 0,00 | 29,67           | 128,61 | 20,01  | 3,38 |
| Beroun            | 1,39                    | 2,69 | 2,54 | 15,86           | 70,96  | 0,00   | 0,93 |
| Kladno            | 0,00                    | 5,59 | 1,09 | 29,82           | 131,59 | 8,94   | 1,37 |
| Kolín             | 0,00                    | 0,26 | 0,20 | 19,78           | 82,70  | 55,22  | 1,24 |
| Kutná Hora        | 0,49                    | 2,93 | 3,01 | 23,91           | 101,27 | 55,80  | 1,61 |
| Mělník            | 0,00                    | 2,27 | 0,00 | 32,00           | 140,06 | 42,89  | 0,29 |
| Mladá Boleslav    | 0,00                    | 5,69 | 1,93 | 20,98           | 87,82  | 1,90   | 0,85 |
| Nymburk           | 0,00                    | 3,54 | 2,48 | 27,79           | 115,69 | 8,83   | 0,70 |
| Praha-východ      | 0,00                    | 0,80 | 0,00 | 28,76           | 127,83 | 4,52   | 0,40 |
| Praha-západ       | 0,00                    | 2,39 | 1,79 | 23,80           | 100,82 | 44,49  | 0,78 |
| Příbram           | 0,00                    | 1,09 | 0,97 | 38,63           | 164,88 | 10,75  | 0,87 |
| Rakovník          | 1,65                    | 3,30 | 1,18 | 24,67           | 106,42 | 0,00   | 2,93 |
| České Budějovice  | 0,28                    | 2,88 | 0,84 | 26,98           | 117,92 | 33,01  | 0,58 |
| Český Krumlov     | 0,00                    | 0,00 | 0,00 | 20,80           | 102,69 | 0,00   | 0,00 |
| Jindřichův Hradec | 0,00                    | 2,08 | 2,08 | 30,39           | 127,51 | 5,82   | 2,21 |
| Písek             | 0,00                    | 1,72 | 2,38 | 25,74           | 107,24 | 15,71  | 2,01 |
| Prachatice        | 0,00                    | 0,00 | 0,00 | 49,35           | 234,22 | 0,00   | 1,63 |
| Strakonice        | 0,00                    | 2,62 | 0,00 | 33,92           | 150,60 | 25,16  | 3,11 |
| Tábor             | 0,00                    | 5,62 | 1,33 | 29,12           | 117,63 | 8,42   | 0,00 |
| Domažlice         | 0,00                    | 0,22 | 0,00 | 50,08           | 219,76 | 0,00   | 0,00 |
| Klatovy           | 0,41                    | 2,74 | 0,00 | 23,35           | 99,04  | 0,00   | 2,36 |
| Plzeň             | 0,00                    | 0,76 | 0,24 | 9,58            | 41,89  | 29,89  | 0,24 |
| Plzeň-jih         | 2,25                    | 1,84 | 0,00 | 16,53           | 71,46  | 57,34  | 3,18 |
| Plzeň-sever       | 0,00                    | 2,72 | 0,00 | 3,99            | 18,60  | 0,00   | 5,70 |
| Rokycany          | 0,00                    | 1,27 | 0,00 | 27,83           | 116,37 | 85,02  | 4,47 |
| Tachov            | 0,00                    | 0,00 | 2,09 | 41,98           | 212,88 | 0,00   | 1,22 |
| Cheb              | 9,89                    | 3,73 | 0,68 | 38,74           | 176,92 | 0,00   | 2,18 |
| Karlovy Vary      | 1,34                    | 0,00 | 0,00 | 4,08            | 18,47  | 27,22  | 2,77 |
| Sokolov           | 0,00                    | 3,60 | 0,00 | 18,00           | 100,99 | 42,64  | 0,55 |
| Děčín             | 0,00                    | 1,57 | 0,26 | 22,03           | 100,67 | 63,28  | 3,84 |
| Chomutov          | 0,00                    | 1,81 | 0,00 | 37,08           | 187,99 | 51,18  | 3,83 |
| Litoměřice        | 0,56                    | 0,56 | 0,50 | 31,04           | 138,50 | 98,78  | 4,11 |
| Louny             | 0,00                    | 3,20 | 0,98 | 28,31           | 128,83 | 24,65  | 0,89 |
| Most              | 0,00                    | 2,16 | 0,62 | 47,03           | 236,78 | 23,34  | 1,66 |
| Teplice           | 0,00                    | 1,08 | 1,95 | 27,37           | 134,77 | 25,35  | 0,65 |
| Ústí nad Labem    | 0,00                    | 0,00 | 0,47 | 52,49           | 233,41 | 14,05  | 1,11 |
| Česká Lípa        | 0,00                    | 4,31 | 0,00 | 18,25           | 86,59  | 23,75  | 0,95 |
| Jablonec n. Nisou | 3,83                    | 0,00 | 0,00 | 7,59            | 31,21  | 33,59  | 0,99 |
| Liberec           | 2,81                    | 0,84 | 1,81 | 14,86           | 61,48  | 27,58  | 0,97 |
| Semily            | 2,44                    | 4,26 | 3,08 | 16,09           | 64,19  | 34,93  | 0,00 |
| Hradec Králové    | 0,28                    | 1,10 | 0,00 | 17,57           | 70,28  | 23,81  | 1,03 |



pokračování

|                     | vybavenost okresů místy |      |      |                 |        |        |      |
|---------------------|-------------------------|------|------|-----------------|--------|--------|------|
|                     | CDS                     | DSt  | TSt  | DS              | DS     | DZR    | DOZP |
|                     | na 1000 osob            |      |      |                 |        |        |      |
|                     | starších 65 let         |      |      | starších 80 let |        | celkem |      |
| Jičín               | 0,00                    | 4,59 | 0,00 | 33,47           | 126,59 | 0,00   | 0,99 |
| Náchod              | 0,00                    | 0,00 | 0,00 | 30,67           | 125,52 | 13,07  | 0,63 |
| Rychnov nad Kněžnou | 0,40                    | 3,89 | 1,03 | 18,16           | 73,80  | 37,38  | 3,93 |
| Trutnov             | 1,28                    | 2,94 | 1,28 | 27,46           | 121,57 | 2,37   | 0,93 |
| Chrudim             | 0,00                    | 0,60 | 0,00 | 30,66           | 128,20 | 28,60  | 3,15 |
| Pardubice           | 0,29                    | 1,44 | 0,00 | 15,94           | 64,90  | 36,26  | 0,57 |
| Svitavy             | 0,00                    | 2,01 | 0,00 | 21,38           | 93,30  | 6,84   | 1,59 |
| Ústí nad Orlicí     | 0,00                    | 2,04 | 1,14 | 36,11           | 153,75 | 0,00   | 1,49 |
| Havlíčkův Brod      | 0,00                    | 2,24 | 0,00 | 15,86           | 68,81  | 30,80  | 1,46 |
| Jihlava             | 0,00                    | 0,00 | 1,62 | 16,43           | 67,55  | 5,95   | 0,00 |
| Pelhřimov           | 3,55                    | 0,39 | 1,26 | 43,65           | 189,06 | 28,72  | 4,10 |
| Třebíč              | 0,00                    | 0,17 | 0,00 | 40,70           | 162,09 | 26,52  | 0,47 |
| Žďár nad Sázavou    | 0,00                    | 2,30 | 0,00 | 20,80           | 94,90  | 23,42  | 1,19 |
| Blansko             | 1,50                    | 3,40 | 0,00 | 16,54           | 69,85  | 58,65  | 2,36 |
| Brno                | 2,31                    | 4,49 | 0,18 | 23,65           | 90,52  | 36,14  | 1,12 |
| Brno-venkov         | 2,21                    | 0,19 | 0,25 | 7,61            | 31,39  | 31,26  | 0,51 |
| Břeclav             | 0,00                    | 2,02 | 0,59 | 14,64           | 63,73  | 23,06  | 1,12 |
| Hodonín             | 0,00                    | 1,14 | 0,73 | 10,03           | 42,83  | 46,49  | 1,65 |
| Vyškov              | 2,56                    | 1,17 | 0,00 | 17,86           | 73,63  | 35,61  | 0,79 |
| Znojmo              | 0,00                    | 1,53 | 0,00 | 13,18           | 52,54  | 85,14  | 2,23 |
| Jeseník             | 0,00                    | 0,00 | 0,50 | 45,51           | 210,57 | 0,00   | 1,75 |
| Olomouc             | 0,00                    | 3,46 | 0,19 | 16,14           | 66,08  | 0,00   | 1,72 |
| Prostějov           | 0,00                    | 5,85 | 0,00 | 37,48           | 152,76 | 17,10  | 2,87 |
| Přerov              | 1,24                    | 2,29 | 0,00 | 27,86           | 121,73 | 19,99  | 2,93 |
| Šumperk             | 0,62                    | 1,40 | 0,73 | 20,55           | 84,65  | 35,36  | 0,52 |
| Kroměříž            | 0,00                    | 1,99 | 0,51 | 37,62           | 153,85 | 28,67  | 3,67 |
| Uherské Hradiště    | 0,00                    | 0,89 | 1,06 | 27,99           | 120,28 | 9,11   | 3,90 |
| Vsetín              | 0,00                    | 0,79 | 0,44 | 28,01           | 126,83 | 24,34  | 0,78 |
| Zlín                | 1,99                    | 0,95 | 0,85 | 27,80           | 114,62 | 17,30  | 0,63 |
| Bruntál             | 1,11                    | 1,34 | 0,52 | 32,90           | 151,71 | 28,08  | 2,30 |
| Frýdek-Místek       | 1,03                    | 4,94 | 0,00 | 24,80           | 108,05 | 30,66  | 0,95 |
| Karviná             | 1,03                    | 6,83 | 0,00 | 24,45           | 121,07 | 32,63  | 0,36 |
| Nový Jičín          | 0,00                    | 1,14 | 0,00 | 22,02           | 99,57  | 2,26   | 0,69 |
| Opava               | 0,56                    | 0,86 | 0,00 | 23,06           | 104,05 | 23,22  | 3,43 |
| Ostrava             | 0,85                    | 2,67 | 0,66 | 27,56           | 123,47 | 38,73  | 0,73 |
| ČR                  | 0,68                    | 2,25 | 0,55 | 23,12           | 97,84  | 22,82  | 1,37 |

