

Univerzita Karlova v Praze

Přírodovědecká fakulta
Katedra demografie a geodemografie



**ODHAD VÝVOJE POPTÁVKY PO ZAŘÍZENÍCH
SOCIÁLNÍ PÉČE PRO SENIORY
V ČESKÉ REPUBLICĚ**

Diplomová práce

Markéta Chýlová

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně, pod vedením školitele RNDr. Borise Burcina, Ph.D., a že jsem všechny použité prameny řádně citovala.

Jsem si vědoma toho, že případné využití výsledků, získaných v této práci, mimo Univerzitu Karlovu v Praze je možné pouze po písemném souhlasu této univerzity.

Svoluji k zapůjčení této práce pro studijní účely a souhlasím s tím, aby byla řádně vedena v evidenci vypůjčovatelů.

V Praze dne 7. 9. 2009

.....

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému konzultantovi, RNDr. Borisi Burcinovi, Ph.D., za vedení diplomové práce, jeho cenné rady a připomínky. Děkuji rovněž pracovníkům pečovatelské služby a domovů pro seniory, kteří mi poskytli informace o uživatelích těchto služeb. V neposlední řadě patří mé poděkování zaměstnancům Ministerstva práce a sociálních věcí za poskytnutí potřebných dat a metodologického vysvětlení.

Odhad vývoje poptávky po zařízeních sociální péče pro seniory v České republice

Abstrakt

Stěžejní náplní této diplomové práce je odhad počtu závislých osob starších 65-ti let a uživatelů domovů pro seniory stejného věku do roku 2035. Závislost je zde definována podle znění zákona o sociálních službách z roku 2006 ve smyslu vzniklého nároku na příspěvek na péči. Za použití dat o příjemcích příspěvku na péči byly vypočteny tři varianty odhadu závislé populace na základě různého předpokladu o vývoji závislosti. K odhadu uživatelů domovů pro seniory bylo vedle těchto dat využito informací o pohlavní a věkové struktuře získaných z výběrového šetření. Předchozí části práce pojednávají o demografickém stárnutí, hlavních prvcích systému sociálních služeb a nejobvyklejších sociálních službách pro seniory. Samostatná kapitola je věnována některým faktorům, které poptávku po sociálních službách ovlivňují (zdravotní a rodinný stav, vzdělání, neformální péče) a analýze dat o příspěvku na péči pocházejících z informačního registru Ministerstva práce a sociálních věcí.

Klíčová slova: sociální služby, domov pro seniory, závislá populace, příspěvek na péči

The estimated development of demand for senior care in the Czech Republic

Abstract

This diploma thesis presents an estimation of the population of dependents aged 65 years and older and of nursing home residents of the same age group up to the year 2035. Dependency is defined according to the social services law of 2006 as the entitlement to a cash allowance designated for social care. Data on beneficiaries of the cash allowance were employed to estimate the future population of dependents and nursing home users. Three variants of calculations were made. They differ in the assumption about the development of dependency in the future. A sample survey was carried out to find out the age and gender structure of the nursing home population and information gained was also used to estimate the future number of nursing homes' users. The initial chapters are devoted to demographic ageing, the system of social services and the most commonly used social services by seniors. One chapter presents important features that influence demand for social services (health status, marital status, educational level and informal care). Another chapter analyses data on cash allowances provided by the Ministry of Labour and Social Affairs.

Keywords: social services, nursing home, dependent population, cash allowance

OBSAH

Seznam tabulek.....	7
Seznam obrázků.....	9
Úvod	11
1 Demografické stárnutí populace.....	13
1.1 Vymezení věkové hranice stáří	14
1.2 Ukazatele demografického stárnutí	15
1.3 Situace v České republice.....	15
2 Sociální služby.....	18
2.1 Mezinárodní srovnání sociálních služeb	18
2.2 Sociální služby v České republice	20
2.2.1 Legislativní úprava sociálních služeb.....	20
2.2.2 Příspěvek na péči	20
2.2.3 Financování sociálních služeb.....	25
2.2.4 Plánování sociálních služeb	26
2.2.4.1 Krajské střednědobé plány rozvoje sociálních služeb.....	27
2.2.4.2 Národní strategie rozvoje sociálních služeb	28
2.3 Seniors nejčastěji využívané sociální služby	30
2.4 Jiné formy pomoci seniorům	31
2.5 Pečovatelská služba a domovy pro seniory	34
2.5.1 Pečovatelská služba	34
2.5.2 Domovy pro seniory	38
3 Faktory ovlivňující poptávku po sociálních službách	45
3.1 Zdravotní stav	45
3.1.1 Vývoj nemocnosti a disability.....	47
3.2 Vzdělání	50
3.3 Rodinný stav	51
3.4 Neformální péče	53
3.5 Populační prognózy	54
4 Analýza dat o příjemcích příspěvku na péči	58
4.1 Náklady na příspěvek na péči	66

5 Odhad vývoje závislé populace a uživatelů domovů pro seniory	68
5.1 Výchozí data	68
5.2 Varianta konstantní	70
5.2.1 Náklady na příspěvek na péči	72
5.3 Alternativní scénáře	74
5.3.1 Varianta 1	75
5.3.2 Varianta 2	76
5.3.3 Náklady alternativních scénářů	78
5.4 Odhad počtu uživatelů domovů pro seniory	80
5.4.1 Výběrové šetření	81
5.4.2 Výchozí informace k odhadu počtu uživatelů domovů pro seniory	84
Závěr	87
Seznam použité literatury.....	89
Přílohy	94

SEZNAM TABULEK

Tab. 1	Vývoj věkové struktury obyvatelstva a srovnávacích indexů v období 1993–2035 (v letech 2010–2035 dle projekce ČSÚ).....	16
Tab. 2	Vybrané informace o domech s pečovatelskou službou v letech 1998–2006.....	33
Tab. 3	Počet a lůžková kapacita zařízení LDN a hospiců v letech 2000–2007.....	33
Tab. 4	Výdaje na pečovatelskou službu v letech 2000–2007.....	36
Tab. 5	Počet obyvatel starších 65 let na 1 místo v domovech pro seniory a neuspokojení žadatelé podle krajů v roce 2007.....	40
Tab. 6	Relace mezi celkovým počtem neuspokojených žadatelů a přednostních žadatelů o umístění v domově důchodců v letech 1998–2006.....	41
Tab. 7	Výdaje v domovech pro seniory a domovech-penzionech pro seniory v letech 2000–2007.....	42
Tab. 8	Věkové složení uživatelů domovů důchodců a domovů-penzionů pro důchodce v letech 2004–2008.....	43
Tab. 9	Podíl uživatelů domovů důchodců a domovů-penzionů pro důchodce ve své věkové kategorii.....	44
Tab. 10	Subjektivní hodnocení zdraví mužů a žen ve věku nad 65 let podle SILC v letech 2005–2007.....	47
Tab. 11	Složení obyvatelstva ve věku nad 65 let podle rodinného stavu v letech 2002–2030 v %....	52
Tab. 12	Složení obyvatelstva ve věku nad 85 let podle rodinného stavu v letech 2002–2030 v %....	52
Tab. 13	Počet a podíl obyvatelstva staršího 65 a 80 let podle ČSÚ a Eurostatu.....	56
Tab. 14	Míry závislosti podle pohlaví a věku na 1 000 obyvatel a index maskulinity v závislé populaci v roce 2007 a 2008.....	61
Tab. 15	Struktura příjemců příspěvku na péči podle stupně závislosti a věku v roce 2007 a 2008, muži.....	62
Tab. 16	Struktura příjemců příspěvku na péči podle stupně závislosti a věku v roce 2007 a 2008, ženy.....	62
Tab. 17	Využití příspěvku na péči podle formy sociální služby v roce 2008, muži.....	64
Tab. 18	Využití příspěvku na péči podle formy sociální služby v roce 2008, ženy.....	64
Tab. 19	Míry závislosti podle stupně závislosti a věku na 1 000 obyvatel v roce 2008.....	69
Tab. 20	Vývoj zastoupení věkových skupin obyvatelstva na celkovém počtu závislé populace ve věku nad 65 let, muži, 2008–2035, varianta konstantní-ČSÚ.....	71

Tab. 21	Vývoj zastoupení věkových skupin obyvatelstva na celkovém počtu závislé populace ve věku nad 65 let, ženy, 2008–2035, varianta konstantní-ČSÚ	71
Tab. 22	Porovnání nákladů na příspěvek na péči v letech 2010–2035 s rokem 2008, varianta konstantní-ČSÚ a konstantní-Eurostat	73
Tab. 23	Rozdíl počtu závislých mužů ve variantě 1 oproti variantě konstantní-ČSÚ v %	76
Tab. 24	Rozdíl počtu závislých žen ve variantě 1 oproti variantě konstantní-ČSÚ v %	76
Tab. 25	Rozdíl počtu závislých mužů ve variantě 2 oproti variantě konstantní-ČSÚ v %	77
Tab. 26	Rozdíl počtu závislých žen ve variantě 2 oproti variantě konstantní-ČSÚ v %	77
Tab. 27	Rozdíl nákladů na příspěvek na péči ve variantě 1 oproti variantě konstantní-ČSÚ, 2010–2035	79
Tab. 28	Rozdíl nákladů na příspěvek na péči ve variantě 2 oproti variantě konstantní-ČSÚ, 2010–2035	79
Tab. 29	Počet uživatelů domovů pro seniory a jejich pohlavní a věková struktura v roce 2008.....	83

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1	Vývoj naděje dožití mužů a žen ve věku 65 let v období 1950–2008	17
Obr. 2	Počet příjemců příspěvku na péči využívajících pobytové služby v roce 2007	23
Obr. 3	Počet příjemců příspěvku na péči využívajících pobytové služby v roce 2008	23
Obr. 4	Vývoj počtu domů s pečovatelskou službou a bytových jednotek v letech 1975–2006.....	32
Obr. 5	Vývoj počtu uživatelů pečovatelské služby v letech 1975–2007	35
Obr. 6	Vývoj počtu míst a neuspokojených žadatelů v domovech důchodců a v domovech- penzionech pro důchodce v letech 1990–2006.....	39
Obr. 7	Prognózovaný vývoj mužů starších 65-ti let oproti 2008, ČSÚ	57
Obr. 8	Prognózovaný vývoj žen starších 65-ti let oproti 2008, ČSÚ	57
Obr. 9	Prognózovaný vývoj mužů starších 65-ti let oproti 2008, Eurostat.....	57
Obr. 10	Prognózovaný vývoj žen starších 65-ti let oproti roku 2008, Eurostat.....	57
Obr. 11	Počet příjemců příspěvků na péči v roce 2007, 2008 a první polovině 2009.....	59
Obr. 12	Počet příjemců příspěvku na péči v letech 2007, 2008 a první polovině 2009, muži.....	60
Obr. 13	Počet příjemců příspěvku na péči v letech 2007, 2008 a první polovině 2009, ženy	60
Obr. 14	Formy využití příspěvku – I. stupeň, muži	65
Obr. 15	Formy využití příspěvku – II. stupeň, muži.....	65
Obr. 16	Formy využití příspěvku – III. stupeň, muži	65
Obr. 17	Formy využití příspěvku – IV. stupeň, muži.....	65
Obr. 18	Formy využití příspěvku – I. stupeň, ženy	66
Obr. 19	Formy využití příspěvku – II. stupeň, ženy	66
Obr. 20	Formy využití příspěvku – III. stupeň, ženy.....	66
Obr. 21	Formy využití příspěvku, IV. stupeň, ženy	66
Obr. 22	Vývoj počtu závislých mužů starších 65-ti let, 2008–2035, varianta konstantní-ČSÚ	70
Obr. 23	Vývoj počtu závislých žen starších 65-ti let, 2008–2035, varianta konstantní-ČSÚ	70
Obr. 24	Vývoj počtu závislých mužů starších 65-ti let, 2008–2035, varianta konstantní-Eurostat	72
Obr. 25	Vývoj počtu závislých žen starších 65-ti let, 2008–2035, varianta konstantní-Eurostat	72
Obr. 26	Náklady na příspěvek na péči, 2008–2035, varianta konstantní-ČSÚ	73
Obr. 27	Náklady na příspěvek na péči, 2008–2035, varianta konstantní-Eurostat.....	73
Obr. 28	Vývoj počtu závislých osob starších 65-ti let podle varianty 1	78
Obr. 29	Vývoj počtu závislých osob starších 65-ti let podle varianty 2	78
Obr. 30	Vývoj počtu závislých osob starších 65-ti let podle varianty konstantní-ČSÚ	78

Obr. 31	Náklady na příspěvek na péči, 2008–2035, varianta 1.....	80
Obr. 32	Náklady na příspěvek na péči, 2008–2035, varianta 2.....	80
Obr. 33	Náklady na příspěvek na péči, 2008–2035, varianta konstantní-ČSÚ	80
Obr. 34	Počet uživatelů domovů pro seniory, muži, varianta 1, 2008–2035	85
Obr. 35	Počet uživatelů domovů pro seniory, ženy, varianta 1, 2008–2035	85
Obr. 36	Počet uživatelů domovů pro seniory, muži, varianta 2, 2008–2035	85
Obr. 37	Počet uživatelů domovů pro seniory, ženy, varianta 2, 2008–2035	85
Obr. 38	Počet uživatelů domovů pro seniory, muži, varianta konstantní-ČSÚ, 2008–2035.....	85
Obr. 39	Počet uživatelů domovů pro seniory, ženy, varianta konstantní-ČSÚ, 2008–2035	85

Úvod

Předkládaná diplomová práce se v celé své šíři zabývá obyvatelstvem ve věku nad 65 let a reaguje na jeden z aspektů, které přináší demografické stárnutí populace. Na jednu stranu svědčí dlouhověkost o vyspělosti lidské civilizace a měla by být chápána jako pozitivní přínos pro každého jedince, na stranu druhou bývá často stárnutí společnosti zjednodušeně chápáno jako problém přinášející především zvýšené veřejné výdaje. V dnešní společnosti bývá dosažení věku 65 let často chápáno jako dosažení hranice důchodového věku a tedy ukončení pracovní činnosti a příjmů z nich plynoucích. Zejména ve státech západní civilizace byly v minulosti zavedeny různě štědré důchodové systémy, které slouží k finančnímu zabezpečení obyvatelstva po odchodu do penze. Výdaje spojené s jejich financováním, stejně jako výdaje na zdravotnictví budou v důsledku rostoucího počtu obyvatel v seniorském věku pravděpodobně vzrůstat. Náš zájem o stárnoucí společnost by neměl vycházet jen z ekonomického pohledu narůstajících nákladů, ale i z hlediska měnících se potřeb společnosti. Potřeby jedinců různých věkových kategorií se výrazně liší, ať už se jedná o potřeby fyzického rázu, bydlení, volnočasové aktivity či jiné oblasti lidského života. Na každý pád s sebou změna věkového složení společnosti ve prospěch starších věkových skupin přináší mnoho změn, na které bychom se měli s předstihem připravit, aby v důsledku nepřipravenosti nedocházelo ke klesající životní úrovni obyvatelstva.

Moderní státy západoevropského typu se vedle finančního zabezpečení seniorů zaručují o sociální blaho svých obyvatel (nehledě na věk) a vysoký standard životní úrovně. S rostoucím věkem dochází častěji ke ztrátě vlastní soběstačnosti a nutnosti pomoci s každodenními činnostmi od druhých lidí. Pokud tuto pomoc nemůže z jakéhokoli důvodu zajistit rodina či jiná blízká osoba, obracíme se obvykle (s důvěrou) na stát, jenž skrze profesionální pomoc zajišťuje sociální služby pro své občany, kteří se ocitnou v potřebné situaci. Sociální služby jsou obecně poskytovány za účelem sociálního začleňování a jako prevence sociálního vyloučení. Seniorům, kteří v České republice představují největší zastoupení mezi uživateli sociálních služeb, umožňují zejména přizpůsobit svůj zdravotní stav každodennímu životu a přes vzniklé potíže pocítovat co nejmenší míru omezení. V předkládané diplomové práci proto největší pozornost věnujeme dvěma typům sociálních služeb, které patří mezi seniory k nejvyužívanějším, a sice pečovatelské službě a domovům pro seniory. Jejím hlavním cílem pak je sestavení kvalifikovaného odhadu potenciálního počtu uživatelů těchto služeb.

Zaměření a hlavnímu cíli práce je podřízen její obsah. Úvodní část krátce nastiňuje problematiku demografického stárnutí, zastavuje se u jeho příčin, popisuje aktuální stav a očekávaný vývoj podle prognostických předpokladů v České republice.

Druhá kapitola popisuje systém fungování sociálních služeb v České republice. Nejvýraznější změnu v uplynulých letech představovalo přijetí dlouho očekávaného zákona o sociálních službách z roku 2006. S platností tohoto zákona se změnil systém financování sociálních služeb, kompetence administrativních celků a jejich povinnosti. Změnila se také klasifikace sociálních služeb, jejich rozlišení a přesně definovaná náplň činnosti. Zákon dále představil jednu z nejvýznamnějších novinek na poli sociálních služeb, a sice příspěvek na péči, který jeho příjemce může využít k úhradě služeb poskytovaných formálními službami (definovanými zákonem) či dle svého uvážení neformálnímu pečovateli, který mu potřebnou pomoc zajišťuje. Kapitola nevynechává ani současné trendy a strategie uplatňované v sociálních službách, z nichž jako nejdůležitější jmenujme transformaci pobytových zařízení spojenou s deinstitucionalizací. Další součástí kapitoly je stručné popsání sociálních služeb využívaných seniory, která se děle zastavuje u pečovatelské služby a domovů pro seniory. Zmiňuje i další zařízení, která nepatří do sociálních služeb, ale která jsou se seniory úzce spjata (domy s pečovatelskou službou či hospice).

Následující kapitola, nazvaná „Faktory ovlivňující poptávku po sociálních službách“, shrnuje nejdůležitější proměnné, které hrají roli při rozhodování o využití sociálních služeb. Na prvním místě se věnuje zdravotnímu stavu jako proměnné přímo ovlivňující soběstačnost a zajištění péče o vlastní osobu. Dále podrobněji zahrnuje rodinný stav, vzdělání a neformální péči jako faktor podílející se na volbě formálního poskytovatele sociálních služeb. Budoucí počet obyvatelstva potřebující pomoc jiné fyzické osoby závisí především na vývoji zdravotního stavu a na vztahu mezi disabilitou a úmrtností. U každého z diskutovaných faktorů se pokoušíme nastínit pravděpodobný vývoj v dalších letech. Poslední oddíl této kapitoly patří populačním prognózám. Výběr populační prognózy pro odhad závislé populace je velice důležitým kritériem, který ovlivňuje celkový výsledek.

Čtvrtá kapitola analyzuje data o příjemcích příspěvku na péči podle pohlaví, věku, stupně závislosti a formy využívané služby. Tato data pocházejí z informačního systému o příspěvku na péči spravovaného Ministerstvem práce a sociálních věcí. V této části připravujeme vstupní data pro odhad počtu závislé populace a uživatelů domovů pro seniory v závěrečné kapitole, která je stěžejním výsledkem celé předkládané práce. Na základě detailního seznámení se s datovou základnou a systémem sociálních služeb v České republice vytváříme tři varianty vývoje závislé populace, které se liší ve svých předpokladech. Pro odhad uživatelů domovů pro seniory, který vychází ze odhadu závislé populace, jsme si museli pomoci výběrovým šetřením zaměřeným na pohlavní a věkovou strukturu uživatelů domovů pro seniory. Cenné výsledky, které nám toto šetření poskytlo, jsou rovněž popsány v jednom z oddílů šesté kapitoly.

V závěru jsou shrnuty hlavní výsledky předložené práce. Nedílnou součástí jsou i přílohy uvedené na konci diplomové práce, které zobrazují odhadované počty závislých osob a uživatelů domovů pro seniory podle jednotlivých variant.

Kapitola 1

Demografické stárnutí populace

Demografickým stárnutím populace rozumíme rostoucí zastoupení starších věkových skupin na celkové populaci doprovázené změnou poměru mezi zastoupením nejmladší a nejstarší složky obyvatelstva, což je způsobeno změnou charakteru demografické reprodukce. První významnou proměnou prošla demografická reprodukce v období, které nazýváme demografickou revolucí. K urychlení procesu demografického stárnutí dále došlo ve vyspělých zemích v době po druhé světové válce, kdy došlo k trvalému poklesu plodnosti a výraznému prodlužování naděje dožití.

Odlíšnému modelu plodnosti se detailně věnuje teorie tzv. druhého demografického přechodu, která zachycuje proměnu hodnotové orientace směřující k individualismu způsobující mimo jiné i změnu rodinného chování, která se projevila také v poklesu intenzity plodnosti. Tento trend byl poprvé pozorován v zemích severní a západní Evropy přibližně na konci 60. let 20. století, později byl zachycen i v jiných zemích a lze předpokládat, že jeho geografické rozšíření se ještě zvětší. Tam, kde k přechodu došlo, klesla úroveň plodnosti pod hranici prosté reprodukce, která odpovídá hodnotě úhrnné plodnosti přibližně 2,1 živě narozeného dítěte na jednu ženu za celé její reprodukční období. Ani po určité stabilizaci se úroveň plodnosti již nevrátila nad hodnotu prosté reprodukce. V důsledku poklesu intenzity plodnosti se snížil absolutní počet dětské složky obyvatelstva.

