

Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

2005

Problematiku zdravotní a dlouhodobé péče sledujeme z hlediska tří doporučených principů: dostupnost, kvalita a finanční udržitelnost.

Dlouhodobá péče odkazuje na široké spektrum podpůrných zdravotních a sociálních služeb pro osoby, které pro ztrátu soběstačnosti z důvodu věku, zdravotního postižení a/nebo z jiných závažných důvodů nejsou samostatně schopny dostatečně zabezpečovat a uspokojovat své životní potřeby bez pomoci jiné osoby. V rámci těchto služeb je poskytována zejména pomoc při sebeobsluze, osobní hygieně, při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Pomoc může být lidem dále poskytnuta v takových činnostech jako jsou nakupování, návštěva lékaře, placení účtů, užívání léků, apod.

Cílem dlouhodobé péče je umožnit těmto lidem v co nejvyšší míře zapojení do běžného života a v případech, kdy to vylučuje jejich skutečný stav, jim zajistit důstojné prostředí a zacházení.

Dostupnost zdravotní a dlouhodobé péče

Oblast zdravotní péče

V oblasti zdravotnictví nejsou v ČR větší problémy s dostupností zdravotní péče. Ze zákona jsou všichni občané zdravotně pojištěni, za děti, studující, důchodce, nezaměstnané, apod. hradí pojistné stát. Zároveň je dostatečný počet lékařů (39,2/10 000 obyvatel), jak praktických lékařů a ambulantních specialistů (28,3/10 000 obyvatel), tak i lékařů v nemocnicích (8,8/10 000 obyvatel). Síť zařízení ústavní péče se stávala koncem roku z 201 nemocnic s 66 492 lůžky, následná péče (péče ošetrovatelská a léčebně rehabilitační) je poskytována v nemocnicích (6 600 lůžek) a léčebnách pro dlouhodobě nemocné (7 285 lůžek). V počtu lůžkových zařízení dochází jen k nevýrazným, spíše organizačním změnám: v důsledku regulace akutní lůžkové péče uzavírají některá malá lůžková zařízení akutní lůžka a pokračují v činnosti jen jako odborné, úzce specializované léčebné ústavy. Zdánlivý úbytek léčeben pro dlouhodobě nemocné je způsoben začleňováním části samostatných zařízení léčeben pro dlouhodobě nemocné jako oddělení ošetrovatelské péče v důsledku sjednocení financování akutní i ošetrovatelské péče.

Specializovaná následná péče je poskytována v odborných léčebných ústavech. Ministerstvo zdravotnictví (dále MZ) do budoucna předpokládá částečnou transformaci akutního lůžkového fondu na lůžka následné péče.

Pomalu, ale plynule narůstá kapacita hospiců, která je však stále nedostatečná. Jedná se výhradně o nestátní zařízení poskytující paliativní péči¹. MZ vytváří podmínky pro poskytování paliativní péče pacientům v terminálních stavech zhoubných onemocnění. Podporuje budování hospiců – zdravotnických zařízení pro paliativní léčbu a tišení chronické bolesti, sloužící nevléčitelně nemocným nebo nemocným trpícím chronickou bolestí. Hospice slouží jako centra paliativní péče

¹ Paliativní péče je aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím cílem není primárně vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovi důstojnosti a podpora jeho blízkých.

v regionech. Střednědobým cílem MZ je vytvoření sítě hospiců, které by zajišťovaly poskytování paliativní péče ve všech krajích ČR. Alternativou hospicové péče v institucionálním prostředí je služba domácí hospic, kterou v ČR provozuje hospicové občanské sdružení Cesta domů. Cílem je, aby těžce nemocný člen rodiny mohl zůstat v prostředí domova a konec života mohl prožít uprostřed blízkých.

Důležitým prvkem primární zdravotní péče jsou agentury domácí péče. V posledních 6 letech tato služba v ČR zaznamenala velký rozvoj. V současnosti existuje 450 agentur, které až na několik výjimek dostatečně pokrývají území celého státu. Většina agentur domácí péče působí 24 hodin denně a vytváří tak podmínky pro zajištění přiměřené a dostupné péče. Agentury domácí péče spolupracují s praktickými lékaři. Přínosem agentur domácí péče je její poskytování v domácím prostředí pacienta. Dalším pozitivem je intervence v rodině pacienta s cílem naučit rodinné příslušníky a samotného pacienta (pokud je schopen) samostatnosti a nezávislosti.

Oblast sociálních služeb

V sociálním systému ČR mají podle §73 odst. 6 zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů v oblasti dlouhodobé péče oporu v zákoně sociální služby poskytované osobám, které si nejsou schopny zabezpečit své základní životní potřeby, zpravidla z důvodu věku či zdravotního postižení. Jedná se o typy služeb, jako např. ústavní péče nebo pečovatelská služba. Další sociální služby, jako např.: osobní asistence, raná péče, kontaktní centra, odlehčovací služby nemají zákonnou oporu.

Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, je zastaralý a neodpovídá potřebám, které jsou na kvalitní sociální službu kladeny, a zcela opomíjí fakt, že cílem sociálních služeb je podpora sociálního začleňování a prevence sociálního vyloučení. Systémy zajišťující kvalitu poskytovaných služeb (viz níže) nejsou stávající legislativou upraveny vůbec. Tato situace bude upravena v připravovaném zákoně o sociálních službách.

Vybavenost jednotlivých regionů sociálními službami je velmi rozdílná, obecně je lepší ve větších městských aglomeracích. Obtížnější přístup ke službám dlouhodobé péče mají lidé žijící v méně zalidněných oblastech, a to zejména ke službám pro seniory, osoby se zdravotním postižením, drogově závislé. Pro lidi s duševním onemocněním není dostatečná kapacita chráněného a podporovaného bydlení a spektra dalších podpůrných služeb.

Typy sociálních služeb, které se dotýkají dlouhodobé péče, jsou uvedeny v příloze č. 2. Dlouhodobá péče může být poskytována v domácím nebo v institucionálním (ústavním) prostředí.

