



**CENTRUM
PRO RODINNÉ PEČUJÍCÍ**

Vznik center pro rodinné pečující z hlediska efektivnosti



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

**Ladislav Průša
Praha, 2019**

Vznik center pro rodinné pečující z hlediska efektivnosti

Ladislav Průša

Praha, 2019

Studie je zpracovaná v rámci projektu České asociace pečovatelské služby
„Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního
komunitního modelu“.

Registrační číslo projektu: CZ.03.3.X/0.0/0.0/15_024/0006253

Projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem prostřednictvím
Operačního programu Zaměstnanost a státním rozpočtem ČR.

Obsah

Úvod	str. 5
1. Financování sociálních služeb a zdravotní péče	str. 7
2. Základní teoretická východiska hodnocení efektivnosti zajišťování sociálních služeb a zdravotní péče	str. 11
3. Podpora pečujících osob v ČR	str. 15
3.1. Současné formy podpory pečujících osob	str. 15
3.2. Problémy a rizika, které je potřeba mít na zřeteli při hledání efektivního systému podpory pečujících osob	str. 18
3.3. Podpora pečujících osob v Rakousku	str. 19
3.4. K problematice legislativního ukotvení postavení pečující osoby	str. 21
4. Charakteristika činnosti center pro rodinné pečující	str. 23
4.1. Centrum pro rodinné pečující v Havířově	str. 24
4.2. Centrum pro rodinné pečující v Uherském Brodu	str. 25
5. Analýza dlouhodobého ekonomického potenciálu centra pro rodinné pečující	str. 27
5.1. Očekávané trendy vývoje obyvatelstva a potřeby péče	str. 27
5.2. Analýza vývoje potřeby péče ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Havířov	str. 29
5.3. Analýza vývoje potřeby péče ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Uherský Brod	str. 34
5.4. Přínosy center pro rodinné pečující z hlediska efektivnosti	str. 38
Závěr	str. 40
Použitá literatura	str. 43

Úvod

Na řešení sociálních a zdravotních důsledků vyplývajících ze stárnutí populace není naše společnost připravena. Kapacita pobytových služeb sociální péče je nedostatečná, terénní sociální služby se nerozvíjejí, kvalita poskytované péče na lůžkách následné péče ve zdravotnických zařízeních je nedostatečná, systém dlouhodobé sociálně zdravotní péče není legislativně upraven, spolupráce praktických lékařů a úředníků úřadu práce s pracovníky sociálních referátů obcí a měst a poskytovateli sociálních služeb je zpravidla špatná. Zkušenosti ze zahraničí signalizují, že klíčovým prvkem efektivního zabezpečení pomoci lidem, kteří jsou závislí na pomoci rodiny nebo profesionálních sociálních a zdravotních služeb, je zajištění koordinace pomoci pečujícím osobám z pozice veřejné správy.

V ČR v současné době k žádné koordinaci této pomoci nedochází. Proto Česká asociace pečovatelské služby ve spolupráci se Sociálními službami města Havířova, Městem Uherský Brod a Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí přišla s iniciativou na vznik center pro rodinné pečující, která by mohla přispět k řešení aktuálních problémů v této oblasti, zejména k prohloubení spolupráce rodiny a služeb poskytovaných profesionálními poskytovateli sociálních a zdravotních služeb.

Cílem předložené studie je charakterizovat efektivnost činnosti těchto center.

Celá studie je rozdělena celkem do pěti kapitol. V první kapitole je pozornost věnována charakteristice základních principů financování sociálních služeb a zdravotní péče v ČR, přičemž důraz je položen na strukturu jejich financování a na nastínění možných změn, které v jejich financování mohou nastat v důsledku činnosti center pro rodinné pečující.

Ve druhé kapitole je pozornost soustředěna na sumarizaci teoretických poznatků o hodnocení efektivnosti poskytování sociální a zdravotní péče a na jejich promítnutí do činnosti těchto center. Pozornost je přitom soustředěna nikoli na pouhé hodnocení efektivnosti činnosti centra z čistě ekonomického pohledu, tedy na porovnání vložených finančních prostředků s dosaženými výnosy, ale důraz je věnován i na hodnocení řady faktorů, z nichž některé nelze vůbec kvantifikovat, neboť nejsou sledovány, popř. jejich kvantifikace je velmi obtížná.

Ve třetí kapitole jsou charakterizovány současné formy podpory pečujících osob v naší zemi a problémy, které musí pečující osoby řešit při zajišťování potřebné péče. Ve stávajícím systému sociálních služeb ani zdravotní péče není legislativně ukotveno postavení pečujících osob, proto je pozornost rovněž věnována charakteristice systému podpory pečujících osob v Rakousku.

Čtvrtá kapitola je zaměřena na charakteristiku činnosti center pro rodinné pečující a jejich přínosů jak v krátkodobém, tak i v dlouhodobém časovém horizontu, pozornost je zde rovněž věnována zhodnocení přínosů rozdílného organizačního uspořádání Center v Havířově a v Uherském Brodu.

V poslední kapitole je pozornost věnována analýze dlouhodobého ekonomického potenciálu centra pro rodinné pečující. Na základě charakteristiky očekávaných trendů vývoje obyvatelstva a potřeby péče na celostátní úrovni je následně detailně analyzován očekávaný demografický vývoj a předpokládaný vývoj potřeby péče ve správních obvodech obcí s rozšířenou působností Havířov a Uherský Brod. V závěru kapitoly jsou sumarizovány přínosy center pro rodinné pečující z hlediska efektivnosti.

Poznatky, které jsou v této studii publikovány, byly v průběhu její přípravy konzultovány jak na pravidelných jednáních řídicího týmu projektu, tak i v rámci řady odborných diskusí na tematicky zaměřených seminářích a konferencích. V následujícím období se předpokládá, že tyto závěry a doporučení budou dále precizovány v průběhu kulatých

stolů, které budou organizovány v jednotlivých krajích a následně budou využity při přípravě novely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

1. Financování sociálních služeb a zdravotní péče

Sociální služby jsou v naší zemi financovány na základě vícezdrojového financování. Na financování se podílí:

- stát, který:
 - klientům sociálních služeb přiznává a vyplácí příspěvek na péči,
 - poskytovatelům sociálních služeb poskytuje finanční prostředky na financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb (o poskytnutí finančních prostředků na jednotlivé sociální služby a jejich výši však rozhoduje zastupitelstvo kraje v souladu s podmínkami stanovenými zastupitelstvem kraje),
- obce, města a kraje ve své samosprávné působnosti, které mohou poskytnout ze svého rozpočtu účelové dotace k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb,
- klienti sociálních služeb, kteří:
 - hradí úhradu za pobyt a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb a za poskytování jednotlivých úkonů při poskytování terénních sociálních služeb, přičemž po úhradě nákladů za ubytování a stravu při poskytování pobytových služeb jim musí zůstat alespoň 15 % jejich příjmu,
 - úhradu za péči ve výši přiznaného příspěvku na péči,
- zdravotní pojišťovny, které hradí úhradu za ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytovanou klientům v pobytových zařízeních sociálních služeb¹,
- Evropský sociální fond, z něhož jsou financovány především náklady na provoz služeb sociální prevence.

V r. 2016 bylo na sociální služby vynaloženo celkem 60,9 mld. Kč, tj. 1,3 % HDP, přičemž největší objem – více než 23 mld. Kč – připadal na příspěvek na péči (viz graf č. 1).

Výše úhrady klienta za poskytování služeb sociální péče je upravena vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.

Maximální výše úhrady za poskytování služeb v pobytových zařízeních v současné době činí:

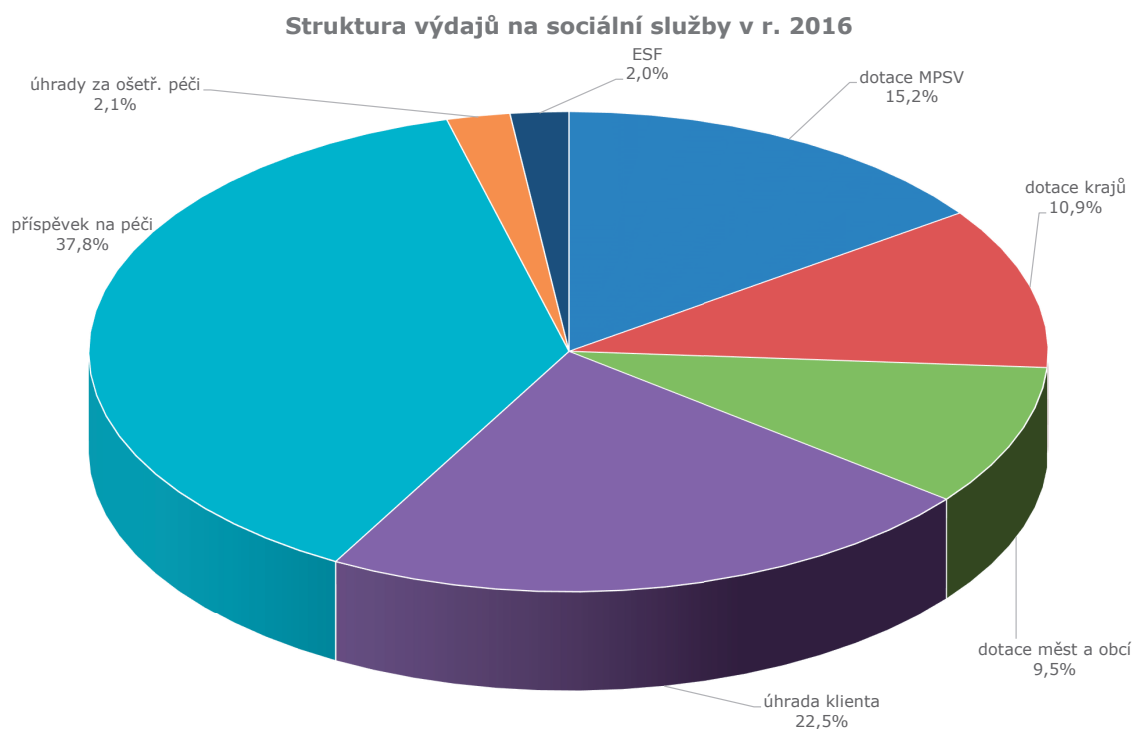
- 210 Kč denně za poskytnutí ubytování, vč. provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování,
- 170 Kč denně za zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel, vč. provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy,
- 75 Kč za zajištění oběda.

¹ z provedeného šetření o rozsahu poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb však vyplývá, že zdravotní pojišťovny hradí pouze cca 15 % nákladů ošetřujícími lékaři indikované a ošetrovatelským personálem poskytnuté péče – viz: PRŮŠA, L. – LANGHAMROVÁ, J. – BAREŠ, P. – HOLUB, M. *Náklady na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2015. ISBN 978-80-7416-232-9

Výše úhrady klienta za jednotlivé úkony při poskytování pečovatelské služby v současné době činí:

- 130 Kč za pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, za pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, za pomoc při přípravě jídla a pití a za jejich přípravu, za pomoc při zajištění chodu domácnosti nebo za zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- 170 Kč denně za poskytnutí celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel,
- 75 Kč za poskytnutí oběda odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,
- 30 Kč za dovoz nebo donášku jídla,
- 115 Kč za velký nákup,
- 70 Kč za kilogram praní a žehlení ložního nebo osobního prádla, popř. jeho drobné opravy.

graf č. 1:



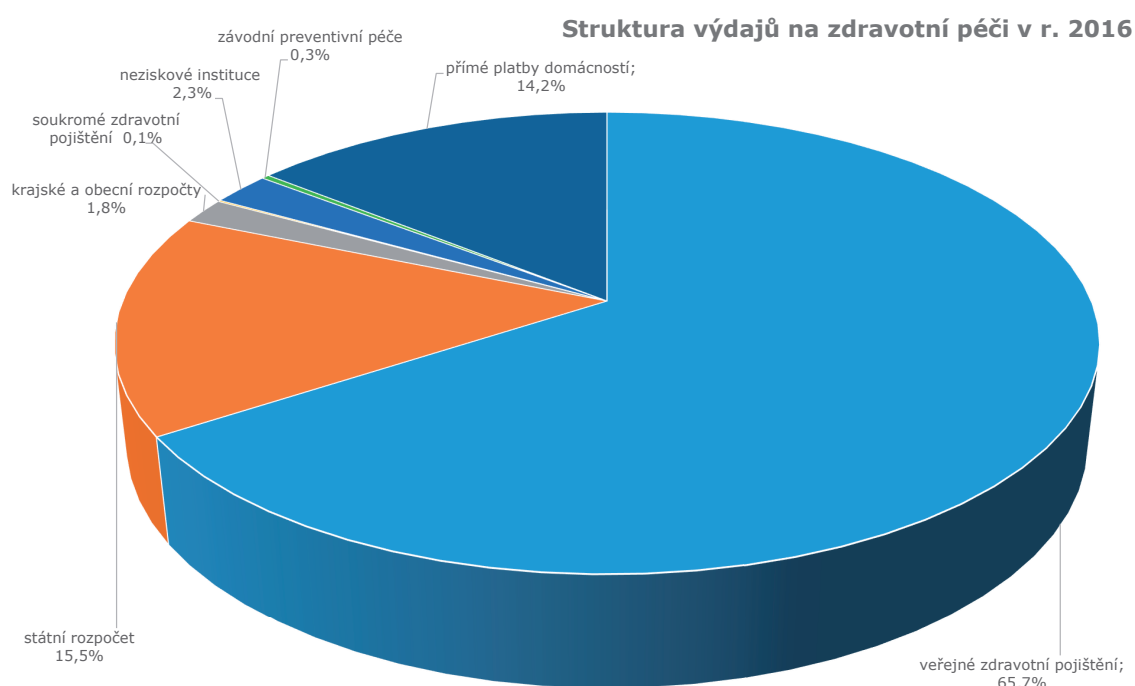
pramen:
vlastní zpracování

Zdravotní péče je financována ze systému veřejného zdravotního pojištění. Pojistné platí občan ze své hrubé mzdy, zaměstnavatel z objemu vyplacených mezd, OSVČ ze svého

vyměřovacího základu a stát za tzv. státní pojištěnce jednotlivým zdravotním pojišťovnám, které si ho následně mezi sebou přerozdělují podle tzv. kmene pojištěnců. Výše úhrady za poskytovanou zdravotní péči je stanovena smlouvou mezi zdravotními pojišťovnami a jednotlivými poskytovateli zdravotní péče.

V r. 2016 dosáhly celkové výdaje na zdravotní péči v České republice úrovně 361,6 mld. Kč, přičemž ze systému veřejného zdravotního pojištění bylo vynaloženo více než 237 mld. Kč (viz graf č. 2).

graf č. 2:



pramen:

Výsledky zdravotnických účtů ČR – 2010 až 2016 [online], cit. [2018-10-25], dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr>

Výše úhrad za poskytovanou zdravotní péči vychází především ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících předpisů, v platném znění, a z vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění.

Tento způsob financování sociálních služeb i zdravotní péče zůstane zachován i pro činnosti, které budou zajišťovány prostřednictvím center. Vznik center však přispěje zejména k efektivnějšímu využívání finančních prostředků, které jsou vynakládány prostřednictvím příspěvku na péči na financování sociálních služeb poskytovaných v domácím prostředí. Z předchozích šetření totiž vyplývá, že přibližně tři pětiny příjemců příspěvku na péči hradí z tohoto příspěvku léky a více než čtvrtina z nich hradí náklady

na dopravu (jízdné a pohonné hmoty), menší podíl klientů využívá příspěvek na péči rovněž k úhradě nákladů za pedikúru, cvičení, masáže, rehabilitace, pobyt v lázních či za dovolenou².

² viz: PRŮŠA, L. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-120-9

2. Základní teoretická východiska hodnocení efektivnosti zajišťování sociálních služeb a zdravotní péče

Sociální služby a zdravotní péče mají specifické ekonomické charakteristiky a jejich spotřeba je důsledkem objektivního stavu jednotlivce a vývoje společnosti. V ČR neexistuje specifické veřejné pojištění rizik nákladů spojených se spotřebou sociálních služeb, sociální služby jsou poskytovány v pluralitní struktuře poskytovatelů, kdy postupně dochází k nahrazování veřejných poskytovatelů (příspěvkové organizace obcí, měst a krajů) poskytovateli soukromými (obecně prospěšné společnosti, obchodní společnosti, fyzické osoby). Absence konkurence a výrazná státní regulace vedou k tomu, že z oblasti sociálních služeb „uniká“ mnoho zdrojů při současném nedostatečném množství poskytovatelů péče i finančních prostředků na straně klientů těchto služeb³.