Rovněž proces úmrtnosti prošel v minulém století výraznou proměnou, která se projevila ve stárnutí populace. Úroveň úmrtnosti se zlepšovala v každém věku u obou pohlaví, nejvýrazněji u dětí do 1 roku věku (kojenecká úmrtnost), později se stěžejními staly změny u obyvatelstva staršího 40 let. V budoucnosti bude intenzita úmrtnosti s největší pravděpodobností nejvýrazněji klesat u obyvatelstva staršího věku. Pozitivní vývoj měř úmrtnosti znamenal prodlužující se naděje dožití pro muže i ženy (ve vyspělých zemích v období druhé poloviny 20. století probíhal rychlejší nárůst u žen, v budoucnosti se očekává snižování rozdílů mezi oběma pohlavími v důsledku rychlejšího poklesu měř úmrtnosti pro muže). Zatímco naděje dožití při narození ve vyspělých státech byla v roce 1950 přibližně 63 let pro muže a 68 let pro ženy (United Nations Population Division, 2009), v roce 2008 nabýval stejný ukazatel hodnoty 74 let pro muže, respektive 81 let pro ženy (2008 World Population Data Sheet, 2008). I mezi vyspělými státy podléhá naděje dožití regionální diferenciaci s nižšími hodnotami ve státech bývalého socialistického bloku.

Migrace, jako jedna z hlavních složek demografického vývoje, je ve státech západní civilizace často považována za lék proti stárnutí populace. Mnozí laici i odborníci se domnívají, že příliv imigrantů v produktivním věku zabrání klesajícímu počtu ekonomicky aktivního obyvatelstva a pomůže tak zvrátit nepříznivý poměr mezi ekonomicky aktivní a závislou složkou obyvatelstva. Této alternativě náhrady obyvatelstva se věnuje tzv. koncept náhradové migrace. Za různě definovaných předpokladů se snaží odhadnout objem imigračních toků, který by zajistil kompenzaci poklesu obyvatelstva (se zaměřením na ekonomicky aktivní obyvatelstvo) přirozenou měnou. Jak ale některé provedené studie ukazují, imigrace by jen stěží mohla efektivně vyřešit problém demografického stárnutí (Burcin, Kučera, 2007).

Stárnutí obyvatelstva se zdaleka netýká jen vyspělých zemí, jeho projevy najdeme prakticky na celém světě. V rozvojových zemích s objevujícími se známkami stárnutí navíc k tomuto procesu dochází rychleji než se doposud dělo ve vyspělých zemích. Podle populačních prognóz se demografické stárnutí světové populace nezastaví ani v první polovině tohoto století.

1.1 Vymezení věkové hranice stáří

Věk, kdy se člověk stává starým, není zcela jednoznačný a jeho hranice podléhá subjektivnímu názoru každého z nás. O demografickém stárnutí se v mezinárodním kontextu nejčastěji mluví ve spojitosti s rostoucím zastoupením věkové skupiny nad 60 či 65 let. Tyto hranice se jeví jako účelové, neboť se v mnoha zemích vážou na věk odchodu do důchodu, tedy ukončení ekonomicky aktivní fáze života. A jak se na hodnocení stáří dívají samotní občané České republiky? Z výběrového šetření Population Policy Acceptance II, které u nás proběhlo v roce 2001, vyplývá, že nejčastěji se lidé pro vnímání jedince jako starého rozhodují podle jeho fyzického stavu, věku, ztráty duševní svěžesti a ztráty soběstačnosti. Hodnocení člověka jako starého velmi závisí na věku respondenta – čím starší respondent, tím výše posouvá věkovou hranici stáří.

Tato práce bude zaměřena na věkovou skupinu s dolní hranicí 65-ti let – jednak pro možnost lepšího mezinárodního srovnání s jinými studiemi, které se věnují tématu poptávky po sociálních službách pro seniory, ale také s ohledem na to, že i v České republice byla uzákoněna novela odchodu do důchodu v tomto věku pro většinu populace (platí pro všechny muže a pro ženy s jedním dítětem či bezdětné narozené po roce 1968)¹. Z hlediska využití sociálních služeb se důležitým mezníkem stává věk přibližně kolem 75. roku života, kdy dochází ke zrychlenému nárůstu závislé populace, jak si ukážeme později.

¹ mezinárodní zkušenost ukazuje, že i v případě zákonem stanoveného věku 65-ti let odchodu do důchodu využívají občané velmi často možnosti předčasného odchodu do důchodu

1.2 Ukazatele demografického stárnutí

Populační stárnutí lze vyjádřit několika způsoby. Vedle podílu populace starší 65-ti let na celkovém počtu obyvatelstva se běžně používají i další ukazatele, které znázorňují vzájemné relace mezi hlavními věkovými složkami obyvatel. Jedná se o index stáří, index závislosti a index ekonomické zátěže. Index stáří vztahuje počet obyvatel starších 65-ti let k počtu dětí ve věku 0–14 let a udává, kolik starších osob připadá na 100 nezletilých ve věku 0–14 let. Index ekonomické zátěže vyjadřuje podíl celkového počtu ekonomicky neaktivního obyvatelstva (tedy součet složek 0–14 a 65+) a ekonomicky aktivního obyvatelstva. Index závislosti udává buďto kolik dětí připadá na 100 osob ve věku 15–64 let (obvykle pod označením index závislosti I) nebo počet osob starších 65 let na 100 osob produktivního věku (obvykle pojmenován jako index závislosti II). Indexy závislosti tedy ukazují, jakým dílem se obě složky ekonomicky neaktivního obyvatelstva podílejí na celkovém ekonomickém zatížení populace ve věku 15–64 let². Pro snadno interpretovatelné zobrazení stárnoucí populace lze použít i průměrný věk obyvatelstva, který však může být ovlivněn asymetričností struktury obyvatelstva podle věku.

V rámci obyvatelstva staršího 65-ti let stojí za zvláštní povšimnutí vývoj skupiny ve věku 80 let a více, která znázorňuje rostoucí délku života. Obyvatelstvo věkové kategorie 80+ často pojmenováváme jako „oldest-old“ a jeho zastoupení na celkové populaci vyjádřené v procentech bývá rovněž používáno pro zobrazení demografického stárnutí. Výsledky populačních prognóz ukazují, že ve vyspělých státech to bude právě tato skupina, která ze všech věkových kategorií poroste nejrychleji. Podle Eurostatu se v zemích Evropské unie populace starší 80-ti let ztrojnásobí do roku 2060 a na celkové populaci se bude podílet 12 % (Eurostat, 2009). Na prognózovaném počtu osob starších 80-ti let rozděleném podle pohlaví lze dobře sledovat, jak se bude projevovat snižování rozdílu mezi nadějí dožití u mužů a žen na zastoupení obou pohlaví v této skupině. Podíl žen mezi obyvatelstvem ve věkové skupině 80+ se bude snižovat s tím, jak bude přibývat mužů, kteří se dožijí tohoto věku. V roce 2008 tvořily ženy v Evropské unii téměř 70% podíl této složky obyvatelstva, který se se vzdalujícím obdobím od prahu prognózy bude snižovat a podle očekávání Eurostatu se do roku 2060 sníží na 58 % (Eurostat, 2009).

1.3 Situace v České republice

Dosud se Česká republika v rámci Evropy řadila k zemím se spíše příznivější situací s ohledem na demografické stárnutí. S tím, ale již v příštích několika letech se zařadí mezi země s nejrychleji stárnoucí populací. Zatímco na počátku 90. let 20. století tvořila složka

² Věkové hranice třech základních věkových skupin obyvatelstva lze pro účel sestavení zmíněných indexů posouvat dle potřeby – například s ohledem na to, že nezletilí ve věku 14–18 z velké části nejsou ještě ekonomicky aktivní, se hranice dětské složky posouvá na 0–18 let a produktivní potom na 19–64 let. Stejně tak se možná v budoucnosti objeví vyšší hranice pro postproduktivní skupinu s tím, jak se bude zlepšovat celková životní úroveň těchto obyvatel, jejich ekonomická aktivita a životní etapa stáří se bude posunovat do vyššího věku.

obyvatelstva staršího 65 let méně než 13 %, v loňském roce její podíl dosáhl už téměř 15 %. Podíl dětské složky na celkovém obyvatelstvu překonal podíl populace starší 65-ti let v roce 2007. V současné době vstupují do námi studovaného období života početnější ročníky narozené na konci druhé světové války a v příštích několika letech to budou narození v době tzv. poválečného baby boomu. Ač na území dnešního Česka netrval poválečný vzestup počtu narozených tak dlouho jako v jiných západoevropských zemích, bude mít na stárnutí naší populace nemalý vliv. V blízké budoucnosti lze tedy očekávat další zrychlený nárůst počtu obyvatelstva ve věku 65 let a více. Další silnou vlnu přechodu obyvatelstva do věku nad 65 let zažije Česko s tím, jak do tohoto věku budou vstupovat generace narozené v 70. letech 20. století, v období dočasně nadprůměrně zvýšené plodnosti, k čemuž dojde ke konci 30. let 21. století a v první polovině následujícího desetiletí. Podle projekce Českého statistického úřadu dosáhne podíl skupiny obyvatelstva staršího 65-ti let už v roce 2020 jedné pětiny celkové populace a do roku 2035 se nadále zvýší na jednu čtvrtinu (ČSÚ, 2009). Nárůst podílu skupiny 65+ bude podle ČSÚ současně doprovázen nepřetržitým poklesem podílu obyvatelstva ve věku 15–64 let. Zprvu mírně se zvyšující zastoupením skupiny 0–14 let (přibližně do roku 2021) bude posléze vystřídáno poklesem. Index stáří, který se v roce 2007 přehoupl přes 100 osob starších 65-ti let na 100 osob ve věku 0–14 let by se do roku 2035 podle ČSÚ vyšplhal až na 188. Ač se výsledky různých prognóz obyvatelstva České republiky liší v důsledku rozdílných předpokladů plodnosti, úmrtnosti a migrace jak ve velikosti, tak i struktuře celkové populace, shodnou se na tom, že populačnímu stárnutí se Česká republika v budoucnosti nevyhne (Šídlo, Tesárková, 2009; Chýlová, 2006). Hodnoty vybraných ukazatelů stárnutí a zastoupení hlavních věkových skupin v některých letech ilustruje přináší tabulka 1.

Tab. 1 – Vývoj věkové struktury obyvatelstva a srovnávacích indexů v období 1993–2035 (v letech 2010–2035 dle projekce ČSÚ)

Rok	Podíly skupin			Index			
	0–14	15–64	65+	stáří	ekon. zátěže	závislosti I	závislosti II
1993	19,7	67,3	12,9	65,6	48,5	29,3	19,2
1998	17,2	69,1	13,7	79,4	44,7	24,9	19,8
2008	14,2	71,1	14,7	103,8	40,7	20,0	20,7
2010	14,2	70,6	15,2	107,1	41,7	20,1	21,6
2015	15,1	67,2	17,7	117,1	48,8	22,5	26,3
2020	15,6	64,4	20,1	128,7	55,4	24,2	31,2
2025	14,9	63,4	21,7	145,6	57,7	23,5	34,2
2030	13,8	63,1	23,1	166,8	58,5	21,9	36,6
2035	13,0	62,5	24,5	187,8	60,0	20,8	39,1

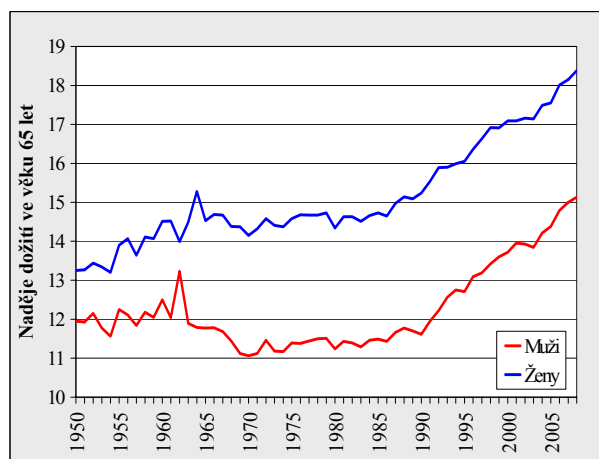
Poznámky: šedivě zbarvené údaje vychází ze střední varianty projekce ČSÚ z roku 2009

Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

V České republice stojí za zvyšujícím se podílem skupiny starších 65-ti let souhra prudkého poklesu porodnosti a stále se snižující intenzity úmrtnosti, zejména ve vyšším věku u obou pohlaví. I přesto, že prognostici předpovídají zvyšování intenzity plodnosti, hodnota úhrnné plodnosti se nepřiblíží k hranici prosté reprodukce obyvatelstva (a to ani ve vysoké variantě prognózy). Vývoj úmrtnosti byl v České republice v minulém století ovlivněn celkově nižší

životní úrovní ve srovnání se západoevropskými zeměmi způsobenou komunistickým režimem. Zatímco v západoevropských zemích docházelo v druhé polovině 20. století k průběžnému nárůstu naděje dožití, země bývalého sovětského bloku za nimi začaly zaostávat, a to zejména od 60. let. Zlom v České republice nastal ve druhé polovině 80. let, odkdy dochází k rychlému růstu naděje dožití, čímž se snížil rozdíl ve srovnání se západoevropskými zeměmi. I přesto naděje dožití pro obě pohlaví za západoevropskými zeměmi o několik let zaostává a podle projekce Českého statistického úřadu dosáhne česká populace současné úrovně nejvyspělejších evropských zemí z hlediska naděje dožití ve 20. letech tohoto století (ČSÚ, 2009). Ať už bychom uvažovali předpoklady úmrtnosti prognózy ČSÚ, Eurostatu, OSN, VŠE či autorů Burcina a Kučery, její intenzita se bude snižovat a tím bude docházet k prodlužování délky naděje dožití (Malečková et al., 2009). Na přírůstcích naděje dožití se podle očekávání zmíněných prognóz bude největší měrou podílet pokles intenzity úmrtnosti mužů starších 60-ti let a žen starších 80-ti let. Dalším předpovídaným trendem z hlediska úmrtnosti je snižování rozdílu naděje dožití mezi muži a ženami v důsledku rychlejšího zlepšování úrovně úmrtnosti mužů než žen. Podívejme se blíže na vývoj naděje dožití ve věku 65 let. Zatímco v průběhu 60. až 80. let naděje dožití pro obě pohlaví v tomto věku spíše stagnovala (v některých letech i klesala), od konce 80. let již docházelo k téměř nepřetržitému růstu, což dobře ilustruje následující obrázek 1.

Obr. 1 – Vývoj naděje dožití mužů a žen ve věku 65 let v období 1950–2008



Proces demografického stárnutí na území České republiky vykazuje známky diferenciace. Zaměříme-li se na regionální rozdíly v Česku, starší věkovou strukturu obyvatelstva vykazují města a jejich zázemí (suverénně nejstarší věkovou strukturu obyvatelstva má hlavního města Praha) a naopak mladší věkovou strukturu obyvatelstva mají pohraniční okresy (Dzúrová, 2002). Z hlediska krajského rozložení vykazuje největší podíl věkové skupiny 65+ a zároveň nejvyšší index stáří tradičně kraj Hlavní město Praha, následovaný krajem Jihomoravským a Královohradeckým. Naopak, na druhém konci žebříčku těchto dvou ukazatelů se opakovaně nachází kraj Ústecký, Karlovarský a Liberecký.

Kapitola 2

Sociální služby

Následující kapitola se pokusí přiblížit systém sociálních služeb, se zaměřením na sociální služby pro seniory. Nejprve vysvětlí možnosti srovnání systémů sociálních služeb na mezinárodním poli (soustředěno na vyspělé země) a pokusí se o stručné charakterizování teoretického konceptu sociálních služeb. V dalších oddílech se zaměří na legislativní rámec sociálních služeb v České republice a významné prvky. V neposlední řadě představí různé typy sociálních služeb využívaných seniory a detailněji představí pečovatelskou službu a domovy pro seniory.

2.1 Mezinárodní srovnání sociálních služeb

Dlouhodobá péče o seniory se stala významným prvkem budování „sociálního státu“ po druhé světové válce, kdy panovala tzv. zlatá éra sociálního státu. Dodnes je v převážné většině zemí Evropské unie právně ustanovena odpovědnost rodiny za své členy, tedy i za staré osoby. I přesto se stále větší odpovědnost za péči přenáší na stát, který zajišťuje komplexní péči o seniory a zastává funkci rodiny. Rozdělení odpovědnosti péče mezi stát, rodinu či trh souvisí s vyspělostí a rozsahem „sociálního státu“ a nabízených náhrad a benefitů. Podle některých odborníků by bylo ideální dělit odpovědnost mezi stát a rodinu tak, aby rodinní pečovatelé mohli zůstat ekonomicky nezávislí, tedy výdělečně činní a sociálně integrovaní a zároveň vykonávat část pomoci o své starší nesoběstačné rodinné členy (na podobných principech ostatně v mnoha zemích funguje rozdělení odpovědnosti péče o děti mezi rodinu a stát). Sociální politika by rovněž měla směřovat tak, aby rozdělení pečovatelských rolí v rodině nekladlo větší zátěž na jedno pohlaví a nevytvářela tak gender či jiné nerovnosti ve společnosti (podle Helgy Hernes se tomu blíží skandinávský model sociálního státu). Některé státy podporují neformální pečovatele různými prostředky, které usnadňují skloubit poskytování péče nesoběstačným seniorům s ekonomickou aktivitou. Jiní odborníci naopak zastávají ponechání plné odpovědnosti za své členy na rodinných příslušnících a stát by angažovali jen v minimální možné míře.

Nejnámější typologie sociálního státu, kterou vytvořil Gøsta Esping-Andersen, do jisté míry odpovídá i zjednodušenému rozdělení vyspělých států podle jejich přístupu k péči o seniory (Esping-Andersen, 2002). Zatímco skandinávské státy (sociálně-demokratický model) poskytují extenzivní sociální služby pro seniory a zastupují tak tradiční funkci rodiny, financují je převážně z veřejných prostředků a poskytují jen malý prostor soukromé sféře, liberální model

ponechává velkou roli nestátnímu sektoru a sektor veřejný poskytuje garanci vysokého standardu poskytovaných služeb, klienti si za služby více připlácejí (USA, Velká Británie). Křesťansko-demokratický model charakterizuje primární zapojení rodiny, kterou v případě potřeby doplňuje stát. Se společenskými změnami ale v těchto zemích vzrůstá význam role státu.

Jakékoli srovnání zahraničního systému sociálních služeb naráží na problémy, které znemožňují jejich podrobnější komparaci. Jedná se o různou terminologii sociálních služeb, zcela odlišné systémy fungování a zařazení jednotlivých druhů služeb do různých oblastí (to, co někde spadá pod sociální služby, má jinde na starosti zdravotnictví). Další překážkou jsou různé definice a ohodnocování závislosti a nesoběstačnosti, zapojení soukromého a veřejného sektoru, financování celého sektoru, atd. Mezi zeměmi se samozřejmě liší i podíl populace starší 65-ti let v institucionálních zařízeních (zjednodušené porovnání není z důvodu různých definic a odlišného pojetí pobytových služeb pro seniory zcela vypovídající), poměr mezi formální a neformální péčí i podíl HDP jdoucí na výdaje spojené s dlouhodobou péčí. Okruh sociálních služeb v mnoha zemích zahrnuje mnohem širší spektrum služeb než u nás (spadá sem například i zdravotnictví, politika zaměstnanosti či bydlení).

Přesto najdeme několik společných trendů, které se ve vyspělých zemích uplatňují. Velká část systémů sociálních služeb je decentralizovaná, klade se důraz na odpovědnost místních a regionálních orgánů (buď sociální služby přímo zřizují nebo na subjekty poskytující sociální služby dohlíží a dbají na vysokou kvalitu a dostupnost služeb). Stále častěji se objevují nejrůznější programy na podporu neformálních pečovatелů, které umožňují snadnější skloubení ekonomické aktivity s péčí o seniory. Na financování sociálních služeb se podílí několik subjektů, liší se však bilance mezi úhradou veřejného sektoru a jejími uživateli (očekávají se spíše tendence ve zvyšování úhrady samotným uživatelem).

Výdaje na dlouhodobou péči, vyjádřeny jako podíl na HDP se ve vyspělých zemích pohybují v rozmezí od 0,2 do 3 % (OECD, 2005). Česká republika se v tomto ohledu řadí mezi země s nižšími výdaji na dlouhodobou péči jako podíl na HDP (přibližně okolo 0,7 %). Mezi země s nejvyššími výdaji v rámci Evropské unie patří Dánsko, Švédsko či Nizozemsko, kde se pohybují kolem 2,5 – 3 % na HDP (Batljan, 2007). Na financování z veřejného sektoru se ve velké části používají daňové příjmy, v některých zemích se úplně nebo částečně výdaje na sociální služby hradí ze systému pojištění dlouhodobé péče (např. Německo, Japonsko, Velká Británie). Dle studie OECD zabývající se dlouhodobou péčí o seniory vysvětluje podíl osob starších 65-ti let pouze polovinu variace výdajů jako podíl na HDP (OECD, 2005) v různých zemích.

Se stále aktuálnější otázkou problematiky stárnoucí populace, která se stává pro země Evropské unie palčivější, narůstá na významu problematika dlouhodobé péče o seniory i v evropských institucích. Ačkoli dlouhodobá péče o seniory zůstává v kompetenci jednotlivých členských států, snahou evropských orgánů je zajistit kvalitní a dostupnou péči pro všechny kdo ji vyžadují. Sociální služby, podobně jako další oblasti, které spadají do kompetence členských států, jsou nicméně subjektem tzv. otevřené metody koordinace (Open Method of Coordination). Jednotlivé státy spolupracují, sdílí své poznatky o efektivnosti různých řešení a navzájem spolu komunikují o cílech a prioritách v různých politikách, ve

kterých státy sice odmítají společnou legislativu, ale uvědomují si přínos společného postupu. V rámci otevřené metody koordinace mohou vznikat různé směrnice a doporučení, jejichž plnění není povinné, ale jeví se jako přínosné pro občany členských států.