Péče poskytovaná v domácím prostředí

V ČR je více než 80 % péče o seniory závislé na pomoci druhých zajištěna rodinou. Průměrná doba poskytování tohoto typu péče je 4 až 5 let. Osobami, které nejčastěji pečují o své blízké, jsou především ženy (ženy v 64 %, muži v 36%), které jsou v 80% zaměstnané. Péče o závislého seniora je často zajištěna dospělými dětmi (53%), manželkami/manželky (21%), příbuznými (10%) a přáteli (16%)². V souvislosti s pokračujícími společenskými změnami a měnící se socioekonomickou situací rodin, se zaměstnaností či cestováním za prací a také vzhledem k nadále neutěšené bytové situaci klesá počet rodin ochotných a schopných se o svého nesoběstačného

² Holmerová, I.: Eurofarmcare, National Background Report, Czech Republic 2004

člena rodiny postarat.³ Občané ČR tradičně požadují od státu velkou zainteresovanost na zabezpečení sociálních podmínek. Výsledky výzkumu Population Policy Acceptance provedeného v roce 2001 ukázaly, že občané očekávají velkou odpovědnost státu v oblasti zajištění adekvátní zdravotní péče (79%) a na druhém místě péče o seniory (viz tabulka č. 1).⁴

Osobám zajišťujícím péči o blízkou nebo jinou osobu je poskytován příspěvek při péči o blízkou⁵ nebo jinou osobu. Příspěvek je dávkou sociální péče, která je poskytována osobám zajišťujícím péči (podle §80 a následující zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů). V průměru pobírá měsíčně dávku 33 146 příjemců. Tento příspěvek je poskytován občanovi pečujícímu osobně, celodenně a řádně o blízkou osobu nebo jinou než blízkou osobu, která je převážně nebo úplně bezmocná nebo starší 80 let a je částečně bezmocná. Příspěvek náleží též rodiči nebo prarodiči, případně jinému občanovi, který převzal dítě do péče nahrazující péči rodičů na základě rozhodnutí příslušného orgánu, pečujícímu osobně, celodenně⁶ a řádně o nezletilé dítě starší jednoho roku, které je podle zvláštního předpisu dlouhodobě těžce zdravotně postižené vyžadující mimořádnou péči. Dávku poskytuje pověřený obecní úřad. Výše příspěvku k 1.1. 2005 činí 1,6 násobek částky životního minima na výživu a ostatní základní osobní potřeby při péči o jednu osobu tj. 3 776 Kč, a 2,75 násobek této částky při péči o dvě nebo více osob, tj. 6 490 Kč. V současné době je projednávána novela zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, která by měla zlepšit ekonomickou situaci osob, které tuto dávku pobírají tím, že jim umožní zvýšit souběh příspěvku s příjmem z výdělečné činnosti.

Ústavní péče

Sociální služby ústavního typu jsou v České republice zřizovány kraji a obcemi. Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále MPSV) doporučuje, aby ústavy s více než 80 klienty byly zřizovány kraji. Tento typ služby je právně upraven v současných předpisech sociálního zabezpečení. Ostatní typy služeb jsou poskytovány většinou obcemi nebo nestátními neziskovými organizacemi, v případě neziskového sektoru bude jeho legislativní zakotvení upraveno v novém zákoně o sociálních službách.

V rámci ústavní sociální péče pro seniory jsou sociální služby poskytovány v zásadě ve dvou typech zařízení, a to v domovech důchodců a v domovech - penzionech pro důchodce. Domovy důchodců by měly seniorům zajišťovat komplexní péči. Bohužel tomu tak není vždy, v domovech důchodců není často poskytovaná adekvátní ošetrovatelská a rehabilitační péče. Počet domovů důchodců a domovů-penzionů se od roku 1994 kontinuálně zvyšoval (viz tabulka 2). Spolu s tím se zvyšoval počet míst v domovech důchodců, ale také počet neuspokojených žadatelů, jak dokumentuje tabulka č. 2 v příloze. Domovy důchodců jsou určeny především pro seniory, kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, která jim není nebo nemůže být zajištěna členy rodiny, případně jinou službou sociální péče nebo kteří toto umístění potřebují z jiných vážných důvodů. Čekací doby na umístění

³ Bruthansová, D., Červenková, A.: Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání, VÚPSV, Praha 2004

⁴ Vidovičová, L., Rabušic, L.: Seniori a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti.

⁵ Blízká osoba se posuzuje podle § 24 zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

⁶ Podmínka osobní, celodenní péče a řádné péče se považuje za splněnou v určitých situacích, které mohou nastat jak na straně osoby, která pečuje, tak na straně osoby, o níž je pečováno. Podmínka se považuje za splněnou např. v době, kdy dítě navštěvuje školu, po určitý limit v mateřské škole apod., nebo v době, kdy osoba pečující vykonává výdělečnou činnost. V takovém případě, ale musí být péče zajištěna jinou zletilou osobou.

do domova důchodců jsou v různých regionech různé, od několika měsíců až po několik let. Záleží na poptávce a kapacitách v regionu a zájmu žadatelů o konkrétní zařízení. V některých případech je nabídnuto volné místo v jiném zařízení než vybraném, avšak klient si počká až na uvolnění lůžka v zařízení, které si vybral. To je případ zejména nově vybudovaných a moderně vybavených domovů, o které je podstatně větší zájem, než o lůžka ve starších objektech. Statistika čekací doby se nevede. Možnost a způsob zkrácení čekací doby na umístění do domova důchodců může být v různých regionech různý. Rezervy jsou především v rozšíření alternativních terénních sociálních služeb, které mohou v některých případech nahradit ústavní péči (pečovatelská služba, domácí péče, osobní asistence aj.), u nezbytné komplexní ošetrovatelské péče pak rozšíření kapacit, modernizace stávajících kapacit atd.

Do domovů důchodců jsou přijímáni především senioři relativně zdraví. Vyhláška č. 182/1991 Sb., provedení zákona o sociálním zabezpečení, ve své příloze č. 7 upravuje zdravotní postižení podmiňující přijetí a vylučující přijetí do ústavů sociální péče (kam patří i domovy důchodců). V případě, že není v domově důchodců zřízeno ošetrovatelské oddělení, není možné osoby trpící zdravotními postiženími uvedenými v příloze 7 výše uvedené vyhlášky do tohoto domova přijmout. Zdravotní resp. ošetrovatelskou péči ústavům zdravotní pojišťovny zpravidla nehradí. Platí ji zřizovatelé ústavu.⁷

Ke skupině seniorů, kteří potřebují ošetrovatelskou péči, je zapotřebí přidat rostoucí počet osob s tělesným i mentálním postižením. Zdravotně sociální péči dále potřebují lidé žijící osaměle, kteří prodělali úraz. Tito lidé potřebují především komunitní a integrovanou péči, tj. rehabilitaci a terénní sociální služby.

V souvislosti s ústavní péčí a s rozvojem služeb sociální péče poskytované seniorům je důležité vzít v potaz trend narůstajícího počtu i průměrného věku skupiny seniorů⁸. Dále je třeba vzít v úvahu neuspokojivou situaci, kdy je pečovatelská služba potřebným seniorů nedostupná nebo odmítána.