Pramen: vlastní propočty

pozn.:

CDS = centra denních služeb

DSt = denní stacionáře

TSt = týdenní stacionáře

DS = domovy pro seniory

DZP = domovy se zvláštním režimem

DOZP = domovy pro osoby se zdravotním postižením

**Vybavenost jednotlivých okresů místy ve vybraných typech zdravotnických zařízení v r. 2010**

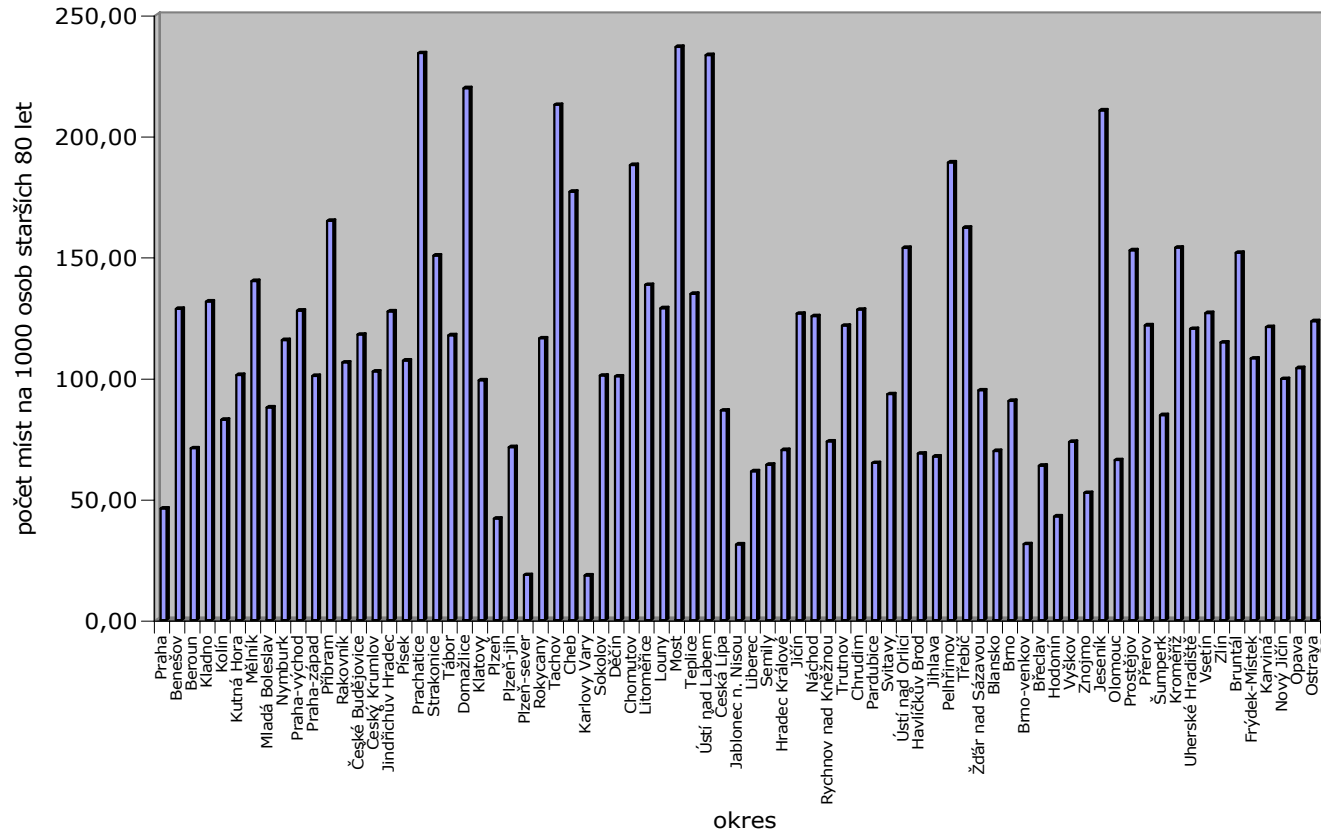
|                     | vybavenost okresů místy       |         |         |          |                                     |
|---------------------|-------------------------------|---------|---------|----------|-------------------------------------|
|                     | OLÚ celkem                    | z toho: |         |          | LDN<br>na 1 000 osob starších 80let |
|                     |                               | LDN     | hospice | ost. OLÚ |                                     |
|                     | na 1 000 osob starších 65 let |         |         |          |                                     |
| Praha               | 13,47                         | 5,89    | 0,12    | 7,47     | 22,06                               |
| Benešov             | 19,01                         | 0,00    | 2,04    | 16,98    | 0,00                                |
| Beroun              | 0,00                          | 0,00    | 0,00    | 0,00     | 0,00                                |
| Kladno              | 6,16                          | 6,16    | 0,00    | 0,00     | 27,18                               |
| Kolín               | 0,00                          | 0,00    | 0,00    | 0,00     | 0,00                                |
| Kutná Hora          | 0,00                          | 0,00    | 0,00    | 0,00     | 0,00                                |
| Mělník              | 0,00                          | 0,00    | 0,00    | 0,00     | 0,00                                |
| Mladá Boleslav      | 44,81                         | 7,28    | 0,85    | 36,68    | 30,46                               |
| Nymburk             | 0,00                          | 0,00    | 0,00    | 0,00     | 0,00                                |
| Praha-východ        | 15,42                         | 5,36    | 0,00    | 10,07    | 23,80                               |
| Praha-západ         | 10,70                         | 0,00    | 0,00    | 10,70    | 0,00                                |
| Příbram             | 34,46                         | 17,17   | 0,00    | 17,28    | 73,28                               |
| Rakovník            | 0,00                          | 0,00    | 0,00    | 0,00     | 0,00                                |
| České Budějovice    | 10,99                         | 9,24    | 0,00    | 1,76     | 40,38                               |
| Český Krumlov       | 13,06                         | 0,00    | 0,00    | 13,06    | 0,00                                |
| Jindřichův Hradec   | 0,00                          | 0,00    | 0,00    | 0,00     | 0,00                                |
| Písek               | 9,10                          | 4,43    | 0,00    | 4,67     | 18,44                               |
| Prachatice          | 7,54                          | 3,43    | 4,11    | 0,00     | 16,27                               |
| Strakonice          | 12,47                         | 6,37    | 0,00    | 6,10     | 28,26                               |
| Tábor               | 9,26                          | 0,00    | 0,00    | 9,26     | 0,00                                |
| Domažlice           | 0,00                          | 0,00    | 0,00    | 0,00     | 0,00                                |
| Klatovy             | 9,59                          | 9,59    | 0,00    | 0,00     | 40,66                               |
| Plzeň               | 8,48                          | 7,62    | 0,85    | 0,00     | 33,36                               |
| Plzeň-jih           | 128,07                        | 0,00    | 0,00    | 128,07   | 0,00                                |
| Plzeň-sever         | 0,00                          | 0,00    | 0,00    | 0,00     | 0,00                                |
| Rokycany            | 19,70                         | 0,00    | 0,00    | 19,70    | 0,00                                |
| Tachov              | 0,00                          | 0,00    | 0,00    | 0,00     | 0,00                                |
| Cheb                | 17,50                         | 17,50   | 0,00    | 0,00     | 79,94                               |
| Karlovy Vary        | 4,83                          | 4,83    | 0,00    | 0,00     | 21,87                               |
| Sokolov             | 9,04                          | 9,04    | 0,00    | 0,00     | 50,72                               |
| Děčín               | 5,25                          | 5,25    | 0,00    | 0,00     | 23,97                               |
| Chomutov            | 6,92                          | 6,92    | 0,00    | 0,00     | 35,07                               |
| Litoměřice          | 40,94                         | 11,29   | 1,45    | 28,20    | 50,38                               |
| Louny               | 16,41                         | 0,00    | 0,00    | 16,41    | 0,00                                |
| Most                | 0,93                          | 0,00    | 0,93    | 0,00     | 0,00                                |
| Teplice             | 3,09                          | 2,76    | 0,00    | 0,33     | 13,61                               |
| Ústí nad Labem      | 1,76                          | 0,00    | 0,00    | 1,76     | 0,00                                |
| Česká Lípa          | 12,09                         | 0,00    | 0,00    | 12,09    | 0,00                                |
| Jablonec n. Nisou   | 0,00                          | 0,00    | 0,00    | 0,00     | 0,00                                |
| Liberec             | 0,00                          | 0,00    | 0,00    | 0,00     | 0,00                                |
| Semily              | 11,91                         | 4,65    | 0,00    | 7,26     | 18,57                               |
| Hradec Králové      | 10,66                         | 8,68    | 0,00    | 1,98     | 34,72                               |
| Jičín               | 8,48                          | 8,48    | 0,00    | 0,00     | 32,08                               |
| Náchod              | 1,60                          | 0,00    | 1,60    | 0,00     | 0,00                                |
| Rychnov nad Kněžnou | 4,20                          | 4,20    | 0,00    | 0,00     | 17,08                               |
| Trutnov             | 28,96                         | 2,14    | 0,00    | 26,82    | 9,46                                |
| Chrudim             | 31,92                         | 0,00    | 1,62    | 30,30    | 0,00                                |
| Pardubice           | 3,79                          | 3,79    | 0,00    | 0,00     | 15,42                               |
| Svitavy             | 11,03                         | 0,00    | 0,00    | 11,03    | 0,00                                |
| Ústí nad Orlicí     | 22,95                         | 3,85    | 0,00    | 19,10    | 16,39                               |
| Havlíčkův Brod      | 56,16                         | 5,63    | 0,00    | 50,53    | 24,42                               |