2.2 Sociální služby v České republice

2.2.1 Legislativní úprava sociálních služeb

Organizace a fungování sociálních služeb se v České republice řídí několika právními předpisy, z nichž jako nejvýznamnější jmenujme **zákon č. 108/2006 Sb.** o sociálních službách, který vešel v platnost po dlouholetém očekávání dne 1. 1. 2007 (na jeho přípravě se pracovalo přibližně 15 let). Jako další zmiňme i zákon č. 206/2009 Sb. ze dne 17. 6. 2009, kterým se v některých bodech mění prvně jmenovaný zákon (s účinností od 1. 8. 2009) a vyhlášku Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb. definuje sociální službu jako činnost nebo soubor činností „zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“ (zákon č. 108/2006 Sb., § 3, str. 1257). Zákon vymezuje tři základní oblasti služeb: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Podle místa výkonu pak můžeme sociální služby rozlišit na: pobytové, ambulantní a terénní.

Dle zákona o sociálních službách se musí každý poskytovatel registrovat na příslušném krajském úřadě. Poskytovatelé musí při registraci uvést mimo jiné druhy nabízených služeb, cílovou skupinu obyvatel, na kterou se orientují, či dostupnou kapacitu. Poskytovatele sociálních služeb eviduje krajský registr, který je veden v listinné i elektronické podobě (správcem této verze je MPSV). Registr poskytovatelů by měl sloužit jednak k lepší orientaci potenciálního uživatele při výběru poskytovatele, tak k usnadnění lepší kontroly a monitoringu subjektů poskytujících sociální služby a v neposlední řadě i ke zlepšení evidence statistiky o sociálních službách. Uživatelsky velice přehlednou a snadně ovladatelnou elektronickou verzi registru poskytovatelů sociálních služeb nalezneme na této adrese: <http://iregistr.mpsv.cz>. Umožňuje vyhledat jakýkoli druh sociální služby podle kraje, okresu, obce, názvu poskytovatele, cílové skupiny či věkové kategorie klientů. Výsledky hledání zobrazují všechny potřebné údaje pro kontaktování vybraného poskytovatele.

Zákon o sociálních službách z roku 2006 významně změnil fungování celého systému. Následující subkapitoly podrobněji pojednávají o nejdůležitějších aspektech sociálních služeb, které zákon přinesl.

2.2.2 Příspěvek na péči

Zákon o sociálních službách zavedl zcela nový prvek, který slouží uživatelům sociálních služeb se sníženou mírou soběstačnosti a péče o vlastní osobu k úhradě sociálních služeb, a sice **příspěvek na péči**. Jeho hlavní idea spočívá v posílení kompetencí každé osoby závislé na pomoci druhých, a to v možnosti se sám rozhodnout o způsobu přijímané pomoci dle svého uvážení s ohledem na vlastní individuální potřeby. Tato forma finanční pomoci sociálně

potřebným obyvatelům se již v minulosti uplatnila v některých zahraničních zemích (Německo, Rakousko) a na základě jejich zkušenosti byla s příspěvkem na péči spojována nadějná očekávání. Se zavedením příspěvku na péči se očekávalo snížení poptávky po pobytových zařízeních doprovázené zvýšením zájmu o služby terénního a ambulantního charakteru (v Německu došlo několik let po zavedení příspěvku na péči dokonce i ke zrušení pořadníků na umístění v institucionálních zařízeních) či zvýšení zaměstnanosti v sociálních službách (především terénního charakteru) nebo lepší uspokojování poptávky po sociálních službách v důsledku přilákání nových subjektů do oboru a zkvalitnění nabízených služeb jako projev svobodné vůle klienta rozhodovat se o výběru poskytovatele.

Příspěvek na péči náleží každé osobě, která je závislá na pomoci jiné fyzické osoby. Zákon č. 108/2006 Sb. rozlišuje čtyři stupně závislosti na základě nutnosti potřeby každodenní pomoci z důvodu **dlouhodobě** nepříznivého zdravotního stavu při úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti (počet úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti, při kterých jedinec potřebuje pomoc, se liší pro nezletilé a pro starší 18-ti let, stejně jako se liší výše příspěvku pro obě skupiny). Zákon 108/2006 Sb., § 9 vyjmenovává 18 úkonů péče o vlastní osobu (patří sem například příprava stravy, hygiena a péče o vlastní tělo, schopnost chůze atd.) a 18 úkonů při zajištění vlastní soběstačnosti (komunikace, běžný chod domácnosti, stupeň sociálního života atd.), jejichž (ne)zvládnutí je posuzováno sociálním pracovníkem při hodnocení stupně závislosti³. Rozdělení posuzovaných činností do dvou oblastí přibližně odpovídá klasifikaci používané při ohodnocování závislosti v některých zahraničních zemích a běžně používané v zahraniční literatuře, totiž na „activities of daily living“ a „instrumental activities of daily living“ (volně přeloženo jako primární a sekundární aktivity každodenního života).

Konečné rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči zůstává na obecním úřadě obce s rozšířenou působností či, v případě Prahy, na úřadech městských částí (dohromady tedy 227 úřadů). Jejich pracovníci vyhodnocují sociální šetření o péči o vlastní osobu a zajištění soběstačnosti spolu se zdravotním stavem žadatele posuzovaného na základě lékařské vyšetření.

Příspěvek na péči je adresován přímo jedinci o něj žádajícím, který ho může použít buď na úhradu služeb některého z registrovaných poskytovatelů sociálních služeb nebo ho dle uvážení předat osobě blízké, která mu pomoc zajišťuje. V tomto případě tak supluje dřívější příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu, který náležel přímo pečující osobě. Jedinec uznaný závislým v jednom ze čtyř stupňů má každý měsíc nárok na příspěvek na péči v různém rozsahu podle stupně závislosti:

- 1) **Stupeň I** (lehká závislost): Jedinec uznaný závislým v I. stupni závislosti potřebuje každodenní pomoc či dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Příspěvek na péči činí 2 000 Kč.

³ Kompletní seznam úkonů, které se hodnotí při posuzování péče o vlastní osobu a zajištění soběstačnosti, nalezneme v příloze číslo 1.

- 2) **Stupeň II** (středně těžká závislost): Potřeba každodenní pomoci či dohledu při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Výše příspěvku v tomto případě odpovídá 4 000 Kč.
- 3) **Stupeň III** (těžká závislost): V případě, kdy posuzovaný žadatel potřebuje každodenní pomoc při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Tomuto žadateli náleží dávka v hodnotě 8 000 Kč.
- 4) **Stupeň IV** (úplná závislost): Zákonem definovaná nejtěžší závislost na pomoci druhé fyzické osoby znamená nutnost každodenní pomoci při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Tomu odpovídá i nejvyšší možný příspěvek na péči, který do července roku 2009 činil 11 000 Kč⁴. Od 1. 8. 2009 vstupuje v některých bodech v platnost zákon č. 206/2009 Sb., který mimo jiného zvyšuje příspěvek na péči pro osoby v úplné závislosti na 12 000 Kč.

Již při podání žádosti o příspěvek na péči musí každý uvést, jakou formu sociální služby využije (pobytová, ambulantní, terénní či žádný registrovaný poskytovatel) a tuto skutečnost potvrdit i při kladném vyřízení žádosti. Zaměstnanci obecních úřadů s rozšířenou působností sledují způsob použití příspěvku na péči a pakliže shledají neoprávněné nakládání (nejzávažnějším zneužitím se rozumí nepoužití příspěvku na zajištění potřebné pomoci), mohou buďto zvolit zvláštního příjemce, který zajistí nápravu či příspěvek na péči odebrat. Zvláštní příjemce může v případě vážného zdravotního stavu svého svěřence o příspěvek požádat za něj a spravovat ho v jeho zájmu (zvláštním příjemcem nesmí být zvolen zákonný zástupce osoby).

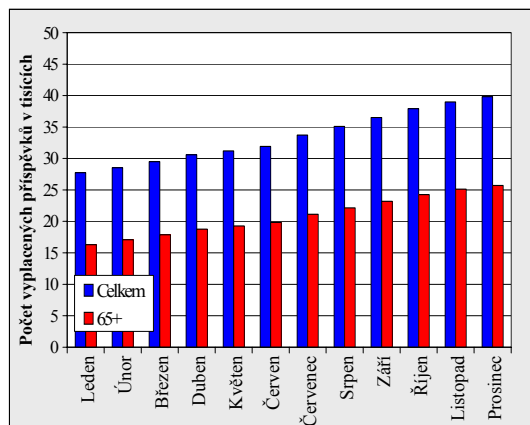
Na seminářích a konferencích, které se konaly k diskusi o zákoně 106/2008 Sb. a jeho fungování či případné novelizaci, se již v roce 2007 objevil údaj, že „cca 75 % finančních prostředků vyplacených na příspěvek na péči se nevrací zpět do oblasti sociálních služeb“ (Průša, 2007: str. 24). Odborníci se domnívají, že část seniorů (převážně v I. a II. stupni závislosti) chápe příspěvek na péči pouze jako další příjem a často s ním nakládá nesprávným způsobem (nezajištění potřebné pomoci ani profesionální službou ani neformálním ošetřovatelem). Ukázalo se také, že příjemci příspěvku na péči se častěji, než se původně počítalo, obrací se žádostí o pomoc na neformální pečující (nebo to alespoň uvádí úřadu vyplácejícímu příspěvek na péči). Obě výše popsané skutečnosti ve svém důsledku přinášejí méně peněz pro poskytovatele sociálních služeb, což může způsobit i jejich existenční problémy. Tento stav by mohlo částečně pomoci vyřešit zpřísnění kontroly využití příspěvku na péči, ke které došlo od 1. 1. 2008. Příjemci, který ani po opakovaném upozornění neuvede způsob využití příspěvku na péči (takových je asi 6 %), bude jeho vyplácení pozastaveno. Jiné opatření navrhuující částečnou úpravu vyplácení příspěvku na péči tak, aby došlo k jeho efektivnímu využití, počítalo s vyplácením části příspěvku v podobě poukázky na sociální služby. Tento návrh se objevil již krátce po přijetí zákona o sociálních službách v roce 2006 a vstoupil v platnost zákonem 206/2009 Sb. ze dne 17. 6. 2009 s účinností od 1. 1. 2010. V běžném praxi

⁴ U nezletilých do 18 let rozhoduje o závislosti potřeba pomoci při 5 a více úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnost v I. stupni závislosti, resp. 10, 15 a 20 v dalších stupních závislosti. Výše příspěvku na péči dosahuje podle stupně závislosti 3, 5, 9 a 11 tisíc.

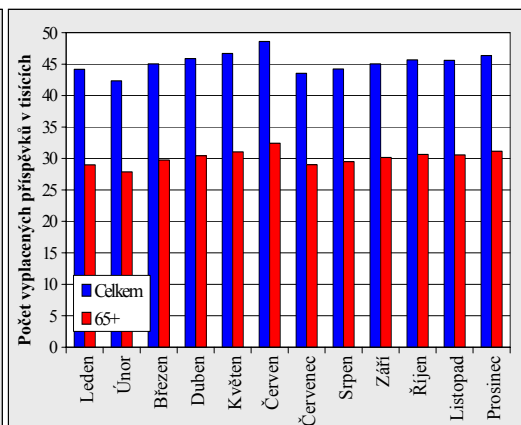
to znamená, že dospělé osobě, které náleží příspěvek na péči v I. stupni závislosti bude polovina příspěvku vyplacena v podobě poukázky, kterou lze použít na úhradu služeb zajišťovaných jedním z registrovaných poskytovatelů sociálních služeb. Tuto novinku novela zákona nazývá jako tzv. kombinovaný způsob výplaty.

Další nedostatek související s vyplácením příspěvku na péči v podstatě odporuje jeho hlavní ideje poskytnout finanční prostředky lidem se sníženou soběstačností, kteří potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Data informačního systému o příspěvku na péči umožňují snadno zjistit, že ne všichni klienti pobytových služeb příspěvek na péči pobírají. Přitom právě v pobytových zařízeních by měla míra nesoběstačnosti odpovídat alespoň jednomu z definovaných stupňů závislosti. Údaje o počtech vyplacených příspěvků na péči pro uživatele pobytových služeb za jednotlivé měsíce roku 2007 a 2008 zobrazují následující grafy.

Obr. 2 – Počet příjemců příspěvku na péči využívajících pobytové služby v roce 2007



Obr. 3 – Počet příjemců příspěvku na péči využívajících pobytové služby v roce 2008



Ačkoli ve všech zařízeních sociálních služeb žilo v celoročním či týdenním pobytu ke dni 31. 12. 2007 celkem 66 463 osob, příspěvek na péči dostávalo v každém měsíci roku 2007 v průměru 33 459 obyvatel využívajících pobytových služeb. V naší studované věkové kategorii obyvatel starších 65-ti let pobíralo příspěvek na péči měsíčně v průměru 20 885 uživatelů, kteří deklarovali využití pobytových služeb. Přitom jen v domovech pro seniory žilo ke stejnému datu 35 728 osob ve věku nad 65 let (dalších 4 580 seniorů žilo v domovech se zvláštním režimem, domovech pro osoby se zdravotním postižením a v týdenních stacionářích). Znamená to, že dohromady v těchto zařízeních pobíralo příspěvek na péči asi 52 % jejich uživatelů. Vzhledem k tomu, že se jednalo o první rok existence příspěvku na péči a na jeho fungování se průběžně pracovalo celý rok, můžeme tyto údaje považovat za ne zcela vypovídající. Také z grafu 3 můžeme dobře sledovat, že počty vyplacených dávek za jednotlivé měsíce roku 2007, které jejich příjemci využili na pobytové služby, se lineárně zvyšovaly. Stejně údaje za rok 2008 se zdají být o něco stabilizovanější. I když počet osob s příspěvkem na péči využívajících pobytových služeb vzrostl, stále neodpovídá celkovému počtu uživatelů pobytových zařízení. V průměru pobíralo každý měsíc roku 2008 příspěvek na péči 45 264

klientů všech pobytových služeb⁵. V populaci 65 let a více pobíralo příspěvek na péči každý měsíc roku 2008 v průměru 30 129 osob využívajících pobytových služeb. Porovnáme-li to s předběžným počtem stejně starých uživatelů domovů pro seniory za rok 2008 (32 797) a dalších pobytových zařízení (6 907 seniorů v domovech se zvláštním režimem, domovech pro osoby se zdravotním postižením a v týdenních stacionářích), jeví se situace jako vyvíjející se dobrým směrem – příspěvek na péči ve vyjmenovaných pobytových zařízeních dostávalo už 76 % uživatelů. Otázkou zůstává, proč zbylí uživatelé příspěvek na péči nepobírali. Jedno z možných vysvětlení, které se objevilo v několika komentářích sociálních pracovníků v emailové korespondenci, zdůvodňuje tento stav probíhající transformací bývalých domovů-penzionů pro seniory v jiné pobytové zařízení sociálních služeb. Konkrétně domovy-penziony pro seniory totiž s novým zákonem zanikly jako sociální služba s možností přeměnit se na jinou formu⁶. Vzhledem k tomu, že domovy-penziony pro seniory obývali senioři mladšího věku, je možné, že ačkoli dostali možnost i nadále setrvat, na příspěvek na péči nedosáhli jednoduše proto, že jejich zvládnutí péče o vlastní osobu a soběstačnost neodpovídá ani jednomu ze stupňů závislosti.

Ještě větší nesoulad panuje v informacích o celkovém počtu uživatelů evidovaných poskytovateli pečovatelské služby a závislou populací s příspěvkem na péči deklarující využití terénních a ambulantních služeb. V roce 2007 deklarovalo využití příspěvku na péči na terénní a ambulantní služby dohromady přes 17 tisíc příjemců⁷, z toho jich skoro čtyři pětiny byly ve věku 65 let a více. Přitom ve stejném roce využívalo pečovatelské služby více než 95 tisíc občanů (vedle toho samozřejmě existují i jiné formy terénní a ambulantní pomoci, na které mohou obyvatelé příspěvek na péči použít). Když bychom zjednodušeně předpokládali, že všichni příjemci příspěvku na péči nad 65 let deklarující jeho využití na terénní a ambulantní služby využívali jen pečovatelskou službu a zároveň všichni uživatelé pečovatelské služby byly starší 65-ti let, potom by jich pouhých 15 % příspěvkem na péči disponovalo v roce 2007. V následujícím roce se počet obyvatel s příspěvkem na péči, kteří ho využívali na terénní a ambulantní služby rozrostl na 29,5 tisíc, zastoupení ve věku nad 65 let zůstalo přibližně stejné. Informace o celkovém počtu uživatelů pečovatelské služby za rok 2008 nebyly dosud zveřejněny, ale kdyby zůstal zachován podobný počet uživatelů jako v roce 2007, potom by příspěvkem na péči disponovala asi čtvrtina uživatelů pečovatelské služby. Podle slov několika sociálních pracovníků (z emailové komunikace) někteří příjemci příspěvku na péči neuvádí skutečnou formu jeho využití, jelikož v době jeho přiznání si nejsou jisti, koho o pomoc požádají, nebo později změní názor a tuto změnu nenahlásí na příslušném úřadě. Je tedy možné, že skupina příjemců nevyužívajících žádného registrovaného poskytovatele zahrnuje i ty, kteří formálních registrovaných služeb využívají.

⁵ Informace o celkovém počtu uživatelů pobytových služeb k 31. 12. 2008 nebyly v době přípravy této práce zveřejněny.

⁶ Více o domovech-penzionech pro seniory v oddíle 3.5.2.

⁷ Data obsahují duplicitní údaje, více informací viz kapitola 5.

2.2.3 Financování sociálních služeb

Některé služby musí být ze zákona poskytovány bezplatně (například všechny služby sociálního poradenství, tlumočnické služby či terénní programy). Seniory nejvíce využívané sociální služby, však do kategorie bezplatně poskytovaných služeb nepatří. Na financování sociálních služeb se v současné době podílí několik subjektů. Oproti dřívějšímu systému financování vzrostl se zákonem č. 106/2008 Sb. význam státu a samotných uživatelů na úhradě sociálních služeb.

Stát skrze kraje poskytuje dotace provozovatelům sociálních služeb, o kterou může požádat každý registrovaný poskytovatel. Na základě krajského střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb stanoví Ministerstvo práce a sociálních věcí celkovou sumu dotace pro všechny poskytovatele sociálních služeb v každém kraji, kterou následně kraje přerozdělují mezi jednotlivé žadatele na svém území. V roce 2007 bylo státem na dotacích vyplaceno 6,9 miliardy Kč, v následujícím 6,7 miliardy Kč, na rok 2009 původně připadalo 4,5 miliardy Kč, což později ministr práce a sociálních věcí navýšil o 1,5 miliardu Kč. Další náklady hradí obce a kraje – jednak jako zřizovatelé některých služeb a jednak v rámci vlastních dotačních programů pro poskytovatele sociálních služeb na svém území. Žádat lze i o finanční prostředky ze zdrojů Evropské unie, ačkoli jejich využití bylo dosud spíše zanedbatelné. Dále se v systému financování objevují příspěvky od nadací a klientů – v jejich případě se však často může jednat o vynucené dary zajišťující přednostní umístění v zařízení sociálních služeb. Tento fenomén se stal předmětem mediálních zpráv, které na něj často upozorňují, ale pro jeho charakter se jen těžko dají udělat analýzy jeho skutečného stavu. V neposlední řadě hradí část výdajů uživatel sociálních služeb.

Celkově do systému sociálních služeb směřuje okolo 35 miliard Kč ročně, přičemž státní rozpočet se na financování sociálních služeb podílí celkem asi 70 % podílem (největší položku představuje příspěvek na péči), z krajských a obecních rozpočtů jde asi 10 % prostředků, soukromé zdroje uživatelů hradí přibližně 15 % nákladů na sociální služby a na zbytku se podílí fondy veřejného zdravotního pojištění.

Stát dále ovlivňuje systém financování sociálních služeb stanovením maximální možné výše úhrady za úkony některých sociálních služeb a za pobyt a stravování v pobytových a ambulantních zařízeních. Tyto částky jsou ze strany poskytovatelů často kritizovány, neboť se jim zdají příliš nízké a odborníci se domnívají, že brzdí příliv nových subjektů ze soukromé sféry. Pro představu uveďme příklady maximální možné výše úhrady za některé úkony pečovatelské služby. Za pomoc s osobní hygienou či některými činnostmi při zajištění chodu domácnosti si pečovatelská služba může nárokovat maximálně 100 Kč za hodinu (původně vyhláška stanovovala jen 85 Kč). Za velký nákup (týdenní nákup, nákup oblečení či vybavení do domácnosti) činí maximální možná sazba rovněž 100 Kč. Za dovoz či donášku jídla zaplatí uživatel nejvýše 20 Kč. V domovech pro seniory platí uživatelé za ubytování, stravu a péči poskytnutou ve sjednaném rozsahu. Ubytování zahrnující úklid a praní drobného prádla stojí maximálně 160 Kč denně, za poskytnutí celodenní stravy si domov pro seniory může účtovat maximálně 140 Kč za den. Každému uživateli po zaplacení ubytovacích a stravovacích nákladů musí dle zákona zbýt alespoň 15 % jeho příjmu (příspěvek na péči není zahrnut do příjmu),

v některých případech musí být uživateli poskytnuta sleva, poněvadž jeho příjem na plnou výši úhrady nestačí. Rozdíl v nákladech pak musí jít z rozpočtu zřizovatele zařízení. Zákon také stanovuje, že úkony péče (např. pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, hygieně, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aj.)⁸ poskytované v domově pro seniory jsou hrazeny příspěvkem na péči, a to v jeho plné výši.