Ústavy sociální péče pro dospělé se dělí podle druhu postižení na ústavy pro tělesně postižené, tělesně postižené s přidruženými vadami, smyslově postižené, mentálně postižené, pro chronické alkoholiky a toxikomany a pro psychotiky a psychopaty. Trvalá institucionalizace chronických alkoholiků, toxikomanů a psychotiků není žádoucí a je způsobena neexistencí systému ucelené rehabilitace. Ústavy sociální péče pro děti a mládež se dělí na ústavy pro tělesně postiženou mládež, tělesně postiženou mládež s přidruženými vadami a mentálně postiženou mládež. Vývoj počtu těchto zařízení, počtu míst a neuspokojených žadatelů dokumentuje tabulka č. 3. Měřítko dostupnosti sociální péče pro osoby se zdravotním postižením je dáno jak regionálními odlišnostmi, počtem lůžek v zařízeních sociální péče, tak také podílem osob se zdravotním postižením či jiných osob ohrožených sociálním vyloučením na celkovém počtu obyvatel⁹.

⁷ Bruthansová, D., Červenková, A.: Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání, VÚPSV, Praha 2004

⁸ Na konci roku 2003 bylo v ČR 1 423 192 osob starších šedesáti pěti let, což představuje přibližně 14% populace ČR (zdroj ČSÚ).

⁹ Statistika počtu těchto občanů se nevede, a pokud se tento počet sekundárně odhaduje (např. na základě počtu vyplácených plných a částečných invalidních důchodů, sociálních dávek, apod.) obecně platí, že v populaci se objevuje okolo 12% osob s nějakým zdravotním postižením (Národní plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením). V současnosti se pracuje na novém periodickém výběrovém statistickém šetření osob a míry zdravotního postižení. Na jeho koncepci se aktivně podílí také MPSV.

Novela zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, která je v současné době projednávána¹⁰, upravuje také problematiku používání restriktivních a donucovacích prostředků v ústavech sociální péče, mezi které patří např. klecová lůžka. Používání těchto prostředků a metod bude možné pouze ve výjimečných opatřeních, pokud klienti nejsou zvladatelní za určitých okolností bez speciálních metod a pokud by mohlo dojít k ohrožení života nebo zdraví samotného klienta či ostatních, k čemuž bude potřeba vyjádření lékaře. Zákon také zavádí povinnost evidovat tyto úkony. Zamezení používání restriktivních opatření je v ČR prioritou a je třeba je řešit prostřednictvím kontroly kvality sociálních služeb a vzdělávání pracovníků v sociálních službách.

V ústavech sociální péče je část nákladů za pobyt hrazena z vlastních prostředků klienta (v ústavech pro mládež pak z prostředků rodičů nebo jiných osob, kterým bylo dítě svěřeno do výchovy). Výše úhrad za bydlení a nezbytné služby (úklid, praní, vaření) se řídí vyhláškou MPSV č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízení sociální péče, která byla naposledy novelizována počátkem roku 2005. V ústavech sociální péče hradí klienti též náklady na stravu¹¹. Občané, kterým bylo přiznáno zvýšení důchodu pro bezmocnost, hradí náklady za pomoc, která je jim poskytována z důvodu bezmocnosti. Od ledna 2005 se v souvislosti s nařízením vlády č. 664/2004 Sb., kterým se zvyšují částky životního minima pro bezmocnost, zvyšují částky pro částečnou, převážnou nebo úplnou bezmocnost¹².

Obecná tendence v sociálních službách deklaruje odklon od ústavní péče směrem k péči komunitního typu a hlásí se k myšlence individualizace poskytované péče, která se přibližuje běžnému životu v domácím prostředí. Tento pohled klade důraz na individuální přístup k uživatelům a na jejich lidská práva (viz standardy kvality).

Institut sociální hospitalizace

Sociální hospitalizací je podle ustanovení §73b zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů pobyt občana ve zdravotnickém zařízení z jiných než zdravotních důvodů, kdy vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopen se obejít bez pomoci další osoby a nemůže tedy být propuštěn ze zdravotnického zařízení, pokud mu nemůže být poskytnuta potřebná péče v ústavech sociální péče nebo pečovatelská služba. Sociální hospitalizace je poskytnuta pod podmínkou, že občanu nemůže být z kapacitních nebo odborných důvodů potřebná péče v ústavech sociální péče nebo pečovatelská služba, přestože splňuje podmínky pro poskytování sociálních služeb. Sociální hospitalizace je v kompetenci obcí s rozšířenou působností. Příspěvek na sociální hospitalizaci je stanoven neadresně v příloze zákona o státním rozpočtu ČR v rámci příspěvku obcím s rozšířenou působností na výkon státní správy.

Vzhledem k tomu, že příspěvek na sociální hospitalizaci je oproti jejím skutečným nákladům finančně podhodnocen (300 Kč/den), zdravotnická zařízení nezřídka nepřiznávají sociální hospitalizaci a ani nejeví o ni zájem. Úhrada za

¹⁰ Novela zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů již byla schválena parlamentem ČR.

¹¹ Náklady na stravu jsou stanoveny zvláštním předpisem podle vyhlášky MPSV č. 83/1993 Sb., o stravování v zařízeních sociální péče.

¹² Částka částečné bezmocnosti vzrostla z 464 Kč na 472 Kč měsíčně, převážné bezmocnosti z 928 Kč na 944 Kč měsíčně a úplné bezmocnosti z 1 740 Kč na 1 770 Kč. Tyto prostředky jsou vypláceny podle §70 zákona č.100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení. V roce 2004 bylo na zvýšení důchodu pro bezmocnost vyplaceno ze státního rozpočtu 1,7 mld. Kč.

sociální hospitalizaci je řešena vyhláškou MPSV č. 310/1993 Sb., o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních. Je rozdělena mezi občana (55 Kč/den) a veřejnou správu (obec s rozšířenou působností 245 Kč/den). Tyto částky dosud nebyly valorizovány, přestože vyhláška byla přijata již v roce 1993.

Poskytování sociální hospitalizace je dále vázáno na podání žádosti o poskytnutí pečovatelské služby nebo umístění do domova důchodců, což může klienty sociálních služeb již předem odrazovat.¹³

MPSV ve spolupráci s MZ a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou navrhuje zavedení „institutu sociálně zdravotního lůžka“ v situacích, kdy při poskytování sociálních a zdravotních služeb dochází k prolínání sociální a zdravotní péče. Tento institut by řešil situace, kdy z důvodu podhodnoceného finančního ocenění tzv. sociálního lůžka (300 Kč/den) zdravotnická zařízení nepříznávají sociální hospitalizace. Sociálně zdravotní lůžko bude určeno těm osobám, kteří potřebují podporu v soběstačnosti a ošetřovatelskou péčí zdravotního charakteru a nacházejí se jak v ústavních zařízeních sociální péče, tak v zařízeních zdravotnických. Navrhovaná úhrada takové péče by měla být řešena vícezdrojově. Sociální péče by měla být financována z prostředků na sociální služby a úhradami klientů (uživatelů služeb), zdravotní péče platbami za ošetřovatelské výkony a standardně hrazenou lékařskou péčí.