pokračování

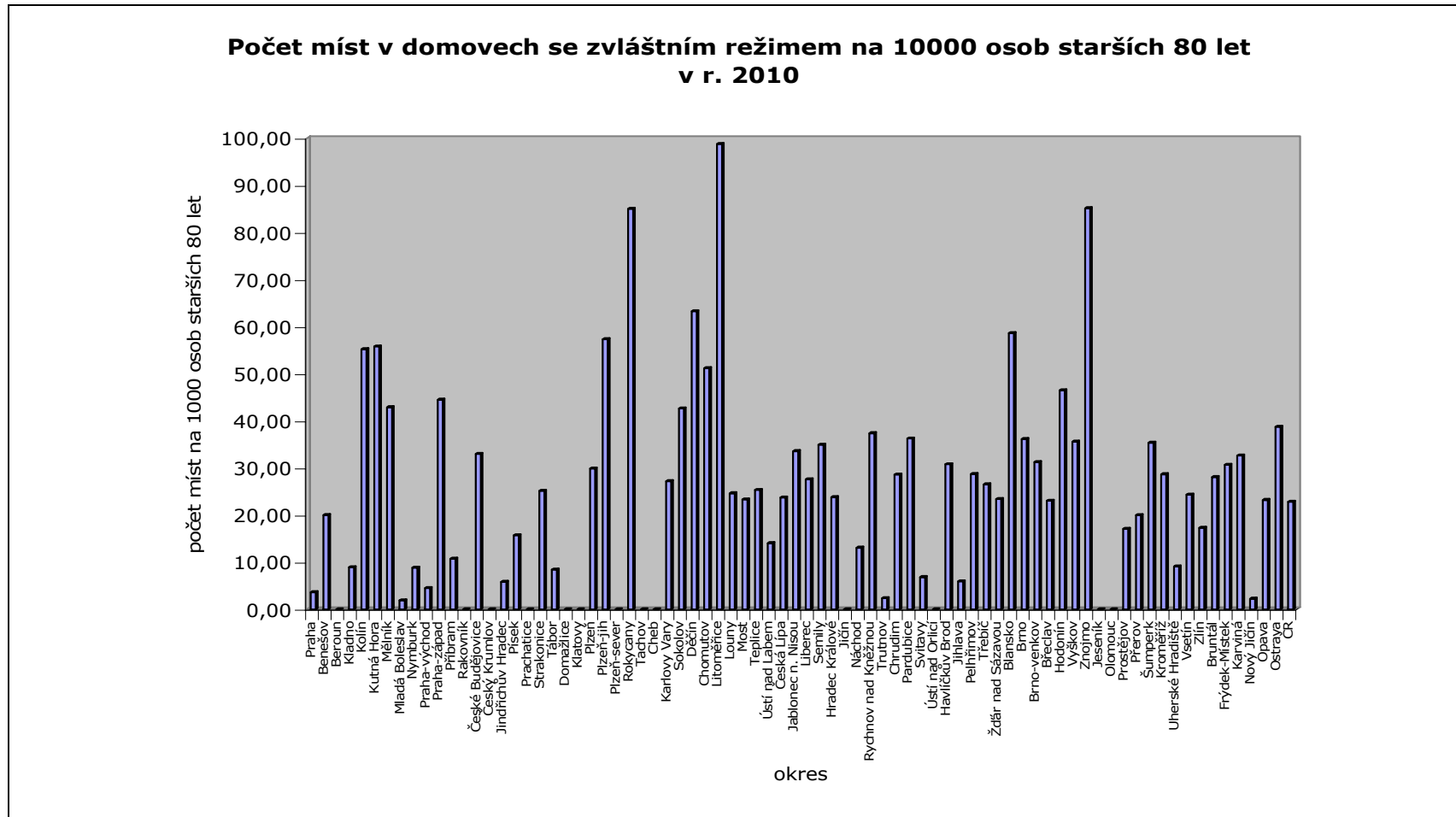
|                  | vybavenost okresů místy       |             |             |             |                                     |
|------------------|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------------------|
|                  | OLÚ celkem                    | z toho:     |             |             | LDN<br>na 1 000 osob starších 80let |
|                  |                               | LDN         | hospice     | ost. OLÚ    |                                     |
|                  | na 1 000 osob starších 65 let |             |             |             |                                     |
| Jihlava          | 30,66                         | 0,00        | 0,00        | 30,66       | 0,00                                |
| Pelhřimov        | 24,00                         | 17,68       | 0,00        | 6,31        | 76,58                               |
| Třebíč           | 10,93                         | 7,51        | 0,00        | 3,42        | 29,93                               |
| Žďár nad Sázavou | 7,49                          | 2,67        | 0,00        | 4,81        | 12,20                               |
| Blansko          | 15,68                         | 6,92        | 0,00        | 8,76        | 29,20                               |
| Brno             | 16,64                         | 3,67        | 0,00        | 12,97       | 14,03                               |
| Brno-venkov      | 1,58                          | 0,00        | 1,58        | 0,00        | 0,00                                |
| Břeclav          | 0,00                          | 0,00        | 0,00        | 0,00        | 0,00                                |
| Hodonín          | 0,00                          | 0,00        | 0,00        | 0,00        | 0,00                                |
| Vyškov           | 0,00                          | 0,00        | 0,00        | 0,00        | 0,00                                |
| Znojmo           | 0,00                          | 0,00        | 0,00        | 0,00        | 0,00                                |
| Jeseník          | 53,40                         | 5,04        | 0,00        | 48,36       | 23,31                               |
| Olomouc          | 30,65                         | 0,00        | 0,00        | 30,65       | 0,00                                |
| Prostějov        | 6,73                          | 3,97        | 0,00        | 2,76        | 16,20                               |
| Přerov           | 11,21                         | 7,78        | 0,00        | 3,43        | 33,98                               |
| Šumperk          | 0,00                          | 0,00        | 0,00        | 0,00        | 0,00                                |
| Kroměříž         | 68,68                         | 5,98        | 0,00        | 62,70       | 24,48                               |
| Uherské Hradiště | 0,00                          | 0,00        | 0,00        | 0,00        | 0,00                                |
| Vsetín           | 8,34                          | 7,12        | 1,22        | 0,00        | 32,25                               |
| Zlín             | 3,91                          | 3,47        | 0,44        | 0,00        | 14,31                               |
| Bruntál          | 21,17                         | 16,41       | 0,00        | 4,75        | 75,68                               |
| Frýdek-Místek    | 17,29                         | 0,00        | 0,00        | 17,29       | 0,00                                |
| Karviná          | 4,68                          | 4,68        | 0,00        | 0,00        | 23,17                               |
| Nový Jičín       | 0,00                          | 0,00        | 0,00        | 0,00        | 0,00                                |
| Opava            | 59,57                         | 8,94        | 0,00        | 50,63       | 40,33                               |
| Ostrava          | 3,14                          | 2,35        | 0,00        | 0,79        | 10,51                               |
| <b>ČR</b>        | <b>13,23</b>                  | <b>4,02</b> | <b>0,19</b> | <b>9,02</b> | <b>17,01</b>                        |