2.2.4 Plánování sociálních služeb

Zákon o sociálních službách ukládá krajům a obcím na svém území povinnost vytvářet vhodné podmínky pro poskytování sociálních služeb a zprostředkovávat informace o jejich možnostech a dostupnosti svým občanům. Zákon nově upravuje i plánování sociálních služeb – kraje jsou povinny vytvářet střednědobé plány rozvoje sociálních služeb za účasti zástupců poskytovatelů i uživatelů služeb, obce se k plánování mohou přihlásit na základě dobrovolnosti. Ideálním řešením se rozumí zpracování plánů na obecní úrovni, které se berou v potaz při krajském střednědobém plánu. Národní střednědobý plán sociálních služeb vytváří MPSV ve spolupráci s kraji, zástupci poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb. Proces plánování sociálních služeb by měl bezesporu přispět k jejich lepší dostupnosti, uspokojení potřeby všech zájemců, vyšší kvalitě a efektivnímu využití finančních prostředků.

Jak poznamenává Průša (2006), již při přípravě zákona o sociálních službách v 90. letech se objevila myšlenka, že by si každá obec nechala vypracovat sociálně-demografickou analýzu, která by přiblížila, jaké služby občané využívají a postrádají. Tato myšlenka se později proměnila v prosazení **komunitního plánování sociálních služeb** (dále jen KPSS), které vychází ze zkušenosti Velké Británie. V České republice se KPSS začalo objevovat od roku 1999. Hlavním stavebním kamenem KPSS je spolupráce zadavatele sociálních služeb (u nás zpravidla obec či kraj) se zástupci uživatelů a poskytovatelů při tvorbě plánu. Výběr uživatelů by měl odpovídat reprezentativním zájmům cílových skupin v územním celku. Rovněž volba účastníků se poskytovatelů by měla být co možná nejobektivnější, aby motivace na účasti procesu nebyla řízena především vlastním zájmem. Jako výchozí bod pro KPSS by měla sloužit socio-demografická analýza územního celku, která charakterizuje vlastnosti místního obyvatelstva a identifikuje potenciální cílové skupiny sociálních služeb. Proces komunitního plánování vychází v podstatě z porovnání nabídky služeb s její poptávkou. Musí tedy následovat zmapování současné situace, analýza existujících služeb, informace o finanční situaci poskytovatelů, o intenzitě využití jednotlivých druhů služeb, dostupnosti a jejich kvalitě, počtu neuspokojených žadatelů a dalších relevantních charakteristik. Poté se přistoupí k určení priorit a efektivním opatřením pro budoucí období. Skupina všech účastníků by měla monitorovat výsledky své práce a efektivitu navrhovaných opatření a v pravidelných intervalech by celý proces měla opakovat. Jedná se tedy o kontinuální proces, jehož přínos by se měl odrazit ve vytvoření dostatečné místní a časové dostupnosti sociálních služeb pro jedince ohrožené sociálním vyloučením.

⁸ Kompletní přehled úkonů péče v domovech pro seniory vyjmenovává zákon 108/2006 Sb. v § 35 odstavce 1 písmena a), b), e), f) a h) až j).

2.2.4.1 Krajské střednědobé plány rozvoje sociálních služeb

Ačkoli zákon ukládá krajům povinnost vytvářet **střednědobé plány rozvoje sociálních služeb** (dále jen SPRSS), nebyla dosud vypracována jednotná metodika či postup, jakým by zpracování plánu mělo probíhat a co by mělo obsahovat. Průša (2006) konstatuje, že při jeho tvorbě není často věnována dostatečná pozornost demografické analýze a prognóze regionu se zaměřením na specifické potřeby odlišných věkových skupin. Bylo by žádoucí tyto výchozí prvky více zohlednit, neboť tvorba střednědobých plánů má v dlouhodobém výhledu výrazný potenciál ke zlepšení časové i prostorové dostupnosti a vybavenosti regionů potřebnými sociálními službami. Bez detailně zpracované demografické analýzy oblasti a pravděpodobného budoucího vývoje by mohlo dojít k nepřesným závěrům či ne zcela efektivním opatřením.

Srovnání metodiky a obsahu prvních povinných krajských SPRSS se zabývá studie Bareše z Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, jež se věnuje plánům zpracovaných v letech 2006–7 (Bareš, 2008). Jelikož se způsob vypracování, obsah, rozsah a kvalita jednotlivých SPRSS liší, není jejich srovnání jednoduché. Některé SPRSS nelze označit za strategické, ale spíše za popisné a analytické (Hl.m. Praha, Plzeňský, Středočeský kraj), jiné naopak svou povahou zcela odpovídají strategickému plánu (Jihočeský, Olomoucký, Ústecký kraj). Některé dosavadní plány nebyly zpracovány metodou KPSS (Moravskoslezský kraj), ale do budoucnosti s nimi buďto počítají (Karlovarský kraj), nebo alespoň zahrnuly KPSS zpracované některými obcemi na svém území (Královehradecký, Liberecký, Olomoucký, Plzeňský kraj). Naproti tomu plány kraje Jihočeského a Pardubického se již o metodu KPSS zcela opírají. Rovněž se krajské SPRSS liší v pojetí cílových skupin a jim přiřazených sociálních služeb, které využívají. Námi studované skupině seniorů se ve větším či menším rozsahu věnuje každý SPRSS, což by s ohledem na skutečnost, že se jedná o nejpochybnější cílovou skupinu sociálních služeb, mělo být samozřejmé.

Některé SPRSS si vystačí s prioritami a opatřeními, které vyznívají spíše obecně a odpovídají národní strategii plánování sociálních služeb. Jedná se obvykle o podporu transformace a humanizace pobytových zařízení, podporu plánování pomocí metody komunitního plánování, lepší informovanost občanů o sociálních službách a jejich dostupnosti, zajišťování a monitoring vyšší kvality služeb, podpora zejména takových druhů služeb, které umožní klientům co nejdéle setrvat v přirozeném prostředí, podpora dalšího vzdělávání pracovníků sociálních služeb, atd. Jiné cíle a opatření lze naopak charakterizovat jako ryze praktické. Jmenujme například snahu rozšířit časovou dostupnost pečovatelské služby – z různých analýz jejích uživatelů vyplývá, že jim skutečně chybí dostupnost služby v pozdních hodinách a o víkendech. S tímto cílem se setkáme v SPRSS Plzeňského kraje. Jedna z priorit Karlovarského kraje, počítá s tím, že kraj bude v budoucnosti zřizovat pobytové služby pro občany III. a IV. stupně závislosti, zatímco služby pro občany v I. a II. stupni závislosti budou zajišťovat města a obce. Logika takového uvažování odpovídá skutečnosti, že ne o všechny služby je stejně velký zájem a tudíž stačí, když jejich provozování bude řídit větší územní jednotka (v tomto případě kraj), zatímco jiné služby by měly být zřizovány i na území menších územních celků (například terénní forma pečovatelské služby se ze své povahy jen špatně zřizuje na plošně velkém území, poněvadž je neefektivní a časové

náročné, aby její zaměstnanci cestovali na velké vzdálenosti). Tato priorita zároveň vychází ze strategie umožnit lidem s nižším stupněm závislosti setrvat ve svém domově za pomoci terénních a ambulantních služeb a snížit využívání pobytových zařízení.

Lze očekávat, že s přibývajícimi zkušenostmi se sestavováním krajských (ale i obecních) plánů se bude kvalita SPRSS zvyšovat. Přispět by k tomu mohl i doporučený sjednocený postup vypracovaný MPSV a snaha o intenzivnější propojení plánování sociálních služeb na obecní, krajské a národní úrovni.

2.2.4.2 Národní strategie rozvoje sociálních služeb

Národní strategií rozvoje dlouhodobé péče o seniory se vedle jiných otázek spojených se stárnutím české populace zabývá „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008–2012“. Tento dokument se zavazuje věnovat zvýšenou pozornost kvalitě života ve stáří a popisuje kroky, které si vláda k dosažení tohoto cíle vytyčila. Jiným strategickým dokumentem zabývajícím se sociálními službami je „Národní plán rozvoje sociálních služeb 2009–2012“, který byl sestaven Ministerstvem práce a sociálních věcí⁹. V souvislosti se strategií dlouhodobé péče je v něm kladen důraz na kvalitu, důstojnost, rovnost přístupu, možnost flexibility a volby mezi formální a neformální péčí a mezi institucionální a domácí péčí a také na integraci zdravotních a sociálních služeb, která by umožnila lepší kontinuitu a komplexnost poskytované péče. Jednou z nejzásadnějších priorit dlouhodobé péče je transformace ústavní péče, která usiluje o novou rovnováhu mezi institucionální a domácí péčí ve prospěch druhé zmíněné.

Transformaci pobytových zařízení se Ministerstvo práce a sociálních věcí věnuje v samostatném dokumentu¹⁰, vládou přijatém dne 21. 2. 2007. Popisuje zkušenosti s transformací v zahraničí a její současný stav v České republice a stanovuje hlavní cíle a opatření při úspěšném zvládnutí transformace pobytových zařízení. Součástí procesu je deinstitucionalizace, která upřednostňuje poskytování péče v domácím přirozeném prostředí uživatele služeb před dlouhodobým pobytem v ústavním zařízení. Stát chce dále v tomto ohledu podporovat proměnu činnosti dnešních ústavních zařízení tak, aby se co nejvíce přiblížila poskytování péče v domácím prostředí uživatele. Proces transformace koresponduje s přáním samotných seniorů, kteří si v případě ztráty soběstačnosti z velké části přejí zůstat doma, je ovšem výhodnější i pro stát, neboť náklady na institucionální péči výrazně převyšují náklady na terénní a ambulantní služby. Ve výsledku by transformace měla přispět i k výraznému zkrácení čekací doby na umístění přednostních a naléhavých žadatelů v pobytových zařízeních, a to snížením počtu těch uživatelů, kterým jejich zdravotní stav umožňuje využívat služeb terénních a ambulantních.

⁹ Tento dokument s původním názvem „Priority rozvoje sociálních služeb“ byl předložen k připomínkování dne 17. 7. 2009. Přes protesty sociálních partnerů, kteří by se na jeho přípravě měli podílet, bylo rozhodnuto prozatím nepředkládat dokument vládě ke schválení. Jeho obsah či název bude pravděpodobně pozměněn tak, aby odpovídal legislativním požadavkům.

¹⁰ Přesný název materiálu zní: „Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ (dokument lze najít v elektronické podobě na WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepte_podpory.pdf>).

Dalším dlouhodobým cílem v poskytování sociálních služeb je snaha zlepšit prostředí a životní podmínky v dnes již existujících institucionálních zařízeních. Ta zahrnuje celou škálu oblastí: úpravu vnitřního členění a vybavení pobytočných zařízení (některé budovy např. ani nesplňují základní architektonické požadavky na zařízení pro seniory a mohou ztěžovat pohyb uživatelů či způsobovat časté stěhování v důsledku měnícího se zdravotního stavu), zajištění dostatečného počtu kvalitních a odborných pracovníků, snižování počtu osob na jednom pokoji a striktní dodržování soukromí a důstojnosti každého uživatele, či individualizaci péče. Posledním zmíněným bodem rozumíme zaměření poskytované péče na specifické potřeby každého uživatele sociálních služeb. K tomu slouží tzv. individuální plánování, které zaznamenává potíže uživatele a způsob možné asistence, jeho spokojenost s prováděnými službami, dosažené výsledky a další cenné informace pro zajištění kontinuální a kvalitní péče. Problematickými se stávají zejména velká ústavní zařízení, kde se pro vysoký počet uživatelů a často nízký počet zaměstnanců moderní principy poskytování sociálních služeb dají jen těžko uplatňovat. Výzkumné studie provedené Lipnerem v letech 1995 a 1996 (Glosová et al., 2006), jež se zaměřovaly i na potřeby bydlení obyvatel ve stáří, potvrzují, že staří lidé kladou velký důraz na důstojnost a soukromí a mají obavy z jejich ztráty. Jedno z opatření, jak tato očekávání seniorů v pobytočných zařízeních naplnit předkládá dokument o koncepci transformace. Navrhuje zaměřit se na

„investiční dotační programy tak, aby podporovaly výstavbu pouze pobytočných zařízení s humanizujícími prvky, tj. zejména kapacita zařízení do 40 uživatelů, umístění zařízení v přirozené komunitě a dodržující soukromí a zájmy jednotlivých uživatelů“¹¹

Další opatření, kterým chce zmíněný materiál podporovat transformaci institucionální péče, je zaměření dotačních programů na terénní a ambulantní služby, které umožňují lidem vyžadujícím pomoc jiné fyzické osoby zůstat déle ve svém přirozeném prostředí. Dostatečná síť terénních a ambulantních služeb je totiž nezbytným předpokladem pro efektivní deinstitucionalizaci.

K celkovému zlepšení úrovně sociálních služeb přispívají standardy kvality v sociálních službách (zavedeny v roce 2002), jejichž zavádění a uplatňování by rozhodně mělo přinést pozitivní změny v oblasti garance kvality služeb a jejího zvyšování. Standardy kvality v sociálních službách se týkají nejen pobytočných služeb, ale i služeb terénního a ambulantního charakteru pro všechny cílové skupiny uživatelů.

Mezi další trendy v oblasti sociálních služeb patří decentralizace, větší odpovědnost a role samosprávných celků, neboť obec vytváří pro své obyvatele přirozenou občanskou komunitu, která svou velikostí představuje nejvhodnější prostředí pro řešení sociálních problémů. Průša se domnívá, že:

„minimální velikost obce, v níž je možné provozovat sociální služby, je zhruba 2, resp. 5 tis. obyvatel, za významné je třeba považovat obce ve velikosti do 10 tis. obyvatel...“ (Průša, 2006: s. 15).

¹¹ „Koncepce podpory transformace pobytočných sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“, citace ze strany 23 (dokument lze najít v elektronické podobě na WWW: < http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf>).

Jinými principy, které se postupně prosazují či nabývají na významu, jsou profesionalizace sociálních služeb, změna postavení uživatele sociálních služeb (uživatel přestává být považován za pacienta a mění se v klienta, napomáhá tomu mj. i povinnost poskytovatele uzavřít s uživatelem služby smlouvu) či integrace zdravotních a sociálních služeb, která hraje tak důležitou roli při individuálním přístupu k pacientovi se snahou zajistit mu komplexní péči s ohledem na jeho specifické potřeby. Za zcela žádoucí se považuje větší zapojení nestátního sektoru, ať už se jedná o sféru soukromou či občanské, církevní nebo jiné formy nestátních neziskových organizací.

Na základě mezinárodní praxe lze očekávat i další možné trendy objevující se v oblasti poskytování sociálních služeb pro seniory. V budoucnosti se pravděpodobně setkáme s větším využitím informačních a komunikačních technologií, které mohou přinést užitek jak pro pečující, tak pečované. Zmíňme např. telezdravotní monitoring, který umožňuje sledovat pohyb jedince v jeho prostředí, či specializované internetové stránky pro seniory a jejich pečující, které se v Česku již ve velké míře objevují. S nárůstem uživatelů internetu v jejich cílových skupinách lze očekávat vyšší využití. V některých zemích (Německo, Japonsko, Lucembursko) došlo k zavedení povinného pojištění dlouhodobé péče, v jiných zemích tato možnost existuje jako dobrovolná (například v USA a ve Francii se vyvinul velice významný trh dobrovolného soukromého pojištění dlouhodobé péče) a někteří odborníci se domnívají, že v důsledku zvyšující se poptávky a rostoucích nákladů na dlouhodobou péči se podobná schémata začnou stále častěji objevovat i v jiných evropských zemích.

2.3 Seniors nejčastěji využívané sociální služby

Tato práce je zaměřena především na služby sociální péče pro cílovou skupinu seniorů. Stručně shrňme a charakterizujme druhy sociálních služeb, které senioři nejčastěji využívají a které se na seniory zaměřují (jsou však určeny nejen seniorům, ale i ostatním osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a na osoby vyžadující pomoc jiné fyzické osoby)¹².

- **Centra denních služeb** – ambulantní typ služby, kterou mohou přes den využívat lidé se sníženou soběstačností na pravidelné či jen občasně bázi. Pomáhají s osobní hygienou, vyřízením osobních záležitostí či nabízejí sociálně-terapeutické činnosti. K 31. 12. 2007 evidovala centra denních služeb 759 uživatelů, z toho 243 jich bylo starších 65 let¹³.

¹² Kompletní přehled služeb sociální péče nalezneme v zákoně 106/2008 Sb., hlava I, díl 3, na stranách 1268–1271, částky 37

¹³ Informace o počtech uživatelů jsou čerpány ze Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí a v některých případech (podíly obyvatelstva staršího 66 let – tato hranice vychází ze statistického zjišťování pomoci výkazů) také z interních údajů MPSV poskytnutých na žádost.

- **Denní stacionáře** – ambulantní služba pro osoby vyžadující pravidelnou pomoc. Zajišťují komplexní péči. Z celkového počtu uživatelů (2 563) ke konci roku 2007 tvořilo 9 % obyvatel ve věku 65 let a více¹³.
- **Týdenní stacionáře** – pobytové služby určené osobám vyžadujícím pravidelnou pomoc. Nabízejí komplexní péči v době pracovních dnů. V roce 2007 ji využilo 96 seniorů, což odpovídalo přibližně 17% podílu všech uživatelů¹³.
- **Domovy pro seniory** – seniory nejčastěji využívaná pobytová forma sociální služby. O domovech pro seniory se více dozvíme v druhém oddíle třetí kapitoly.
- **Domovy se zvláštním režimem** – pobytové služby určené osobám se zvláštními potřebami vzniklé výskytem duševní nemoci, Alzheimerovy choroby či závislosti na návykových látkách. V roce 2007 v domovech se zvláštním režimem žilo 3 829 obyvatel, z nichž téměř dvě třetiny tvořili lidé ve věku nad 66 let¹³.
- **Domovy pro osoby se zdravotním postižením** – další pobytové zařízení, kde v roce 2007 žilo celkem 15 925 obyvatel, z nichž osoby ve věku 65 let a více tvořili zhruba 13% podíl¹³.
- **Pečovatelská služba** – terénní či ambulantní služba poskytovaná v domácím prostředí uživatelů nebo v zařízeních sociálních služeb. Pečovatelské služby nabízí pomoc s celou škálou činností. Více o pečovatelské službě se dočteme v oddíle 3.5.1.
- **Odlehčovací služby** – terénní, ambulantní či pobytové služby dočasně poskytované převážně osobám, o které běžně pečuje někdo z blízkých. Těm odlehčovací služba umožňuje převzetí péče na několik dní až týdnů a poskytuje jim tak prostor pro potřebný odpočinek. V roce 2007 jich využilo 1 776 osob starších 18 let¹³.
- **Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče** – poskytování sociálních služeb například v nemocnici či léčebně dlouhodobě nemocných lidem, kteří již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale z důvodu nesoběstačnosti nemohou být propuštěni do doby než jim je zajištěna péče buďto někým blízkým či jednou z forem formálních sociálních služeb.

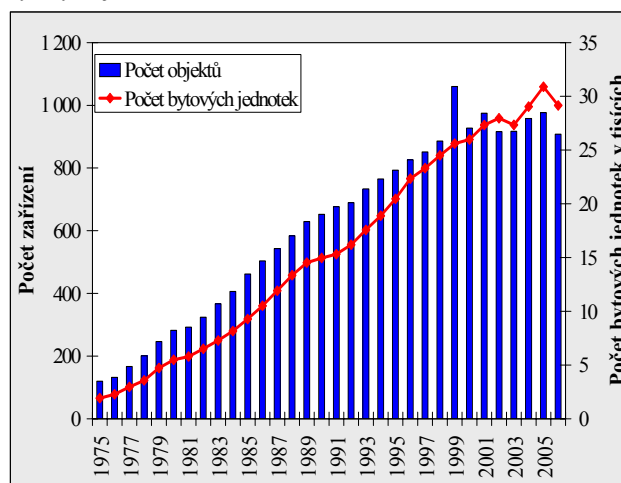
Senioři mohou samozřejmě využívat i jiné než zde vyjmenované sociální služby. Mezi další služby, které jsou seniorům k dispozici, ale jejichž využití touto skupinou není tak časté, patří tísňová péče, podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení, či některé služby sociální prevence, kam spadá např. telefonická krizová pomoc či sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, azylové domy, intervenční centra, noclehárny, služby následné péče, sociální rehabilitace a další.

2.4 Jiné formy pomoci seniorům

Starší osoby se v případě nutnosti potřeby pomoci mohou podle závažnosti svého zdravotního stavu a finančních možností obrátit i na jiná zařízení, která jim nabízí pomoc. Nespádají do kategorie sociálních služeb a řídí se proto jinými pravidly poskytování služeb a financování. V následujících odstavcích si stručně shrneme a charakterizujeme, o která zařízení se jedná.

Z hlediska preferencí starších osob a kapacity nabízených míst jsou nejvýznamnější **domy s pečovatelskou službou**. První začaly vznikat v 70. letech minulého století. Domy s pečovatelskou službou dle znění současného i dřívějšího zákona o sociálních službách nepatří mezi ostatní zařízení sociální péče, neboť občané do nich nejsou přijímáni na základě správního rozhodnutí o přijetí do zařízení a pronajímání bytů v nich se řídí podle obecných předpisů o nájmu bytu (Králová; Rážová, 2005). Uživatel takového bytu je chápán jako běžný nájemce. Skoro všechna zařízení tohoto typu jsou zřizována obcemi, které zároveň rozhodují o přidělení bytů zájemcům. Zpravidla mají přednost ti občané, jejichž trvalé bydliště se nachází v obci provozující dům s pečovatelskou službou. Údaje o počtu domů s pečovatelskou službou a o celkovém počtu bytových jednotek v domech s pečovatelskou službou od roku 1975 až do roku 2006¹⁴ nám ilustruje obrázek 4.