Kvalita zdravotních a sociálních služeb dlouhodobé péče

Ve zdravotní oblasti je v ČR akcentováno zavádění systémových modelů kontinuálního zvyšování kvality a bezpečnosti poskytované zdravotní péče. Základy systému tvoří: akreditační program Mezinárodní společnosti pro kvalitu a zdravotnictví (ISQua) ve spolupráci s WHO; požadavky pro soustavné zvyšování kvality zdravotnických služeb definované WHO v dokumentu Zdraví 21 určeného pro Evropský region, schváleného¹⁴ jako Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky - Zdraví pro všechny v 21. století; mezinárodní úmluva o lidských právech a biomedicíně; národní politika podpory jakosti a strategie podpory dostupnosti a kvality veřejných služeb.

Pro podporu rozvoje a zavádění programů bezpečnosti a kontinuálního zvyšování kvality zdravotní péče jsou vyhlášovány dotační programy, jejichž prostřednictvím jsou realizovány projekty podpory kvalitní zdravotní péče. Projekty jsou zaměřeny na: indikátory výkonnosti zdravotnických zařízení a kvality zdravotní péče v praxi a hodnocení zdravotnických technologií; standardizaci ve zdravotnictví; kvalitní, bezpečnou a zdraví podporující nemocnici; zapojení pacientů a širší rodiny do procesu zvyšování kvality zdravotní péče; výkonnost a kvalitu péče o zdraví na úrovni regionu; propojení zdravotní a sociální péče; kvalitu v primární péči.

Ministerstvo zdravotnictví bezpečnost a kvalitu zdravotní péče podporuje a považuje ji za nezbytný článek ve zdravotní politice ČR. Důkazem toho je i činnost dvou ministerských rad (Rada MZ pro kvalitu ve zdravotnictví, Rada MZ pro akreditaci zdravotnických zařízení). Celkový koncept bezpečnosti a kvality zdravotní péče dle principů Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua) a WHO je připravován v novém zákonu o zdravotní péči. Předpokládá se akreditační program dobrovolný, jehož úroveň bude oficiálně garantovaná státem. Posuzování kvality je připravováno ve formě národních standardů kvality. Základní koncept

¹³ Bruthanová, D., Červenková, A.: Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání, VÚPSV, Praha 2004

¹⁴ Usnesení vlády ČR č. 1046/2002

standardů obsahuje požadavky na kvalitu řízení, kvalitu odborných výkonů a ukazatelů kvality a efektivity poskytované zdravotní péče, které by měly sloužit i k mezinárodnímu srovnávání dostupnosti a úrovně kvality poskytované zdravotní péče.

Základním nástrojem, který má zajistit kvalitní sociální služby (služby sociální péče i sociální prevence) a rovný přístup všem osobám k těmto kvalitním sociálním službám jsou národní Standardy kvality sociálních služeb. Jejich účelem je především ochrana práv a zájmů osob v nepříznivé sociální situaci s cílem zabránit jejich sociálnímu vyloučení či napomoci jejich sociálnímu začleňování. Jak již bylo výše zmíněno, systémy zajišťující kvalitu poskytovaných služeb (viz níže) nejsou stávající legislativou dosud upraveny. Jejich legislativní zakotvení je připravováno v novém zákoně o sociálních službách. K podpoře zavádění standardů kvality jsou vyhlašovány dotační programy zaměřené na inovace, a to v rámci národních dotačních systémů i v rámci čerpání pomoci ze strukturálních fondů, především z Evropského sociálního fondu.

Kvalita poskytované sociální služby je popsána prostřednictvím souboru kritérií (vlastností a charakteristik), o nichž se má za to, že ovlivňují schopnost služeb naplnit zájmy a potřeby obou uvedených zájmových skupin – uživatelů i zadavatelů. Pro standardy je charakteristická vysoká úroveň obecnosti kritérií. Ta je nezbytná pro to, aby standardy byly použitelné pro jakoukoli sociální službu bez ohledu na její charakter, velikost či právní formu zařízení. Takto formulované standardy předpokládají, že poskytovatelé sociálních služeb sami definují důležitá kritéria ve své dokumentaci – např. cíle služeb, poslání, cílovou skupinu uživatelů, kapacitu, postupy, jak zajistit respektování práv uživatelů služeb, způsob a principy poskytování služeb a další vnitřní pravidla. Tento typ dokumentace spolu s dokumentací o tom, jak poskytování služby probíhalo (záznamy mimořádných událostí, individuální plány, dohody o poskytování služby a jejich evidence, atd.), jsou důležitým zdrojem informací pro hodnocení kvality služeb. Kontrola kvality poskytovaných služeb hodnocená na základě standardů kvality sociálních služeb bude předmětem inspekce kvality sociálních služeb.

Legislativní zakotvení systému inspekce kvality a standardů kvality sociálních služeb je připravováno novým zákonem o sociálních službách.

Financování sociálních služeb dlouhodobé zdravotní a sociální péče

Oblast zdravotnictví

Z veřejných zdrojů (veřejného zdravotního pojištění a veřejných rozpočtů) je hrazeno 92% všech nákladů na zdravotnictví. Zbývajících 8% tvoří péče, kterou si musí občane hradit sami. Při nemocniční péči je prakticky vše hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Financování zdravotnictví založené na principu solidarity je podmínkou spravedlnosti z hlediska zajištění všeobecného geografického a cenového přístupu ke zdravotní péči. Některé státy v západní části EU zavedly systém alokace zdrojů na základě potřeb. Ke stejnému systému přistupují v současné době i některé státy na východě EU, hlavně při rozhodování o geografické alokaci zdrojů a služeb. Úhrady poskytovaných služeb musí sledovat v oblasti primární péče vyvážený objem podpory zdraví, prevence nemocí, léčby a rehabilitace; možnost svobodné volby poskytovatele péče pro každého; strukturu spravedlivých odměn pro zdravotníky odrážející jak jejich výkonnost, tak ohodnocení

profesionálních kvalit; odpovědnost vůči obyvatelstvu; služby, které budou odpovídat potřebám společnosti, rodiny a jednotlivce; spolupráci těch, kteří péči poskytují; a demokratický systém rozhodování. Systém úhrad by měl umožňovat účelné a flexibilní řízení zaměřené na trvalé zvyšování kvality. V systému primární péče existuje způsob kontroly nákladů (na makro úrovni): kombinovaná odměna za registrované pacienty, doplněná úhradou za definované výkony. Současně je však nutné tento systém doplnit sledováním potřebného souboru ukazatelů, které umožňují vyhodnocovat strukturu a kvalitu poskytovaných služeb. Úhrady sekundární a terciární péče lze dlouhodobě udržitelným způsobem realizovat s využitím kombinovaného přístupu prospektivních globálních rozpočtů, sledováním vývoje efektivity produkce.