Pramen: vlastní propočty

Počet míst v domovech pro seniory na 1000 osob starších 80 let v r. 2010

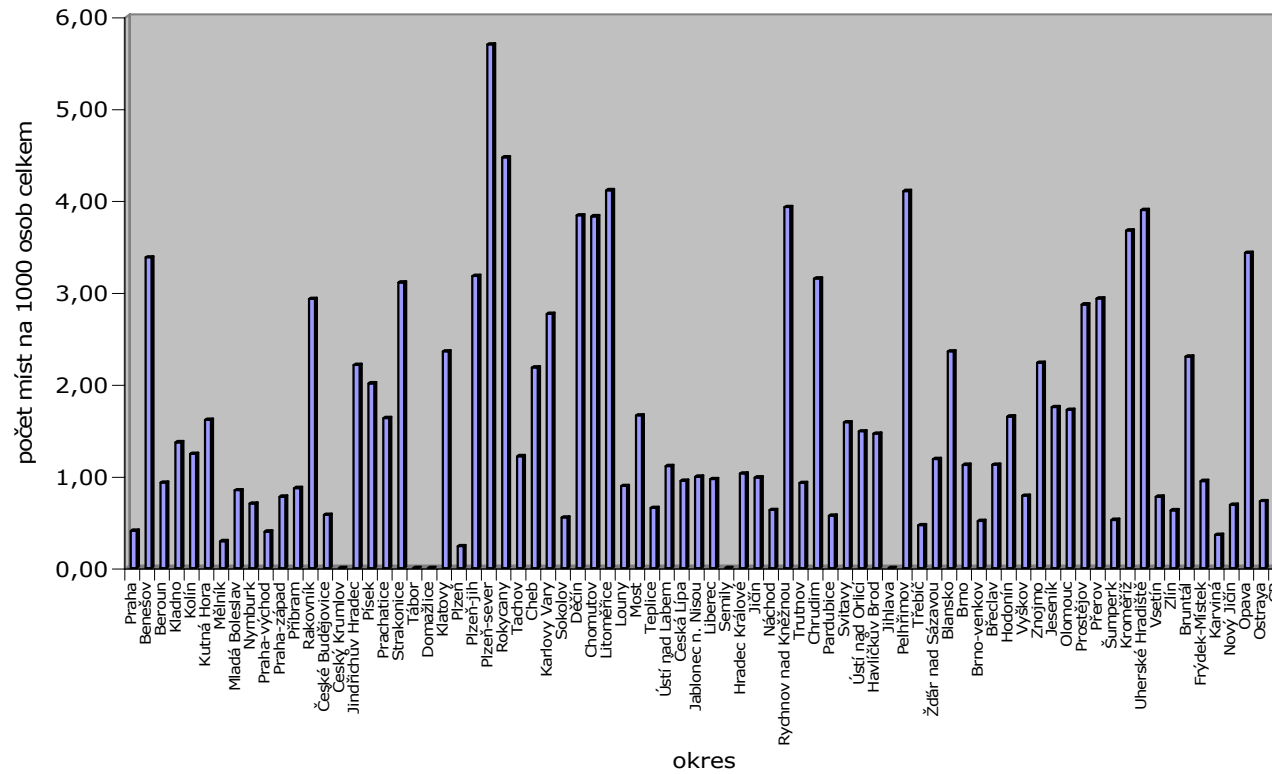


Pramen: vlastní zpracování

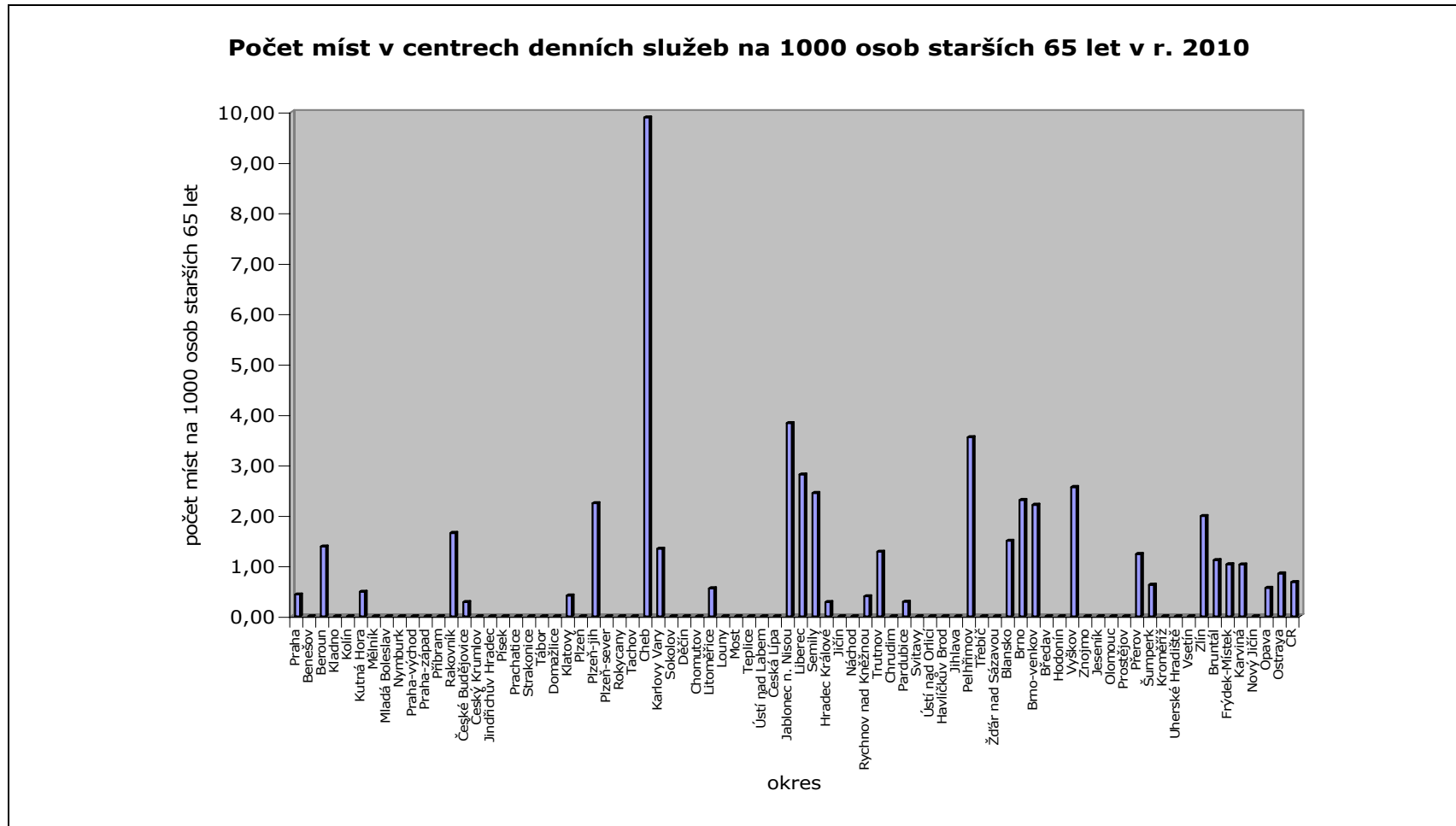


Pramen: vlastní zpracování

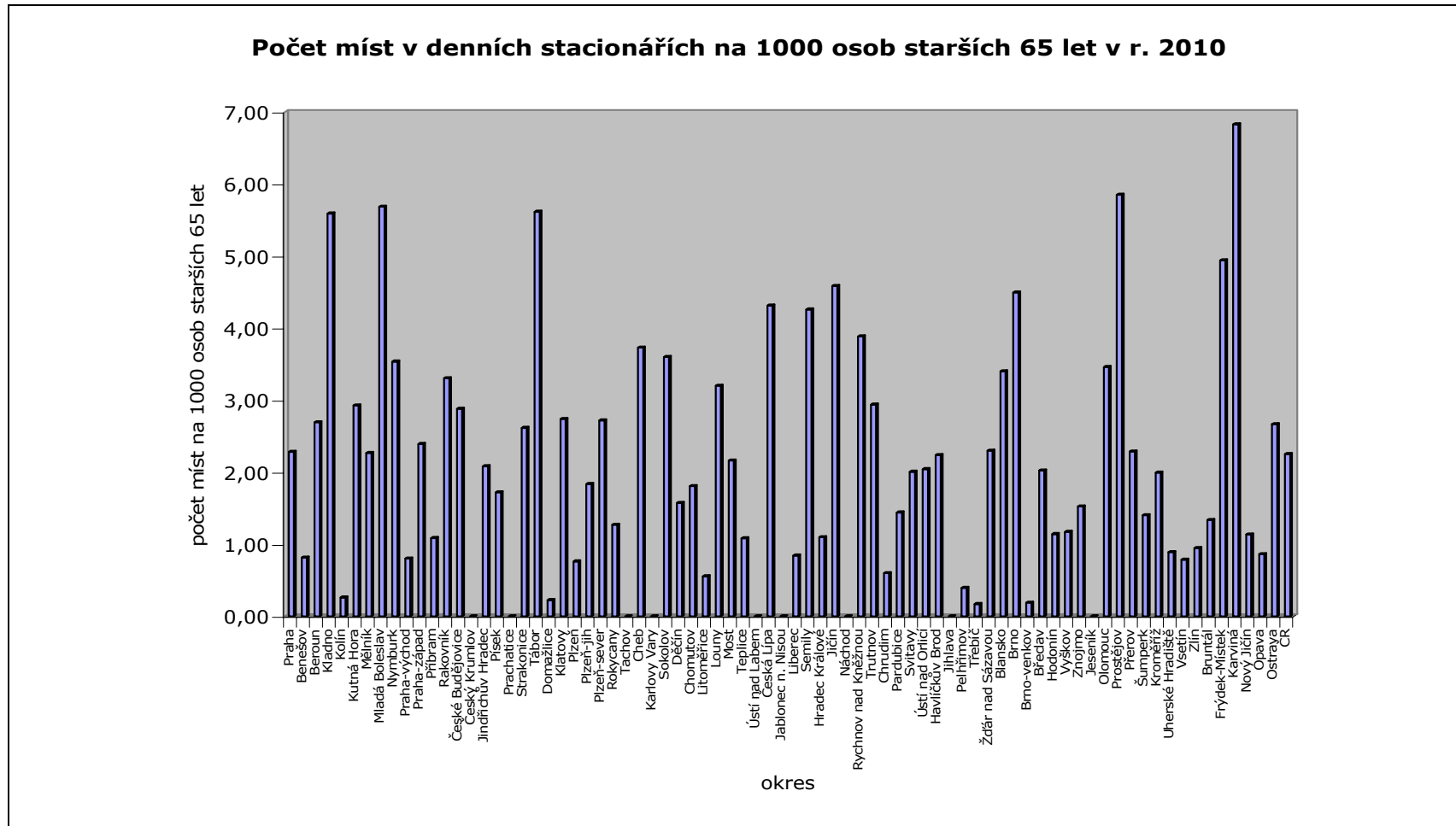
**Počet míst v domovech pro osoby se zdravotním postižením na 1000 osob celkem v r. 2010**