Obr. 4 – Vývoj počtu domů s pečovatelskou službou a bytových jednotek v letech 1975–2006



Do domů s pečovatelskou službou jsou přijímáni lidé, jejichž zdravotní stav nevyžaduje komplexní péči. Domy s pečovatelskou službou obvykle disponují několika samostatnými bytovými jednotkami s příslušenstvím a umožňují svým obyvatelům zachovat si své soukromí a bez větších omezení i svůj dosavadní životní styl. Tato forma bydlení se ideálně hodí pro manželské páry. Využití pomoci s některými činnostmi každodenního života, které zajišťuje pečovatelská služba, závisí na rozhodnutí a míře soběstačnosti každého jedince. Ačkoli počty bytových jednotek v domech s pečovatelskou službou v minulosti rychle narůstaly, nestačily uspokojovat poptávku všech zájemců. Informace o počtech nespokojených žadatelů o přidělení bytu v domě s pečovatelskou službou v letech 1998–2006 přináší tabulka 2. Ve stejné tabulce najdeme také počty jedinců trvale žijících v domech s pečovatelskou službou a počet těch, kterým byla poskytnuta

¹⁴ Informace o domech s pečovatelskou službou sledovalo ještě v roce 2006 Ministerstvo práce a sociálních věcí formou Ročního výkazu o sociální péči a sociálních službách (výkaz V (MPSV) 10-01). Roční výkaz za rok 2007 (rovněž výkaz V (MPSV) 10-01) již tyto údaje nesleduje.

pečovatelská služba. Je vidět, že zdaleka ne všichni obyvatelé domů s pečovatelskou službou ji využili – v každém ze sledovaných roků to bylo přes 60 % jejich obyvatelů.

Tab. 2 – Vybrané informace o domech s pečovatelskou službou v letech 1998–2006

Rok	Počet DPS	Bytové jednotky	Kapacita bytů	Osoby trvale žijící v DPS	Osoby využívající PS	Neuspokojení žadatelé
1998	886	24 505	.	.	16 864	.
1999	1 060	25 602	28 320	27 935	19 384	.
2000	927	25 985	29 398	28 517	19 469	16 032
2001	975	27 327	30 117	29 542	19 454	18 403
2002	916	27 964	31 703	29 852	18 039	19 365
2003	917	27 339	31 156	29 676	19 235	19 662
2004	958	29 039	33 928	32 106	22 049	21 016
2005	977	30 888	37 824	34 411	21 621	24 991
2006	908	29 148	35 738	32 426	20 510	24 724

Poznámky: DPS – dům s pečovatelskou službou
PS – pečovatelská služba

Zdroj: Statistická ročenka z oblastí práce a sociálních věcí 1998–2006

Další zařízení, které nespadá do sociálních služeb (patří do zdravotnických zařízení), je **léčebna dlouhodobě nemocných (LDN)**. První začaly vznikat v polovině 70. let minulého století. Jedná se o zařízení poskytující následnou zdravotní péči (převážně ošetrovatelskou a rehabilitační) lidem všech věkových kategorií po propuštění z nemocnice v rozsahu, který nelze provádět ambulantně či terénně. Většinu z hospitalizovaných tvoří právě lidé staršího věku. V zařízeních LDN často zůstávají senioři žádající o místo v domově pro seniory, které jim z důvodu chybějící volné kapacity nemůže být poskytnuto ihned. Podle „Zdravotnictví ČR 2007 ve statistických údajích“ došlo v roce 2007 k poklesu počtu a kapacity LDN, což souviselo s vyčleněním lůžek pro poskytování pobytové sociální služby na základě zákona o sociálních službách z roku 2006. Údaje o počtu zařízení a lůžkové kapacitě LDN od začátku třetího tisíciletí podává tabulka 3.

Tab. 3 – Počet a lůžková kapacita zařízení LDN a hospiců v letech 2000–2007

Rok	Počet hospiců	Kapacita hospiců	Počet LDN	Kapacita LDN
2000	6	158	75	6 713
2001	5	158	77	7 202
2002	6	171	86	7 438
2003	7	203	76	7 285
2004	11	293	73	7 272
2005	13	335	73	7 345
2006	13	335	74	7 426
2007	13	335	68	7 227

Zdroj: Zdravotnictví ČR ve statistických údajích 2000, ..., 2007

V tabulce najdeme informace také o počtu a kapacitě lůžkových **hospiců**. Ty se zaměřují na péči o těžce nemocné pacienty. Na rozdíl od LDN poskytují tzv. paliativní péči, která usiluje především o zmírnění bolesti způsobené vážnou nemocí, nikoli však o její samotnou léčbu. V hospicích bývají umisťováni lidé se závažným zdravotním onemocněním, obvykle

v nevyléčitelné fázi nemoci. První hospic byl v Česku vybudován teprve v roce 1995. Díky finanční podpoře Ministerstva zdravotnictví se během uplynulých čtrnácti let podařilo postavit a otevřít celkem 13 hospiců a několik dalších čeká na své dokončení a uvedení do provozu (5 zařízení). O rozvoj této formy péče se zaslouhují zejména občanská sdružení a nestátní neziskové či církevní organizace.

Jako nový typ způsobu bydlení pro seniory by se v České republice v budoucnosti mohl objevit tzv. **home sharing**, kdy několik více či méně nezávislých samostatných starších osob sdílí stejnou domácnost. Tento způsob bydlení seniorů se často vyskytuje například v USA. Senioři profitují jednak z kontaktu s dalšími jedinci při zachování si svého vlastního soukromí a z nižších finančních nákladů spojených s bydlením. Za obdobnou formu soužití lze považovat japonský systém „unit care“. Přibližně deset klientů a několik pečovateli sídlí ve stejném zařízení, které je architektonicky rozčleněno na samostatné pokoje a několik společenských částí. Snahou je, aby se mezi klienty a jejich pečovateli vytvořil bližší vztah a aby každý jedinec žil podle svých individuálních potřeb a možností.

2.5 Pečovatelská služba a domovy pro seniory

V následujících oddílech se detailněji zaměříme na dvě sociální služby, které senioři využívají nejčastěji. Dle zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. náleží obě mezi služby sociální péče. Zatímco první z nich, pečovatelská služba, poskytuje pomoc formou terénní či ambulantní pomoci, druhá, domov pro seniory, patří do skupiny zařízení sociálních služeb a poskytuje pobytové služby. Podrobněji si popíšeme náplň obou typů služeb, existující statistické údaje a jejich zjišťování a pokusíme se odhalit trendy v jejich využívání podle pohlaví a věku seniorů.

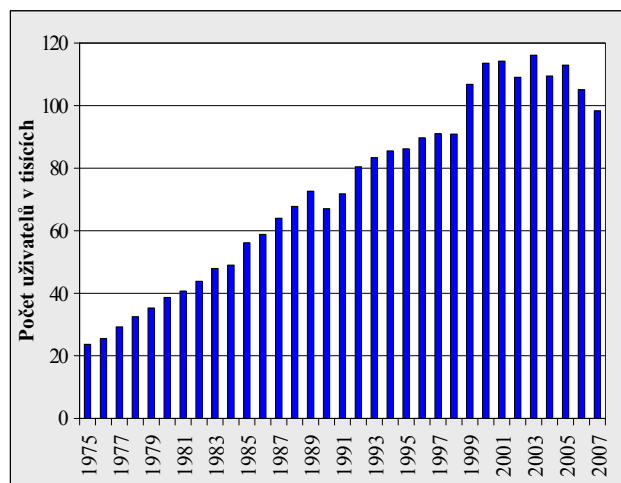
2.5.1 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je z hlediska počtu uživatelů nejvyužívanější sociální službou. Umožňuje zůstat jedincům se sníženou soběstačností co nejdéle ve svém přirozeném prostředí. V roce 2007 byla poskytována v 2 539 obcích, což představuje asi 40 % z celkového počtu obcí v České republice (Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2007). Pečovatelskou službu mohou využívat lidé se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a rodiny s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Až do roku 1998 se počet uživatelů pečovatelské služby plynule zvyšoval, od roku 1999 v jednotlivých kalendářních letech spíše kolísá. V roce 2007 poklesl počet uživatelů na 98 373. Statistické údaje o uživatelích pečovatelské služby shromažďuje Ministerstvo práce a sociálních věcí prostřednictvím „Ročního výkazu o sociálních službách a sociální péči“¹⁵. Až do roku 2008 nebyli uživatelé sledováni ani podle pohlaví ani podle věku. Teprve s rokem 2009 přichází změna a poskytovatelé musí v ročním výkazu uvést zvlášť počet dětí a mládeže do 18-ti let a počet

¹⁵ Roční výkaz o sociálních službách a sociální péči za roky 2006–2009 nalezneme na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/3226>>.

dospělých, kteří se stali jejich klienty. Dospělé uživatele navíc musí rozlišit podle pohlaví. O vývoji počtu uživatelů pečovatelské služby od roku 1975 do roku 2007 nás informuje obrázek 5.

Obr. 5 – Vývoj počtu uživatelů pečovatelské služby v letech 1975–2007



Pečovatelská služba je poskytována v domácnostech uživatelů nebo v zařízeních sociálních služeb. Za domácnosti uživatelů považujeme i domy s pečovatelskou službou, jejichž klienti představovali v letech 1999–2006 přibližně jednu pětinu všech uživatelů pečovatelské služby (Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí). Před zavedením zákona o sociálních službách z roku 2006 byla pečovatelská služba poskytována ve střediscích osobní hygieny, v prádelnách, domovinkách (v dnešním znění se těmto zařízením říká centra denních služeb) a jídelnách pro důchodce. Uživatelé pečovatelské služby nejčastěji využívají služby dovozu oběda. Pouze dovoz či donášku obědů využívala v letech 1999–2006 přibližně třetina všech uživatelů (Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí). Pokud se senioři rozhodnou pro využití některé formy pomoci pečovatelské služby, obvykle přijímají jen jednu službu, méně často dvě a více (Vohralíková, Rabušic, 2004).

Dle zákona č. 108/2006 Sb. musí každý poskytovatel pečovatelské služby zajišťovat pět základních činností:

- 1) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu (např. pomoc při stravování, oblékání a svlékání, či při pohybu doma),
- 2) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (např. pomoc při použití WC, při péči o vlasy, nehty),
- 3) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy (může se jednat buďto o pomoc s přípravou stravy či o její donášku),
- 4) pomoc se zajištěním chodu domácnosti (běžný či sezónní úklid, nákupy, praní a žehlení, údržba domácnosti),
- 5) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (např. doprovod k lékaři, na úřady).

Nenaplnění všech výše uvedených forem pomoci se může promítnout na výši poskytnuté státní dotace. V roce 2007 bylo poskytovatelům pečovatelských služeb na dotacích v úhrnu

vyplaceno 31 % jimi požadované částky (po průvodcovských a předčitatelských službách vůbec nejmenší vyplacený podíl), v roce 2008 se podíl zvýšil na 38 %. Pro srovnání uvedme, že požadavky o přidělení dotace domovům pro seniory byly naplněny ze 74 %, celkově poskytovatelé služeb sociální péče dostali přes dvě třetiny z jimi požadované částky na dotaci. Podle dotační komise je hlavním důvodem nízkého přiznání dotací poskytovatelům pečovatelské služby nenaplnění pěti výše vyjmenovaných okruhů činností. Opakovaně zjištěná skutečnost při analýzách sociálních služeb, totiž, že senioři si často stěžují na absenci možnosti doprovodu při návštěvě lékaře či úřadů, by tuto výtku mohla potvrdit (stejně tak se ale může jednat o nedostatečnou informovanost seniorů o možnostech poskytovaných služeb ze strany pečovatelské služby).

Z hodnocení kvality poskytovaných služeb a analýz uživatelů sociálních služeb často vyplývá, že senioři by si přáli, aby na ně přichází pečovatelka (pečovatel) měla více času a mohla si s nimi déle povídat a aby se pokud možno příliš neměnilo personální obsazení. Dále by si senioři přáli jim mohla pečovatelská služba být poskytována nepřetržitě 24 hodin denně a aby její zaměstnanci mohli provádět menší ošetrovatelské úkony (to však pečovatelské službě ze zákona nenáleží a v případě porušení tohoto nařízení by se její zaměstnanci mohli dostat do vážných právních problémů).

Podíváme-li se na výdaje na pečovatelskou službu, zjistíme, že až do platnosti nového zákona o sociálních službách v roce 2007 se uživatelé na celkových výdajích podíleli velmi malým obnosem. Ještě v roce 2006 představovala průměrná úhrada od jednoho uživatele 180 Kč měsíčně, což znamenalo necelých 14 % celkových výdajů na jednoho uživatele za měsíc. V následujícím roce vzrostla úhrada uživatelů téměř o 100 %¹⁶. Pro představu ještě dodejme, že v letech 1992–1995 hradili uživatelé pečovatelské služby pouze do 2 % jejich výdajů. Tabulka 4 přináší souhrnné informace o výdajích na pečovatelskou službu v letech 2000–2007.

Tab. 4 – Výdaje na pečovatelskou službu v letech 2000–2007

Rok	Výdaje celkem/rok v miliónech Kč	Výdaje na 1 uživatele/měsíc v Kč	Průměrná úhrada od 1 uživatele/měsíc v Kč	Průměrná úhrada uživatele v %
2000	1 540	1 130	110	9,7
2001	1 588	1 159	123	10,6
2002	2 255	1 723	150	8,7
2003	2 051	1 472	149	10,2
2004	2 148	1 635	155	9,5
2005	1 593	1 176	169	14,4
2006	1 637	1 298	180	13,8
2007	1 544	1 347	357	26,5

Zdroj: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech, 2007

Původním záměrem této diplomové práce bylo mj. pokusit se odhadnout budoucí počet uživatelů pečovatelské služby na základě analogie jejího dnešního využití podle pohlaví a věku. Ukázalo se však, že ke kvalifikovanému odhadu chybí potřebná data. Informace o celkovém

¹⁶ Na druhou stranu ale nesmíme zapomenout, že k financování sociálních služeb mohou od roku 2007 uživatelé využít příspěvku na péči, který je v plné míře hrazen státem.

počtu uživatelů pečovatelské služby sledované MPSV nerozlišují uživatele ani podle pohlaví ani podle věku. Data o příjemcích příspěvku na péči podle rozlišení formy využívané služby zase neodpovídají skutečnému počtu uživatelů pečovatelské služby¹⁷. O odhad budoucího počtu uživatelů pečovatelské služby se pokusil Průša (2007). Vycházel z úvahy, že všichni uživatelé pečovatelské služby jsou starší 65-ti let. K úvaze se podle jeho slov obrátil s ohledem na možné mezinárodní porovnání, jelikož se v této podobě uplatňuje prakticky ve všech zemích¹⁸. Poměr uživatelů pečovatelské služby a obyvatelstva staršího 65-ti let v roce 2006 (7,09 %) aplikoval na prognózovanou populaci stejného věku s horizontem v roce 2050¹⁹. Popsaný postup ovšem nezohledňuje strukturu uživatelů pečovatelské služby podle věku a pohlaví a nereflakuje změny, které se ve věkové struktuře seniorů odehrají v příštích letech.

Za účelem získání pohlavní a věkové struktury současných uživatelů pečovatelské služby, jsme se pokusili jsme se o menší výběrové šetření. Míry využití pečovatelské služby podle pohlaví a věku bychom mohli k odhadu budoucího počtu uživatelů použít podobným způsobem jako Průša. Výsledky by samozřejmě nemohly být považovány za prognózu, pouze by vyjadřovaly vývoj počtu uživatelů pečovatelské služby za předpokladu stejné míry využití jako v současnosti. Formou emailu byl rozeslán dotaz poskytovatelům pečovatelské služby (v celém Česku celkem 740 zaregistrovaných) zjišťující pohlavní a věkovou strukturu uživatelů²⁰. Oslovení poskytovatelé pečovatelské služby (z každého okresu alespoň tři) byli náhodně vybráni z registru poskytovatelů sociálních služeb na stránkách MPSV. Bohužel se nepodařilo zajistit příliš velkou návratnost. Pohlavní a věkovou strukturu poslalo 39 oslovených poskytovatelů, kteří zajišťovali pečovatelskou službu dohromady pro 3 472 občanů (informace se obvykle vztahovaly k červnu či červenci roku 2009), což by při celkovém počtu uživatelů kolem 100 tisíc²¹ znamenalo pouze přes 3% zastoupení. Vzorek odpovědí navíc nedopovídal rozložení uživatelů podle krajů (některé kraje chyběly ve vzorku úplně), a tak bylo nakonec z důvodu nízké reprezentativnosti vzorku rozhodnuto data k další analýze nevyužít, neboť získaná pohlavní a věková struktura by mohla být zkreslená. Alespoň pro představu však uvedme některé získané charakteristiky. Výsledný vzorek tvořilo z 89 % obyvatelstvo starší 65-ti let, přičemž čtvrtina z nich byli muži a zbytek, tedy tři čtvrtiny, ženy. Nejvýznamněji zastoupenou věkovou skupinou obyvatelstva byly ženy ve věku 80–84 let, které tvořily 18 % z celého vzorku, následované ženami starými 75–79 let (16 %) a 85–89 let (12,5 %). Při zachování podobného vzorce využití pečovatelské služby podle pohlaví a věku v budoucnosti

¹⁷ Nelze zatím zcela spolehlivě říct, zda opravdu převážná většina uživatelů pečovatelské služby nepobírá příspěvek na péči či zda se ve větší míře jedná o zkreslené informace vzniklé nepřesným určením využití příspěvku na péči ze strany příjemců.

¹⁸ Vyplyvá z emailové komunikace s doc. Ing. Ladislavem Průšou, CSc., ředitelem Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, ze dne 3. 8. 2009.

¹⁹ Ve studii není explicitně uvedeno, jaká prognóza byla při výpočtu použita. Při přepočtu výsledků stejným způsobem lze zjistit, že se jednalo o střední variantu prognózy ČSÚ s prahem k 31. 12. 2002 a horizontem k roku 2050 vytvořené ke konci roku 2003.

²⁰ Věkové kategorie byly specifikovány následovně: 0–18, 19–49, 50–59 a dále po pětiletých skupinách až do intervalu 95+.

²¹ Údaje o skutečném počtu za rok 2008 nebyly dosud zveřejněny, předpoklad 100 tisíc se opírá o informace z roku 2007.

by počet uživatelů jistě narůstal s tím, jak se bude zvyšovat počet obyvatelstva staršího věku. K přesnějšímu odhadu vývoje počtu uživatelů by přispělo reprezentativnější výběrové šetření, nebo, v lepším případě, kvalitnější evidence uživatelů pečovatelské služby podle věku a pohlaví. V každém případě vybízí oblast pečovatelské služby k lepšímu prostudování a dalším studiím, které by se mohly pokusit o odhad počtu uživatelů v příštích letech.

2.5.2 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory tvoří podstatnou část kapacity všech pobytových zařízení sociálních služeb, představují přibližně 50% podíl celkové kapacity pobytových zařízení. Ústavní péče o seniory má v České republice dlouhou tradici, ještě do začátku 20. století však měla převážně podobu starobinců a chudobinců. Jak uvádí zpráva o seniorech z roku 2004, až 40 % domovů důchodců se nacházelo v objektech postavených před rokem 1900 a přibližně 10 % dokonce před rokem 1700 (Vohralíková, Rabušic; 2004).

V České republice existují na některé sociální služby čekací listiny, které odrážejí skutečnost nedostatečné kapacity nabízených služeb. S čekacími listinami se senioři nejčastěji setkají právě při žádosti o umístění do domova pro seniory. S podobnou situací se však musí vyrovnat i obyvatelé jiných vyspělých zemí, například Nizozemska a donedávna i Německa (zde čekací pořadníky zanikly přibližně během dvou let po zavedení dávky obdobné příspěvku na péči). Míry využití domova pro seniory mezi obyvateli staršími 65-ti let proto zcela přesně neodrážejí skutečnou potřebu této služby. Podle analýzy vybavenosti regionů sociálními a následnými zdravotními službami za rok 2005 však mezi počtem neuspokojených žadatelů o umístění do domova důchodců a skutečnou potřebou kapacity v těchto zařízeních neexistuje téměř žádná vazba – dokazuje to hodnota Pearsonova korelačního koeficientu, která se rovná -0,0274 (Průša, 2007).

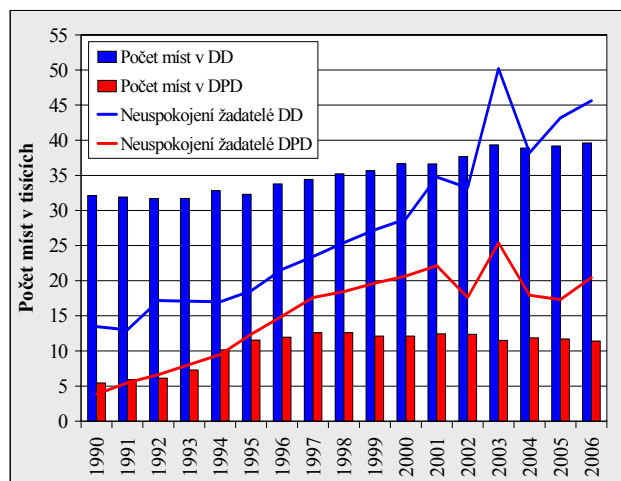
Před přijetím zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se pro zařízení typu domova pro seniory užívalo pojmů **domov důchodců** a **domov-penzion pro seniory**. Prvně zmíněný zajišťoval zdravotní a sociální péči (zdravotní péče, rehabilitace, bydlení, společenský kontakt, aj.), zatímco domov-penzion pro seniory byl určen osobám se zdravotním stavem, který nevyžadoval komplexní péči, a odběr služeb záležel čistě na přáních a možnostech uživatele²². Rozdíl v cílové skupině se odrážel v nižším průměrném věku obyvatel domovů-penzionů pro seniory. Z interních dat Ministerstva práce a sociálních věcí vyplývá, že uživatelé domovů-penzionů pro seniory byli v letech 2004–2006 v průměru o 5 let mladší než obyvatelé domovů pro důchodce (průměrný věk 72, resp. 77 let). Domovy-penziony pro důchodce nabízely zpravidla kvalitnější bydlení (obvykle jedno- až dvoulůžkové pokoje) a vyšší standard služeb než domovy důchodců. Poznatky z Lipnerových terénních šetření dokazují, že uživatelé hodnotili kladně domovy-penziony pro důchodce, neboť se zde cítili jako doma, narozdíl od uživatelů domovů důchodců, kteří pocit vlastního domova postrádali a hodnotili jej negativně (Glosová, 2006).