Obdobná situace je i v oblasti zdravotní péče. Přestože se celý systém nazývá pojištěním, je ve své podstatě systémem daňovým, neboť v systému nejsou zakomponovány základní pojistné principy, na základě kterých by bylo možno klienta bonifikovat nebo sankcionovat např. na základě toho, zda absolvují preventivní lékařské prohlídky. Vybrané pojistné si navíc jednotlivé zdravotní pojišťovny mezi sebou přerozdělují na základě tzv. kmene pojištěnců, čímž dochází k dehonestaci samotného principu pojištění, legislativně nejsou upraveny ani podmínky pro poskytování nadstandardní péče. Z tohoto pohledu samotná existence 8 zdravotních pojišťoven naprosto postrádá svoje opodstatnění, díky tomu i ze systému zdravotního pojištění „uniká“ mnoho finančních zdrojů.

Na obecné úrovni je proto nezbytné analyzovat mechanismy, jimiž dochází k uspokojení potřeb jednotlivců v oblasti sociálních služeb a zdravotní péče. Přestože z vnějšího pohledu mohou sociální i zdravotní služby vypadat jako pouhá neproduktivní reakce na nesoběstačnost daného jednotlivce, při bližší analýze lze identifikovat schémata, kdy jsou výstupem poměrně sofistikovaného procesu, jehož vstupy tvoří jak zdroje vyjádřené v peněžních jednotkách (např. platy zaměstnanců, investice), tak i zdroje, které nemají tržní cenu (např. úroveň komunity v místě poskytování sociálních služeb a zdravotní péče, postoje veřejnosti k seniorům a zdravotně postiženým občanům). Na základě těchto skutečností se ukazuje, že není možno analyzovat efektivnost zajišťování sociálních a zdravotních služeb pouze na principu přímo vyčíslitelných nákladů a snadno měřitelných výsledků v podobě průběžných výstupů. Toto pojetí je pravděpodobně nejbližší úzkému principu sledování nákladové efektivnosti v poměru cena/výkon, nicméně neumožňuje zachytit působení faktorů, které nemají tržní hodnotu. Efektivnost sociálních služeb a zdravotní péče se v tomto pojetí jeví jako širší koncept, který zahrnuje i finální výstupy ve formě zlepšení sociální a zdravotní situace potřebných a rovněž zahrnuje i vstupy, které se v daném čase na trhu koupit nedají, neboť jsou výsledkem dlouhodobé kultivace a nastavení sociálně-ekonomického prostředí⁴.

Ve světle těchto skutečností je třeba při hodnocení efektivnosti zajišťování sociálních a zdravotních služeb mít na zřeteli např. tyto skutečnosti:

- změna v kvalitě života klienta může být výsledkem dlouholetého vývoje,
- efektivní péče se může projevit pouze jako zpomalení negativního trendu,

³ viz: MERTL, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. ISBN 978-80-87007-72-3

⁴ podle: MERTL, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. ISBN 978-80-87007-72-3

- hodnocení efektivity v sociální i zdravotní oblasti je částečně subjektivní, protože je závislé na sebehodnocení klientů/pacientů, jejichž schopnost může být snížena vzhledem k jejich věku nebo charakteru jejich onemocnění⁵.

Vedle čistě ekonomického pohledu na hodnocení efektivity zajišťování sociálních a zdravotních služeb je proto nutno mít na zřeteli i další pohledy a faktory, zejména:

- koordinačně-integrační proces, který zapojuje do poskytování sociálních a zdravotních služeb řadu dalších aktérů mimo poskytovatele a klienta/pacienta,
- politické determinanty, kdy např. za podmínek omezených zdrojů je nastolena veřejná diskuse na všech úrovních veřejné správy, která obsahuje také nutnost kontroverzních rozhodnutí,
- učící se proces, který vyplývá jak z nutnosti zvládnout poměrně velký objem znalostí, ale i schopnost poučit se z vlastních chyb nebo z realizace existujících projektů⁶.

Zohlednění těchto procesů při zajišťování sociálních služeb a zdravotní péče a nastavení mechanismů jejich financování je nutnou podmínkou dosažení finálních výstupů. V ideálním případě je tak efektivní zajišťování těchto služeb reprezentováno vedle adekvátní produkce potřebného objemu služeb také integrací komunity a dalších lokálních aktérů. V rámci veřejné a sociální politiky jsou nastoleny a řešeny otázky sociálních služeb a zdravotní péče v rovině demokratického rozhodování paralelně s ostatními společenskými prioritami. Jednotliví aktéři jsou schopni se učit z předchozích aktivit, aniž by toto učení bylo chápáno primárně negativně jako „učení se z chyb“ nebo dokonce sankcionováno⁷.

Uvedený multispektrální model hodnocení efektivity zajišťování sociálních služeb a zdravotní péče je postaven na hodnocení řady faktorů, z nichž některé nelze vůbec kvantifikovat, neboť nejsou sledovány, popř. jejich kvantifikace je velmi obtížná. Z tohoto titulu je pozornost často soustředěna pouze na hodnocení ekonomické efektivity zajišťování sociálních a zdravotních služeb, přičemž rozhodujícím hlediskem bude pojetí efektivity v ekonomické teorii. „Efektivnost znamená absenci plýtvání neboli co nejefektivnější užívání zdrojů ekonomiky k uspokojování potřeb a přání lidí“⁸, je to „takové použití ekonomických zdrojů, které přináší maximální úroveň uspokojení dosažitelnou při daných vstupech a technologiích“⁹.

Z tohoto pohledu je při hodnocení efektivity zajišťování sociálních a zdravotních služeb nutno uplatnit jiné pohledy na hodnocení efektivity služeb sociální péče, jiné pohledy na služby sociální prevence i na poradenské služby, jiná řešení je nutno aplikovat na hodnocení efektivity zdravotní péče. Současně je nutno mít na zřeteli, že jiná hlediska je nutno uplatňovat při hodnocení efektivity zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči z pohledu státu, jiná z pohledu krajů, měst a obcí jako zřizovatelů převážné většiny jednotlivých zařízení, jiná z pohledu nestátních neziskových organizací, jiná hlediska uplatňují i klienti jako uživatelé jednotlivých sociálních služeb a zdravotní péče.

⁵ podle: WISTOW, G. *Developing social care: the past, the present and the future*. [online], cit. [2018-08-28], dostupné z: <http://www.scie.org.uk/publications/positionpapers/pp04.asp>

⁶ podle: WISTOW, G. *Developing social care: the past, the present and the future*. [online], cit. [2018-08-28], dostupné z: <http://www.scie.org.uk/publications/positionpapers/pp04.asp>

⁷ podle: MERTL, J. *Přístupy k hodnocení efektivity sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. ISBN 978-80-87007-72-3

⁸ viz: SAMUELSON, P. A., NORDHAUS, W. D. *Ekonomie*. Praha: Svoboda, 1991. str. 27. ISBN 80-205-0192-4

⁹ tamtéž str. 968

Na charakteristiku stávajícího systému zajišťování sociálních služeb má z pohledu státu i z pohledu ostatních subjektů vliv celá řada kritérií a faktorů, z nichž k nejvýznamnějším patří:

- kritéria pro stanovení míry závislosti,
- struktura uživatelů jednotlivých typů sociálních služeb z hlediska míry jejich závislosti,
- kritéria pro přiznávání dotací ze strany státu (MPSV) a zřizovatele,
- přístup zdravotních pojišťoven k financování poskytované zdravotní péče v pobytových zařízeních¹⁰.

Vedle těchto charakteristik, jejichž vliv na hodnocení efektivnosti zajišťování sociálních služeb začal působit v souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je nutno mít na zřeteli řadu dalších charakteristik, z nichž nejvýznamnější je výše průměrných nákladů souvisejících s poskytováním služby připadající na jednoho klienta a struktura financování těchto nákladů.

Při hodnocení efektivnosti nelze opomenout ani vliv rozdílné úrovně vybavenosti jednotlivých regionů sociálními službami, který významným způsobem determinuje možnosti optimálního uspokojení potřeb klienta v závislosti na jeho celkové sociální situaci¹¹, opomenout nelze ani skutečnost, že významným způsobem je výše provozních nákladů jednotlivých zařízení determinována stářím jednotlivých budov a personálním vybavením jednotlivých zařízení¹², pozornost je nutno věnovat i velikosti jednotlivých sídel¹³.

Při hodnocení efektivnosti zajišťování sociálních služeb je rovněž nutno respektovat hlavní vývojové trendy, které jsou uplatňovány při rozvoji sociálních služeb v evropských zemích¹⁴, k nimž mj. patří, že:

- dochází ke konfrontaci zákonitostí trhu s potřebami rozvoje činností v sociální oblasti při využití dynamizujících schopností trhu,
- financování sociálních služeb je založeno na participaci více subjektů (přispívají občan, rodina, stát, obec, provozovatel, zdravotní pojišťovna, vlastní pojištění apod.), neboť k tomu, aby zákonitosti trhu mohly fungovat, je nutno vytvořit koupěschopnou poptávku, tzn. že je potřebné určit, kdo rostoucí náklady na služby zaplatí,
- dochází ke zvýšení integrace ekonomické a sociální racionálnosti, tedy ke hledání optimální varianty zabezpečení sociálních potřeb jak z humánního, tak technického, technologického, a tedy i ekonomického pohledu.

Existující problémy z pohledu hodnocení efektivnosti zajišťování sociálních služeb jsou determinovány především faktory, jejichž působení vyplývá především z dikcí zákona a které jednotlivé kraje, města a nestátní neziskové organizace nemohou přímo ovlivnit.

¹⁰ viz: PRŮŠA, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2008. ISBN 978-80-7416-018-9

¹¹ viz: PRŮŠA, L. *Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-36-0

¹² např. podle studie mapující vývoj investic v oblasti zabezpečení kapacit domovů pro seniory do roku 2015 v Jihočeském kraji, KP projekt, České Budějovice, 2008, připadá v Jihočeském kraji na jednoho pracovníka v přímé péči od 10,2 lůžek (domov pro seniory Chvalkov) do 1,77 lůžek (Prácheňské sanatorium, o.p.s.)

¹³ viz: *Základní informace o krajích a velikostních skupinách obcí podle výsledků Sčítání lidu, domů a bytů - Česká republika – 2011*. cit. [2018-08-29], dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zakladni-informace-o-krajich-a-velikostnich-skupinach-obci-podle-vysledku-scitani-lidu-domu-a-bytu-2011-ceska-republika-2011-g2kr25w9xi>

¹⁴ viz: PRŮŠA, L. *Sociální služby - srovnání ČR a EU*. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008

Z pohledu kraje je významným aspektem, který limituje jeho možnosti ovlivnit efektivnost zajišťování sociálních služeb, skutečnost, že stát (ministerstvo) svým právním předpisem (v tomto případě vyhláškou) stanoví maximální výši úhrady za pobyt a stravování v pobytových a ambulantních zařízeních a výši úhrad za jednotlivé úkony pečovatelské služby. Tato skutečnost je v situaci, kdy:

- sociální služby poskytují organizace zřízené především samosprávnými orgány krajů, měst a obcí a nestátními neziskovými organizacemi,
- sociální služby jsou poskytovány na základě smlouvy mezi poskytovateli a uživateli,

v podstatě dalším nástrojem ochrany klienta ze strany státu, přičemž je třeba si uvědomit, že k tomuto účelu má stát v zákoně definovány jiné nástroje (registrace poskytovatelů sociálních služeb, standardy kvality sociálních služeb, inspekce sociálních služeb, povinnost celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků). Výše těchto úhrad je přitom stanovena na takové úrovni, že ex ante předpokládá participaci dalších subjektů na financování sociálních služeb formou dotací. Na dotaci podle rozpočtových pravidel však neexistuje právní nárok, což zpětně limituje rozvojové programy jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb a ve svém důsledku vede ke stagnaci celého systému. Přitom si je potřeba uvědomit, že v rámci registrace musí každý poskytovatel předložit „plán finančního zajištění sociálních služeb“¹⁵, což ve svém důsledku znamená, že stát i tak má dohled nad výší úhrad uživatelů za poskytované služby.

¹⁵ viz § 79, odst. 5, písm. d) bod 8 zákona č. 118/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

3. Podpora pečujících osob v ČR

3.1. Současné formy podpory pečujících osob

Podporu pečujících osob lze v současné době identifikovat ve čtyřech systémech – v oblasti důchodového a nemocenského pojištění, v zákoníku práce a v oblasti sociálních služeb.

V oblasti důchodového pojištění je doba osobní péče o osobu, která vyžaduje péči druhé osoby, jednou z tzv. náhradních dob pojištění a to přesto, že za tuto dobu není placeno pojistné. V současné době je zohledňována péče o osobu mladší 10 let, která je závislá na pomoci jiné osoby ve všech stupních závislosti, v případě péče o ostatní osoby musí jít o osoby, které jsou závislé na pomoci ve stupni II., III. nebo IV. (středně těžká, těžká a úplná závislost). Tento druh náhradní doby pojištění se hodnotí, pokud jde o délku účasti na pojištění, v plném rozsahu, tzn. že nedochází k žádnému omezení délky doby účasti na pojištění ani rozsahu hodnocené doby. Pokud doba osobní péče o jinou osobu spadá do rozhodného období pro zjišťování příjmů pro výpočet důchodu, je tato doba považována za vyloučenou dobu tak, aby nedošlo k „rozmělnění“ skutečně dosažených příjmů.

Doba osobní péče o závislou osobu se prokazuje rozhodnutím příslušné okresní správy sociálního zabezpečení o době a rozsahu této péče. Podkladem pro rozhodnutí okresní správy sociálního zabezpečení je uznání osoby, o kterou je pečováno, za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

V oblasti nemocenského pojištění lze pro případ podpory pečujících osob krátkodobě využít ošetrovné a od 1. června 2018 rovněž dlouhodobé ošetrovné. Ošetrovné se vyplácí nejdéle 9 kalendářních dnů (resp. 16 kalendářních dnů v případě osamělého zaměstnance, který má v trvalé péči aspoň jedno dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku). Výše ošetrovného od prvního kalendářního dne činí 60 % redukováného denního vyměřovacího základu za kalendářní den.

U dlouhodobého ošetrovného jsou stanoveny podmínky jednak pro ošetrovanou osobu a jednak pro osobu ošetrující. U ošetrované osoby muselo dojít k závažnému zhoršení zdravotního stavu, který vyžadoval alespoň 7denní hospitalizaci v nemocnici a v den propuštění je potvrzeno, že potřeba celodenní péče bude trvat nejméně dalších 30 dnů. Ošetrovaná osoba musí dát písemný souhlas k ošetrování konkrétní osobě. Ošetrující osoba může být manželem (manželkou) ošetrované osoby nebo registrovaným partnerem (registrovanou partnerkou) ošetrované osoby, příbuzným v linii přímé s ošetrovanou osobou nebo je její sourozenec, tchyně, tchán, snacha, zeť, neteř, synovec, teta nebo strýc. Ošetrující osoba nesmí po dobu ošetrování vykonávat žádnou výdělečnou činnost. V průběhu 90 dnů se mohou ošetrující osoby libovolně střídát v ošetrování osoby vyžadující dlouhodobou péči po celých dnech. Nárok na další dlouhodobé ošetrovné vznikne ošetrující osobě nejdříve po uplynutí 12 měsíců od skončení předchozí dlouhodobé péče. Dlouhodobé ošetrovné se vyplácí maximálně po dobu 90 kalendářních dnů. Zaměstnavatel nemá povinnost omluvit nepřítomnost zaměstnance v práci po dobu poskytování dlouhodobé péče pouze v případě, brání-li tomu vážné provozní důvody, které musí sdělit zaměstnanci písemně.

Podle zákoníku práce má zaměstnanec po dobu péče o osobu, na kterou má podle zákona o nemocenském pojištění nárok na ošetrovné, právo na neplacené pracovní volno.

Pro zajištění potřebných sociálních služeb je osobám s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem závislým na pomoci jiné fyzické osoby poskytován od 1. ledna 2007 podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, příspěvek na péči. Nárok na tuto

dávku má osoba starší jednoho roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb.