Pramen: vlastní zpracování

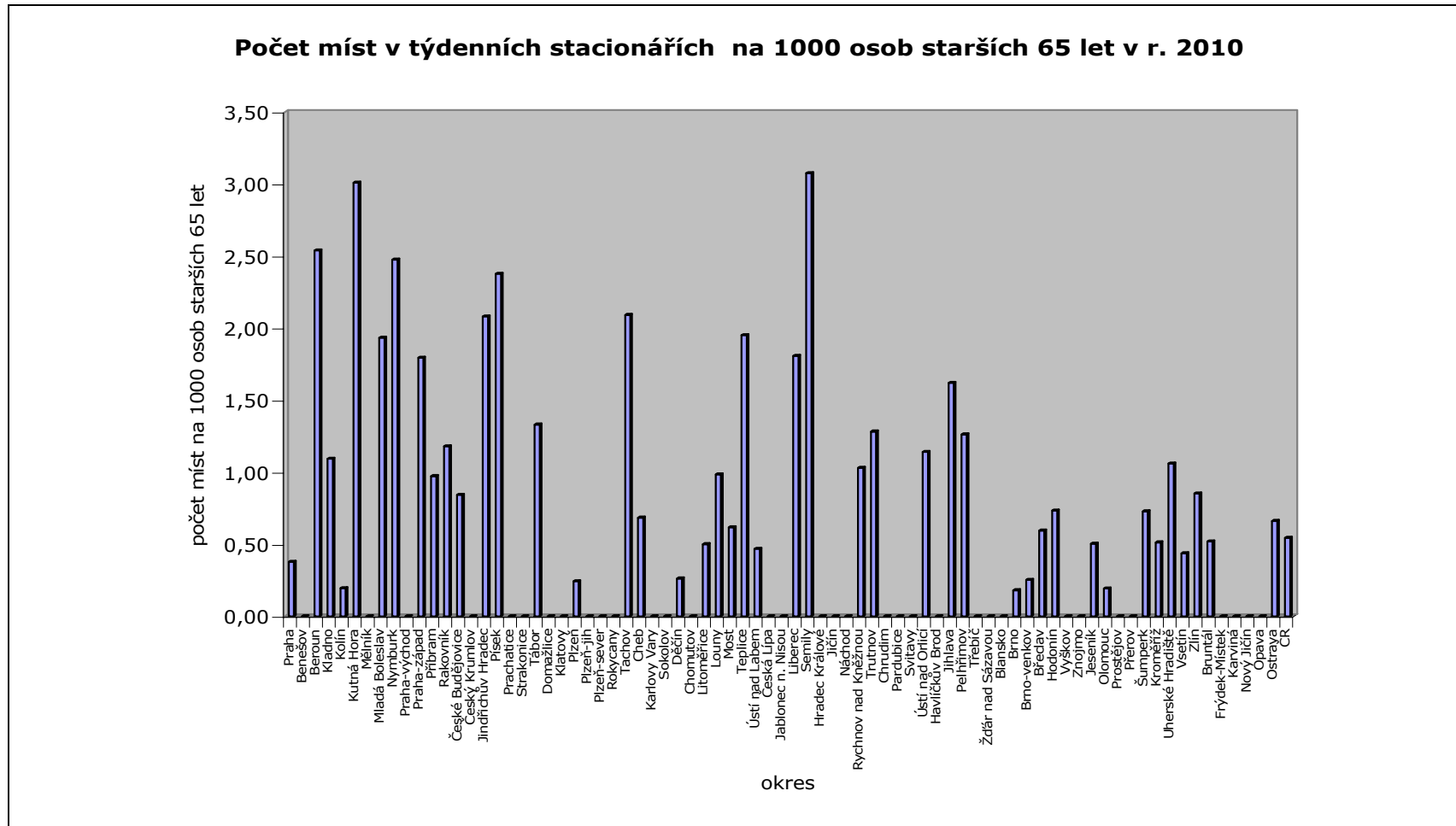


Pramen: vlastní zpracování

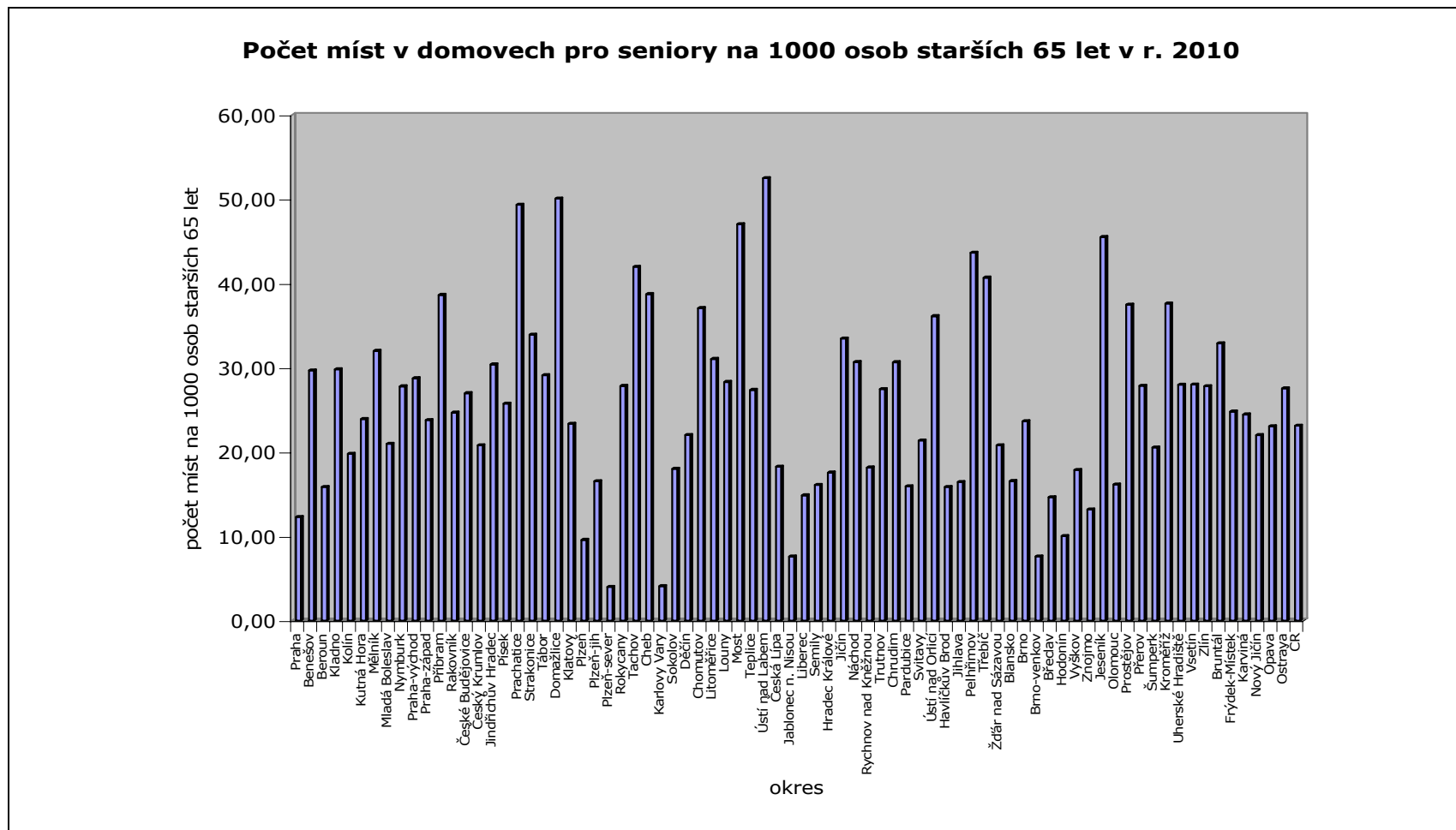


Pramen: vlastní zpracování

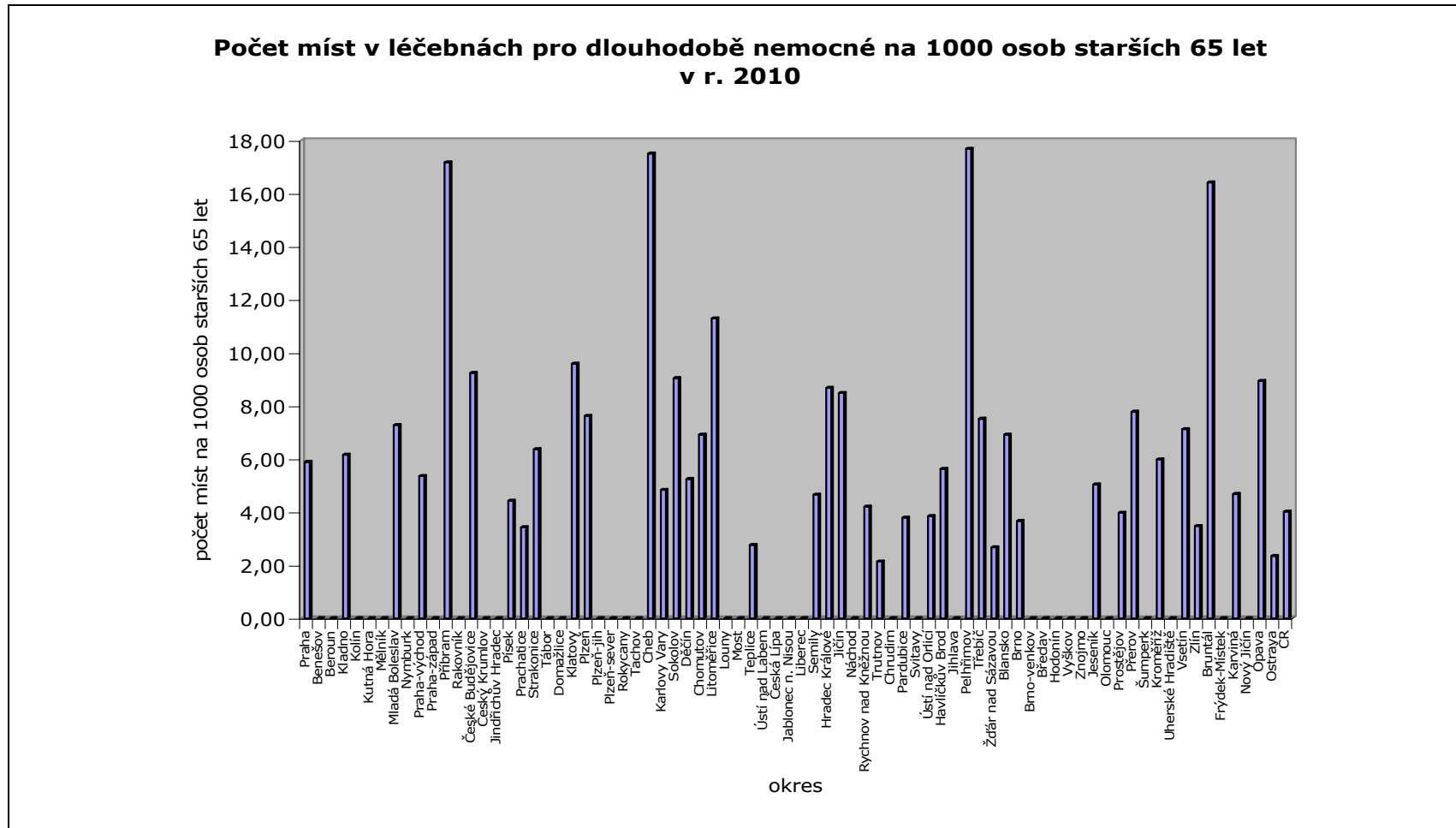




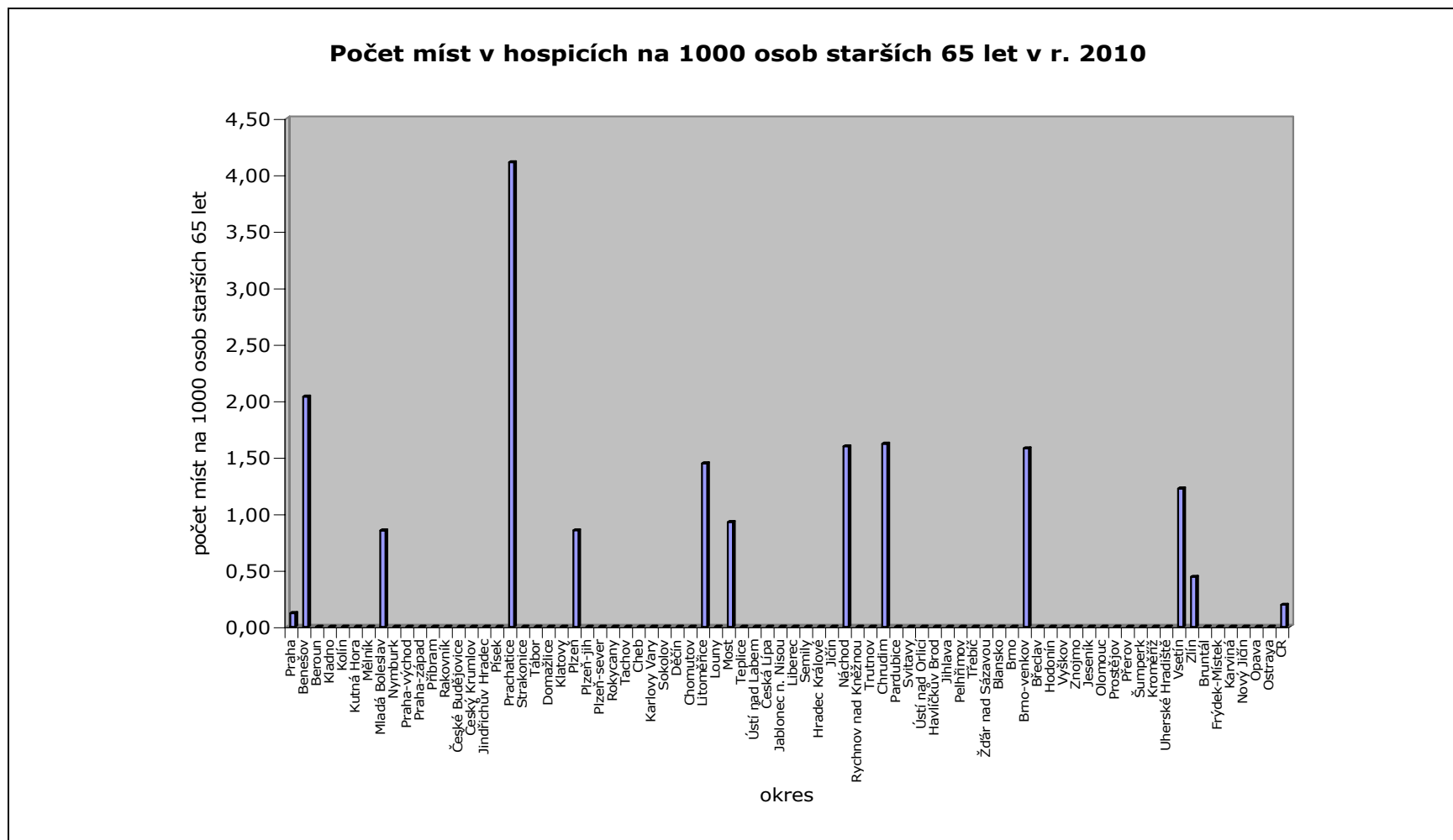
Pramen: vlastní zpracování



Pramen: vlastní zpracování

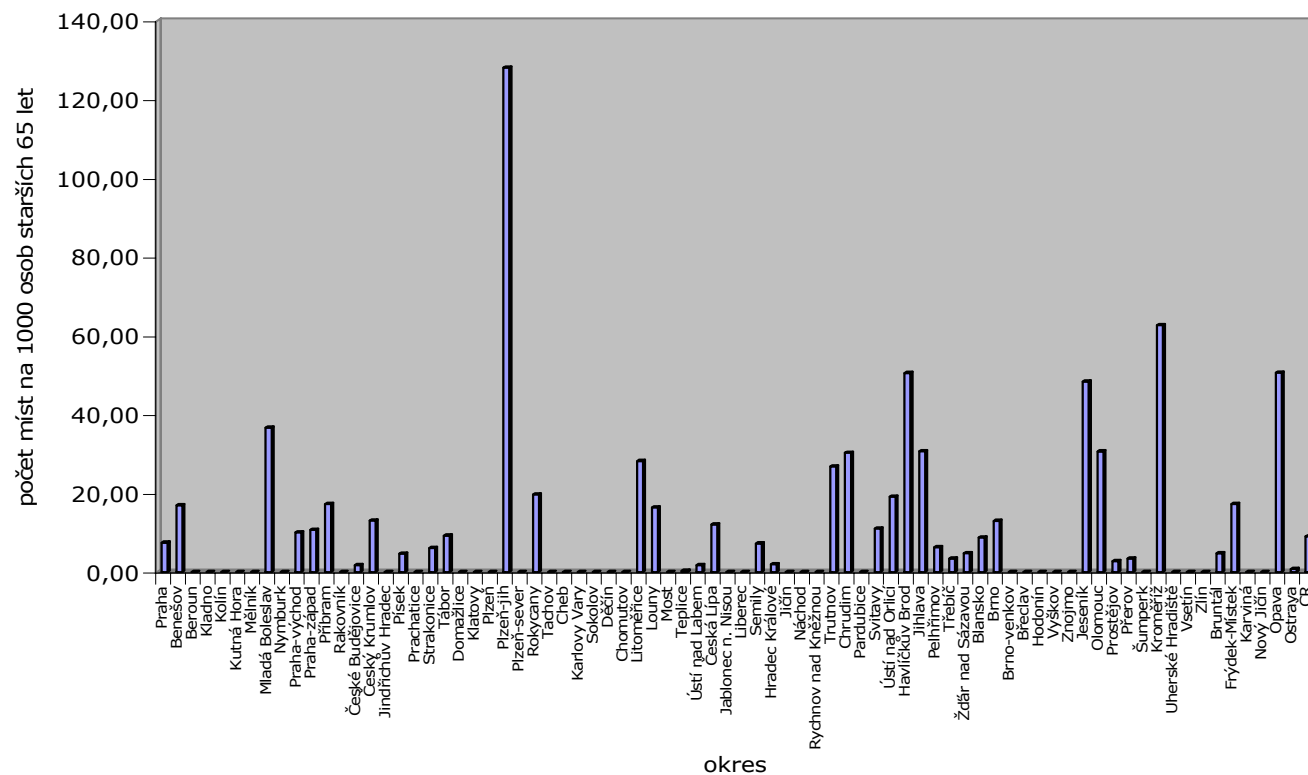


Pramen: vlastní zpracování



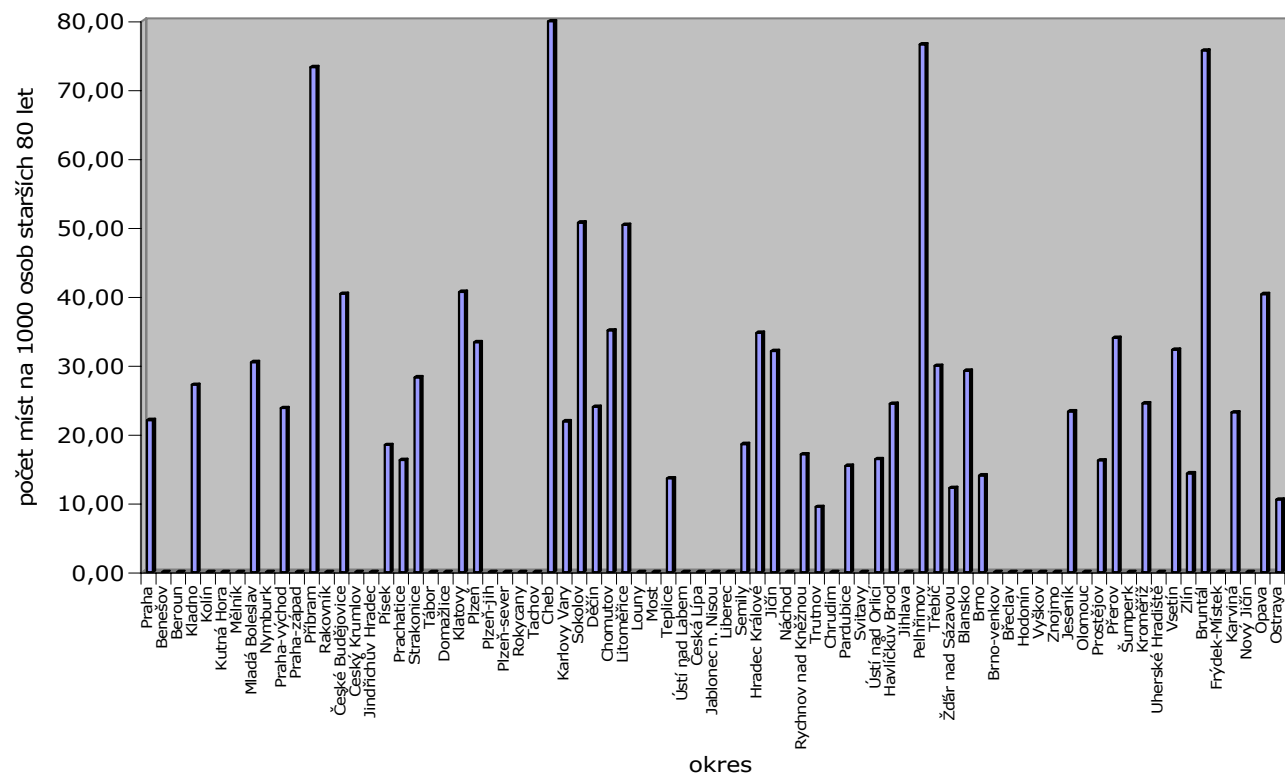
Pramen: vlastní zpracování

**Počet míst v ostatních odborných léčebných ústavech na 1000 osob starších 65 let  
v r. 2010**



Pramen: vlastní zpracování

**Počet míst v léčebnách pro dlouhodobě nemocné na 1000 osob starších 80 let v r. 2010**



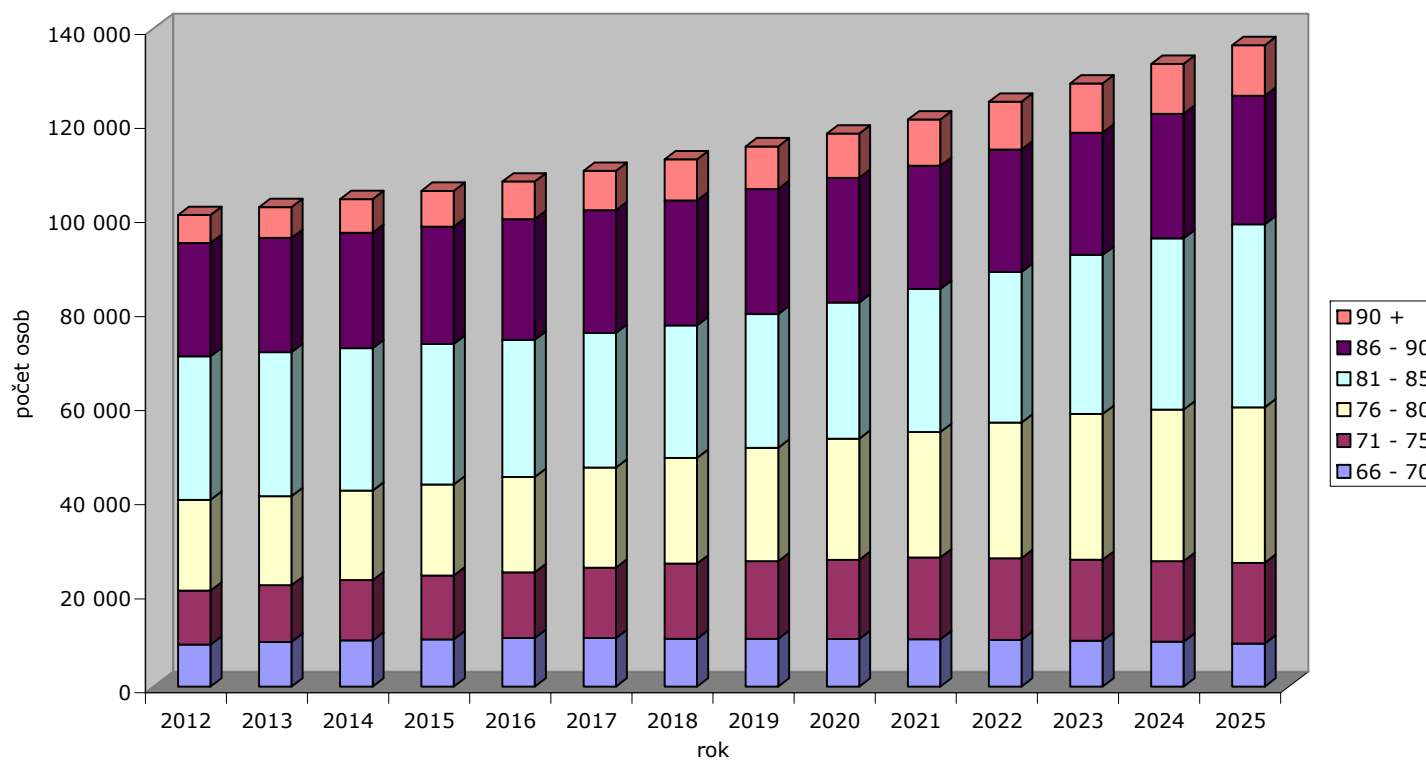
Pramen: vlastní zpracování

**Výše nákladů na poskytování jednotlivých druhů služeb sociální péče v r. 2009 (v mil. Kč)**

|   | dotace<br>MPSV | příspěvky<br>od úřadů<br>práce | dotace od<br>obcí | příspěvek<br>od<br>zřizovatele<br>- obce | příspěvek<br>od<br>zřizovatele<br>- kraje | úhrady od<br>uživatelů<br>služby | fondy<br>zdravotních<br>pojišťoven | resorty<br>státní<br>správy<br>celkem | dotace od<br>krajů<br>celkem | strukturální<br>fondy<br>celkem | jiné zdroje | celkem |
|---|----------------|--------------------------------|-------------------|--|---|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------|--------|
| centra denních služeb                               | 71             | 2                              | 9                 | 17                                       | 3   | 28                               | 0                                  | 0                                     | 5                            | 0                               | 10          | 143    |
| denní stacionáře                                    | 251            | 7                              | 37                | 96                                       | 51  | 98                               | 10                                 | 0                                     | 17                           | 0                               | 41          | 609    |
| domovy pro osoby se<br>zdravotním postižením        | 1 387          | 8                              | 5                 | 104                                      | 500                                       | 2 093                            | 238                                | 1                                     | 13                           | 1                               | 114         | 4 465  |