²² Rozdíl mezi domovem-penzionem pro seniory a domem s pečovatelskou službou spočívá v tom, že do domova-penzionu pro seniory je občan přijímán na základě správního rozhodnutí o přijetí do zařízení.

Zákonem o sociálních službách z roku 2006 ztratily domovy-penziony pro důchodce status sociální služby a přeměnily se buď v jiné poskytovatele sociálních služeb dle znění zákona či se z nich stala zařízení fungující na podobném principu nájemního vztahu jako domy s pečovatelskou službou. Počty odmítnutých žadatelů o umístění v obou zařízeních rostly mnohem rychleji než jejich kapacita. Za povšimnutí stojí, že zatímco počty neuspokojených žadatelů přesáhly kapacitu domovů důchodců v roce 2003, u domovů-penzionů pro seniory lze tento jev pozorovat již od roku 1992 (s výjimkou roku 1994). Využití míst v domovech důchodců se v jednotlivých letech období 1990–2006 pohybovalo kolem 96 %, v domovech-penzionech pro seniory okolo 90 % v 90. letech, na počátku nového století se přiblížilo využití míst v domovech důchodců. Pro představu dodejme, že v roce 1956 se na území dnešní České republiky nacházelo 226 domovů důchodců s celkovou kapacitou 17 550 míst, která byla využita z 98,7 % (Statistická ročenka republiky Československé 1957). O počtu míst a počtu neuspokojených žadatelů o umístění v domovech důchodců

i v domovech-penzionech pro seniory od roku 1990 do roku 2006 nás informuje graf č. 6.

Obr. 6 – Vývoj počtu míst a neuspokojených žadatelů v domovech důchodců a v domovech-penzionech pro důchodce v letech 1990–2006



Poznámky: DD – domov důchodců
DPD – domov-penzion pro důchodce

Zákon č. 108/2006 Sb. pro pobytová zařízení určená výhradně seniorům používá již jen pojmu **domov pro seniory**. Podle § 49, odstavce 2 poskytují domovy pro seniory tyto základní činnosti:

- 1) poskytnutí ubytování
- 2) poskytnutí stravy
- 3) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- 4) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- 5) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- 6) sociálně terapeutické činnosti
- 7) aktivizační činnosti
- 8) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

V roce 2007 disponovalo 463 domovů pro seniory dohromady 41 618 míst (míra využití za rok 2007 byla 95,3 %) a zároveň bylo registrováno 48 131 neuspokojených žadatelů. Z počtu zařízení a kapacity v roce 2007 lze snadno odvodit, že zdaleka ne všechny dřívější domovy-penziony pro seniory se přeměnily v domovy pro seniory – pro srovnání byla kapacita domovů důchodců (38 672 míst) a domovů-penzionů pro seniory (11 428) v roce 2006 zajišťována 399 domovy důchodců, respektive 142 domovy-penziony pro důchodce. Nejhorší situace v krajích České republiky z hlediska počtu obyvatel starších 65-ti let připadajících na jedno místo v domově pro seniory byla v roce 2007 zaznamenána v Hlavním městě Praha (jak už bylo řečeno na začátku, vykazuje zároveň nejstarší věkovou strukturu obyvatelstva). Na jedno lůžko v domově pro seniory zde připadalo 66 lidí starších 65-ti let. Naopak v kraji Ústeckém, kde byla situace nejlepší (také ve srovnání věkové struktury obyvatelstva mezi kraji), připadalo na jedno místo přibližně 23 seniorů. V celé České republice připadalo na 1 jedno místo v domově pro seniory asi 36 seniorů. Zajímavé výsledky ukazuje analýza dostupnosti a vybavenosti sociálními a navazujícími zdravotními službami v regionech České republiky, kterou za rok 2005 provedl Průša:

„Vyšších hodnot vybavenosti místy v domovech důchodců dosahují zpravidla okresy, kde je „narušena“ původní struktura osídlení a v důsledku toho zde neexistují úzké rodinné a příbuzenské svazky (viz např. okresy Příbram nebo Chomutov), a horské, popř. podhorské regiony (viz např. okresy Jeseník, Prachatice, Bruntál), zatímco nižší hodnoty vybavenosti jsou dosahovány zpravidla v okresech s vysokou mírou vzájemné rodinné solidarity a sounáležitosti (např. Břeclav, Hodonín, Jihlava) nebo v magistrátních městech (zejména hl. m. Praha a Brno)“ (Průša, 2007: str. 54).

Informace o kapacitě v domovů pro seniory a počtu neuspokojených žadatelů v krajích České republiky za rok 2007 přináší tabulka 5 seřazená sestupně podle počtu obyvatel ve věku nad 65 let na jedno místo v domově pro seniory.

Tab. 5 – Počet obyvatel starších 65 let na 1 místo v domovech pro seniory a neuspokojení žadatelé podle krajů v roce 2007

Kraj	Počet míst	Obyvatelstvo 65+	Obyvatelstvo 65+ na 1 místo	Neuspokojení žadatelé
Hl. m. Praha	2 865	189 524	66	3 660
Plzeňský	1 563	84 257	54	2 971
Karlovarský	877	41 038	47	1 346
Liberecký	1 312	58 800	45	1 030
Jihomoravský	4 096	173 327	42	6 183
Pardubický	2 094	75 830	36	1 747
Královéhradecký	2 363	84 237	36	3 544
Olomoucký	2 765	94 601	34	2 728
Středočeský	5 147	169 814	33	4 164
Moravskoslezský	5 340	175 882	33	9 366
Vysočina	2 329	76 361	33	1 501
Jihočeský	3 012	91 720	30	1 822
Zlínský	3 091	89 349	29	4 792
Ústecký	4 764	108 094	23	3 277
Česká republika	41 618	1 512 834	36	48 131

Zdroj: ČSÚ, Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2007, vlastní výpočty

Někteří žadatelé o umístění do domova pro seniory si z důvodu dlouhých čekacích listin žádost často podávají z pocitu nejisté budoucnosti se snahou zajistit si zde jisté místo pro případ, kdyby ho opravdu během několika let potřebovali. Tím se seznamy neuspokojených žadatelů ještě prodlužují. Do roku 2006²³ uváděla statistická publikace Ministerstva práce a sociálních věcí počet přednostních a naléhavých žadatelů o umístění v domově důchodců. Zatímco absolutní počet neuspokojených žadatelů se v průběhu období 1998–2006 razantně zvyšoval, počet přednostních a naléhavých žadatelů zůstal až na výjimky v podstatě stejný. Tento trend dobře znázorňuje i vyjádření obou skupin žadatelů na obyvatelstvu ve věku 65 let a více²⁴. V případě přednostních a naléhavých žadatelů zůstal podíl ve sledovaném období pod hranicí 0,65 % a spíše než rostoucí tendenci vykazoval nevelkou fluktuaci v jednotlivých letech. Naopak vyjádření celkového počtu neuspokojených žadatelů jako podíl na populaci starší 65-ti let se mezi roky 1998 a 2006 téměř zdvojnásobilo a projevovalo rostoucí trend. Údaje o celkovém počtu neuspokojených a přednostních žadatelů za období 1998–2006 a jejich podíl na populaci ve věku 65 let a více sleduje tabulka 6.

Tab. 6 – Relace mezi celkovým počtem neuspokojených žadatelů a přednostních žadatelů o umístění v domově důchodců v letech 1998–2006

Rok	Neuspokojení žadatelé celkem	Přednostní žadatelé	Podíl přednostních žadatelů v %	Podíl na populaci 65+	
				Neuspokojení žadatelé	Přednostní žadatelé
1998	25 431	7 110	28,0	1,80	0,50
1999	27 243	7 523	27,6	1,92	0,53
2000	28 784	6 816	23,7	2,02	0,48
2001	34 763	9 227	26,5	2,46	0,65
2002	33 283	7 771	23,3	2,35	0,55
2003	50 192	9 009	17,9	3,53	0,63
2004	38 220	6 474	16,9	2,66	0,45
2005	43 187	7 696	17,8	2,97	0,53
2006	50 929	7 135	14,0	3,44	0,48

Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věc 1998, ..., 2006

Při přípravě zákona o sociálních službách se očekávalo, že zavedením příspěvku na péči postupně dojde ke zrušení čekacích pořadníků, nebo alespoň k jejich radikálnímu zkrácení. Vzhledem k teprve nedávnému zavedení a posledním informacím o neuspokojeném počtu žadatelů z roku 2007 nelze zatím dělat závěry, zda ke kýženému vyřešení problému příspěvek na péči opravdu přispěje. Při poptávce převyšující nabídce míst v domovech pro seniory a vzhledem ke strategii transformace pobytových zařízení a deinstitucionalizace lze předpokládat, že při rozhodování o umístění do domova pro seniory budou dostávat přednost lidé s vyšším stupněm závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Ostatní žadatelům bude

²³ S rokem 2007 se souhrnný počet přednostních a naléhavých žadatelů v České republice o umístění do domova pro seniory přestal sledovat (emailová komunikace s Ing. Daliborem Šitavancem, zaměstnancem oddělení statistické metodiky a rozborů MPSV).

²⁴ Ačkoli víme, že domovy důchodců, resp. domovy pro seniory, neuvítají jen obyvatel starší 65-ti let, domníváme se, že v případě přednostních a naléhavých žadatelů se jedná především o osoby staršího věku, a proto byla jako „riziková“ populace zvolena věková kategorie 65+.

nabízena varianta terénních a ambulantních služeb. Existují i okolnosti, kvůli kterým budou mít o zařazení do evidence čekatelů zájem i občané, jejichž stav by nevyžadoval pobyt v institucionálním zařízení. Problematickou oblastí by se v tomto smyslu mohlo jevit např. deregulování nájemného, které by mohlo vyvolat vlnu poptávky po domovech pro seniory z důvodu nedostatečných finančních prostředků.

O průměrných neinvestičních výdajích na jedno místo v domově pro seniory podává přehled tabulka 7. Sloupec „Domovy pro seniory“ do roku 2006 zaznamenává údaje o domovech důchodců, které můžeme srovnat ve vedlejším sloupci s údaji za domovy-penziony pro seniory. Ze srovnání jasně vyplývá, že výdaje na 1 místo v domově-penziony pro seniory byly nižší pro jeho zřizovatele i pro samotné uživatele. Ti platili ve sledovaném období let 2000–2006 o více než 60 % nižší částku za měsíc než uživatelé domovů důchodců. Uživatelé domovů pro seniory v roce 2007 hradili přibližně polovinu z celkových neinvestičních nákladů. V tabulce lze dále pozorovat, že celkové výdaje na 1 místo v obou typech zařízení v průběhu času rostly, s čímž lze s největší pravděpodobností počítat i v nadcházejících letech.

Tab. 7 – Výdaje v domovech pro seniory a domovech-penzionech pro seniory v letech 2000–2007

Rok	Domovy pro seniory				Domovy-penziony pro seniory			
	PrNV v Kč	PrÚO v Kč	PÚO v %	PrNV zřizovatele v Kč	PrNV v Kč	PrÚO v Kč	PÚO v %	PrNV zřizovatele v Kč
2000	11 402	4 619	40,5	6 783	3 815	1 463	38,4	2 352
2001	12 728	5 030	39,5	7 698	4 211	1 616	38,4	2 595
2002	13 751	5 342	38,8	8 409	4 647	1 747	37,6	2 901
2003	14 415	5 517	38,3	8 898	5 844	2 297	39,3	3 546
2004	14 696	5 518	37,5	9 178	5 879	2 179	37,1	3 700
2005	16 873	6 004	35,6	10 869	6 184	2 343	37,9	3 841
2006	17 252	6 327	36,7	10 925	6 176	2 324	37,6	3 851
2007	17 833	8 871	49,7	8 962	.	.	.	.

Poznámky: PrNV – průměrně neinvestiční výdaje na 1 místo

PrÚO – průměrná úhrada od obyvatele

PÚO – podíl úhrady na výši nákladů od obyvatele

Zdroj: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálních věcí 2006, 2007

Nejčastějšími zřizovateli domovů pro seniory byly v roce 2007 kraje (z celkem 463 zařízení jich kraje zřizovaly 191, s celkovou kapacitou 21 190 míst, což odpovídá téměř 51 % celkové kapacity), následovaly domovy pro seniory zřizované obcemi (185 zařízení s 41% kapacitou), 67 zařízení provozovaly v roce 2007 církve (kapacita přesahující 6 %), zbylá lůžka připadala v roce 2007 na ostatní zřizovatele (20 zařízení), tedy nestátní neziskové organizace či fyzické osoby (Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2007).

Sběr dat o uživateli domovů pro seniory na národní úrovni probíhá podobným způsobem jako u uživatelů pečovatelské služby. V případě pobytových zařízení vyplňují poskytovatelé „Roční výkaz o zařízeních sociální péče a poskytování sociálních služeb“ pod označením Soc

(MPSV) V1-01²⁵. Poskytovatelé pobytových sociálních služeb mají mj. za úkol dodat Ministerstvu práce a sociálních věcí počet uživatelů podle několika věkových kategorií (jedná se o skupiny 3–6, 7–12, 13–18, 19–26, 27–65, 66–85, nad 85 let), nikoli však podle pohlaví. Tuto skutečnost nelze z pohledu demografie hodnotit jinak než jako nedostatečnou evidenci uživatelů, která ztěžuje jakoukoli analýzu jejich struktury na národní úrovni. Podle názoru autorky se neexistence údajů o pohlavní a věkové struktuře uživatelů negativně podepisuje i na národní úrovni plánování potřeb sociálních služeb pro seniory. Od roku 2009 dochází ve výkazu k rozdělení obyvatel starších 65-ti let na více věkových skupin (66–75, 76–85, 85–95, nad 95 let). V porovnání s předchozími roky zjišťuje výkaz za rok 2009 i počet uživatelů s příspěvkem na péči podle stupně závislosti, což přispěje ke spolehlivým informacím o podílech uživatelů pobytových služeb bez nároku na příspěvek.

Poskytovateli vykazované údaje o uživateli podle věkových skupin sice nejsou zveřejňovány v pravidelných statistických publikacích MPSV, ale na požádání se nám podařilo získat dostupné informace za posledních pět let²⁶. Pokud srovnáme strukturu uživatelů domovů důchodců a domovů-penzionů pro důchodce, vidíme, že v domovech důchodců byly na rozdíl od domovů-penzionů pro důchodce významněji zastoupeny nejstarší skupiny obyvatelstva (ve věku nad 85 let) na úkor osob ve věku 66–85 let. Lze si také povšimnout trendu, že v domovech důchodců získává větší zastoupení obyvatelstvo ve věku 85 let a více, zatímco podíl věkové kategorie 27–65 let se snižuje. Věkovou strukturu domovů důchodců a domovů-penzionů pro seniory podle dat MPSV uvádí tabulka 8.

Tab. 8 – Věkové složení uživatelů domovů důchodců a domovů-penzionů pro důchodce v letech 2004–2008

Rok	Domovy důchodců				Domovy-penziony pro důchodce			
	Celkem	27–65 ^a	66–85 ^a	nad 85 ^a	celkem	27–65 ^a	66–85 ^a	nad 85 ^a
2004	36 021	12,7	60,6	26,7	10 709	10,77	80,5	8,7
2005	36 813	12,3	61,8	25,9	10 651	11,24	79,5	9,2
2006	37 549	11,9	60,7	27,3	10 033	10,72	78,4	10,9
2007	39 731	10,1	61,9	28,0	.	.	.	.
2008*	36 099	9,1	59,9	31,0	.	.	.	.

Poznámky: Celkové počty obyvatel v domovech důchodců a v domovech-penzionech pro seniory za roky 2004–2006 nezahnují uživatele společných zařízení (kolem 1 000 uživatelů), a proto se neshodují s údaji o celkovém počtu uživatelů ve Statistických ročenkách z oblasti práce a sociálních věcí.

Informace v letech 2007 a 2008 se vztahují k domovům pro seniory.

^a věkové skupiny přesně odpovídají kategoriím zjišťovaným ve výkazech, ačkoli hranice skupin 66–85 a nad 85 let nejsou zcela jednoznačné.

* předběžné údaje

Zdroj: Interní data MPSV a vlastní výpočty

V další tabulce se dovídáme, jak velkého podílu osob z příslušné věkové kategorie se pobyt v zařízeních pro seniory týkal v letech 2004–2008. Pobyt v domově pro seniory, resp. domově důchodců, se týká více než 2 % populace ve věku nad 66 let (hranice zvolena s ohledem na

²⁵ Roční výkaz o zařízeních sociálních služeb a poskytování sociálních služeb za roky 2006–2009 nalezneme na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/3226>>

²⁶ Žádost o poskytnutí dat prosila o co možná nejdelší dostupnou časovou řadu.

věkové intervaly MPSV). S rostoucím věkem využití institucionální péče narůstá, v kategorii obyvatelstva nad 85 let žije v některém z domovů pro seniory již přibližně každý dvanáctý obyvatel. Pro představu tabulka 9 uvádí i podíl seniorů žijících v letech 2004–2006 v domovech-penzionech pro důchodce, kde v důsledku celkově nižší kapacity pobývalo přes půl procenta obyvatel starších 65-ti let.

Tab. 9 – Podíl uživatelů domovů důchodců a domovů-penzionů pro důchodce ve své věkové kategorii

Rok	Domovy důchodců			Domovy-penziony pro důchodce		
	66-85	66+	85+	66-84	66+	85+
2004	1,75	2,34	10,28	0,69	0,71	1,00
2005	1,82	2,38	9,39	0,68	0,70	0,97
2006	1,80	2,40	9,07	0,62	0,65	0,96
2007	1,92	2,54	8,91	.	.	.
2008*	1,66	2,28	8,19	.	.	.

Poznámky: Údaje v letech 2004–2006 nezahrnují uživatele společných zařízení domovů důchodců a domovů-penzionů pro důchodce.

Informace v letech 2007 a 2008 se vztahují k domovům pro seniory.

Věkové skupiny odpovídají údajům z MPSV, při výpočtu byly ve jmenovateli použity věkové skupiny 66–84 let, 66+ a 85+.

* předběžné údaje

Zdroj: Interní data MPSV, ČSÚ a vlastní výpočty

Jako pozitivní lze označit fakt, že v uplynulých letech se nové domovy pro seniory stavěly s ohledem na moderní požadavky na tato zařízení, které odpovídají i doporučeným směrnici Evropské unie (např. bezbariérový přístup nejen zvenku, ale všude uvnitř budovy, aby se senioři mohli dobře pohybovat po celém areálu bez nutnosti stěhovat se podle svého zdravotního stavu). V současné době se staví spíše menší zařízení komunitního typu. Architekti navrhující domovy pro seniory dbají na to, aby jejich uživatelé měli dostatek soukromí a důstojnosti při vykonávání běžných lidských činností. Uplatňován bývá i požadavek adekvátní lokality domova pro seniory – budova by měla být umístěna sice do klidného prostředí obce, ale zároveň snadno přístupná, v blízkosti občanské vybavenosti obce.

Kapitola 3

Faktory ovlivňující poptávku po sociálních službách

Poptávce po sociálních službách mezi seniory ovlivňuje několik faktorů, z nichž některé mají obecně určující charakter a jiné jsou čistě individuální povahy. Do první skupiny lze zařadit např. demografickou a sociální strukturu obyvatelstva, velikost sledovaného regionu a strukturu osídlení, dostupnost různých typů sociálních služeb a úroveň informovanosti cílových skupin o těchto službách či jejich kvalitě. Tyto aspekty je třeba zohlednit při procesu plánování sociálních služeb na úrovni obcí i krajů. Mezi individuální charakteristiky, které ovlivňují poptávku každého jedince patří věk, zdravotní stav a s ním související schopnost vykonávat běžné činnosti denního života, životní úroveň, dosažené vzdělání, rodinný stav a typ domácnosti, existence žijících potomků a rozsah jimi poskytované neformální péče, atd. Poptávku jedince po sociálních službách obecně spouští jeho potřeba pomoci jiné fyzické osoby. V následujících subkapitolách se blíže seznámíme s některými z výše jmenovaných faktorů a přiblížíme si, jakou roli hrají při využití sociálních služeb a jak se jejich vývoj může promítnout do budoucnosti.

Poslední oddíl čtvrté kapitoly je věnován populačním prognózám. Ty sice samy o sobě nemohou ovlivnit poptávku po sociálních službách, ale hrají velice důležitou roli při odvozeném odhadování počtu závislých osob, které budou pomoc potřebovat.