Příspěvek na péči by teoreticky měl pečujícímu kompenzovat ztrátu, popř. snížení příjmu z ekonomické aktivity. Tato dávka je však kromě úhrady nákladů souvisejících s péčí o rodinného příslušníka, popř. blízkou osobu využívána rovněž na úhradu běžných výdajů v domácnosti, úhradu nákladů na bydlení, na dopravu, na úhradu léků a plateb u lékaře, v některých případech je však příspěvek na péči vynakládán rovněž na úhradu leasingových splátek¹⁶. V těchto případech je zřejmé, že zavedení příspěvku na péči nebylo správným řešením, protože jakákoliv peněžní částka, která je přiznána občanovi, se jím a jeho rodinou považuje za rodinný příjem a jako s takovým se s ním nakládá¹⁷.

Finanční situace rodin a domácností pečujících o rodinného příslušníka, popř. blízkou osobu je však ve většině případů v současné době velmi nepříznivá, neboť vedle ztráty vlastního příjmu dochází současně k nárůstu výdajů souvisejících se zajištěním potřebné péče, některé z nich se pohybují dokonce na hranici materiální deprivace. Vedle aktuálního snížení příjmové úrovně má však doba péče o rodinného příslušníka dopady i na výši starobního důchodu v budoucnosti. Tato situace je alarmující zejména z toho pohledu, že jedním ze stěžejních cílů transformace sociálních služeb je položit důraz na poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí příjemců příspěvku na péči. Vzhledem k nedostatku kapacity pobytových zařízení sociálních služeb (vč. sítě odlehčovacích služeb – viz tabulka č. 1) a k nerozvinutému sektoru terénních sociálních služeb (těžiště terénních služeb stále ve většině regionů spočívá v dovozu obědů v rámci pečovatelské služby) je v řadě případů tato péče poskytována rodinnými příslušníky, popř. blízkými osobami (cca 70 % příjemců příspěvku na péči je péče poskytována neregistrovanými subjekty)¹⁸.

¹⁶ viz: PRŮŠA, L. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-120-9

¹⁷ viz: TOMEŠ, I. *Otázky realizace povinné sociální solidarity sociálním státem*. FÓRUM sociální politiky, mimořádné číslo 2015. ISSN 1802-5854

¹⁸ viz: JERÁBKOVÁ, V – PRŮŠA, L. *Příspěvek na péči*. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-145-2

tabulka č. 1:

Počet klientů a neuspokojených žadatelů odlehčovacích služeb v r. 2010 a 2015

kraj	2010		2015		2010	2015
	počet klientů				počet neuspokojených žadatelů	
	děti a mládež do 18 let	dospělí	děti a mládež do 18 let	dospělí		
hl. m. Praha	39	1 244	95	1 737	68	457
Středočeský	160	1 062	545	1 617	18	66
Jihočeský	18	701	2	380	116	67
Plzeňský	21	263	258	367	14	2
Karlovarský	84	44	2	28	0	0
Ústecký	5	229	76	847	1	126
Liberecký	17	197	8	391	8	99
Královéhradecký	193	534	14	1 096	76	138
Pardubický	1	612	9	462	10	110
Vysočina	19	324	28	689	47	70
Jihomoravský	38	1 198	13	637	80	102
Olomoucký	15	402	24	461	1	69
Zlínský	23	386	22	543	92	283
Moravskoslezský	62	530	102	1 315	49	230
ČR	695	7 726	1 198	10 570	580	1 819

pramen:

PRŮŠA, L. *Respitní péče v ČR ve světle nových evropských trendů*. Revue sociálně-ekonomického rozvoje č. 2/2016. ISSN 2453-6148. [online], dostupné z: https://nhf.euba.sk/www_write/files/katedry/ksrp/2017/RSER_2__2016.pdf

Dlouhodobá péče o rodinného příslušníka nebo blízkou osobu je spojena s komplexním sociálním, ekonomickým a zdravotním dopadem na pečovatele a jeho nejbližší okolí. Osoba, která poskytuje péči v důsledku neustálé „pohotovosti“ ztrácí kontakty s okolním světem, ocitá se v sociální izolaci, často strádá nedostatečnou sociální oporou, trpí fyzickým a psychickým vypětím, které se mnohdy odrazí na jeho zdraví. Je třeba si uvědomit, že na péči o rodinného příslušníka pečovatele nikdo nepřipravoval, a přesto mnohdy musí vykonávat úkony, k jejichž provedení je potřeba dostatek fyzické síly, často chybí i potřebný grif. Služba, která je poskytovaná nepřetržitě (viz tabulka č. 2), je pro jednoho pečujícího „likvidační“, a proto je potřebná a nezbytná profesionální pomoc, která by účinně snižovala zátěž pečovatele.

tabulka č. 2:

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

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

Zdroj:

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

V praxi se postupně rozvíjí model sdílené péče, jehož cílem je umožnit nesoběstačné osobě žít nezávislým životem ve vlastní domácnosti za pomoci rodiny a komunitních služeb tak dlouho, dokud se tento způsob jeví jako smysluplný a praktický. Prohloubení spolupráce rodiny a služeb poskytovaných speciálními organizacemi a institucemi má nejen vliv na zkvalitnění péče o nesoběstačné osoby, ale také snižuje zátěž rodinných pečovatelů¹⁹.

3.2. Problémy a rizika, které je potřeba mít na zřeteli při hledání efektivního systému podpory pečujících osob

Je zřejmé, že stávající formy institucionální podpory pečujících osob jsou nedostatečné. Síť potřebných odlehčovacích sociálních služeb není dostatečná²⁰, což dále oslabuje motivaci a sociální jistoty pečujících osob a to přesto, že osoby závislé na jejich péči tuto péči preferují. Pečující osoby se tak ocitají v nejistém postavení, vzhledem k neochotě zaměstnavatelů nabízet zkrácenou pracovní dobu, příp. její flexibilní organizaci, obtížně kombinují péči a zaměstnání. S nárůstem potřeby a intenzity péče tak pečující osoby často opouštějí svá zaměstnání a jsou zpravidla odkázáni na odměnu, kterou jim poskytne osoba závislá na jejich péči z příspěvku na péči. Dochází tak k propadu celkových příjmů pečujících osob, tyto osoby a jejich rodiny tak následně čelí zvýšenému riziku chudoby. Poskytování péče v přirozeném domácím prostředí – především v případě péče o osoby s vyšším stupněm závislosti – navíc zvyšuje riziko vzniku disfunkčních rodinných vztahů pečujících osob, pečujícím osobám v důsledku zpravidla dlouhodobé péče a její náročnosti hrozí zhoršování jejich zdravotního stavu.

Při hledání vhodných variant řešení hmotného zabezpečení pečujících osob je potřeba vycházet z toho, že ke zhoršení zdravotního stavu rodinného příslušníka dochází zpravidla náhle. Na tuto skutečnost nejsou rodinní příslušníci připraveni a teprve začínají zvažovat možné formy zajištění péče. Prvotní informace získávají zpravidla na referátech sociálních věcí obcí s rozšířenou působností, popř. obcí s pověřeným obecním úřadem,

¹⁹ viz: FORMÁNKOVÁ, P. – NOVOTNÝ, A. – EFENBERKOVÁ, M. (2012) *Problematika realizace rodinné péče o osobu se sníženou soběstačností*. Kontakt č. 2/2012. ISSN 1212-4117

²⁰ viz: PRŮŠA, L. *Respitní péče v ČR ve světle nových evropských trendů*. Revue sociálně-ekonomického rozvoje č. 2/2016. ISSN 2453-6148. [online] cit. [2018-10-29], dostupné z: https://nhf.euba.sk/www_write/files/katedry/ksrp/2017/RSER_2__2016.pdf

následně kontaktují vhodné poskytovatele sociálních a zdravotních služeb a zvažují možnosti svého zapojení. Jejich situace je o to komplikovanější, že neví, jak dlouho budou muset péči zajišťovat. Po prvotním zaléčení ve zdravotnickém zařízení na akutním lůžku zpravidla dochází k přemístění zdravotně handicapované osoby do léčebny pro dlouhodobě nemocné, kde sociální pracovníci začínají ve spolupráci se sociálními pracovníky na referátech sociálních věcí obecních úřadů hledat optimální formy poskytování další péče. Jejich řešení komplikuje několik zásadních skutečností:

- zdravotně handicapovaná osoba zpravidla doposud nevyužívala žádnou formu terénních sociálních služeb (zejména pečovatelskou službu) a nemá podanou žádnou žádost o umístění do pobytového zařízení sociálních služeb, čekací doby na umístění jsou přitom zpravidla velmi dlouhé, jejich dostupnost v jednotlivých regionech je významně diferencovaná,
- zdravotně handicapovaná osoba zpravidla nebyla před náhlým zhoršením svého zdravotního stavu příjemcem příspěvku na péči ve vyšším stupni závislosti,
- zdravotní pojišťovny vyvíjejí na zdravotnická zařízení tlak, aby péče v léčebnách pro dlouhodobě nemocné nebyla poskytována déle než 3 měsíce přesto, že pro tyto kroky již delší dobu nemají žádnou oporu v legislativě,
- zdravotní pojišťovny vyvíjejí na ošetřující lékaře tlak, aby neindikovali svým pacientům domácí zdravotní péči,
- zdravotně handicapovaná osoba si přeje zbytek svého života strávit v naprosté většině případů v domácím prostředí,
- členové rodiny by byli ve většině případů ochotni zdravotně handicapované osobě péči v domácím prostředí – přes všechny výše uvedené problémy – zabezpečit, ale vzhledem k nedostatku finančních prostředků si nemohou dovolit opustit svoje pracovní pozice, neboť stávající formy jejich hmotného zabezpečení po dobu poskytování péče jsou naprosto nedostatečné.

Je proto potřeba koncipovat takové formy pomoci, které by po dobu poskytování péče v domácím prostředí zdravotně handicapované osoby pomohly pečujícím osobám k zachování jejich životní úrovně a které by jim současně garantovaly možnost návratu na jejich původní pracovní pozici po ukončení péče. Řešení, která v uplynulých letech byla přijata v Rakousku, představují jednu z možných forem řešení této sociální situace v naší zemi.

Nelze pochybovat o tom, že jednou z podmínek pro poskytnutí hmotného zabezpečení, by měla být předchozí účast osoby zajišťující péči v důchodovém a v nemocenském pojištění. Obdobně jako při poskytování rodičovského příspěvku by poskytovaná dávka mohla být poskytována v pevné částce, neboť svým charakterem je péče o dítě a péče o zdravotně handicapovanou osobu obdobná.

3.3. Podpora pečujících osob v Rakousku

V Rakousku byl v oblasti financování sociálních služeb položen v uplynulých letech důraz na zvýšení efektivity financování sociálních služeb a na zvýšení podpory pečujících osob. Od 1. ledna 2014 byla zavedena opatření, jejichž cílem je usnadnit zaměstnancům sladění zaměstnání s péčí o potřebné rodinné příslušníky a jejich ošetřováním. Jedná se o pečovatelskou dovolenou, kratší pracovní dobu na péči a volno na rodinnou hospicovou péči.

Cílem pečovatelské dovolené, popř. kratší pracovní doby na péči je poskytnout zaměstnancům v případě náhle vzniklé potřeby péče o blízkého rodinného příslušníka

nebo k odlehčení pečující osoby na určitou dobu možnost péči nově zorganizovat. Možnost sjednat si pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči mají zaměstnanci v soukromoprávních pracovních vztazích, spolkoví a zemští zaměstnanci a zaměstnanci obcí a poživatelé podpory v nezaměstnanosti nebo pomoci v nouzi, kteří se za účelem čerpání pečovatelské dovolené odhlásili z pojištění v nezaměstnanosti.

Pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči je možné si sjednat na péči o blízké rodinné příslušníky, kteří mají v dané chvíli přiznaný příspěvek na péči od stupně 3, popř. v případě nezletilých rodinných příslušníků nebo rodinných příslušníků s demencí příspěvek na péči od stupně 1. Podmínkou pro jejich čerpání je písemné sjednání uvolnění z práce nebo zkrácení pracovní doby mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem, přičemž zaměstnavatel s tím musí souhlasit, neboť na pečovatelskou dovolenou a kratší pracovní dobu na péči zatím neexistuje právní nárok.

Pečovatelská dovolená a kratší pracovní dobu na péči představují překlenovací opatření, lze je sjednat minimálně na dobu jednoho měsíce a maximálně na dobu tří měsíců. V zásadě lze pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči sjednat na jednoho blízkého rodinného příslušníka potřebujícího péči jen jednou, avšak v případě podstatného zvýšení potřeby péče dané osoby minimálně o jeden stupeň příspěvku na péči lze pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči sjednat ještě jednou. Na jednu osobu potřebující péči si může sjednat pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči i více pracovníků. Tak např. dva sourozenci si mohou na jednoho ze svých rodičů sjednat pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči pro různá období vždy na dobu až tří měsíců, celkem tedy až na šest měsíců. Při podstatném zvýšení potřeby péče minimálně o jeden stupeň příspěvku na péči je pak možné opětovné sjednání pečovatelské dovolené nebo kratší pracovní doby na péči vždy až na maximálně tři měsíce na jednoho pracovníka.

Příspěvek na pečovatelskou dovolenou náleží na jednu osobu potřebující péči maximálně po dobu 12 měsíců. Již od 1. července 2002 mají zaměstnanci v Rakousku možnost po určitou dobu doprovázet umírající blízké rodinné příslušníky a velmi těžce nemocné děti, a to v rámci tzv. volna na rodinnou hospicovou péči.

Zaměstnanci si v rámci volna na rodinnou hospicovou péči mohou zvolit zkrácení pracovní doby (kratší pracovní dobu na rodinnou hospicovou péči), změnu rozložení normální pracovní doby nebo uvolnění z práce spojené se ztrátou výdělku. Na volno na rodinnou hospicovou péči existuje právní nárok, může ho využívat i více rodinných příslušníků zároveň. O doprovázení při umírání lze žádat zpočátku maximálně na dobu tří měsíců, v případě potřeby je možné v daném případě prodloužení až na celkovou dobu šesti měsíců. O doprovázení velmi těžce nemocných dětí lze žádat zpočátku na maximálně pět měsíců, v případě potřeby je možné v daném případě prodloužení až na celkovou dobu devíti měsíců.

K finanční podpoře pečujících rodinných příslušníků v případě čerpání pečovatelské dovolené, kratší pracovní doby na péči, volna na rodinnou hospicovou péči, popř. kratší pracovní doby na rodinnou hospicovou péči slouží příspěvek na pečovatelskou dovolenou. Na tento příspěvek má nárok každá osoba, která je pojištěna v plném rozsahu (= nemocenské, úrazové a důchodové pojištění) na základě nepřetržitého pracovního poměru bezprostředně před čerpáním pečovatelské dovolené, pokud má písemně sjednanou pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči se zaměstnavatelem (nebo předloží doklad o čerpání volna na rodinnou hospicovou péči, popř. předloží doklad o odhlášení z pobírání dávek v nezaměstnanosti) a pokud předloží prohlášení, že po dobu pečovatelské dovolené nebo kratší pracovní doby na péči obstarává převažující péči a ošetřování.

Výše příspěvku na pečovatelskou dovolenou a při volnu na rodinnou hospicovou péči je závislá na výši předchozího příjmu a poskytuje se ve stejné výši jako podpora v nezaměstnanosti (tj. 55 % čistého denního příjmu), minimálně však ve výši částky

stanovené jako hranice pro zaměstnání malého rozsahu 405,98 € měsíčně. V případě kratší pracovní doby na péči a kratší pracovní doby na rodinnou hospicovou péči se zkracuje pracovní doba a snižuje se výdělek, proto náleží příspěvek na pečovatelskou dovolenou v alikvotní výši. Příspěvek se vypočítá v zásadě na základě rozdílu mezi průměrným hrubým výdělkem před zkrácením pracovní doby a během ní. Základní částka činí i v těchto případech 55 % rozdílu, minimálně však představuje alikvotní výši částky stanovené jako hranice pro zaměstnání malého rozsahu odpovídající zkrácení pracovní doby.

Nezaměstnaným osobám, které se z důvodu čerpání pečovatelské dovolené nebo volna na rodinnou hospicovou péči odhlásily z pobírání dávek v nezaměstnanosti nebo se odhlásily z nemocenského a důchodového pojištění podle zákona o pojištění v nezaměstnanosti, náleží příspěvek na pečovatelskou dovolenou ve výši naposled pobírané dávky z pojištění v nezaměstnanosti, minimálně však ve výši částky stanovené jako hranice pro zaměstnání malého rozsahu, tedy 405,98 € měsíčně v r. 2015²¹.