| domovy pro seniory                                  | 2 249          | 24                             | 54                | 548                                      | 403                                       | 5 290                            | 526                                | 3                                     | 36                           | 2                               | 332         | 9 468  |
| domovy se zvláštním<br>režimem                      | 593            | 4                              | 12                | 169                                      | 129                                       | 1 280                            | 173                                | 1                                     | 10                           | 0                               | 58          | 2 429  |
| chráněné bydlení                                    | 136            | 1                              | 8                 | 10                                       | 30  | 145                              | 1                                  | 0                                     | 10                           | 0                               | 15          | 357    |
| odlehčovací služby                                  | 128            | 4                              | 24                | 80                                       | 5   | 157                              | 90                                 | 3                                     | 22                           | 0                               | 39          | 554    |
| osobní asistence                                    | 182            | 11                             | 36                | 5  | 0   | 109                              | 4                                  | 0                                     | 22                           | 5                               | 27          | 401    |
| pečovatelská služba                                 | 454            | 10                             | 175               | 754                                      | 10  | 551                              | 9                                  | 0                                     | 40                           | 3                               | 68          | 2 073  |
| podpora samostatného<br>bydlení                     | 5              | 0                              | 0                 | 0  | 0   | 1                                | 0                                  | 0                                     | 1                            | 0                               | 2           | 9      |
| průvodcovské a<br>předčitatelské služby             | 5              | 0                              | 1                 | 0  | 0   | 1                                | 0                                  | 0                                     | 1                            | 0                               | 1           | 9      |
| sociální služby poskytované<br>ve zdrav. zařízeních | 89             | 2                              | 11                | 8  | 1   | 141                              | 49                                 | 6                                     | 1                            | 0                               | 13          | 321    |
| tísňová péče  | 10             | 0                              | 4                 | 1  | 0   | 6                                | 0                                  | 0                                     | 2                            | 0                               | 2           | 25     |
| týdenní stacionáře                                  | 93             | 1                              | 4                 | 19                                       | 26  | 69                               | 5                                  | 0                                     | 5                            | 0                               | 9           | 232    |
| celkem  | 5 652          | 74                             | 383               | 1 810                                    | 1 159                                     | 9 968                            | 1 106                              | 16                                    | 185                          | 12                              | 731         | 21 095 |

Pramen: vlastní propočty

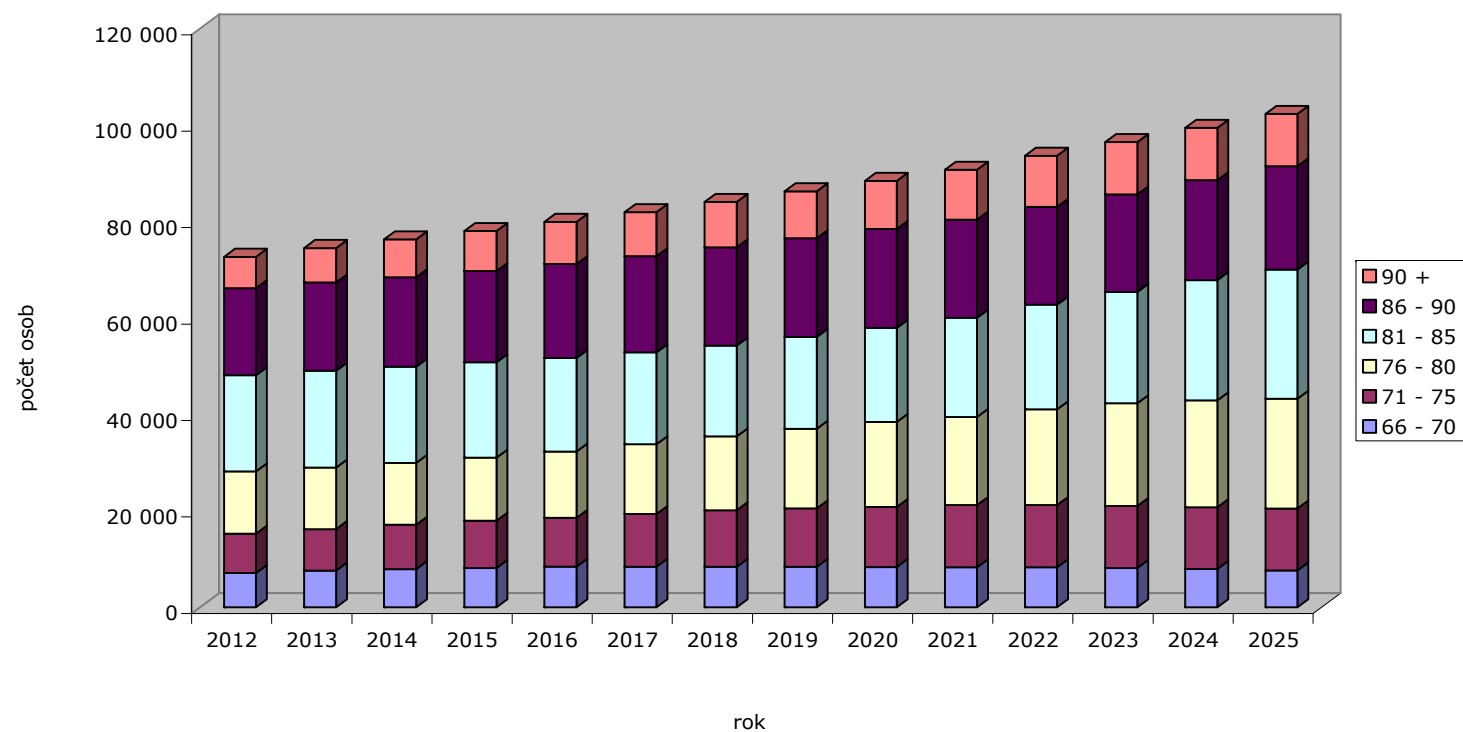
**Projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v I. stupni závislosti  
podle věku příjemce v letech 2012 - 2025**