V budoucnosti se předpokládá růst celkových výdajů na zdravotnictví v souvislosti se stárnutím společnosti. Predikce OECD kvantifikují tento důsledek v časovém rozmezí do roku 2050 v objemu kolem 1% HDP. Tento faktor nepředstavuje tedy tak zásadní význam, jaký je mu přisuzován. Mnohem výraznější vliv na růst celkových výdajů má rozvoj nových technologií.

Oblast sociálních služeb

Na financování dlouhodobé péče se od 1. ledna 2003, kdy došlo k převodu zřizovatelských kompetencí z okresních úřadů na samosprávu, stále výrazněji podílejí kraje. Kraje na provoz zařízení sociálních služeb, která zřizují, dostávají ze státního rozpočtu finanční prostředky určené na výkon zřizovatelských funkcí k zařízením sociálních služeb. O rozdělení těchto finančních prostředků rozhodují kraje v samostatné působnosti, je proto plně v jejich kompetenci, jakým způsobem tyto prostředky rozdělí. Rozhodují o výši prostředků vyčleněných na lůžko v jednotlivých domovech důchodců a ústavech sociální péče nebo o celkové výši objemu prostředků určené na sociální služby v rámci kraje. Průměrná výše úhrady připadající na jednoho klienta sociálních služeb dlouhodobé péče je, stejně tak jako výše průměrných výdajů, závislá na druhu poskytovaných služeb. Podrobnější dostupné údaje jsou uvedeny v tabulce č. 4.

Na provoz ústavů sociální péče a domovů důchodců, jejichž zřizovatelem a provozovatelem je obec, je poskytována ze státního rozpočtu účelová dotace, jejíž výše je každoročně stanovena v zákoně o státním rozpočtu. Pro rok 2005 činí výše této dotace pro ústavy sociální péče s celoročním a týdenním pobytem 81 356 Kč na jedno lůžko ročně a pro ústavy sociální péče s denním pobytem 43 870 Kč a pro domovy důchodců 66 785 Kč na jedno lůžko ročně. Na financování sociálních služeb v oblasti dlouhodobé péče se podílejí kraje a obce také z regionálních a místních rozpočtů. Takové financování sociálních služeb je však menšinové. Tabulka č. 5 ilustruje finanční transfery ze státního rozpočtu směrem ke krajům, obcím a dotacím nestátním neziskovým organizacím v roce 2004.

V uplynulém období byla výše úhrady za pobyt v zařízeních sociální péče i za poskytování jednotlivých úkonů pečovatelské služby opakovaně vždy v návaznosti na valorizaci důchodů obvykle upravována. Průměrné zvýšení úhrady bylo vyšší než bylo průměrné zvýšení důchodu, v letech 1995 – 2000 došlo k výraznému zvýšení podílu občana na krytí nákladů poskytovaných sociálních služeb. Ilustrativně charakterizuje vývoj tohoto podílu krytí na údajích týkajících se domovů důchodců tabulka č. 6. Tento trend byl na přelomu tisíciletí korigován, podíl průměrné výše úhrady na průměrných výdajích v ústavních zařízeních začal od r. 2001 klesat především v důsledku toho, že rozsah zvýšení úhrad za pobyt a stravování v

ústavních zařízeních byl stanoven v zásadě na stejné úrovni jako průměrné zvýšení starobního důchodu.

Stát dále přispívá na investiční výstavbu domovů důchodců, od letošního roku se počítá podle dokumentace příslušného programu s dotací až do 75 % nákladů akce v rozsahu objemu prostředků, který byl na investiční činnost resortu na letošní rok vyčleněn ze státního rozpočtu. Průměrný náklad na lůžko v loňském roce činil u novostaveb cca 1,25 mil. Kč na lůžko (u rekonstrukcí o něco méně), v letošním roce se především v důsledku nárůstu DPH u stavebních prací tento průměr zvýší.

MPSV zajišťuje ze státního rozpočtu celkové financování pěti zařízení ústavní péče, která jsou přímo řízena MPSV.

Dále jsou sociální služby poskytující dlouhodobou péči financovány prostřednictvím dotací na projekty nestátním neziskovým organizacím (viz role nestátních neziskových organizací) a samotnými uživateli jednotlivých sociálních služeb.

Role nestátních neziskových organizací

V 90. letech vstoupily do systému nestátní neziskové organizace (dále NNO), jejichž zásluhou se objevily zcela nové typy služeb a především kvalitativně nový přístup k potřebám uživatelů. NNO se spíše orientují na poskytování sociálních služeb ambulantního typu než ústavního typu. Vznikají ale také organizace, které zajišťují komplexní sociální služby tzv. centra sociálních služeb. Obecně závazné předpisy o sociálním zabezpečení, které upravují podmínky poskytování služeb sociální péče, se nevztahují na poskytování sociálních služeb nestátními subjekty. Moderní typy sociálních služeb nejsou všeobecně dostupné v celé ČR a jejich rozvoj závisí mj. na povaze lokalit (obcí). Některé obce nespolupracují s NNO a nevyužívají péči, kterou tyto organizace poskytují nebo by mohly poskytnout pro jejich občany.¹⁵ Některé obce poskytují široké spektrum sociálních služeb. Hodnocení sociálních služeb poskytovaných obcemi hodnotí studie obcí, ze které je evidentní, že existují rozdíly v poskytované péči.

Financování sociálních služeb, které poskytují NNO je odlišné od financování služeb poskytovaných v zařízeních krajských nebo obecních ústavního typu (ústavů sociální péče). Ústavy sociální péče zřizované veřejnou správou jsou, jak už bylo výše zmíněno, financovány ze státního rozpočtu. Zatímco NNO si musí prostředky na financování sociálních služeb, které poskytují, obstarat sami, převážně prostřednictvím dotačních programů vyhlašovaných veřejnou správou.