3.4. K problematice legislativního ukotvení postavení pečující osoby

Pokud se má péče rodinných příslušníků o seniory a zdravotně handicapované osoby rozvíjet v souladu s Národní strategií rozvoje sociálních služeb na léta 2016 – 2025²² je zřejmé, že je nutno zvýšit podporu pečujících osob a legislativně ukotvit postavení pečující osoby, neboť existující formy jejich podpory (viz kap. 3.1.) jsou nedostatečné. Ze statistiky ČSSZ totiž vyplývá, že dlouhodobé ošetřovné jako nová sociální dávka, která vstoupila v platnost 1. června 2018, byla k 30. září 2018 vyplácena pouze v 974 případech²³, přestože podle důvodové zprávy k návrhu novely zákona o nemocenském pojištění, kterou tato dávka byla koncipována, se předpokládalo, že ji bude ročně využívat cca 30 000 osob²⁴. Nelze proto vyloučit, že řada pečujících osob tuto dávku s ohledem na stanovené podmínky jejího čerpání nevyužívá a pobírá např. podporu v nezaměstnanosti nebo nemocenskou, neboť tyto dávky jsou poskytovány po podstatně delší dobu než dlouhodobé ošetřovné. Je potřeba přitom vycházet z toho, že s nárůstem potřeby a intenzity péče u pečujících osob dochází zpravidla k hlubokému propadu jejich příjmů, kteří tak čelí zvýšenému riziku chudoby a z ní vyplývajících rizik sociálního vyloučení.

²¹ viz: PRŮŠA, L. *Aktuální trendy v rozvoji sociálních služeb v zemích EU a v ČR ve světle očekávaných změn ve struktuře populace*. FÓRUM sociální politiky č. 6/2016. ISBN 1802-5854

²² viz: *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025*. Praha, MPSV, 2015. ISBN 978-80-7421-126-3

²³ viz: *Přehled vybraných statistických ukazatelů z agendy ČSSZ*. [online] [cit. 2018-12-03]. Dostupné z: https://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/5EF18759-01F7-470B-A9A3-E2714D47D705/0/Ukazatele_zarí2018.pdf

²⁴ viz: Vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony (Sněmovní tisk č. 1029) [online] [cit. 2018-11-14]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=7&ct=1029&ct1=0>

Při hledání vhodných forem hmotného zabezpečení pečujících osob je možno vycházet např. z toho, jakým způsobem je v našem právním řádu upraveno postavení pěstounů. Podle zákona č. 359/1995 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, v platném znění, má pěstoun za svoji činnost nárok na poskytování odměny pěstouna. V současné době výše odměny pěstouna činí:

- 12 000 Kč, je-li pečováno o 1 dítě,
- 18 000 Kč, je-li pečováno o 2 děti,
- 30 000 Kč, je-li pečováno alespoň o 3 děti nebo je-li pečováno alespoň o jedno dítě, které je příjemcem příspěvku na péči ve II., III. nebo IV. stupni závislosti.

Přitom je důležité, že tato odměna je považována za příjem ze závislé činnosti pro účely jak daňových zákonů, tak i pro účely pojistného na sociální a zdravotní pojištění. Je zřejmé, že tato forma podpory je výrazně širší, než je stávající podpora pečujících osob ve formě dlouhodobého ošetřovného. Skutečnost, že odměna pěstouna je považována za příjem pro účely pojistného na důchodové pojištění, je významná především z toho pohledu, že pečující osoba není v důsledku zajišťování péče do budoucna znevýhodněna absencí vlastního příjmu při výpočtu svých důchodových nároků. Vzhledem k vysoké míře solidarity, která je uplatňována při výpočtu důchodu²⁵, se jeví tento postup jako optimální.

Je zřejmé, že obdobné principy by mohly být uplatňovány i pro odměňování pečujících osob. Výše odměny by přitom mohla být diferencována nejenom podle počtu osob, jimž je zajišťována péče v domácím prostředí, ale i podle stupně závislosti těchto osob.

Současně je nutno v zákoníku práce a v dalších pracovně právních předpisech upravit možnost, aby pečující mohli po dobu péče pracovat na zkrácený pracovní úvazek, popř. v rámci jiné flexibilní pracovní formě a po ukončení péče měli možnost vrátit se na pracovní pozici, kterou měli před zahájením péče.

²⁵ podle § 15 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění, je od r. 2014 výpočtový základ pro stanovení procentní složky důchodu redukován na 26 % v případě, že příjem člověka se pohybuje v intervalu mezi 44 % až 400 % průměrné mzdy (pro výpočet důchodu v r. 2018 se jedná o interval mezi 14 388 Kč a 130 796 Kč)

4. Charakteristika činnosti center pro rodinné pečující

Hlavním cílem projektu je zajistit péči osobám starším 50 let (vč. seniorů), které jsou závislé na pomoci druhé osoby, v jejich přirozeném domácím prostředí na základě podpory poskytované pečujícími osobám a rodinám. Tato podpora pomůže vhodně zkombinovat péči rodiny s využíváním profesionální péče, tedy odborných sociálních a zdravotních služeb tak, aby tato forma péče byla poskytována všem potřebným občanům. Za tímto účelem byl v uplynulých měsících vytvořen a pilotně je ověřován zcela nový model služby – centrum pro rodinné pečující na úrovni měst a jejich správních obvodů jako obcí s rozšířenou působností. Na úrovni měst Havířov a Uherský Brod byla zřízena nová pracovní pozice poradce pro rodinné pečující, který je vyškolen pro práci s uvedenou cílovou skupinou.

Z dlouhodobého hlediska projekt usiluje o propojování sociálně zdravotní péče na regionální úrovni a o úspory investic do výstavby nových pobytových zařízení. V tomto smyslu je projekt v souladu s Národní strategií rozvoje sociálních služeb do r. 2025.

Služby center pro rodinné pečující plně akcentují význam a podporu rodiny, smysl komunitní péče a tvorbu sítě sociálně zdravotních služeb. Na základě zmapování potřeb jednotlivých rodin jsou pracoviště plně kompetentní podávat přehled o nabídce služeb a kapacitách jednotlivých odborných služeb na území obou měst a tím zasahovat do procesu komunitního plánování na daném území. Koordinace služeb je důležitá hlavně v domácím prostředí a v případech, kdy ke klientům dochází více poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb. Tímto způsobem je zajištěn interdisciplinární přístup a vzájemná aktivní spolupráce odborníků napříč sociálními a zdravotními službami, který současně brání poskytování duplicit v péči nebo naopak vyplňuje mezery. V tomto smyslu centra pro rodinné pečující usilují o změnu na úrovni měst a obcí při řešení konkrétních problémů pečujících osob plynoucích zejména z velké zátěže.

Díky činnosti center lze v krátkém časovém horizontu očekávat, že:

- dojde ke zvýšení znalostí pečujících osob o tom, jak samy mají správně pečovat o svého rodinného příslušníka nebo o blízkou osobu,
- se zlepší orientace pečujících osob v systému sociálně zdravotní péče, dojde k posílení a podpoře jejich kompetencí při zajišťování potřebné péče,
- vzroste počet osob, které budou schopny kombinovat při péči o rodinného příslušníka nebo blízkou osobu svoji péči s péčí poskytovanou profesionálními organizacemi.

V dlouhodobém horizontu lze předpokládat, že:

- dojde ke zvýšení kvality života lidí v rámci obce, města nebo regionu,
- na úrovni těchto územních celků se zvýší vzájemná kooperace sociálních služeb (vč. sociální práce) se zdravotní péčí, tedy dojde ke vzniku systému dlouhodobé integrované sociálně zdravotní péče na regionální úrovni,
- zvýší se flexibilita sociálních a zdravotních služeb s ohledem na potřeby seniorů a zdravotně handicapovaných osob se zaměřením na služby poskytované v domácím prostředí jejich uživatelů, lze předpokládat, že vzniknou nové formy péče,
- dojde k posílení a rozvoji sítě přirozených vztahů v daném regionu,
- budou minimalizovány negativní dopady plynoucí z dlouhodobé péče pečujících osob na životní styl rodiny.

V tomto smyslu lze spatřovat největší přínosy vzniku a činnosti center pro rodinné pečující z hlediska hodnocení efektivity nového typu služby ve smyslu výše uvedeného přístupu podle G. Wistowa a J. Mertla.

4.1. Centrum pro rodinné pečující v Havířově

Centrum pro rodinné pečující v Havířově je součástí příspěvkové organizace Sociální služby města Havířova. Tato organizace má dlouholeté zkušenosti s prací se seniory, občany ohroženými sociálním vyloučením a osobami závislými na péči druhé osoby a jejich rodinami. Svou skladbou služeb a kvalifikovaným personálem reaguje organizace na aktuální poptávku služeb ve městě Havířově. Při koncipování služeb se vychází z respektování specifických potřeb klientů. Struktura navržených služeb umožňuje jejich vzájemné propojování a zajištění jejich návaznosti, neboť jsou vytvořeny všechny základní předpoklady pro poskytování služeb jak v terénní, tak i v ambulantní i pobytové formě.

V současné době poskytují Sociální služby města Havířova tyto sociální služby:

- kontaktní centra,
- nízkoprahová denní centra,
- odborné sociální poradenství,
- odlehčovací služby,
- raná péče,
- odborné sociální poradenství (Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy),
- telefonická krizová pomoc (Linka důvěry),
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,
- odborné sociální poradenství pro seniory,
- pečovatelská služba,
- odlehčovací služby,
- denní stacionáře.

Všechny služby jsou registrované dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Služby jsou poskytovány v souladu se standardy kvality sociálních služeb, organizace dbá na pravidelný rozvoj potenciálu svých pracovníků.

V oblasti zdravotní péče poskytují Sociální služby města Havířova péči v oboru rehabilitační a fyzikální medicína, fyzioterapeut, ergoterapeut, všeobecná sestra (sestra domácí zdravotní péče).

Podstatou poskytovaných všech sociálních služeb i zdravotní péče je jejich kvalita, ohled na individuální potřeby klienta a respektování základních lidských hodnot.

Výhodou tohoto uspořádání je skutečnost, že v Havířově jsou rodiny zvyklé při péči o své blízké využívat sociální i zdravotní služby, což může být i důvodem převažujícího zájmu o individuální edukaci v domácím prostředí bez čekání na termín plánovaného skupinového školení v činnosti Centra. Jistou roli v tomto smyslu hraje anonymita většího města a omezené personální zdroje v rámci rodiny.

Mezi silné stránky tohoto modelu fungování Centra patří:

- skutečnost, že Centrum využívá zázemí silné organizace s dlouholetými zkušenostmi v poskytování sociálně zdravotních služeb,
- nabídka komplexních sociálně zdravotních služeb na místě,
- skutečnost, že poradce má možnost konzultovat na místě řešení problému klienta v rámci zkušeného multidisciplinárního týmu poskytovatele a rychle a efektivně nalézat účinná řešení,
- více proklientsky orientované prostředí,
- možnost edukace klienta na místě vč. provozování půjčovny kompenzačních pomůcek.

Naopak ke slabým stránkám tohoto modelu fungování patří:

- riziko konfliktu zájmů, neboť v budoucnu může docházet ke zvýhodňování jednoho poskytovatele služeb,
- nižší nabídka služeb poskytovaných ostatními poskytovateli,
- nižší míra objektivity při posuzování kvality a vhodnosti výběru služeb nabízených jinými poskytovateli,
- možná rivalita mezi poskytovateli,
- nižší motivace Centra k budování sítí.

4.2. Centrum pro rodinné pečující v Uherském Brodu

Centrum pro rodinné pečující v Uherském Brodu je zřízeno při odboru sociálních věcí městského úřadu. Centrum nabízí:

- poradenský servis pečujícím,
- pomoc při propojování sociální a zdravotní služby,
- přehled o možných a dostupných službách odpovídající potřebám pečujících rodin,
- podporu pečujícím formou svépomocných skupin zaměřených na sdílení zkušeností či starostí,
- vzdělávací programy pro pečující.

Sociální služby ve městě Uherský Brod zabezpečuje příspěvková organizace Sociální služby Uherský Brod, která zajišťuje služby v rámci pečovatelské služby, denního stacionáře, v nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež a v rámci sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi. Organizace rovněž provozuje domy s pečovatelskou službou. K 31. prosinci 2017 využívalo pečovatelskou službu celkem 225 uživatelů, z toho 186 uživatelů bydlelo v domech s pečovatelskou službou nebo v domě s chráněnými byty, 39 uživatelům byla pečovatelská služba poskytována v jejich domácnostech.

Pozitivně je nutno hodnotit skutečnost, že město Uherský Brod je rovněž zřizovatelem městské nemocnice s poliklinikou, což vytváří velmi dobré předpoklady pro propojení sociálních a zdravotních služeb na místní úrovni. Jako první náznak tohoto propojení lze označit umístění denního stacionáře a Centra pro rodinné pečující v prostorách městské nemocnice.

Významným prvkem, který determinuje činnost Centra v tomto regionu, je rodinná soudržnost. Do péče o seniory a zdravotně postižené osoby v rodinném prostředí se zapojuje zpravidla větší počet členů rodiny, neboť jsou dlouhodobě zvyklí si vzájemně pomáhat. Nemají proto zájem o vstup pracovníka Centra do vlastního domácího prostředí, odmítají sdílet informace o průběhu péče v rámci rodiny s odborným pracovníkem, např. z obavy o odnětí příspěvku na péči. Významnou roli v tomto regionu hraje i aspekt víry.

K přednostem tohoto modelu organizačního uspořádání Centra patří:

- nízké riziko konfliktu zájmů u pohledu zvýhodňování jednoho poskytovatele služeb,
- vyšší míra objektivity při posuzování kvality a vhodnosti výběru služeb poskytovaných jinými poskytovateli,
- vyšší motivace Centra k budování sítí,
- skutečnost, že klient má možnost výběru z širšího spektra poskytovatelů služeb a variantních řešení situace.

Naopak k jeho slabým stránkám patří:

- skutečnost, že Centrum funguje v rámci městského úřadu a z toho plynoucí určitá ostražitost klienta (oproti poskytovateli) a příliš úřední přístup k řešení konkrétní záležitosti klienta,
- určitá obava klienta, že poradce získá informace o potřebnosti či kvalitě poskytované péče v domácím prostředí u osoby pobírající příspěvek na péči a event. je předá na úřadu práce,
- omezená možnost flexibilního sdílení informací s kolegy, poradce je na pozici samostatného pracovníka, nemá k dispozici vlastní podpůrný pracovní tým,
- problém sdílení informací v rámci odborného týmu - oddělenost od základny.