*Pramen: vlastní zpracování*

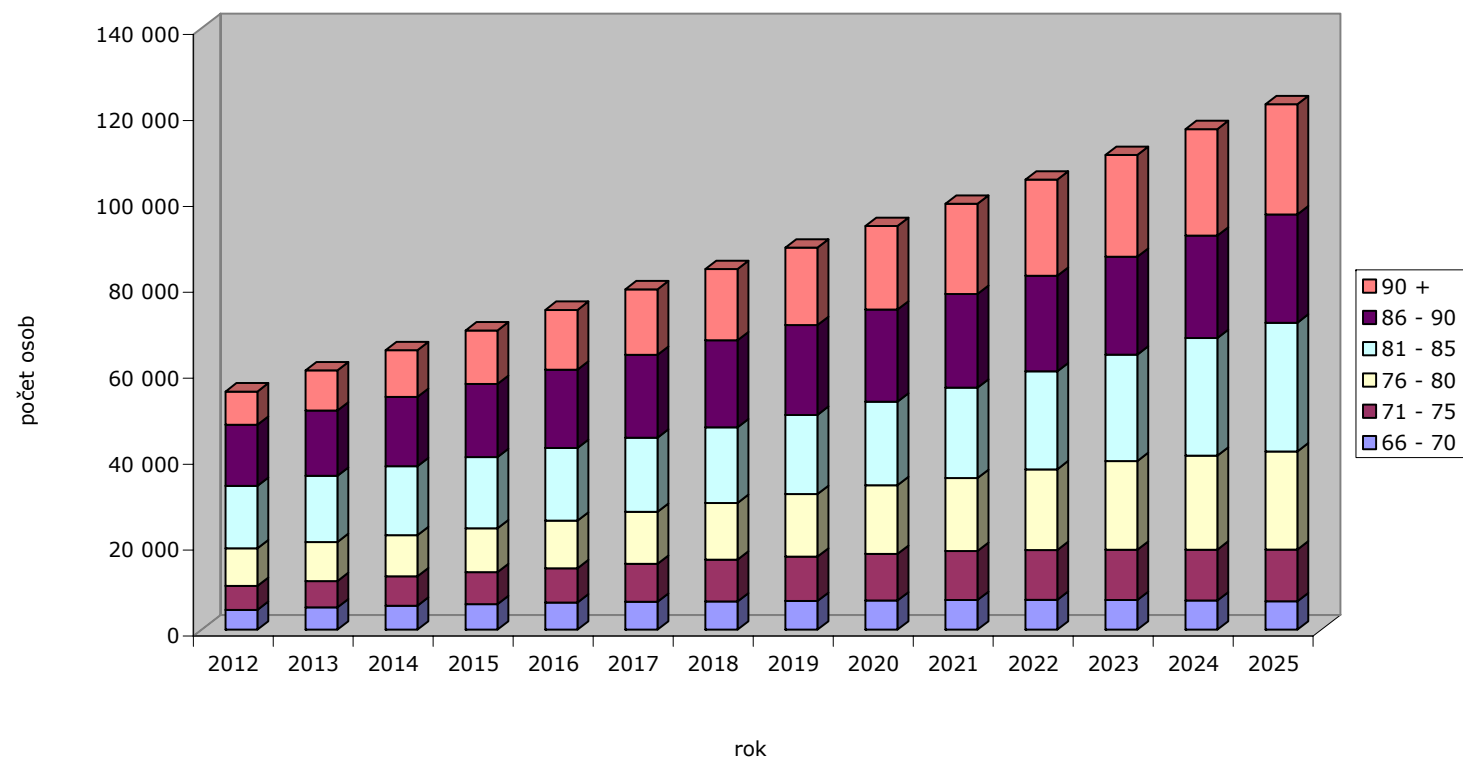


**Projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči ve II. stupni závislosti podle věku příjemce v letech 2012 - 2025**



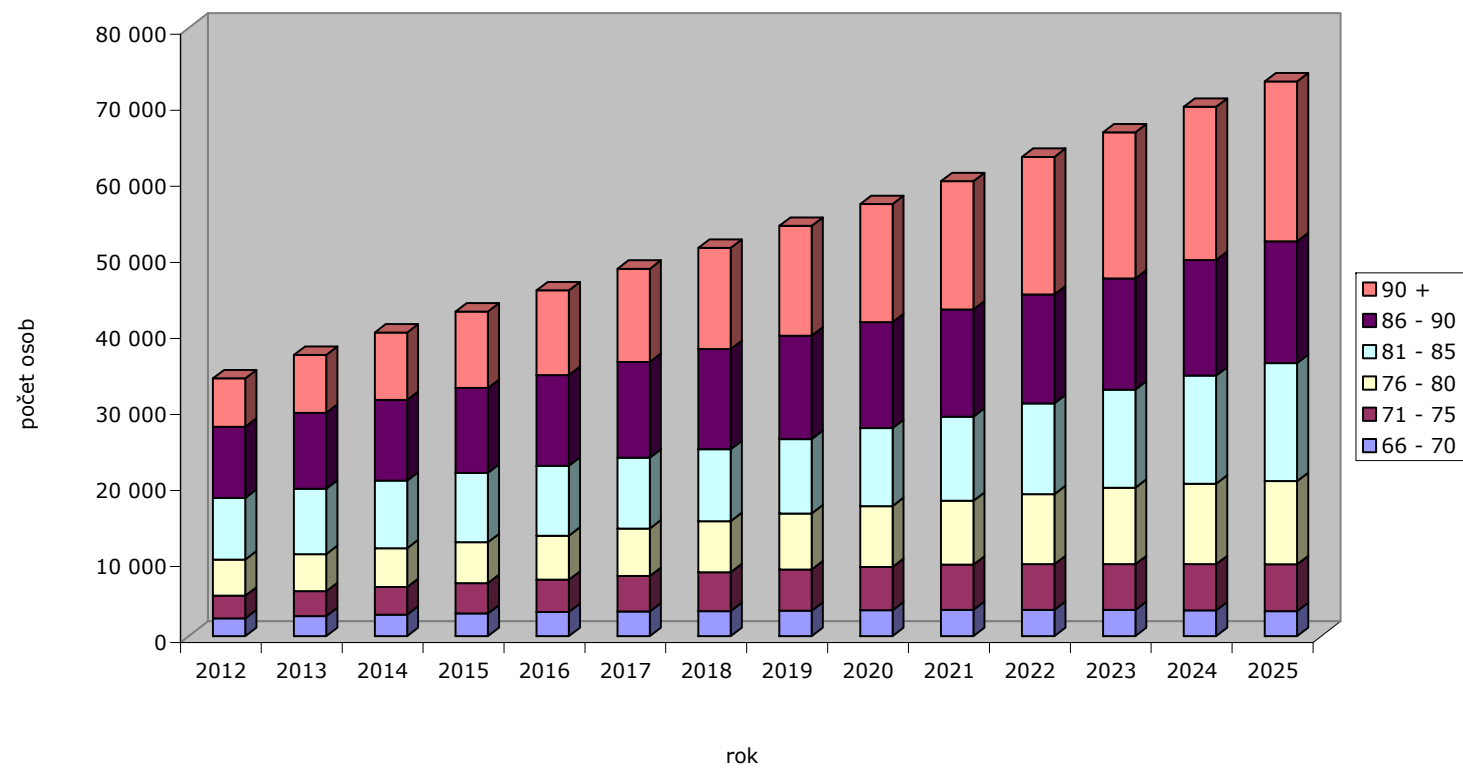
*Pramen: vlastní zpracování*

**Projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči ve III. stupni závislosti podle věku klienta v letech 2012 - 2025**



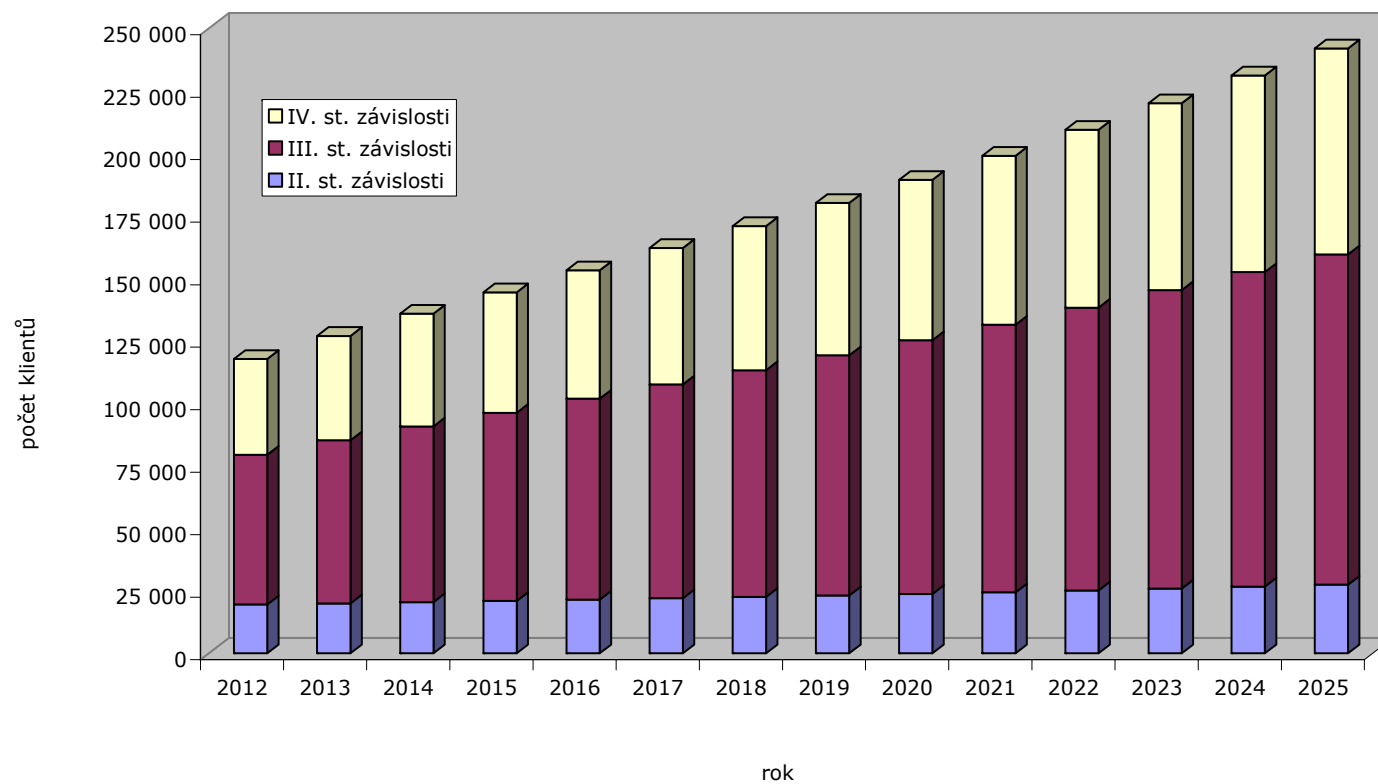
*Pramen: vlastní zpracování*

**Projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči ve IV. stupni závislosti podle věku v letech 2012 - 2025**



*Pramen: vlastní zpracování*

**Očekávaný vývoj počtu klientů dlouhodobé péče starších 65 let  
podle stupně závislosti v letech 2012 - 2025**



*Pramen: vlastní zpracování*