Dotace NNO na provoz sociálních služeb dlouhodobé péče jsou spravovány krajskými úřady a MPSV. Kraje od roku 2005 vyhlašují samostatně dotační programy na oblast sociálních služeb. V oblasti sociálních služeb dlouhodobé péče spravuje MPSV dotační systém pro NNO poskytující sociální služby, zaměřené na projekty, jejichž působnost je vymezena celým územím ČR, resp. přesahuje působnost dvou či více krajů. Program je zaměřen mj. na podporu aktivit zaměřených zejména na integraci a pomoc seniorům a osobám se zdravotním postižením. Dále MPSV spravuje dotační program „Program podpory a pilotních, inovativních projektů“. Tento dotační program je vyhlašován podle možností státního rozpočtu a určen prioritami MPSV v oblasti rozvoje sociálních služeb. Je zaměřen především na podporu

¹⁵ Bruthanová, D., Červenková, A.: Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání, VÚPSV, Praha 2004

zavádění nových forem sociálních služeb umožňujících život v přirozeném prostředí. Dotační systém je založen na vyhodnocování návrhů na projekty, které nestátní neziskové organizace předkládají ministerstvu. Financování je poskytováno na rok a je směřováno na konkrétní účely.

Objem finančních prostředků poskytnutých prostřednictvím dotací nestátním neziskovým organizacím na provoz služeb dlouhodobé péče ukazuje tabulka č. 7.

Podle §14 odst. 3 zákona č. 114/1988, Sb., o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů mohou nestátním neziskovým organizacím poskytovat finanční příspěvky i obce a kraje. Tyto příspěvky poskytují obce a kraje v souladu se zákonem č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, a to na základě předem uzavřené smlouvy s příslušným subjektem.

Koncepce a strategické dokumenty vztahující se k zdravotní a dlouhodobé péči

Strategický dokument, který stanovuje cíle a nástroje k řešení problematiky stárnutí a seniorů, je **Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007** (schválen usnesením vlády ČR č. 485 ze dne 15. května 2002). Cílem tohoto dokumentu je podpořit rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin tak, aby lidé mohli stárnout důstojně, v bezpečí a mohli se i nadále podílet na životě společnosti jako plnoprávní občané. Tento program pokrývá celou šíři oblastí života seniorské populace a jeho splnění by mělo zaručit pokud možno bezproblémové přizpůsobení dílčích politik a systémů veřejných služeb měnící se věkové struktuře obyvatelstva s cílem posílit rozvoj a zvýšit kvalitu života seniorů v ČR. Program se dotýká všech věkových skupin. Od mladé generace očekává uznání a nediskriminaci seniorů. Od střední generace politickou odpovědnost za politiku stárnutí a odpovědnost za vlastní, osobní přípravu na stárnutí. U nejstarší generace předpokládá aktivní přístup k vlastnímu životu a zapojení do společenských struktur. V návaznosti na Národní program přípravy na stárnutí byl vyhlášen dotační program Ministerstva zdravotnictví **Zdravé stárnutí pro rok 2004**. Program je určen na podporu projektů měst, obcí a nestátních neziskových organizací, které se zabývají péčí o seniory a občany postižené chorobami spojenými s vyšším věkem.

Problematika zdravotní a sociální péče o osoby se zdravotním postižením je řešena v **Národním plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením** (schválen usnesením vlády č. 256 ze dne 14. dubna 1998). Většina jeho úkolů již byla splněna. Vláda schválila novou **Střednědobou koncepci státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením** (usnesení vlády ČR č. 605, 16. června 2004), na jejímž základě bude zpracován nový Národní plán. V návaznosti na úkoly stanovené Národním plánem vyrovnávání příležitostí jsou každoročně vyhlašovány programy na podporu sociálního začleňování zdravotně postižených občanů. V roce 2004 byl vyhlášen program podpory občanských sdružení a humanitárních organizací. Program je určen na podporu projektů nestátních neziskových organizací s celostátní působností, které se zabývají péčí o zdravotně postižené a chronicky nemocné. Projekty s krajskou a nižší působností jsou v roce 2004 podporovány v rámci dotačního programu vůči nestátním neziskovým organizacím - program podpory sociálních služeb na místní a regionální úrovni. V roce 2004 bylo na podporu těchto projektů vyčleněno 43,2 mil. Kč.

V současné době probíhají práce na přípravě **Národního plánu podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období let 2006 až 2009**, jehož návrh má být předložen vládě ČR ke schválení nejpozději do konce června 2005.

Dalším strategickým dokumentem zabývajícím se sociálními službami dlouhodobé péče ve vztahu k osobám se zdravotním postižením a seniorům je **Národní akční plán sociálního začleňování na léta 2004 – 2006**¹⁶, a to tím, že vytyčuje cíl, který se vztahuje k dostupnosti sociálních služeb v oblasti dlouhodobé péče. Tímto cílem je u osob se zdravotním postižením „*podporovat takové služby, které umožní osobám se zdravotním postižením setrvat v přirozeném prostředí a v případě, že v tomto prostředí nemohou setrvat, umožnit přístup ke službám, které budou umožňovat jejich participaci na životě společnosti a chránit jejich práva*“ a u seniorů pak „*utvoření takových podmínek, aby senioři extrémně ohrožení sociálním vyloučením mohli co nejdéle setrvat v přirozeném prostředí a v případě, že již nemohou setrvat ve svém přirozeném prostředí, aby mohli participovat na životě společnosti a byla chráněna jejich práva*“.

Dílčími cíli v oblasti sociálních služeb vytyčené Národním akčním plánem sociálního začleňování jsou dokončení transformace, decentralizace a legislativního zakotvení sociálních služeb; podporování zvyšování kvality sociálních služeb na místní, regionální a národní úrovni s využitím vznikajícího systému inspekce kvality sociálních služeb a zavedením národních standardů kvality sociálních služeb a neposledně zajištění dostatečné nabídky všech druhů sociálních služeb ve vztahu k zajištěným potřebám. Zajištění kvalitních sociálních služeb jde v ruku v ruce s nutností vzdělávání pracovníků sociálních služeb. Dílčím cílem Národního akčního plánu je podpora systému celoživotního odborného učení pracovníků v sociálních službách.

V Národním akčním plánu je zdůrazněna nutnost mobilizace všech relevantních aktérů v boji s chudobou a sociálním vyloučením. V této souvislosti klade plán důraz na podporu nevládních neziskových organizací a jimi vytvořených sítí. Jako důležité opatření je dále vnímána podpora rozvoje partnerství státu, krajů, obcí a nestátních neziskových organizací při plánování a realizaci místních sociálních politik. Nástrojem k tomu je plánování sociálních služeb na místní úrovni – neboli komunitní plánování sociálních služeb.

Ke zvýšení kvality poskytovaných služeb vláda schválila v květnu 2003 **Návrh koncepce celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků a výchovy k lidským právům**.