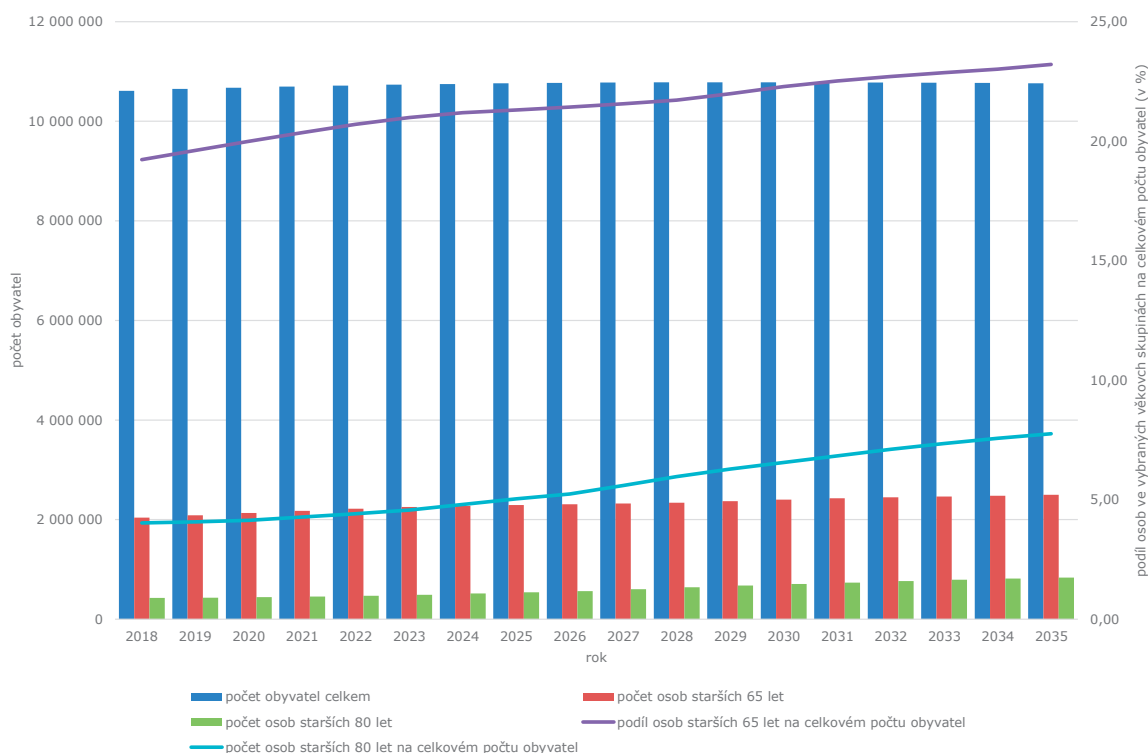
5. Analýza dlouhodobého ekonomického potenciálu centra pro rodinné pečující

5.1. Očekávané trendy vývoje obyvatelstva a potřeby péče

V uplynulém období představil ČSÚ novou projekci vývoje obyvatelstva do r. 2100²⁶. Z hlediska prognózy potřeby služeb sociální péče je – vzhledem k aktuálním problémům z hlediska zajištění péče o osoby v poproduktivním věku a o zdravotně handicapované osoby – nutno podrobně zmapovat změny ve věkové struktuře populace zejména do r. 2035 (viz graf č. 3).

graf č. 3:

Vývoj počtu obyvatel a vybraných seniorských kategorií do r. 2035



pramen:

vlastní zpracování podle Projekce obyvatelstva ČR do r. 2100 (ČSÚ, 2018)

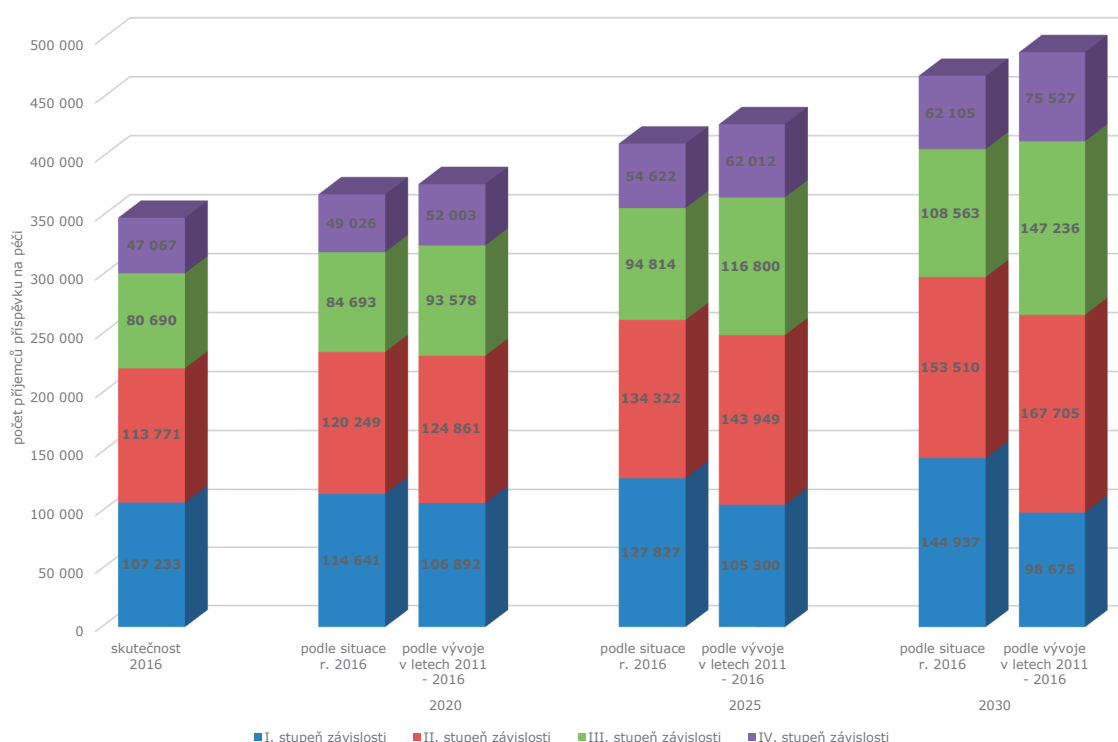
Současně je však nutno mít na zřeteli, že počty osob v poproduktivním věku se budou dále zvyšovat i v následujících letech, v r. 2070 bude v ČR podle této projekce žít 1 338 tis. osob starších 80 let, jejich podíl na celkovém počtu obyvatel dosáhne 12,74 %, tzn. že přibližně každý 8občan bude starší 80 let.

²⁶ viz: *Projekce obyvatelstva České republiky – 2018 – 2100*. [online] cit. [2018-11-28], dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2018-2100>

Na základě zpracované projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči²⁷ lze očekávat, že do r. 2030 počet příjemců příspěvku na péči vzroste ze současných necelých 350 tis. osob na 469 – 489 tis. osob (viz graf č. 4).

graf č. 4:

Projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči do r. 2030



pramen:

PRŮŠA, L. *Nová projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v ČR do roku 2030*. Demografie č. 1/2018. ISSN 0011-8265

Přestože v následujících letech lze očekávat, že v pobytových zařízeních sociálních služeb se v porovnání se současným stavem výrazně zvýší podíl klientů s přiznaným III. nebo IV. stupněm závislosti, ukazují uvedené propočty, že stávající kapacity jednotlivých typů zařízení nebudou v r. 2030 dostatečné. V tomto smyslu je zřejmé, že rozvoj všech forem terénních, ambulantních i pobytových zařízení by se měl stát nedílnou součástí všech rozvojových plánů na obecní i krajské úrovni²⁸. Nezbytným předpokladem umožňujícím včas reagovat na změněnou demografickou situaci je proto zvýšení důrazu na analýzu změn v demografické situaci obyvatelstva v jednotlivých regionech.

²⁷ viz: PRŮŠA, L. *Nová projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v ČR do roku 2030*. Demografie č. 1/2018. ISSN 0011-8265

²⁸ viz: PRŮŠA, L. *Aktuální trendy v rozvoji sociálních služeb v zemích EU a v ČR ve světle očekávaných změn ve struktuře populace*. FÓRUM sociální politiky č. 6/2016. ISSN 1802-5854.

Promítnutí nárůstu počtu příjemců příspěvku na péči na potřebu poskytování jednotlivých forem sociálních služeb 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 potenciálních klientů v jednotlivých typech a formách sociálních služeb²⁹.

5.2. Analýza vývoje potřeby péče ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Havířov

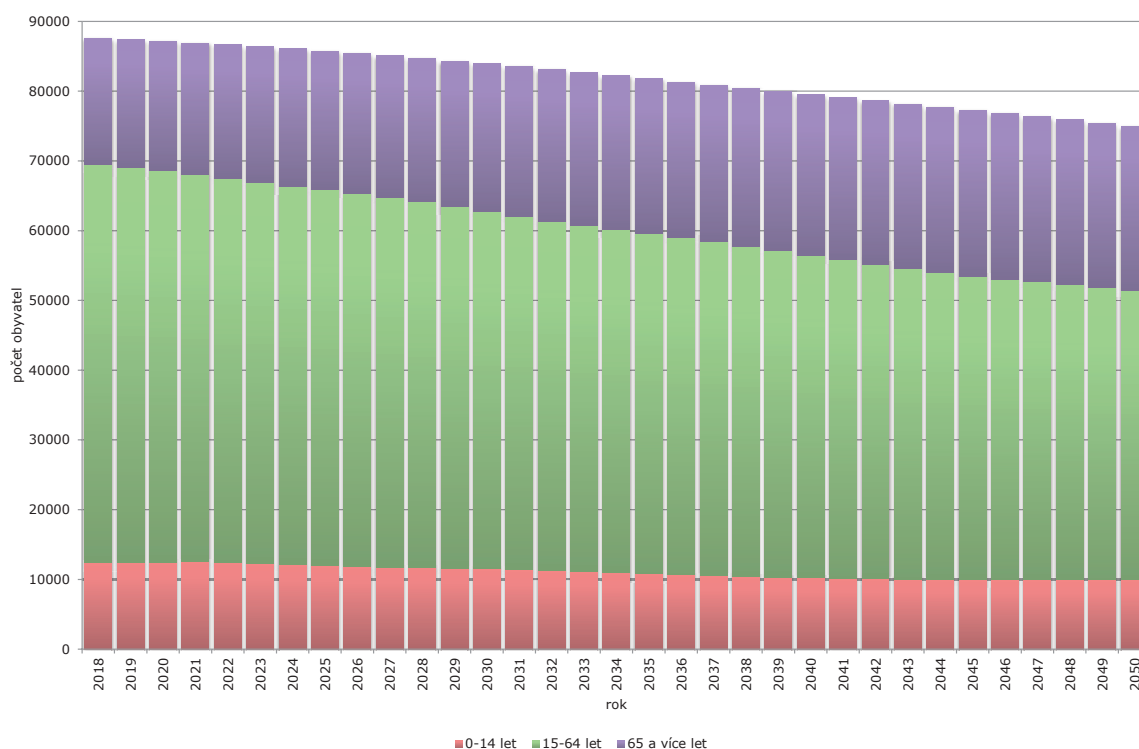
Po celé projektované období bude ve správním obvodu obce s rozšířenou působností docházet k úbytku obyvatelstva. Na počátku projekce v r. 2017 žilo v tomto správním obvodu více než 87,5 tis. osob, do r. 2030 se očekává pokles o cca 3,6 tis. osob na necelých 84 tis. osob a do r. 2050 o dalších cca 9 tis. osob na cca 75 tis. osob. Ve struktuře obyvatelstva lze přitom očekávat výrazné změny – zatímco počet obyvatel v předproduktivním věku (0 – 19 let) klesne ve sledovaném období o téměř 3 tis. osob (z 16,2 tis. v r. 2017 na cca 13,2 tis. osob v r. 2050) a počet obyvatel v produktivním věku (20 – 64 let let) klesne o cca 15,1 tis. osob (z 53,2 tis. osob v r. 2017 na 38,1 tis. osob v r. 2050), počet osob v poproduktivním věku (65 a více let) vzroste o cca 5,5 tis. (z 18,1 tis. osob na 23,6 tis. osob v r. 2050)³⁰.

²⁹ viz: PRŮŠA, L. – BAREŠ, P. – HOLUB, M. – ŠLAPÁK, M. 2015. *Vybrané aspekty péče o seniory z hlediska sociálního začleňování*. Praha: VÚPSV, 2015. ISBN 978-80-7416-234-3

³⁰ viz: PRŮŠA, L. – VRABCOVÁ, J. *Projekce vývoje obyvatelstva ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Havířov a její promítnutí do prognózy potřeby služeb sociální péče*. Praha: VÚPSV, 2018. bez ISBN

graf č. 5:

Vývoj počtu obyvatelstva ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Havířov do r. 2050

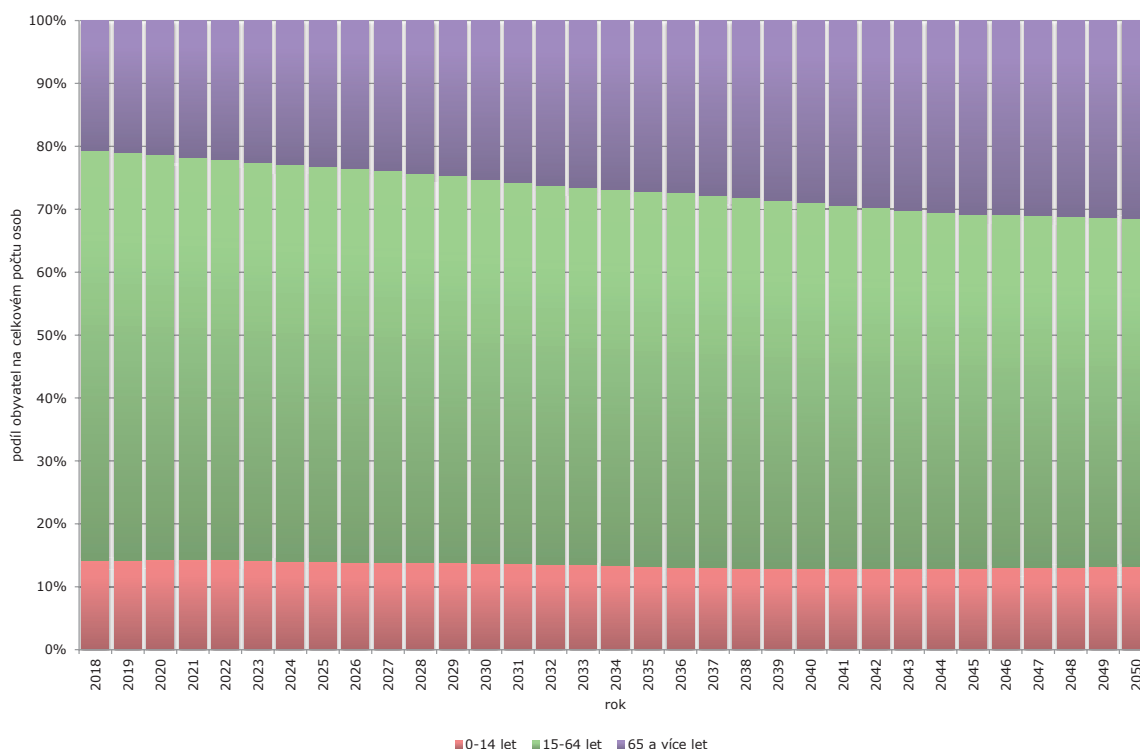


pramen:
vlastní zpracování

Tyto změny ve vývoji počtu obyvatel se promítanou ve změnách ve struktuře obyvatelstva v tomto regionu. Zatímco podíl osob v předproduktivním věku klesne pouze o necelý 1 procentní bod (z 18,5 % v r. 2017 na 17,7 % v r. 2050) a podíl osob v produktivním věku klesne o téměř 10 p. b. (z 60,8 % v r. 2017 na 50,9 % v r. 2050), podíl osob v poproduktivním věku vzroste o cca 11 p. b. (z 20,7 % v r. 2017 na 31,5 % v r. 2050). Nejvýraznější nárůst lze přitom identifikovat ve věkové skupině osob starších 80 let, podíl osob v této věkové skupině na celkovém počtu obyvatel vzroste ze 4,4 % v r. 2017 na 12,1 % v r. 2050.

graf č. 6:

Vývoj struktury obyvatelstva ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Havířov do r. 2050



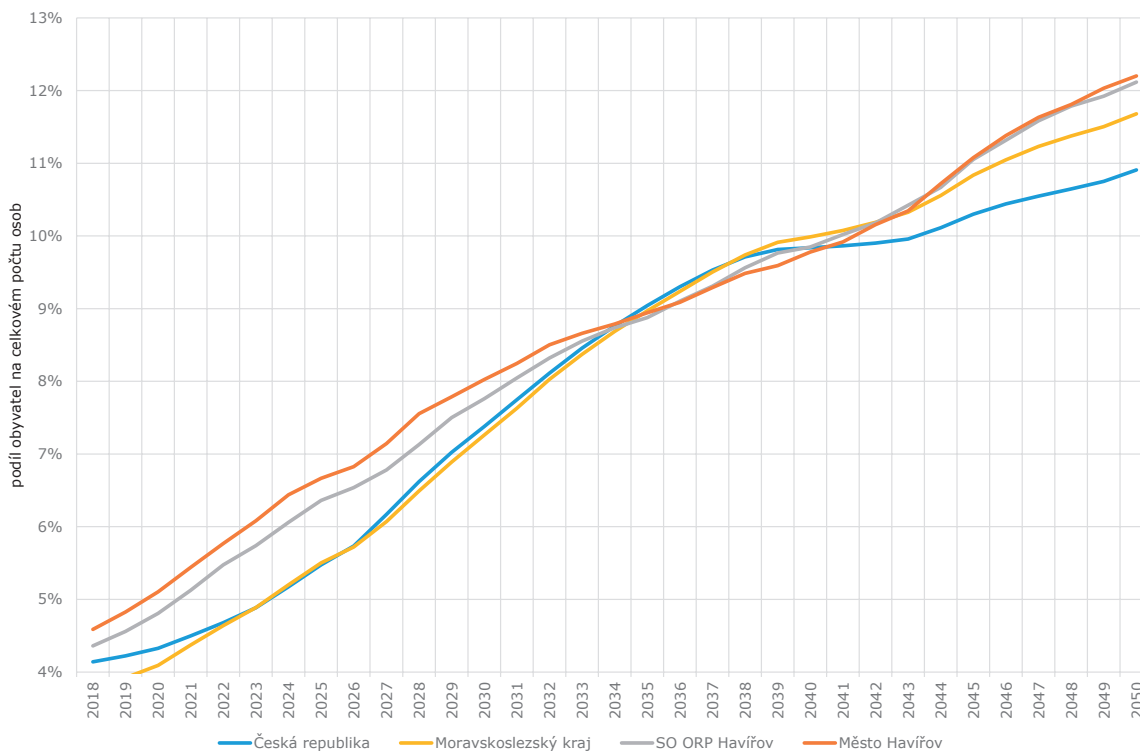
pramen:
vlastní zpracování

Obdobné vývojové tendence lze identifikovat při analýze výsledků projekce obyvatelstva i v samotném městě Havířov.