3.1 Zdravotní stav

Zdraví každého jedince hraje při rozhodování o využití sociálních služeb významnou roli. Stárí je spojeno se zvýšenou nemocností, vyšším výskytem chronických onemocnění (ve vyšším věku již jen malé procento lidí netrpí žádnou chronickou nemocí), polymorbiditou a celkově zhoršeným zdravotním stavem. Nejčastějšími chorobami, kterými starší osoby trpí, jsou nemoci kardiovaskulární, nemoci pohybového ústrojí, endokrinní, respirační, nemoci trávicího ústrojí, poruchy smyslových orgánů, duševní poruchy, poruchy kontinence a úrazy. Zhoršení zdravotního stavu se projevuje na míře soběstačnosti, s jejíž ztrátou narůstá potřeba pomoci s běžnými činnostmi lidského života. Oproti možným předpokladům však z provedených šetření vyplývá, že i přes častý výskyt negativních zdravotních aspektů je subjektivní vnímání kvality svého zdraví samotnými seniory celkem pozitivní.

Kvalita zdraví populace se pro svou komplexnost a vícerozměrnost velmi špatně ohodnocuje a porovnává a vždy velmi záleží na tom, jaký typ ukazatele pro hodnocení zdraví zvolíme (o multidimenzionální ukazatel zdraví se pokusili například Woodbury a Manton pomocí GoM metody²⁷). Informace o zdravotním stavu obyvatelstva poskytují různá výběrová šetření, která se obvykle ptají na subjektivní vnímání zdraví, výskyt chronických nemocí a jiných zdravotních komplikací a existenci omezení běžných aktivit v důsledku zdravotních potíží. Odlišná metodologie, definice zdraví a běžných aktivit lidského života či kulturní zvyklosti způsobují, že výsledky různých šetření, ať už na národním či mezinárodním poli, často nejsou navzájem porovnatelná.

V České republice proběhlo v roce 2008 Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR (EHIS – European Core Health Interview Survey), které navázalo na předchozí řadu výběrových šetření HIS (Health Interview Surveys) prováděných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Šetřením zdravotního stavu obyvatelstva se zabývá i EU-SILC²⁸ (European Union Statistics on Income and Living Conditions), kterého se Česko účastní od roku 2005 a které obsahuje tři základní otázky směřující ke zjištění zdravotního stavu. Otázky na zdravotní stav obyvatelstva obsahují i pravidelná jednorázová šetření Eurobarometer. Jako součást projektu Světové zdravotnické organizace proběhlo v Česku v roce 2003 také Světové šetření o zdraví. Česká republika se v letech 2006 a 2008 zúčastnila i projektu SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), který se vedle další problematiky spojené se stárnutím zabývá i zjišťováním zdravotního stavu obyvatelstva staršího 50-ti let. V rámci šetření zdravotního stavu obyvatelstva v Evropské unii se objevují snahy o harmonizaci společných vstupů a výstupů, které by umožnily snadnější srovnání výsledků v čase i prostoru.

Jak už bylo naznačeno dříve, pro hodnocení zdravotního stavu seniorů je možné použít odpovědi z výběrových šetření na otázky subjektivně posuzovaného zdraví, potíží při vykonávání každodenních činností a výskytu chronických onemocnění. Ač se zvyšujícím se věkem klesá podíl těch, kteří své zdraví hodnotí pozitivně a naopak přibývá těch, kteří ho vnímají negativně, podle šetření zdravotního stavu HIS ČR 2002 považuje svoje zdraví za velmi dobré, dobré či uspokojivé 71,5 % mužů a 60 % žen starších 75-ti let (ÚZIS, 2003). Také podle šetření GGP provedeného v roce 2005 hodnotí staří lidé svůj zdravotní stav vesměs kladně (Rychtaříková, 2007). Výsledky obou zmíněných šetření a také šetření SILC potvrzují, že ženy častěji než muži hodnotí svůj zdravotní stav jako špatný či velmi špatný (a to téměř v kterémkoli věku) a naopak muži častěji hodnotí svoje zdraví slovy velmi dobré či dobré. Ženy ve svém životě rovněž zažívají vyšší míru omezení v důsledku ztráty soběstačnosti. Tyto skutečnosti se nevztahují jen k obyvatelům Česka, ale platí i jiných vyspělých zemích. Podle výsledků výběrového šetření SILC, které umožňuje srovnání zdravotního stavu obyvatelstva zemí Evropské unie, hodnotí čeští senioři svůj zdravotní

²⁷ MANTON, KG; WOODBURY, MA. 1982. A new procedure for analysis of medical classification. *Methods Inf Med*; 21: 210-220.

²⁸ Toto šetření u nás od roku 2005 pod názvem „Životní podmínky“ provádí Český statistický úřad a výsledky otázek na zdravotní stav jsou dostupné spolu s výsledky pro další země na stránkách Eurostatu.

stav o něco pesimističtější než průměrný senior žijící v Evropské unii. V tabulce 10 jsou uvedeny výsledky výběrového šetření SILC pro tři věkové skupiny obyvatelstva staršího 65-ti let.

Tab. 10 – Subjektivní hodnocení zdraví mužů a žen ve věku nad 65 let podle SILC v letech 2005–2007

Věk	Rok	Velmi dobré a dobré		Uspokojivé		Špatné a velmi špatné	
		Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži
65–74	2005	17,5	18,1	51,9	54,9	30,6	27,0
	2006	17,5	24,1	50,7	51,1	31,8	24,8
	2007	20,3	24,9	51,9	52,5	27,9	22,7
75–84	2005	8,4	10,6	47,9	46,2	43,8	43,1
	2006	9,3	9,9	46,3	46,9	44,4	43,2
	2007	9,0	13,9	45,3	45,7	45,6	40,4
85+	2005*	10,2	14,8	48,0	53,9	41,8	31,3
	2006	2,9	10,2	43,2	53,2	53,8	36,6
	2007	9,0	9,8	38,8	58,5	52,2	31,8

Poznámky: * nespolehlivá/nejistá data

Zdroj: Eurostat

Statisticky významnou proměnnou, která ovlivňuje subjektivní vnímání zdraví je vedle věku i rodinný stav a vzdělání. Lidé žijící v manželství hodnotí svůj zdravotní stav pozitivněji než lidé rozvedení či ovdovělí. Čím vyšší dosažená úroveň vzdělání, tím lepší hodnocení vlastního zdraví (ve stáří už však tyto rozdíly konvergují).

3.1.1 Vývoj nemocnosti a disability

Ačkoli nelze podle vývoje nemocnosti a zdravotního stavu přímo usuzovat na vývoj závislosti na pomoci jiné osoby, jsou tyto jevy úzce provázané, neboť závislost často vzniká následkem nemoci a zhoršujícího se zdravotního stavu. Podle výsledků populačních prognóz České republiky dojde v příštích letech ke zvyšování počtu starších osob (Chýlová, 2006; Šídlo, Tesárková, 2009). Střední délka života podle předpokladů prognóz se nadále bude prodlužovat. K odhadu potřeby sociálních služeb pro seniory potřebujeme vědět, jak velká část seniorů bude z důvodu nepříznivého zdravotního stavu vyžadovat pomoc jiné fyzické osoby. Důležité je znát, jaký vývoj bude mít vztah mezi prodlužující se nadějí dožití a celkovým zdravotním stavem a schopností se o sebe sám postarat. Zajímá nás, zda roky, které podle předpokladů prognóz získáme navíc budou doprovázeny zlepšujícím se zdravotním stavem a klesající nemocností či zda roky, které si připišeme k dobru budou stráveny spíše ve špatném zdraví a omezené soběstačnosti. Budoucnost vývoje nemocnosti a disability je samozřejmě stejně nejistá jako budoucnost každého odhadovaného procesu. Vývoj vztahu úmrtnosti a nemocnosti nicméně popisují tři odlišné teorie, o jejichž platnosti se debatuje již několik desítek let. Důkazy na podporu jedné z nich bývají vzápětí vyvráceny důkazy poukazujícími na její opak. Stručně si shrňme jejich podstatu:

- 1) **Komprese morbidity.** Původně tato teorie, tak jak ji zastával Fries (1980), předpokládala, že na základě lepších životních podmínek a nových lékařských poznatků dochází k nástupu výskytu chronických nemocí v pozdějším věku, skoro až na samém konci lidského života. Fries se v roce 1980 domníval, že každý jedinec má svoji nepřekonatelnou hranici

maximální možné délky života, přibližně kolem 85 let. Později však od horní hranice délky života ustoupil (Fries, 2003) a tato teorie se stala optimistickým konceptem popisující vývoj mezi úmrtností a nemocností. Podle této teorie se lidský zdravotní stav zlepšuje o něco rychleji než se prodlužuje naděje dožití a tím pádem ubývá let strávených ve špatném zdravotním stavu.

- 2) **Expanze morbidity** (Kramer, 1980; Olshansky et. al., 1991). Tato teorie stojí na opačném konci než prvně zmíněná. Podle jejích zastánců strávíme léta získaná delší nadějí dožití ve špatném zdravotním stavu, což je podle některých z nich způsobeno tím, že lékařská věda pomocí svých poznatků uměle prodlužuje životy těch starých lidí, kteří by za normálních okolností zemřeli, ale na místo toho jsou odsouzeni k životu ve špatném zdravotním stavu.
- 3) **Dynamické ekvilibrium**. Někdy označováno také jako kompromis mezi výše zmíněnými hypotézami. Její autor (Manton, 1982) říká, že doba strávená v nemoci či špatném zdravotním stavu se s narůstající délkou naděje dožití nemění, neboli že oddálení konce života znamená také oddálení výskytu zhoršeného zdravotního stavu.

K hodnocení vývoje zdravotního stavu obyvatelstva se začalo užívat ukazatele zdravé délky naděje dožití, který se stal všeobecně přijímaným srovnávacím měřítkem. Zdravá délka života (nebo také naděje dožití bez nemoci) odděluje od celkové naděje dožití roky strávené v dobrém zdraví, tedy bez přítomnosti jakéhokoli onemocnění způsobující dlouhodobé omezení či nesoběstačnost. Ač tento ukazatel přináší některá úskalí co se týče způsobu jeho výpočtu, stal se jedním z klíčových ukazatelů pro hodnocení zdravotního stavu populace ve státech Evropské unie. K harmonizovanému výpočtu a sledování ukazatele zdravé délky života ve státech Evropské unie byla založena skupina European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU). Ta při konstrukci ukazatele vychází ze zdravotního šetření SILC, výsledky tohoto ukazatele pro státy Evropské unie lze tedy považovat za srovnatelné. Pro výpočet zdravé délky života používá EHEMU odpovědi na otázky šetření týkající se dlouhodobého omezení běžných denních aktivit, chronické nemocnosti a subjektivně vnímaného zdraví. Podle EHEMU byla zdravá délka života českých mužů při narození v roce 2006 57,8 let, což znamená asi 79 % předpokládané délky života mužů v roce 2006. U žen stejný ukazatel v roce 2006 nabýval hodnoty 59,8 let (což odpovídá 75 % života prožitého ve zdraví). Průměr zdravé délky života ve 25 zemích Evropské unie se rovnal 61,6 let u mužů a 62,1 let u žen (znamená to téměř 81 % života bez omezení při vykonávání běžných denních aktivit u mužů, resp. přes 75 let u žen). EHEMU dále uvádí, že v roce 2006 měli před sebou čeští muži ve věku 65 let 6,7 let prožitých bez omezení běžných denních činností (to odpovídá asi 45 % zbylého života) a české ženy asi 7,1 roků (přibližně 39 % zbývající části života). Oproti průměru zemí Evropské unie čekal české muže ve věku 65 let život bez omezení o 2,5 roků kratší, v případě žen o 3 roky kratší život ve zdraví. Pokud porovnáme zdravou délku života mezi pohlavími při narození i ve věku 65 let, opět zjistíme, že ženy sice žijí déle, ale jejich zdravotní stav není lepší než zdravotní stav mužů. Ačkoli rozdíl naděje dožití mezi pohlavími je při narození přes 6 let ve prospěch žen, v případě zdravé délky života činí jen 2 roky ve prospěch žen. Ještě markantnější rozdíl lze pozorovat ve věku 65 let – ženy sice mají naději dožití v tomto věku o více než 3 roky delší než muži, ale prožijí skoro

stejný počet let bez omezení každodenních aktivit jako muži (rozdíl ve prospěch žen nečiní ani půl roku). Obdobnou situaci lze pozorovat ve všech zemích Evropské unie, mezi kterými patří Česká republika do skupiny zemí s nižší nadějí dožití i nižší zdravou délkou života společně s ostatními zeměmi bývalého východního bloku (ač si mezi nimi vede nejlépe).

Velká část projekčních modelů (Batljan, 2007; Lagergren, 2005; Comas-Herrera a Wittenberg, 2003; OECD, 2006) potřeby sociálních služeb pro seniory nějakým způsobem vytváří scénář měnícího se zdravotního stavu populace. Podle předpokladů většiny z nich se zdravotní stav bude s prodlužující nadějí života zlepšovat, takže podíl osob s disabilitou v každé věkové kategorii se bude snižovat. Rovněž projekt FELICIE²⁹ (Future Elderly Living Conditions in Europe), společná iniciativa několika vědeckých institucí, který se zabývá životní úrovní obyvatelstva staršího 75-ti let do roku 2030, vypočítal variantu klesající disability pro devět evropských zemí, mezi nimiž zaujímá místo i Česká republika. Podle výsledků varianty uvažující pokles disability by v České republice v roce 2030 bylo téměř o pětinu méně lidí ve věku nad 75 let s disabilitou než ve scénáři konstantní morbiditity (Rychtaříková, 2006).

Srovnání s jinými evropskými zeměmi ukazuje, že česká populace má v počtu let strávených ve zdraví rezervy v negativním slova smyslu. Jinými slovy to znamená, že kdyby v evropských zemích mělo v tomto ohledu docházet ke konvergenci, obyvatelé Česka by se mohli těšit na delší dobu života strávenou ve zdraví. Jedním z projevů by měl být i pokles podílu závislých osob, zejména v období mladšího seniorského věku. Také Kalvach aj. se domnívá, že zdravotní stav seniorů se zlepšuje o léta, o která se prodlužuje naděje dožití. Sice podle něj přibývá disability mírné, ale na druhou stranu ubývá té těžké (Kalvach et al., 2006).

Vývoj disability mezi seniory je pro budoucí poptávku po sociálních službách naprosto zásadní. Svědčí o tom srovnání výsledků projekcí, které vytváří různé scénáře vývoje budoucího zdravotního stavu v poměru k prodlužující se naději dožití. Pokud by podíl disability podle věku a rodinného stavu zůstal stejný jako dnes, vzrostl by počet závislých obyvatel v Evropě ve věku 75 let a více o 70 %, pokud by ale budoucí přírůstky naděje dožití byly prožity v dobrém zdravotním stavu, počet stejné populace by se navýšil o necelých 40 % (Gaymu, Ekamper, Beets, 2007). Další příklad představují výsledky závislé populace v Německu: varianta věkově specifických měř závislosti klesajících podle nárůstu naděje dožití by v roce 2050 měla ve výsledku o 40 % menší závislou populaci ve věku nad 65 let než varianta konstantních měř závislosti v každém věku (Comas-Herrera, Wittenberg, 2003).

I kdyby se předpoklady zlepšujícího zdravotního stavu seniorů a klesající míry závislosti měly v budoucnosti uplatnit jen částečně, přináší nám cenné informace. Počet starších lidí s disabilitou by v důsledku lepšího zdraví byl menší a tudíž i potřeba sociálních služeb pro seniory by rostla pomalejším tempem než za předpokladu neměnného zdravotního stavu obyvatelstva. Tento závěr podtrhuje důležitost podpory aktivního stárnutí, zdravotní prevence, lepší informovanosti o dostupných prostředcích léčby a podpory péče a investice do vlastního zdraví. Cílem zdravotní prevence by mělo být co nejvíce oddálit nástup chronických

²⁹ Více informací o projektu FELICIE a výsledky projekcí je možno nalézt na oficiálních stránkách projektu: <http://www.felicie.org/>

onemocnění a ostatních příčin, které se stávají spouštěcím mechanismem při ztrátě soběstačnosti.

3.2 Vzdělání

Dalším diferenčním znakem který ovlivňuje zdravotního stavu seniorů a jejich životní úroveň je nejvyšší dokončené vzdělání. Tento ukazatel bývá často používán jako charakteristika vyjadřující socio-ekonomický status. Populační prognózy, které berou v potaz diferenční úmrtnost podle vzdělání mohou ústit ve vyšší počty starších obyvatel než prognózy, které tak nečiní. Tuto skutečnost potvrzuje i švédský příklad projekčního modelu, který vychází z měr úmrtnosti obyvatelstva podle vzdělání. Podle výsledků tohoto modelu by v roce 2035 ve Švédsku žilo o 15 % více obyvatel starších 65-ti let než podle oficiální prognózy, která nerozlišuje vývoj úmrtnosti podle vzdělání (Batljan, 2007). Batljan (2007) se dokonce na základě provedení několika projekčních scénářů domnívá, že budoucí nárůst počtu starých osob s nepříznivým zdravotním stavem by mohl být z části vyvážen změnou vzdělanostní struktury populace.

Vliv vzdělání se podle empirického šetření Život ve stáří (Kuchařová, 2002) projevuje na celkovém hodnocení této životní fáze samotnými seniory. S rostoucím stupněm dosaženého vzdělání roste podíl seniorů kladně hodnotících etapu stáří. Jelikož úroveň vzdělání se od určitého věku již u většiny populace nemění, lze její strukturu u staršího obyvatelstva poměrně snadno předvídat. V budoucnosti se bude zmenšovat podíl seniorů se základním vzděláním a naopak bude přibývat seniorů s vyšším stupněm vzdělání. Změna vzdělanostní struktury bude probíhat markantněji u starších žen (ještě v roce 1991 mělo přes dvě třetiny žen starších 60-ti let základní vzdělání – Kučera, 2002). Z výsledků SLDB 2001 vyplývá, že asi pětina mužů ve věku nad 60 let měla základní vzdělání, 45 % střední, 18 % úplné střední a 12 % vysokoškolské vzdělání. U žen převládaly ve věku nad 60 let z jedné poloviny ženy se základním vzdělání, 30 % žen mělo střední vzdělání, 12 % úplné střední a pouze něco málo před 3 % žen mělo vzdělání vysokoškolské (SLDB 2001)³⁰. Kučera předpokládá, že v roce 2020 bude mít základní vzdělání 16 % mužů a 31 % žen, střední vzdělání 50 % mužů a 32 % žen, úplné střední vzdělání 22 % mužů a 29 % žen a vysokoškolské vzdělání 12 % mužů a 8 % žen ve věku nad 60 let (Kučera, 2002). Vyšší vzdělání seniorů se vedle možného lepšího zdravotního stavu pravděpodobně projeví také na jejich životním stylu, nárocích a očekáváních od zbývajících částí života či v aktivnějším přístupu ke stárnutí.

³⁰ Zbýlých 5 % mužů a žen spadali do kategorie bez vzdělání, nedokončené základní, nástavbové, vyšší odborné a nezjištěno.

3.3 Rodinný stav

Rodinný stav seniora částečně předurčuje, jakou formu pomoci v případě snížené soběstačnosti či zhoršení zdravotního stavu zvolí. Je pro nás důležité především to, jestli senior vyžadující nějakou formu pomoci žije s manželem či manželkou (popřípadě partnerem/partnerkou), nebo jestli žije sám. Z hlediska rodinného stavu se nám tedy jedná zejména o rozdělení populace na vdané/ženaté či kohabituující jako jedné skupiny a svobodné, ovdovělé či rozvedené jako druhé skupiny. Druhá skupina v případě potřeby pomoci častěji vyhledá formální pomoc než skupina první. U osob žijících samostatně (nehledě na rodinný stav) existuje větší pravděpodobnost, že se v případě vážného omezení soběstačnosti odstěhují do některého z pobytových zařízení pro seniory či do domácnosti svých dětí pokud tato možnost existuje a obě strany s ní souhlasí. U manželských párů a nesezdaných soužití se v případě ztráty soběstačnosti jednoho z partnerů stává pečovatelem ten druhý. Častěji funkci neformální pečovatelky zastávají manželky (partnerky) než jejich manželé (partneři). Souvisí si to s rozdílnou nadějí dožití obou pohlaví, kdy ženy s větší pravděpodobností své muže přežijí, často také s věkovým rozdílem manželů (převažují manželství v nichž ženichův věk převyšuje věk nevěsty). Podle zjištění Kuchařové je však u 26 % párů osob starších nad 60 let zdravotní stav obou partnerů v nějaké míře nepříznivý, přičemž ve 12 % případů se jedná u obou partnerů dokonce o závažně narušené zdraví (Kuchařová, 2002).

Struktura obyvatelstva podle rodinného stavu se v období stáří významně liší mezi oběma pohlavími. Největší rozdíly mezi muži a ženami se vyskytují v zastoupení vdaných/ženatých a ovdovělých. Zatímco přibližně tři čtvrtiny mužů starších 65-ti let žijí stále v manželství a pouze přibližně každý sedmý muž žije jako vdovec, mezi ženami stejného věku se manželskému životu těší přes jednu třetinu žen a více než každá druhá žena již ovdověla. Ve věku nad 85 let se situace v neprospěch žen ještě zhoršuje – jako vdova žije již přes 80 % žen, ale „jen“ přes polovinu stejně starých mužů. Díky odlišné úmrtnosti obou pohlaví, jsou to tedy obvykle ženy, které častěji než muži žijí samy. S tím, jak se rozdíly v naději dožití budou zužovat a větší příspěvky budou získávat muži, lze předpokládat, že spolu partneři budou žít déle a tím se bude snižovat podíl seniorů žijících o samotě. Například v Německu a Finsku se dokonce očekává ostrý propad jejich podílu (Jacobzone, 1999).