Česká republika se přihlásila k programu Světové zdravotnické organizace **Zdraví pro všechny v 21. století** a rozpracovala ho jako národní dokument **Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky - Zdraví pro všechny v 21. století**¹⁷, který je v gesci Ministerstva zdravotnictví. Součástí programu jsou i opatření podporu zdravého stárnutí (cíl 5) u těch seniorů, u nichž dochází ke ztrátě soběstačnosti, která je důsledkem kombinace zdravotního postižení, nároků prostředí a sociální situace je cílem zajistit účelnou koordinaci služeb zdravotnických a sociálních s využitím všech možností k životu v přirozeném prostředí. Dílčím úkolem je nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti. Systém sociálních služeb výrazným způsobem ovlivňuje kvalitu života starší populace. Nástrojem

¹⁶ Usnesení vlády ČR č. 730 ze dne 21. července 2004

¹⁷ Usnesením vlády ČR č. 1046 dne 30. října 2002

k naplnění tohoto cíle je reforma sociálních služeb v připravovaném zákoně o sociálních službách. Sociální služby umožňují důstojný, samostatný život osob v přirozeném prostředí v domácnosti a v komunitě.

Cíl 6, zlepšení duševního zdraví, je zaměřen na podporu zvýšení kvality péče o osoby s duševní poruchou, posun péče z velkých psychiatrických zařízení a léčeben k vyvážené kombinaci psychiatrické nemocniční péče a služeb poskytovaných v rámci komunity neboli komunitní péče. Zvýšení kvality by mělo být dosaženo prostřednictvím vzdělávání zdravotnického personálu pečujícího o nemocné tak, aby personál dokázal identifikovat rizikové faktory. Program je každoročně vyhodnocován, první hodnotící zpráva byla vládě předložena 30. září 2004.

Zapojení relevantních aktérů při tvorbě zprávy

Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči 2005 ČR byla zpracována Ministerstvem práce a sociálních věcí ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví. Zpráva byla vypracována v úzké spolupráci s experty z oblasti dlouhodobé péče z nestátního neziskového sektoru. Zpráva byla také konzultována s Komisí pro sociální začleňování. Tato Komise je meziresortní a podílela se na vypracování Společného memoranda o sociálním začleňování a Národního akčního plánu sociálního začleňování.

Příloha č. 1 - Typologie sociálních služeb

Sociální služby se dělí na služby sociální péče a sociální prevence. Oblast dlouhodobé péče se dotýká služeb sociální péče, které jsou následující:

Pečovatelská služba je určena lidem, jejichž schopnosti, zejména v oblasti osobní péče a péče o domácnost jsou sníženy. Pečovatelská služba je poskytována ve vlastní domácnosti osob, tj. v přirozeném sociálním prostředí, v domovech s pečovatelskou službou, v zařízeních pečovatelské služby apod. Jedná se o nejčastěji poskytovanou sociální službu. Služba nabízí běžné úkony osobní hygieny, jednoduché ošetrovatelské úkony, nákupy a nutné pochůzky, praní a žehlení prádla, donáška oběda a pomoc při vaření aj. Úhrady za úkony a samotné úkony jsou stanoveny vyhláškou Ministerstva práce a sociálních věcí č.182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení.

Osobní asistence je služba určena osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy např. v oblastech osobní péče, využívání veřejných míst, péče o domácnost, kontaktu s rodinou a širší společností. Podstatou služby je osobní pomoc se zvládnutím běžných každodenních dovedností a úkonů, které by člověk dělal sám, kdyby mu v tom nebránilo zdravotní postižení nebo stáří. V rámci osobní asistence se také pomáhají prosazovat a hájit zájmy a práva uživatele služby např. vůči institucím. Služba je poskytována v přirozeném prostředí, kde uživatel žije, pracuje, vzdělává se apod., je poskytována na základě aktuální potřeby uživatele v předem stanoveném (dojednaném, nebo smluvně zajištěném) rozsahu, nikoli výčtem úkonů. Cílem poskytovaných služeb je zajištění soběstačnosti uživatele nebo podpora rozvoje soběstačnosti, setrvání v přirozeném prostředí a zachování vlastního životního stylu. Služba je obvykle zajišťovaná nestátními neziskovými organizacemi, ale i některými státními subjekty.

U **Respitní péče** (odlehčovací) jde zejména o pomoc rodinám, které celoročně pečují o osobu se zdravotním postižením nebo seniora, ve zvládnutí péče za současného zachování ve společnosti běžných příležitostí pro pečující rodinu (zaměstnání apod.). Služba musí nabízet tyto základní prvky: pomoc při sebeobsluze, hygiena, stravování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc s výchovou, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Poskytuje se v domácnostech osob nebo specializovaných pobytových zařízeních (krátkodobé pobyty do 3 měsíců).

Centra denních služeb jsou určeny osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy, např. v oblasti osobní péče, využívání veřejných míst a služeb, využití volného času, získání a udržení si pracovního místa, uplatňování práv a nároků, kontaktu s komunitou atd. Jde o kombinaci služeb poskytovaných v denním režimu v zařízení nebo přirozeném prostředí, jejichž podstatou je aktivizace uživatelů, stabilizace nebo posílení jejich schopností a dovedností. Cílem je posílit samostatnost a soběstačnost osob, jejichž schopnosti jsou z různých důvodů sníženy a umožnit jim využívat běžné veřejné nebo komerční služby, další zdroje společnosti. Tato služba je poskytována ve specializovaných pobytových zařízeních.

Pobyty v domovech sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením je služba určena osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost a které v této situaci nežijí ve vlastním domácím prostředí. Součástí služby je poskytnutí bydlení v prostorech zvlášť k tomu určených, které uživateli nahrazují domov. Služba je časově neomezená. Cílem poskytovaných služeb je podpora rozvoje nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho případný návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo alespoň zachování původního životního stylu. Poskytuje se ve specializovaných, režimových pobytových zařízeních, kterými jsou: domovy důchodců, domovy penziony, ústavy sociální péče pro dospělé i pro děti a mládež.

Chráněné bydlení je služba určena osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost, které chtějí žít samostatně v běžném prostředí. Součástí služby je poskytnutí bydlení v bytě, který pro uživatele představuje domov, je spravován poskytovatelem, je součástí běžné zástavby a uvnitř jeví všechny základní znaky běžného bytu a jeho provozu (zejména vedení společné domácnosti s možností individuálního hospodaření). Cílem poskytovaných služeb je podpora soběstačnosti uživatele, případný návrat do vlastního domácího prostředí nebo alespoň zachování či obnovení původního životního stylu. Služba musí nabízet tyto základní prvky: pomoc při sebeobsluze, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů. Poskytuje se ve specializovaných zařízeních, která mají charakter domácnosti.

Podporované bydlení je služba určena osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost, které chtějí žít samostatně v běžném prostředí. Podstatou služby je pomoc s vedením domácnosti včetně hospodaření, provádění činností spojených s péčí o byt a v případě potřeby pomoc v oblasti osobní péče. Služba je poskytována ve vlastním bytě uživatele (nikoli v bytě spravovaném poskytovatelem) a je časově neomezená. Cílem je umožnit člověku zůstat ve vlastním domácím prostředí.