Zpracování projekce vývoje obyvatelstva ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Havířov i pro samotné město Havířov umožňuje porovnat zjištěné výsledky především z hlediska změn ve věkové struktuře obyvatelstva s údaji publikovanými dříve ČSÚ za Moravskoslezský kraj a za celou republiku. Z tohoto porovnání vyplývá, že správní obvod obce s rozšířenou působností i samotné město Havířov jsou relativně velmi mladými regiony, podíl osob v předproduktivním věku je v současné době v porovnání s podílem těchto osob v porovnání s údaji za Moravskoslezský kraj i celou ČR o cca 1 p.b. nižší. Tato skutečnost se ale promítne v tom, že v závěru prognózovaného období bude díky očekávaným demografickým trendům podíl osob v poproduktivním věku a zejména ve věkové skupině osob starších 80 let ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Havířov i ve městě Havířov relativně výrazně vyšší než v Moravskoslezském kraji a v ČR.

graf č. 7:

Vývoj podílu osob starších 80 let na celkovém počtu osob v ČR, v Moravskoslezském kraji, ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Havířov a ve městě Havířov do r. 2050



pramen:
vlastní zpracování

Pro zpracování projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Havířov byla použita metodika, podle které byla v uplynulém období zpracována tato projekce na celostátní úrovni³¹. Na základě takto provedených propočtů lze očekávat, že do r. 2035 počet příjemců příspěvku na péči vzroste ze současných 2 677 osob na 4 033 – 4 381 osob.

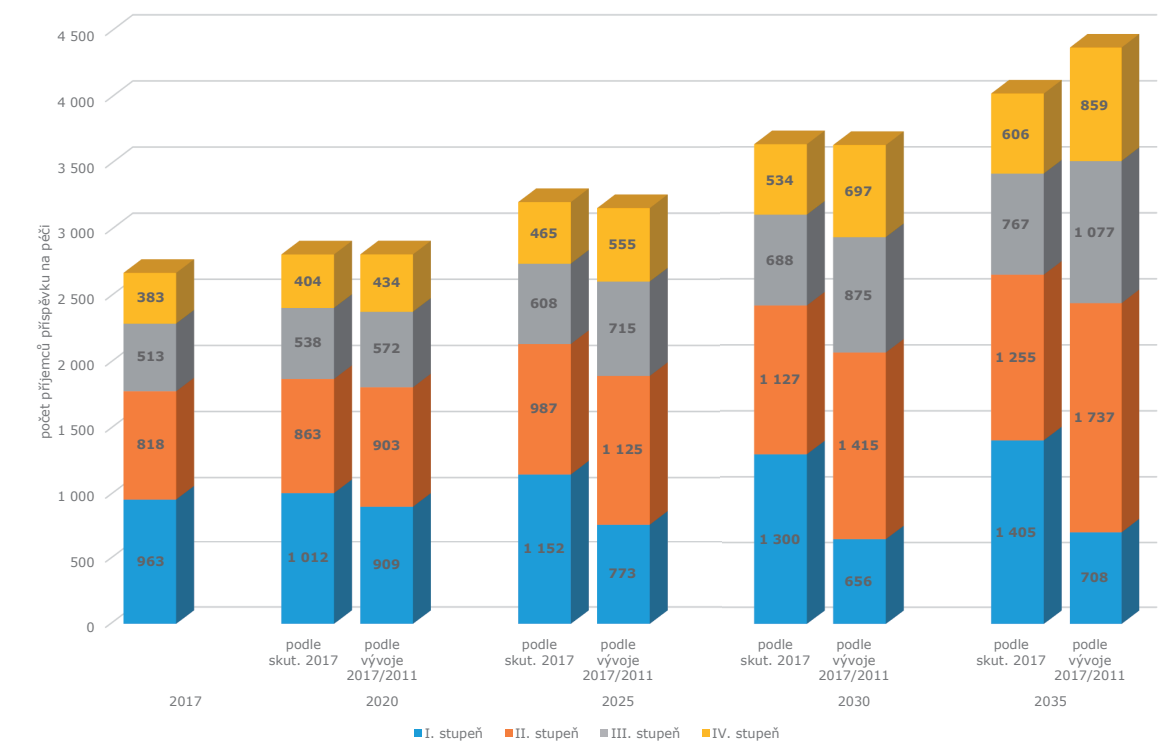
Z hlediska vývoje počtu příjemců příspěvku na péči podle stupňů závislosti lze v tomto období očekávat nárůst počtu příjemců této dávky ve všech stupních závislosti, přičemž:

- při použití statického scénáře lze očekávat nárůst o 46 – 58 %, kdy nejvyšší nárůst lze očekávat ve IV. stupni závislosti,
- při použití dynamického scénáře lze ve II. až IV. stupni závislosti očekávat nárůst o 110 – 124 %, nejvyšší nárůst lze očekávat opět ve IV. stupni závislosti (viz graf č. 8).

³¹ viz: PRŮŠA, L. *Nová projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v ČR do roku 2030*. Demografie č. 1/2018. ISSN 0011-8265

graf č. 8:

Projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Havířov v letech 2017 – 2035



pramen:

vlastní propočty na základě údajů z informačního systému MPSV o struktuře příjemců příspěvku na péči

Přestože v následujících letech lze očekávat, že v pobytových zařízeních sociálních služeb se v porovnání se současným stavem výrazně zvýší podíl klientů s priznaným III. nebo IV. stupněm závislosti, uvedené propočty ukazují, že stávající kapacity jednotlivých typů zařízení nebudou v r. 2035 dostatečné. Z tohoto pohledu je zřejmé, že činnost centra pro rodinné pečující bude ve smyslu výše uvedených přístupů k hodnocení efektivnosti sociálních služeb a zdravotní péče vysoce efektivní, neboť:

- urychlí poskytování uceleného souboru sociálně zdravotních služeb pro seniory a zdravotně handicapované osoby v tomto regionu,
- přispěje k oddálení potřeby péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.

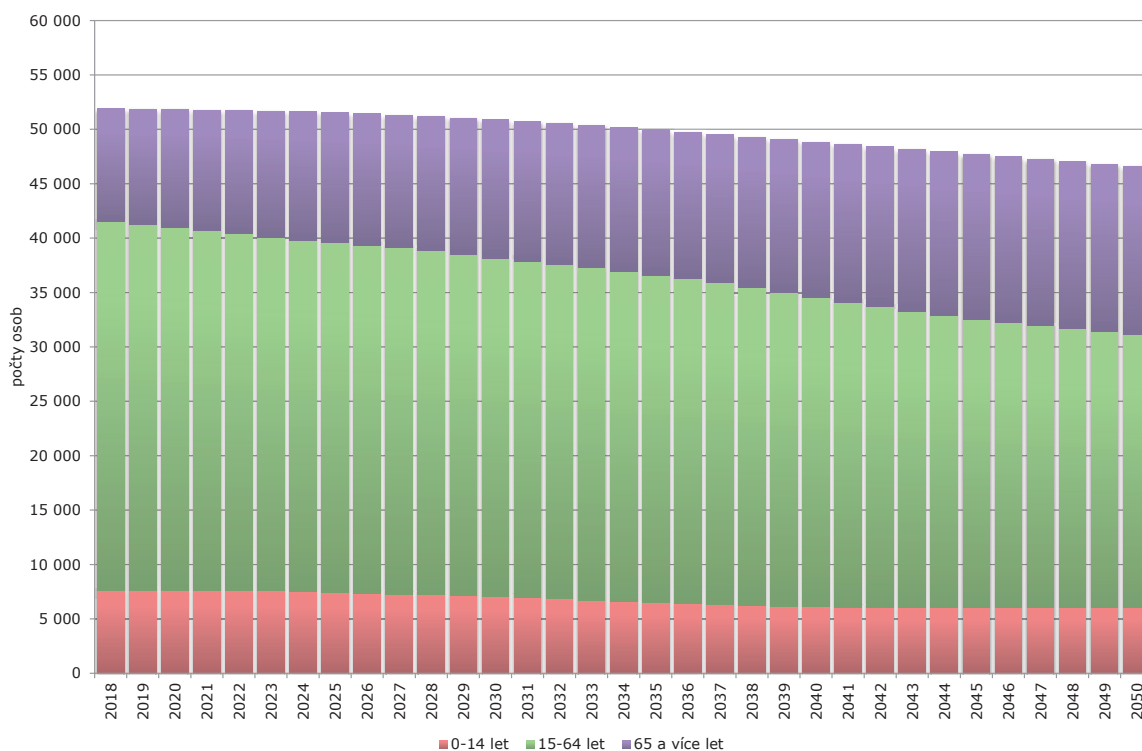
Současně je zřejmé, že rozvoj všech forem terénních, ambulantních i pobytových zařízení by se měl stát nedílnou součástí všech rozvojových plánů připravovaných na úrovni správního obvodu obce s rozšířenou působností Havířov.

5.3. Analýza vývoje potřeby péče ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Uherský Brod

Obdobné tendence jako na celostátní úrovni lze očekávat i ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Uherský Brod a v samotném městě Uherský Brod³². Z provedených propočtů projekce obyvatelstva je zřejmé, že po celé sledované období bude počet obyvatel ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Uherský Brod klesat. Zatímco v r. 2017 žilo v tomto správním obvodu téměř 51,9 tis. osob, do r. 2030 se očekává pokles o zhruba 1 tis. osob na cca 50,9 tis. osob a do r. 2050 o dalších cca 4,3 tis. osob na cca 46,6 tis. osob. Struktura obyvatelstva by se měla výrazně změnit. Počet obyvatel ve věku 0 – 14 let klesne ve sledovaném období o cca 1,5 tis. osob (ze 7,6 tis. v r. 2017 na cca 6,1 tis. osob v r. 2050) a počet obyvatel ve věku 15 – 64 let se sníží cca 8,8 tis. osob (ze 33,9 tis. osob v r. 2017 na 25,1 tis. osob v r. 2050), počet osob ve věku 65 a více let vzroste přibližně o 5 tis. (z 10,4 tis. osob na 15,4 tis. osob v r. 2050).

graf č. 9:

Vývoj počtu obyvatelstva ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Uherský Brod do r. 2050



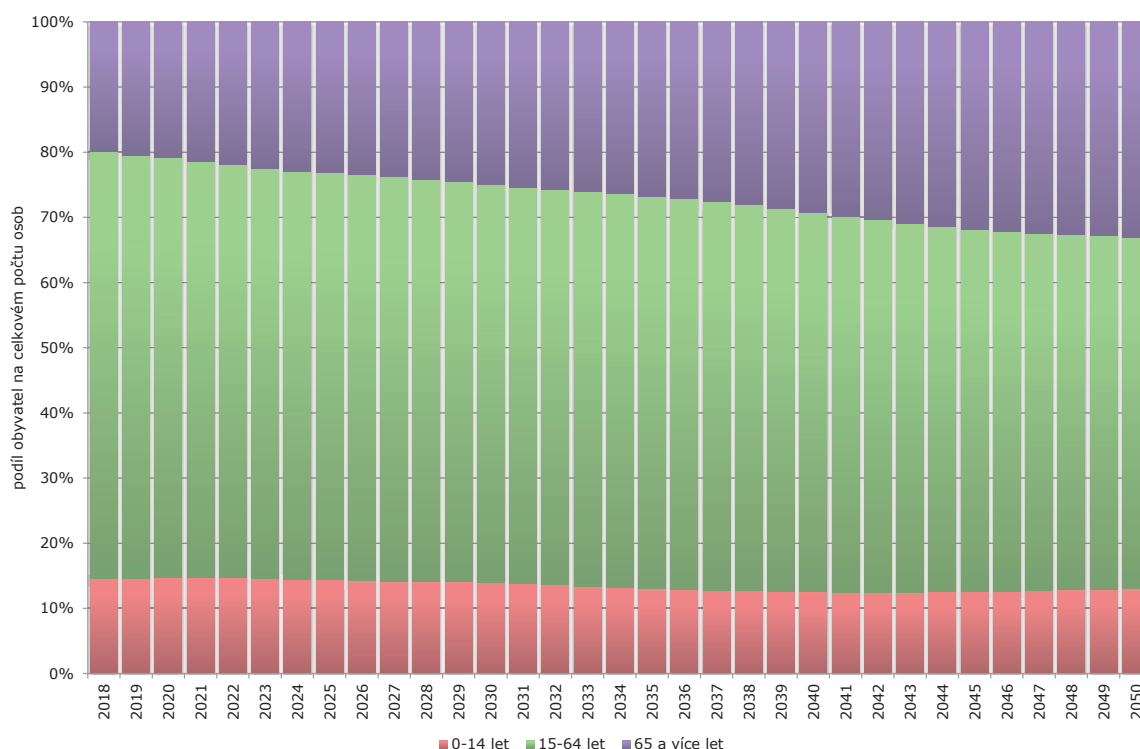
pramen:
vlastní zpracování

³² podrobně viz: PRŮŠA, L. – VRABCOVÁ, J. *Projekce vývoje obyvatelstva ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Uherský Brod a její promítnutí do prognózy potřeby služeb sociální péče*. Praha: VÚPSV, 2018. bez ISBN

Tyto změny se promítají i ve změně struktury obyvatelstva v celém správním obvodu, zatímco podíl osob ve věku 0 – 14 let klesne o cca 1,6 p.b. (ze 14,6 % v r. 2017 na 13,0 % v r. 2050) a ve věku 15 – 64 let klesne o 11,4 p.b. (ze 65,4 % v r. 2017 na 54,0 % v r. 2050), podíl osob ve věku 65 a více let vzroste o cca 13 p.b. (z 20,0 % v r. 2017 na 33,0 % v r. 2050). Velmi výrazný nárůst podílu osob lze identifikovat ve věkové skupině osob starších 80 let, podíl osob v této věkové skupině na celkovém počtu obyvatel vzroste ze 4,5 % v r. 2017 na 12,1 % v r. 2050.

graf č. 10:

Vývoj struktury obyvatelstva ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Uherský Brod do r. 2050



pramen:
vlastní zpracování

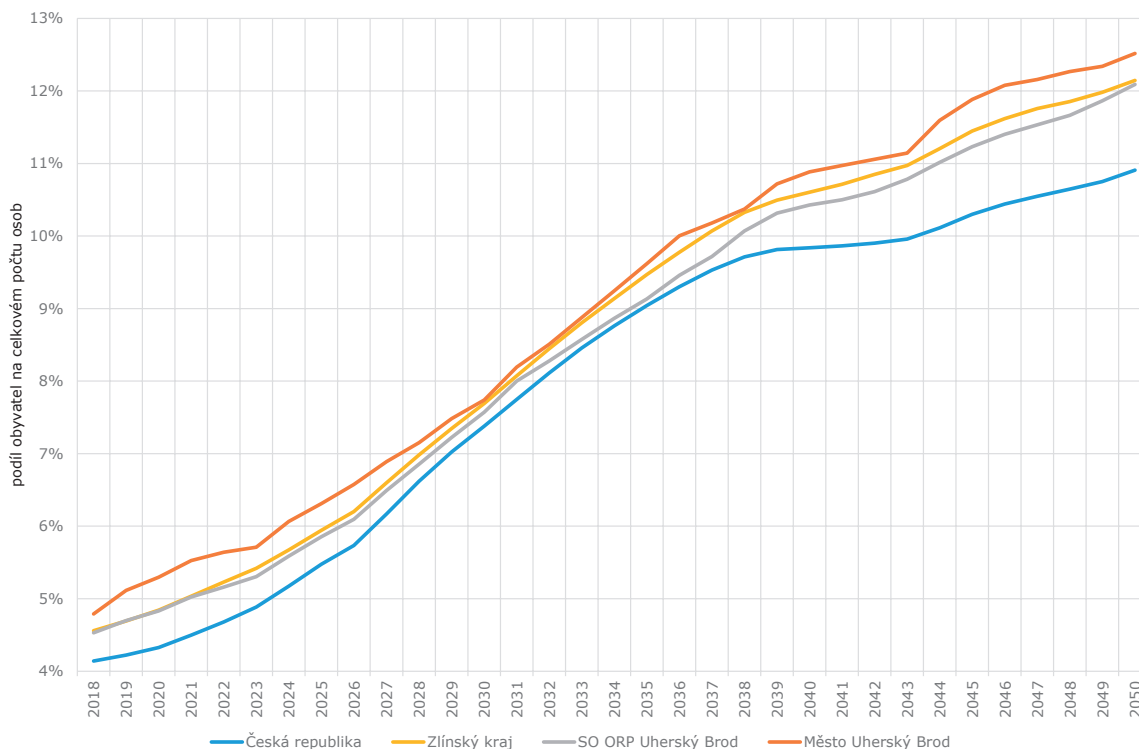
Obdobné vývojové tendence lze identifikovat při analýze výsledků projekce obyvatelstva v městě Uherský Brod.

Zpracování projekce vývoje obyvatelstva ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Uherský Brod i pro samotné město Uherský Brod umožňuje porovnat zjištěné výsledky především z hlediska změn ve věkové struktuře obyvatelstva s údaji publikovanými dříve ČSÚ za Zlínský kraj a za celou republiku. Základní demografické trendy jsou ve všech zpracovaných projekcích obdobné, rozdíly, které jsou identifikovány mezi jednotlivými projekcemi, jsou minimální a lze je přisoudit především obecné skutečnosti, že se zmenšující se velikostí zkoumaného území se tyto rozdíly zpravidla zvyšují. Nicméně z grafického znázornění je zřejmé, že po celé sledované

období je podíl osob v poproduktivním věku i ve věkové skupině osob starších 80 let na území správního obvodu obce s rozšířenou působností Uherský Brod i ve městě Uherský Brod nepatrně vyšší než jsou celostátní hodnoty.

graf č. 11:

Vývoj podílu osob starších 80 let na celkovém počtu osob v ČR, ve Zlínském kraji, ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Uherský Brod a ve městě Uherský Brod do r. 2050



pramen:
vlastní zpracování

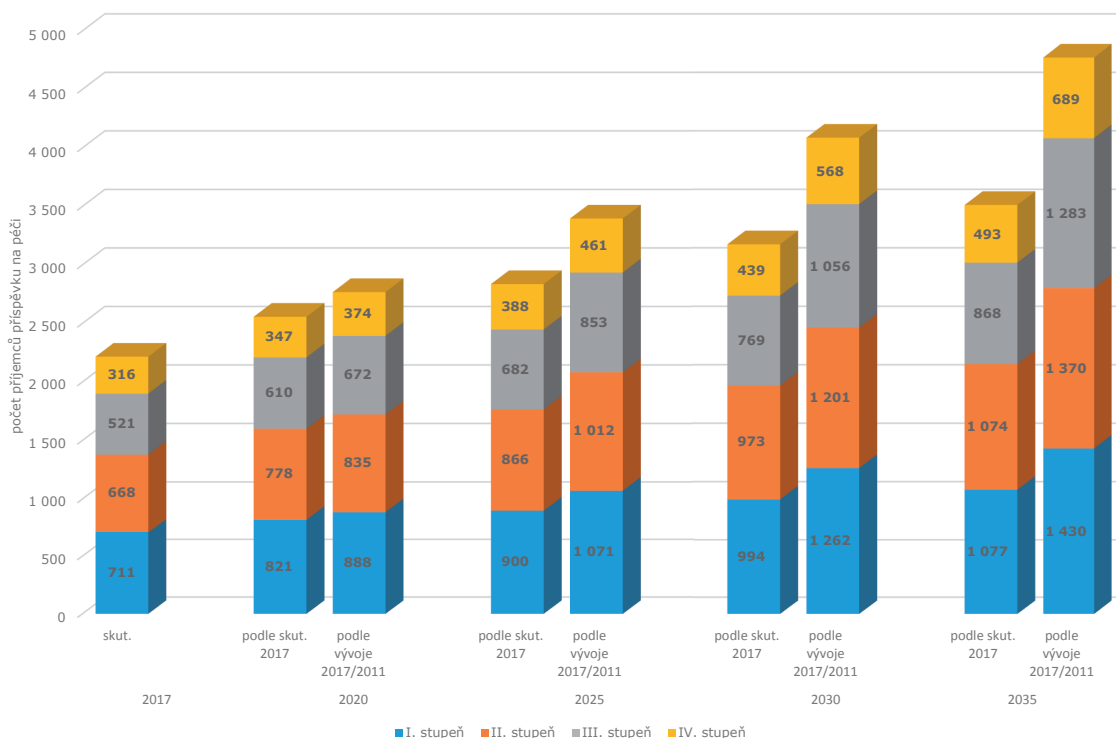
Pro zpracování projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Uherský Brod byla použita stejná metodika, podle které byla zpracována tato projekce pro správní obvod obce s rozšířenou působností Havířov. Na základě takto provedených propočtů lze očekávat, že do r. 2035 počet příjemců příspěvku na péči vzroste ze současných 2 216 osob na 3 512 – 4 772 osob.

Z hlediska vývoje počtu příjemců příspěvku na péči podle stupňů závislosti lze v následujícím období očekávat nárůst počtu příjemců této sociální dávky ve všech stupních závislosti, přičemž:

- při použití statického scénáře lze očekávat nárůst o 51 – 67 %, kdy nejvyšší nárůst lze očekávat ve III. stupni závislosti,
- při použití dynamického scénáře lze očekávat nárůst o 100 – 146 %, nejvyšší nárůst lze očekávat opět ve III. stupni závislosti.

graf č. 12:

Projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Uherský Brod v letech 2017 – 2035



pramen:

vlastní propočty na základě údajů z informačního systému MPSV o struktuře příjemců příspěvku na péči

Obdobně jako ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Havířov i v tomto regionu lze očekávat, že v pobytových zařízeních sociálních služeb se v porovnání se současným stavem výrazně zvýší podíl klientů s přiznaným III. nebo IV. stupněm závislosti. Provedené kalkulace ukazují, že stávající kapacity jednotlivých typů sociálních služeb nebudou v r. 2035 v tomto regionu dostatečné. Je proto zřejmé, že činnost centra pro rodinné pečující bude ve smyslu výše uvedených přístupů k hodnocení efektivnosti sociálních služeb a zdravotní péče vysoce efektivní, neboť na jedné straně urychlí poskytování uceleného souboru sociálně zdravotních služeb pro seniory a zdravotně handicapované osoby v tomto regionu, a současně přispěje k oddálení potřeby péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.

I v tomto regionu je zřejmé, že rozvoj všech forem terénních, ambulantních i pobytových zařízení se musí stát nedílnou součástí všech rozvojových plánů připravovaných na úrovni správního obvodu obce s rozšířenou působností Uherský Brod.

5.4. Přínosy center pro rodinné pečující z hlediska efektivnosti

Je zřejmé, že nárůst počtu osob v poproduktivním věku se musí projevit i v nárůstu celkové kapacity jednotlivých forem sociálních služeb pro seniory a zdravotně handicapované osoby, vč. kapacity pobytových zařízení a to přesto, že stávající koncepční materiály MPSV vycházejí stále z teze, že kapacity těchto služeb se nebudou zvyšovat a potřebnou péči o seniory zajistí členové rodiny. Vybavenost ČR pobytovými službami je v porovnání s hodnotami vybavenosti těmito službami v zahraničí podprůměrná, poslední údaje o dostupnosti lůžek v sociálních a zdravotnických zařízeních řadí ČR mezi země s nejnižšími hodnotami dostupnosti, za námi jsou již pouze země z východní a jižní Evropy a Polsko a Itálie, což jsou státy s vysokým podílem věřícího obyvatelstva a vysokou mírou rodinné solidarity (viz tabulka č. 1).

tabulka č. 1:

Dostupnost lůžek dlouhodobé péče v sociálních a zdravotnických zařízeních na 1 000 osob starších 65 let

	počet lůžek na 1000 osob starších 65 let		počet lůžek na 1000 osob starších 65 let
Belgie	70,01	Maďarsko	47,33
Švédsko	69,39	Dánsko	45,88
Švýcarsko	67,21	Estonsko	43,73
Island	63,38	Španělsko	43,13
Nizozemsko	63,22	Rakousko	43,04
Finsko	60,22	Česká republika	40,81
Malta	59,06	Litva	35,10
Francie	56,51	Lotyšsko	20,05
Lucembursko	55,83	Polsko	17,98
Slovensko	55,00	Itálie	17,76
Německo	54,09	Chorvatsko	11,47
Slovinsko	53,57	Rumunsko	7,88
Norsko	52,96	Bulharsko	2,24
Irsko	49,66	Řecko	1,13
Velká Británie	49,30		

pramen:

Beds in nursing and residential care facilities, per 100 000 [online] [cit. 2018-08-14]. Dostupné z: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hlthres_23-beds-in-nursing-and-residential-care-facilities-per-100-000/visualizations/#id=27682

Pro zachování současné úrovně vybavenosti jednotlivými typy služeb sociální péče do r. 2050 na celostátní úrovni by např.:

- počet míst v domovech pro seniory se musel zvýšit z 35 596 míst v r. 2016 na 89 146 míst, přičemž největší nárůsty kapacity v těchto zařízeních by bylo nutno realizovat do r. 2035,

- počet míst v domovech se zvláštním režimem se musel zvýšit z 15 387 míst v r. 2016 na 38 536 míst, přičemž největší nárůsty kapacity i v těchto zařízeních bylo nutno realizovat do r. 2035,
- počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba, se musel zvýšit z 63 701 osob v r. 2016 na 98 613 osob, přičemž největší nárůsty počtu osob lze očekávat do r. 2025 a následně v letech 2035 – 2045.

Pro ilustraci – pro zajištění potřebného nárůstu kapacity v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem do r. 2035 by bylo potřeba vybudovat v každém správním obvodu obce s rozšířenou působností v tomto období v průměru 289 míst.

Ke snížení očekávaných nákladů na výstavbu nových pobytových zařízení sociálních služeb může výrazným způsobem přispět rozvoj center pro rodinné pečující, která mohou svou činností významným způsobem oddálit potřebu poskytování služeb v těchto zařízeních. Poskytnutí účinné podpory pečujícím osobám (vč. legislativního ukotvení jejich postavení a odpovídající finanční pomoci) pomůže vhodně zkombinovat péči rodiny v přirozeném domácím prostředí s využíváním profesionální péče, přispěje k propojení sociální péče a zdravotních služeb na regionální úrovni a současně umožní pečujícím osobám alespoň částečné zapojení na trhu práce po dobu poskytování péče. Tímto způsobem by se měl významně změnit přístup obcí a měst při řešení individuálních problémů pečujících osob při zajišťování péče o rodinné příslušníky.

Z hlediska hodnocení efektivnosti činnosti těchto center lze souhrnně konstatovat, že není možno analyzovat efektivnost zajišťování sociálních a zdravotních služeb pouze na principu přímo vyčíslitelných nákladů a snadno měřitelných výsledků v podobě průběžných výstupů.

Závěr

V uplynulých letech byly přijaty nové zákony jak v oblasti poskytování sociálních služeb, tak i při poskytování zdravotní péče. Přestože oba zákony by v zásadě měly usilovat o zajištění příznivých životních podmínek pro všechny skupiny obyvatelstva, v praxi je vidět, že tomu tak v řadě případů není. Zatímco v oblasti poskytování zdravotní péče jsou dnes v praxi již v zásadě uplatňovány tržní principy a jedním z cílů celého zdravotního systému je vytvořit zisk, v oblasti sociálních služeb je úsilí soustředěno na zajištění základních lidských práv a svobod jednotlivců s cílem podporovat rozvoj jejich samostatnosti a motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace. Snaha o vytvoření zisku při poskytování zdravotní péče se – při velmi dobré úrovni akutní medicíny – odráží ve snižování kvality poskytované následné péče zejména o dlouhodobě nemocné v lůžkových zdravotnických zařízeních a ve snižování dostupnosti domácí zdravotní péče, kterou jsou praktičtí lékaři pod tlakem zdravotních pojišťoven nuceni indikovat pouze v omezeném rozsahu.

V řadě evropských zemí jsou zdravotní péče i sociální služby poskytovány v působnosti jediného resortu, zpravidla ministerstva zdravotnictví. Historické zkušenosti České republiky z konce 80. let minulého století, kdy došlo k dočasnému spojení těchto oblastí pod tehdejší Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí ČR, však ukazují, že toto řešení nevedlo k žádoucímu propojení obou systémů péče. S úspěchem se nesetkala ani snaha ministerstva práce a sociálních věcí při přípravě zákona o sociálních službách na přelomu 20. a 21. století, kdy v rámci jedné z připravovaných verzí bylo navrženo, aby se všechna zdravotnická zařízení mohla registrovat – při splnění všech zákonem definovaných podmínek – jako poskytovatelé sociálních služeb (obrácený postup již tehdy platná legislativa umožňovala). Tento návrh však byl ze strany jedné z významných asociací českých nemocnic naprosto nekompromisně zamítnut pro jeho údajnou vysokou administrativní náročnost spočívající v nutnosti vyúčtovávat příspěvek na péči. Dnes vidíme, že pravý důvod byl zcela jiný – byla to obava z nenaplnění vysokých nároků kladených na standardy poskytovaných sociálních služeb. Jaké jsou v současné době důsledky tohoto postupu?

- odpovídající kvalita poskytované péče na lůžkách následné péče v pobytových zdravotnických zařízeních,
- absence integrovaného systému dlouhodobé sociálně zdravotní péče.

V současné době je zřejmé, že na řešení sociálních a zdravotních důsledků vyplývajících z očekávaných demografických trendů není naše společnost připravena. Při znalosti konkrétní situace v jednotlivých resortech projevující se m.j. v jejich naprosto odlišných motivacích jednotlivých stakeholderů³³ je zřejmé, že k vytvoření efektivního systému poskytování sociálních služeb a zdravotní péče především o seniory a zdravotně handicapované občany může dojít pouze na regionální a místní úrovni prostřednictvím účinné koordinace poskytovaných sociálních a zdravotních služeb ze strany místní veřejné správy popř. jimi zřizovaných subjektů.

Jednou z cest, jak reagovat na očekávané demografické tendence, je budování center pro rodinné pečující. Poznatky získané při realizaci tohoto projektu zcela jednoznačně ukazují opodstatněnost jejich vzniku a další existence. V obou správních obvodech obcí s rozšířenou působností, kde jsou v rámci tohoto projektu Centra pilotně provozována,

³³ např. v oblasti zdravotní péče je člověk stále chápán jako objekt poskytované péče – jako pacient – který nemá prakticky žádnou možnost spolurozhodovat díky informačnímu monopolu na straně lékaře o zvolených léčebných postupech a metodách svého léčení, při poskytování sociálních služeb je člověk chápán jako klient, který – pokud je toho schopen – může rozhodovat, popř. spolurozhodovat o formě řešení své sociální situace (tedy o tom, zda mu péče bude poskytována v pobytovém zařízení nebo v domácím prostředí rodinnými příslušníky nebo profesionálními poskytovateli)

jsou k dispozici již první hmatatelné výsledky, kdy došlo k efektivnímu řešení konkrétní sociálně zdravotní situace seniorů a zdravotně handicapovaných osob³⁴.

Je zřejmé, že činnost center pro rodinné pečující nevyžaduje žádnou změnu systému financování sociálních ani zdravotních služeb. Hlavní přínos činnosti center je možné spatřovat v zajištění rychlé a účinné pomoci rodinným příslušníkům při hledání cest jakým způsobem zabezpečit péči o zdravotně handicapovanou osobu nebo seniora.