Příloha č. 2 - Tabulky

Tabulka č.1 - Míra odpovědnosti státu v péči o staré lidi

míra odpovědnosti státu	%
plná odpovědnost	28
významná odpovědnost	42
má odpovědnost	23
malá odpovědnost	6
žádná odpovědnost	1

Zdroj: PPA II – ČR

Tabulka č. 2 - Zařízení sociální péče pro seniory

Rok	ukazatel	Domovy důchodců	Domovy - pensiony pro důchodce
1994	Počet zařízení	290	106
	Počet míst	32 798	10 159
	Počet neusp. žadatelů	17 009	9 493
1995	Počet zařízení	290	124
	Počet míst	32 305	11 549
	Počet neusp. žadatelů	18 549	12 364
1996	Počet zařízení	303	137
	Počet míst	33 779	11 969
	Počet neusp. žadatelů	21 609	17 612
1997	Počet zařízení	314	146
	Počet míst	34 436	12 593
	Počet neusp. žadatelů	23 454	17 612
1998	Počet zařízení	320*	150
	Počet míst	35 218	12 593
	Počet neusp. žadatelů	25 431	18 443
1999	Počet zařízení	333*	148
	Počet míst	35 656	12 126
	Počet neusp. žadatelů	27 243	19 678
2000	Počet zařízení	343***	148
	Počet míst	36 662	12 129
	Počet neusp. žadatelů	28 784	20 652
2001	Počet zařízení	352****	150
	Počet míst	36 612	12 432
	Počet neusp. žadatelů	34 763	22 148
2002	Počet zařízení	360****	148
	Počet míst	37 686	12 382
	Počet neusp. žadatelů	33 222	17 601
2003	Počet zařízení	378*****	144
	Počet míst	39 331	11 487
	Počet neusp. žadatelů	50 192	25 389

- * jsou zde zahrnuta i 4 společná zařízení DD a DPD
 *** je zde zahrnuto i 5 společných zařízení DD a DPD
 **** je zde zahrnuto i 6 společných zařízení DD a DPD
 ***** je zde zahrnuto i devět společných zařízení DD a DPD

Tabulka č. 3 - Zařízení sociální péče pro osoby se zdravotním postižením

Rok	ukazatel	Ústavy pro osoby se zdravotním postižením		
		dospělé	mládež	
1994	Počet zařízení	71	174	12
	Počet míst	5 994	487	
	Počet neusp. žadatelů	1 012	1 335	
1995	Počet zařízení	76	176	12
	Počet míst	6 448	651	
	Počet neusp. žadatelů	817	1 157	
1996	Počet zařízení	75	182	12
	Počet míst	6 402	803	
	Počet neusp. žadatelů	1 535	785	
1997	Počet zařízení	76	181	11
	Počet míst	6 563	906*	
	Počet neusp. žadatelů	1 649	17 612	
1998	Počet zařízení	75	181	12
	Počet míst	6 585	470*	
	Počet neusp. žadatelů	1 816	741	
1999	Počet zařízení	78	185	12
	Počet míst	6 743	468*	
	Počet neusp. žadatelů	2 122	792	
2000	Počet zařízení	81	182	13
	Počet míst	7 022	119*	
	Počet neusp. žadatelů	2 642	20 652	
2001	Počet zařízení	84	184	13
	Počet míst	7 059	116	
	Počet neusp. žadatelů	2 987	610	
2002	Počet zařízení	88	186	13
	Počet míst	7 065	176	
	Počet neusp. žadatelů	3 241	400	
2003	Počet zařízení	98	7 173	12
	Počet míst	744	056	
	Počet neusp. žadatelů	3 477	792	

* jedná se pouze o lůžková zařízení (bez denních pobytů)

Zdroj: MPSV

Tabulka č.4 - Porovnání výše průměrné úhrady na výši průměrných výdajů u vybraných typů služeb v r. 2003

	průměrná výše výdajů na 1 obyvatele měsíčně (Kč)	Prům. výše úhrady na 1 obyvatele měsíčně (Kč)	podíl úhrady na prům. výdajích (v %)
domovy důchodců	14 438	5 442	37,57
domovy penzióny pro důchodce	5 844	2 064	35,32
ÚSP pro dospělé	16 480	5 401	32,51
ÚSP pro mládež	17 486	3 516	20,1

Zdroj: MPSV

Tabulka č. 5 - Finanční transfery ze státního rozpočtu (kapitoly 313 - MPSV a kapitoly Všeobecná pokladní správa) v tis. Kč v roce 2004

Dotacíní titul	Kraje	Obce	Poskytovatelé	Celkem
Dotace krajům a obcím na výkon zřizovatelských funkcí	4 811 282	26 113	0	4 837 395
Dotace obcím na lůžko (domovy důchodců a ústavy sociální péče)	0	1 275 049	0	1 275 049
Dotace NNO poskytujícím sociální služby	403 080 *)	0	918 419	1 321 499
Výdaje ústavů sociální péče zřízených ministerstvem	0	0	343 955	343 955

*) dotace je zahrnuta v dotacích na financování běžného a investičního rozvoje územně samosprávných celků, které jsou poskytovány z kapitoly Všeobecná pokladní správa.

Zdroj: MPSV

Tabulka č. 6 - Vývoj podílu průměrné výše úhrady na neinvestičních výdajích v domovech důchodců v letech 1995 - 2002

	neinvestiční výdaje v domovech důchodců (Kč/měs.)	průměrná výše úhrady občana (Kč/měs.)	podíl úhrady na neinvestičních výdajích (v %)
1995	7 650	2 062	26,96
1996	8 728	2 509	28,75
1997	9 258	3 436	37,11
1998	10 030	3 999	39,87
1999	10 974	4 434	40,4
2000	11 402	4 619	40,51
2001	12 728	5 030	39,52
2002	13 751	5 342	38,85

Zdroj: MPSV

Tabulka č. 7 - Dotace NNO na provoz služeb dlouhodobé péče v roce 2003

Typ sociální služby	celková dotace - poskytnuto	celková dotace - vyplaceno*
azylové domy	141 823 400	141 823 400
chráněné bydlení	36 066 000	36 066 000
centra denních služeb	222 254 900	222 254 900
domovy a penziony	375 937 800	370 876 800
osobní asistence	47 417 016	47 351 524
odlehčovací služby/respitní péče	3 735 000	3 735 000
podporované bydlení	2 413 000	2 413 000
pečovatelská služba	83 569 400	82 928 400

* ve vyplacené dotaci je promítnuta vratka

Zdroj: MPSV