Doposud získané praktické zkušenosti ukazují, že stávající formy podpory pečujících osob (vč. nové sociální dávky dlouhodobého ošetrovného) jsou nedostatečné, finanční podpora pečujících osob je minimální, v pracovně-právní oblasti nemají žádné garance z hlediska zachování pracovní pozice po ukončení péče. To jsou hlavní důvody, proč je v praxi stále preferována péče v pobytových zařízeních před péčí poskytovanou v přirozeném domácím prostředí.

Z provedené analýzy očekávaných trendů demografického vývoje a potřeby péče vyplývá, že v následujících letech se bude na celostátní úrovni dlouhodobě zvyšovat podíl osob v poproduktivním věku, lze očekávat, že do r. 2030 počet příjemců příspěvku na péči vzroste ze současných necelých 350 tis. osob na 469 – 489 tis. osob. Je proto zřejmé, že rozvoj sociálních služeb by se měl stát nedílnou součástí všech rozvojových plánů na obecní i krajské úrovni.

Stejně trendy lze očekávat v následujících letech ve správních obvodech obcí s rozšířenou působností Havířov i Uherský Brod. V obou regionech se očekává, že do r. 2050 klesne počet osob v předproduktivním a v produktivním věku, naopak počet osob v poproduktivním věku vzroste, na Havířovsku o cca 5,5 tis. (z 18,1 tis. osob na 23,6 tis. osob v r. 2050), na Uherskobrodsku přibližně o 5 tis. (z 10,4 tis. osob na 15,4 tis. osob v r. 2050). Podíl osob této věkové skupiny na celkovém počtu obyvatel vzroste na Havířovsku ve stejném období o cca 11 p.b. (z 20,7 % v r. 2017 na 31,5 % v r. 2050), na Uherskobrodsku dokonce o cca 13 p.b. (z 20,0 % v r. 2017 na 33,0 % v r. 2050). V obou regionech lze přitom největší nárůsty počtu osob očekávat ve věkových skupinách osob starších 80 let, u nichž je potřeba péče nejintenzivnější.

Podle zpracovaných projekcí vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v obou správních obvodech obcí s rozšířenou působností Havířov i Uherský Brod lze očekávat, že do r. 2035 počet příjemců příspěvku na péči výrazně vzroste – na Havířovsku ze současných 2 677 osob na 4 033 – 4 381 osob, na Uherskobrodsku ze současných 2 216 osob na 3 512 – 4 772 osob. Je zřejmé, že uvedené propočty ukazují, že stávající kapacity jednotlivých typů zařízení nebudou v r. 2035 v obou regionech dostatečné. Z tohoto pohledu je proto jednoznačně zřejmé, že činnost obou Center bude efektivní, neboť přispěje k urychlení poskytování potřebných sociálně zdravotních služeb pro seniory a zdravotně handicapované osoby v tomto regionu a současně přispěje k oddálení potřeby péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Přesto je zřejmé, že nárůst počtu osob v poproduktivním věku se musí projevit i v nárůstu celkové kapacity jednotlivých forem sociálních služeb, vč. kapacity pobytových zařízení.

Rozvoj center pro rodinné pečující může výrazným způsobem přispět ke snížení očekávaných nákladů na výstavbu nových pobytových zařízení sociálních služeb. Poskytnutí účinné podpory pečujícím osobám (vč. legislativního ukotvení jejich postavení a odpovídající finanční pomoci) pomůže vhodně zkombinovat péči rodiny v přirozeném domácím prostředí s využíváním profesionální péče, přispěje k propojení sociální péče a zdravotních služeb na regionální úrovni a současně umožní pečujícím osobám alespoň částečné zapojení na trhu práce po dobu poskytování péče.

Z hlediska hodnocení efektivnosti činnosti těchto center lze proto souhrnně konstatovat, efektivnost sociálních služeb a zdravotní péče se jeví jako širší koncept, který zahrnuje

³⁴ podrobněji viz Metodika aplikace sociálně zdravotní péče realizované prostřednictvím center

i finální výstupy ve formě zlepšení sociální a zdravotní situace potřebných a rovněž zahrnuje i vstupy, které se v daném čase na trhu koupit nedají, neboť jsou výsledkem dlouhodobé kultivace a nastavení sociálně-ekonomického prostředí.

Použitá literatura

FORMÁNKOVÁ, P. – NOVOTNÝ, A. – EFENBERKOVÁ, M. *Problematika realizace rodinné péče o osobu se sníženou soběstačností*. Kontakt č. 2/2012. ISSN 1212-4117

JEŘÁBKOVÁ, V – PRŮŠA, L. *Příspěvek na péči*. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-145-2

MERTL, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. ISBN 978-80-87007-72-3

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

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. *Sociální služby - srovnání ČR a EU*. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008. bez ISBN

PRŮŠA, L. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-120-9

PRŮŠA, L. – LANGHAMROVÁ, J. – BAREŠ, P. – HOLUB, M. *Náklady na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2015. ISBN 978-80-7416-232-9

PRŮŠA, L. – BAREŠ, P. – HOLUB, M. – ŠLAPÁK, M. *Vybrané aspekty péče o seniory z hlediska sociálního začleňování*. Praha: VÚPSV, 2015. ISBN 978-80-7416-234-3

PRŮŠA, L. *Respitní péče v ČR ve světle nových evropských trendů*. Revue sociálně-ekonomického rozvoje č. 2/2016. ISSN 2453-6148. [online], dostupné z: https://nhf.euba.sk/www_write/files/katedry/ksrp/2017/RSER_2_2016.pdf

PRŮŠA, L. *Aktuální trendy v rozvoji sociálních služeb v zemích EU a v ČR ve světle očekávaných změn ve struktuře populace*. FÓRUM sociální politiky č. 6/2016. ISBN 1802-5854

PRŮŠA, L. *Nová projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v ČR do roku 2030*. Demografie č. 1/2018. ISSN 0011-8265

PRŮŠA, L. – VRABCOVÁ, J. *Projekce vývoje obyvatelstva ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Havířov a její promítnutí do prognózy potřeby služeb sociální péče*. Praha: VÚPSV, 2018. bez ISBN

PRŮŠA, L. – VRABCOVÁ, J. *Projekce vývoje obyvatelstva ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Uherský Brod a její promítnutí do prognózy potřeby služeb sociální péče*. Praha: VÚPSV, 2018. bez ISBN

SAMUELSON, P. A., NORDHAUS, W. D. *Ekonomie*. Praha: Svoboda, 1991. ISBN 80-205-0192-4

TOMEŠ, I. *Otázky realizace povinné sociální solidarity sociálním státem*. FÓRUM sociální politiky, mimořádné číslo 2015. ISSN 1802-5854

VOSTATEK, J. a kol. *Financování a nákladovost sociálních služeb*. Tábor: APSS ČR, 2013. ISBN 978-80-904668-7-6
WISTOW, G. *Developing social care: the past, the present and the future*. [online], dostupné z: <http://www.scie.org.uk/publications/positionpapers/pp04.asp>

Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025. Praha, MPSV, 2015. ISBN 978-80-7421-126-3

Projekce obyvatelstva České republiky 2018 – 2100. [online] Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2018-2100>

Přehled vybraných statistických ukazatelů z agend ČSSZ. [online] Dostupné z: https://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/F0CB3623-FBD0-4725-BD6B-F6216DA12EB9/0/Ukazatele_červen2018.pdf

Vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony (Sněmovní tisk č. 1029) [online] Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=7&ct=1029&ct1=0>

Základní informace o krajích a velikostních skupinách obcí podle výsledků Sčítání lidu, domů a bytů - Česká republika – 2011. dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zakladni-informace-o-krajich-a-velikostnich-skupinach-obci-podle-vysledku-scitani-lidu-domu-a-bytu-2011-ceska-republika-2011-g2kr25w9xi>
Zákon č. 118/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

Poznámky

Poznámky

Poznámky

Vznik center pro rodinné pečující z hlediska efektivnosti

první vydání

Autor: doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.

Vydal: Česká asociace pečovatelské služby, zapsaný spolek

Rok vydání: 2019

Grafické zpracování a tisk: Mark & Fill s.r.o.

*Vydáno v rámci projektu České asociace pečovatelské služby
„Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního
komunitního modelu“.*

Registrační číslo projektu CZ.03.3.X/0.0/0.0/15_024/0006253

www.rodinnipecejici.cz



Česká asociace pečovatelské služby, zapsaný spolek

Adresa sídla

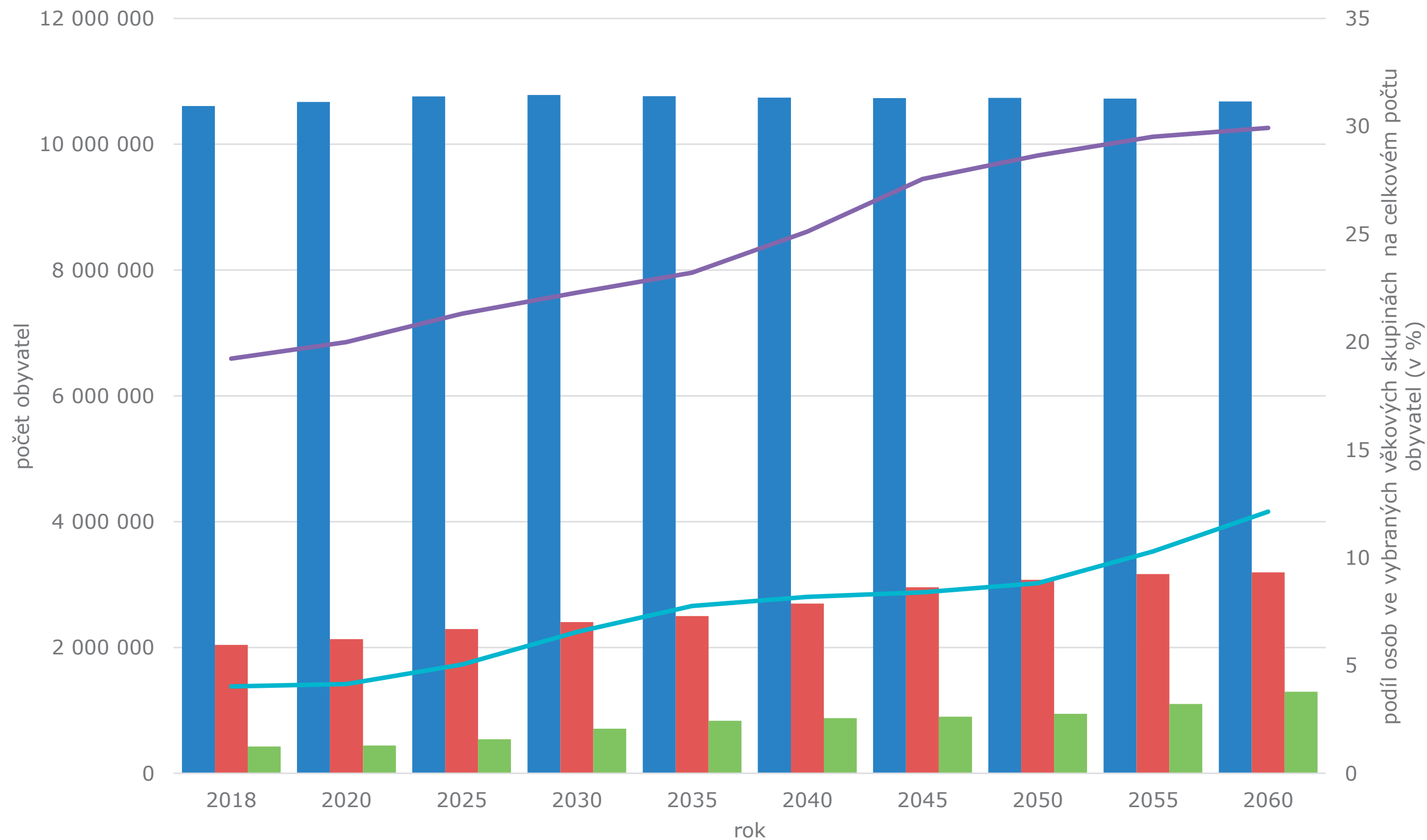
Ostrovského 253/3

150 00 Praha 5

ISBN: 978-80-270-5373-5

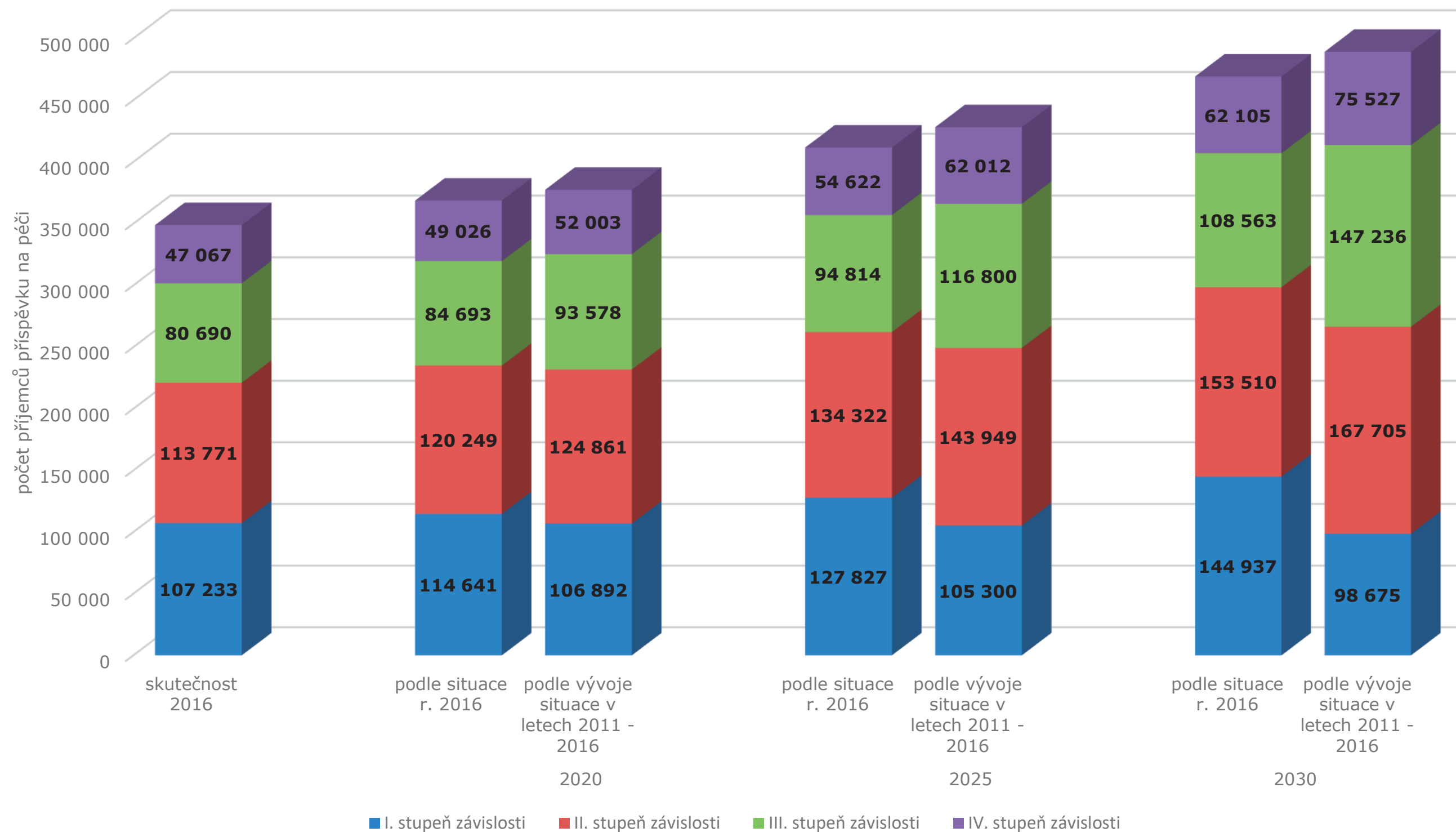
Vývoj počtu obyvatel a vybraných seniorských kategorií

pramen: Projekce obyvatelstva České republiky 2018 - 2100, www.czso.cz



Projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči do r. 2030

pramen: Průša, L. *Nová projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v ČR do roku 2030*. Demografie č. 1/2018





Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