Projekci struktury obyvatelstva České republiky podle rodinného stavu se zabýval již dříve zmíněný projekt FELICIE. Z výsledků této projekce vyplývá několik podstatných změn z hlediska struktury seniorů podle rodinného stavu, které si ve stručnosti představíme. U obou pohlaví dojde k poklesu podílu ovdovělých osob, a to u obyvatelstva staršího 65-ti let, stejně jako u obyvatelstva staršího 85-ti let. Pokles proběhne razantněji u ženské části populace, a to zejména ve prospěch žen vdaných, ke konci období také rozvedených. Ačkoli bude ke konci období mírně narůstat podíl svobodných mužů ve věku 65 let a více, podle výsledků této projekce se zdá, že Česká republika si udrží poměrně nízký podíl svobodných mužů i žen. Výsledky naznačují, že do roku 2030 se sníží podíl žen žijících o samotě. To platí i pro muže ve věkové kategorii 80+. I tak ale mějme neustále na paměti, že v absolutních číslech dojde u obou pohlaví k nárůstu jak vdaných/ženatých osob, tak i k nárůstu počtu obyvatel v ostatních

kategoriích rodinného stavu, kteří mohou zůstat sami. Podle uvedené projekce dojde k rychlejšímu růstu vdaných než žen v ostatních rodinných stavech, u mužů naopak rychleji vzroste počet svobodných, rozvedených a ovdovělých. V důsledku nárůstu zejména rozvedených mužů o něco poklesne podíl ženatých mužů starších 65-ti let. Složení žen a mužů ve věku nad 65 let a ve věku nad 85 let podle rodinného stavu v uplynulých šesti letech a v období 2010–2030 podle projekce FELICIE zobrazují tabulky 11 a 12.

Tab. 11 – Složení obyvatelstva ve věku nad 65 let podle rodinného stavu v letech 2002–2030 v %

	Muži 65+				Ženy 65+			
	svobodní	ženatí	rozvedení	ovdovělí	svobodné	vdané	rozvedené	ovdovělé
2002	3,3	75,2	5,4	16,1	2,8	33,7	7,5	56,0
2003	3,3	75,4	5,5	15,8	2,7	34,2	7,7	55,4
2004	3,2	75,7	5,6	15,5	2,6	34,7	7,8	54,9
2005	3,2	75,9	5,7	15,1	2,5	35,3	8,0	54,1
2006	3,2	76,0	6,0	14,8	2,5	35,9	8,2	53,4
2007	3,2	76,1	6,2	14,6	2,4	36,5	8,5	52,5
2008	3,1	76,1	6,5	14,2	2,4	37,3	8,8	51,5
2010	3,4	75,7	7,2	13,6	2,6	38,1	9,4	50,0
2015	4,0	74,1	9,6	12,2	2,6	41,9	11,6	43,9
2020	4,9	71,8	11,9	11,4	2,8	44,4	13,9	38,9
2025	5,6	69,4	13,7	11,3	3,0	45,2	15,9	35,9
2030	6,4	66,7	15,6	11,3	3,3	45,4	17,9	33,3

Poznámky: šedivě zabarvené údaje vychází z víceřadové projekce podle věku, pohlaví a rodinného stavu zpracované skupinou projektu FELICIE

Zdroj: ČSÚ, FELICIE, vlastní výpočty

Tab. 12 – Složení obyvatelstva ve věku nad 85 let podle rodinného stavu v letech 2002–2030 v %

	Muži 85+				Ženy 85+			
	svobodní	ženatí	rozvedení	ovdovělí	svobodné	vdané	rozvedené	ovdovělé
2002	2,9	45,1	2,4	49,6	3,9	5,2	4,3	86,6
2003	2,9	46,5	2,3	48,3	3,8	5,6	4,4	86,2
2004	2,9	48,7	2,2	46,1	3,6	6,3	4,5	85,6
2005	2,7	51,2	2,2	43,9	3,2	7,2	4,6	85,1
2006	2,8	52,9	1,9	42,4	3,0	8,0	4,7	84,3
2007	2,7	54,4	2,1	40,8	2,9	8,6	4,9	83,6
2008	2,7	55,2	2,1	40,0	2,8	9,2	5,1	82,9
2010	1,9	56,9	2,0	39,2	3,1	7,6	5,5	83,9
2015	1,6	58,5	2,2	37,7	2,7	9,7	6,2	81,4
2020	1,4	59,9	2,6	36,1	2,3	12,9	6,9	77,9
2025	1,4	60,8	3,4	34,4	2,2	16,9	7,9	73,0
2030	1,7	61,6	5,0	31,7	2,4	21,9	10,1	65,6

Poznámky: šedivě zabarvené údaje vychází z víceřadové projekce podle věku, pohlaví a rodinného stavu zpracované skupinou projektu FELICIE

Zdroj: ČSÚ, FELICIE, vlastní výpočty

3.4 Neformální péče

Neformální péče patří k nejrozšířenější využívané formě pomoci mezi seniory u nás i v zahraničí. Rozumíme jí celou řadu činností a různý rozsah pomoci prováděné neprofesionálními ošetřovateli, kteří se mohou rekrutovat z řad rodinných příslušníků, přátel, sousedů či různých dobrovolníků. Objevují se modely dvou či více neformálních pečovatelů (např. hlavní pečovatel partner, sekundární děti) či kombinace neformální pomoci s formálními službami.

To, zda se jedincovi se sníženou soběstačností dostává neformální péče, závisí na mnoha faktorech – například na jeho rodinném stavu, typu a velikosti domácnosti, ve které žije, existenci přeživších dětí či jiných příbuzných a vzdálenosti jejich bydliště a ochotě se na pomoci podílet, na rostoucí participaci žen na pracovním trhu. Senior vyžadující pomoc druhé osoby, který žije sám, se častěji než senior žijící s partnerem či jinými osobami obrátí na profesionální pomoc a s větší pravděpodobností se stane uživatelem institucionální péče. Rovněž záleží na kulturním prostředí a zvycích každého národa – zatímco ve státech severní Evropy lidé preferují žít sami či v případě nutnosti v institucionálním zařízení pro seniory, jejich jihoevropští vrstevníci raději zvolí mezigenerační soužití. V Norsku či Nizozemsku bydlí se svými dětmi přibližně jen 10 % starších obyvatel, ve státech jižní Evropy (a v některých východoevropských zemích) žije se svými potomky až čtvrtina seniorů (Jacobzone, 1999)³¹. Na podobnou polaritu mezi zeměmi severní a jižní Evropy ukazují i výsledky první vlny projektu SHARE z roku 2004. V každém případě můžeme soužití seniora s další osobou považovat za faktor zvyšující seniorovu pravděpodobnost přijímat alespoň v nějakém rozsahu neformální péči.

I v České republice byl kdysi model vícegeneračního soužití nebo přestěhování jednoho či obou rodičů na stáří k dětem více obvyklý. Dnes zájem o takový způsob soužití ze strany samotných seniorů klesá. Vyplývá to z výsledků výběrových šetření, která ukazují, že seniři i v případě omezení soběstačnosti preferují zůstat ve vlastním bytě, případně v domě s pečovatelskou službou, před možností přestěhovat se ke svým dětem (Kuchařová, 2002; Zavázalová, 2001). Na otázku, kde by lidé nad 60 let chtěli dle vlastního rozhodnutí žít při vážném zhoršení zdravotního stavu, pouze 14 % uvádí dům či byt svých dětí, zatímco některé zařízení ústavní péče (se zahrnutím domů s pečovatelskou službou) upřednostňuje 53 % dotázaných (Kuchařová, 2002). To ukazuje, že ačkoli staří lidé na jednu stranu deklarují dobré vztahy se svými dětmi a jejich rodinami, nechtějí se k nim stěhovat a svěřit se do jejich péče. Jedním z možných vysvětlení může být, že ústavní péči považují za jistější místo poskytnutí potřebných služeb než pomoc od dětí či pomoc pečovatelské služby ve vlastním domě. Do jisté míry s tím souvisí i názor veřejnosti, kdo nese za důstojný život ve stáří odpovědnost. Podle Srnce (2002) se téměř polovina respondentů domnívá, že tuto odpovědnost nese stát. S touto skutečností koresponduje i fakt, že pomoc při zajištění života ve stáří očekává až 31 % seniorů od státu, což sice zdaleka zaostává od očekávání pomoci od

³¹ Pro srovnání uveďme i příklad Japonska, kde i přes probíhající pokles této formy soužití, žije se svými potomky stále asi polovina seniorů (Jacobzone, 1999).

děti (74 %) na prvním místě, ale na druhou stranu předčí očekávání pomoci od ostatních příbuzných (27 %), sousedů a přátel (29 %) a charitativní či podobné organizace (26 %) (Kuchařová, 2002). Z šetření navíc vyplývá, že v případě pomoci od dětí mají starší lidé na mysli převážně jen lehčí formu pomoci. Víceméně podobné stanovisko zaujímají staří lidé i ve většině evropských zemích a do určité míry souvisí s vyspělostí sociálního státu – čím více sociálních jistot a zabezpečení stát nabízí, tím větší mají občané tendenci se při problematických situacích na stát spoléhat. V České republice sehrál svoji roli i komunistický režim během kterého si lidé přivykli, že některé funkce považované do té doby za rodinné, se přesunuly na stát.

Neformálními ošetřovateli se v Česku nejčastěji stávají děti (53 %), dále manžel nebo manželka (21 %), vzdálení příbuzní (10 %), pouze ve zbylých 16 % případů je nesoběstačný senior svěřován do péče cizí osoby (Zavázalová, 2001). Platí, že ženy vykonávají roli pečovatelek častěji než muži a stráví touto činností více času bez ohledu na to, zda jsou zaměstnány či ne. V České republice zastávají ženy 70–80% neformálních pečovatelů (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008).

Jakým směrem se bude poskytování neformální péče vyvíjet, záleží na počtu potenciálních neformálních pečovatelů, na jejich ochotě se o seniory starat, časové vytíženosti či vzdálenosti bydliště rodinných příslušníků, participaci žen na pracovním trhu či podpoře ze strany státu (finanční i morální). Případný pokles péče zajišťované neformálními ošetřovateli se pravděpodobně projeví na zvýšené poptávce po formálních službách.

3.5 Populační prognózy

Již v úvodu této kapitoly bylo řečeno, že populační prognózy nemají vliv na poptávku po sociálních službách, ale volba výběru populační prognózy výrazně ovlivňuje odhadovanou velikost populace, která se na sociální služby se žádostí o pomoc obrátí.

Porovnání výsledků populačních prognóz s aktuálním populačním vývojem, které by mělo být nedílnou součástí prognostické činnosti, ukázalo, že v minulosti došlo u prognózovaného počtu starších osob často k jejich podhodnocení. Ke stejnému závěru dochází nejen srovnání národních oficiálních populačních prognóz (např. Keilman a Kučera, 1991; Kučera, 1998; Svobodová, 2003; Batljan, 2007), ale i výsledky větších územních celků (Keilman, 1998; National Research Council et al., 2000) vytvořené OSN. Podhodnocení počtu obyvatel starších věkových kategorií vzniklo v minulosti v důsledku prognostiky neočekávaně rychlého snižování intenzity úmrtnosti a prodlužování naděje dožití, což mohlo být i odrazem nejistoty o maximální možné délce lidského života. Vzhledem k tomu, že o biologické hranici lidského věku neexistují ucelené důkazy, vedou se debaty o budoucím vývoji úmrtnosti, potažmo o věkové hranici naděje dožití, dodnes. Zatímco někteří vědci se domnívají, že délka lidského života je omezena horní hranicí maximálního možného věku (Olshansky et al., 1991; Carnes, Olshansky, 2007), jiní naopak zastávají teorii prodlužování naděje dožití způsobené stále klesajícími mírami úmrtnosti i ve vyšším věku (například Lee, Skinner, 1996; Vaupel, 1998;

Oeppen, Vaupel, 2002). První skupina se opírá o fakt, že míry úmrtnosti většiny věkových skupin obyvatelstva dosáhly tak nízké hodnoty, že již nemají příliš prostoru pro další pokles a za těžko překročitelnou hranici naděje dožití při narození často považují 85 let věku (ve vyspělých zemích, kde došlo k překročení tohoto limitu očekávají pokles naděje dožití). Druhá, optimistická, skupina naopak poukazuje na desítky let trvající pozitivní vývoj úmrtnosti s odkazem na důkazy z některých zemí a také na již dnes dávno překonané biologické limity naděje dožití, které si v průběhu uplynulých několika desítek let kladli jiní vědci.

Výběr prognózy pro odhad seniorů závislých na pomoci jiné osoby je velmi důležitým faktorem, protože předpoklady o vývoji měr úmrtnosti výrazně ovlivňují prognózované počty stárnoucích osob a délku jejich života. Jelikož období zvolené pro odhad počtu závislých osob a uživatelů domovů pro seniory v této práci sahá do roku 2035, předpoklady o vývoji plodnosti nehrají v tomto případě žádnou roli, neboť všichni lidé, kteří se během sledovaného období dožijí věku přes 65 let, jsou již naživu. Oproti tomu migrační předpoklady mohou ovlivňovat jak velikost, tak i strukturu budoucí populace starší 65-ti let. Zahraniční imigranti přicházejí převážně v období mladšího věku ekonomické aktivity, ale lze jen těžko posoudit, jak velká část z nich se rozhodne zůstat na území České republiky i ve stáří. Na druhé straně by se v budoucnu mohli na období seniorského věku vracet občané České republiky, kteří kdysi odešli pracovat do zahraničí. Prognózu migrace lze celkově charakterizovat jako nejednoduchý úkol, neboť na vývoji migrace se podílí celá řada těžce předvídatelných událostí a jevů. V každém případě se migrační předpoklady prognózy projeví na námi studované věkové kategorii obyvatelstva spíše zanedbatelně oproti předpokladům úmrtnosti.

Pro výpočty závislé populace a uživatelů domovů pro seniory, které následují v páté kapitole, považujeme jako stěžejní projekci ČSÚ z roku 2009. Abychom však dokumentovali vliv výběru prognózy na odhad závislé populace za jinak stejných předpokladů, provedeme shodné výpočty i za použití prognózovaného počtu obyvatelstva ve věku nad 65 let podle prognózy Eurostatu, EUROPOP2008³². Podle poslední projekce ČSÚ i prognóza Eurostatu se míry úmrtnosti pro obě pohlaví budou i nadále snižovat, což dokumentuje rostoucí naděje dožití při narození u obou pohlaví. Při srovnání naděje dožití zjistíme, že ČSÚ předpokládá o něco rychlejší nárůst naděje dožití, a to u mužů i u žen. V roce 2015 ČSÚ předpokládá naději dožití u mužů i žen o 0,4 roku vyšší než Eurostat, v roce 2025 nabývá rozdíl hodnoty přibližně jednoho roku a do roku 2035 se zvýší o další půlrok. Za zmínku stojí to, že srovnání naděje dožití v předcházejících prognózách obou institucí (v případě ČSÚ prognóza vytvořená v roce 2003, v případě Eurostatu v roce 2004) ukázalo na pravý opak – rychlejší nárůst naděje dožití tehdy předpokládal Eurostat (Chýlová, 2006). U obou vybraných prognóz dochází k prakticky stejnému snižování

³² Tato prognóza v dlouhodobém horizontu roku 2150 předpokládá, že se plodnost a úmrtnost v zemích Evropské unie, Norska a Švýcarska přiblíží ke stejné úrovni určené těmi, kteří předbíhají ostatní státy ve vývojových trendech plodnosti a úmrtnosti. Ve stejném roce se i migrační saldo podle předpokladů dostane na nulu. Dosud zveřejněné výsledky v jedné variantě pokrývají období do roku 2061.

rozdílu mezi nadějí dožití u mužů a žen, které vychází z rychlejšího poklesu úmrtnosti u mužů. Zatímco v roce 2008 měly ženy o 6,2 let delší střední délku života než muži, do roku 2035 se podle obou prognóz tento náskok sníží na 5,4 let a v dlouhodobém horizontu bude nadále docházet ke snižování rozdílu.

Rozdílné předpoklady úmrtnosti obou zmíněných prognóz se samozřejmě projevují na celkovém prognózovaném počtu obyvatelstva staršího 65-ti let a jeho věkové struktuře. Se vzdalujícím se rokem od prahu prognózy se rozdíl v počtu obyvatelstva této skupiny mezi porovnávanými prognózami stále více zvyšuje. Počet obyvatelstva skupiny ve věku nad 65 let a ve věku nad 85 let podle výsledků projekce ČSÚ a prognózy Eurostatu přináší tabulka 13.

Tab. 13 – Počet a podíl obyvatelstva staršího 65 a 80 let podle ČSÚ a Eurostatu

Rok	Počet 65+		Počet 80+		Podíl 65+ z úhrnu		Podíl 80+ z úhrnu	
	ČSÚ	Eurostat	ČSÚ	Eurostat	ČSÚ	Eurostat	ČSÚ	Eurostat
2010	1 598 680	1 599 902	372 278	372 738	15,2	15,4	3,5	3,6
2015	1 886 008	1 876 787	421 822	413 882	17,7	17,9	4,0	3,9
2020	2 166 389	2 132 193	457 613	432 044	20,1	20,2	4,2	4,1
2025	2 360 876	2 288 400	578 120	529 579	21,7	21,8	5,3	5,0
2030	2 516 957	2 390 779	773 975	691 647	23,1	22,9	7,1	6,6
2035	2 665 421	2 478 565	938 706	814 555	24,5	24,1	8,6	7,9

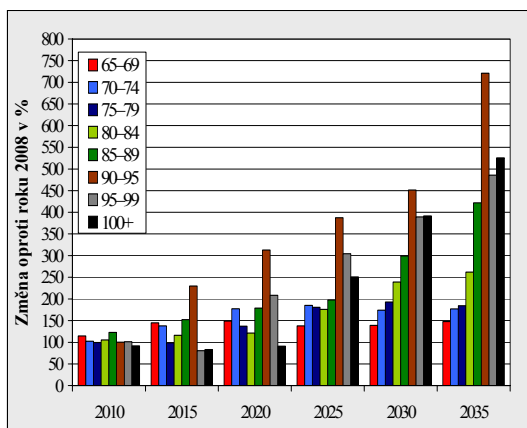
Zdroj: ČSÚ, Eurostat

V roce 2020 by podle ČSÚ žilo v České republice o více než 34 tisíc obyvatel starších 65-ti let (v procentuálním vyjádření to znamená asi 1,6% rozdíl), ale již v roce 2035 by absolutní počet skupiny 65 let a více dosahoval o téměř 187 tisíc osob více podle ČSÚ než podle Eurostatu (to odpovídá asi 7% rozdílu). Stejný trend lze sledovat i u nejstarší skupiny populace ve věku 80 let a více, kde relativní rozdíl mezi prognózou ČSÚ a Eurostatu nabývá ještě vyšších hodnot. V roce 2020 činí absolutní rozdíl téměř 26 tisíc osob starších 80-ti let ve prospěch ČSÚ, do roku 2035 se vyšplhá až na 124 tisíc, což v relativním vyjádření znamená necelých 6 %, resp. přes 13 % v roce 2035. Jak dále ukazuje tabulka 14, obě pozorované skupiny obyvatelstva představují v obou prognózách prakticky totožný podíl na celkové populaci České republiky. To napovídá, že i velikost populace České republiky se ve sledovaných prognózách liší. Pro orientaci uvedme, že absolutní rozdíl věkové skupiny 65 let a více mezi ČSÚ a Eurostatem se na rozdíl celkového počtu obyvatelstva České republiky (v roce 2035 přes 600 tisíc obyvatel) podílí v uvedeném roce přibližně 31 %.

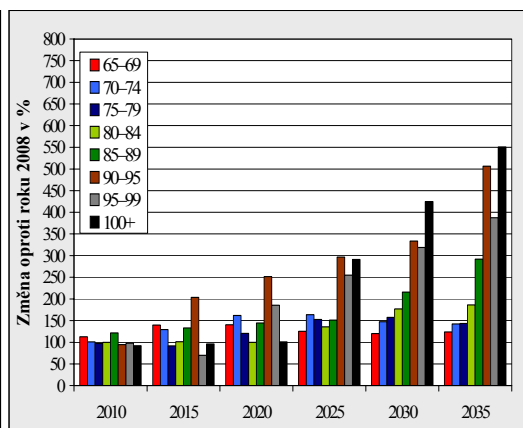
Rychlost růstu počtu mužů ve věku nad 65 let předčí rychlost růstu stejné staré ženské populace podle ČSÚ i Eurostatu, což dobře ilustruje index velikost populace v roce 2035 ve srovnání s rokem 2008 (2008=100 %). V roce 2035 podle ČSÚ se velikost mužské populace seniorů oproti roku 2008 zdvojnásobí (nárůst z přibližně 600 tisíc na necelý 1,2 milionu), podle Eurostatu vzroste na 180 % roku 2008 (absolutně 1,09 miliónu). U počtu stejně starých žen dojde podle ČSÚ roku 2035 ke zvýšení na 163 % velikosti z roku 2008 (z 914 tisíc na 1,5 miliónu), dle Eurostatu na 152 % (na 1,4 miliónu). Ve skupině obyvatelstva staršího 65-ti let dojde k největší změně u věkové kategorie nad 80 let. Projekce ČSÚ odhaduje, že v roce 2035 bude v České republice žít o 225 % více mužů (tedy 358 tisíc namísto dnešních 110 tisíc) a o 142 % více žen

(změna stavu z 245 tisíc na 592 tisíc) ve věku nad 80 let, Eurostat tato čísla odhaduje na 184 % u mužů (309 tisíc v roce 2035) a 111 % u žen (514 tisíc v roce 2035). Následující obrázky graficky znázorňují rychlost přírůstku obyvatelstva vybraných věkových skupin mužů i žen ve srovnání s rokem 2008 (2008=100 %) podle výsledků projekce ČSÚ i Eurostatu.

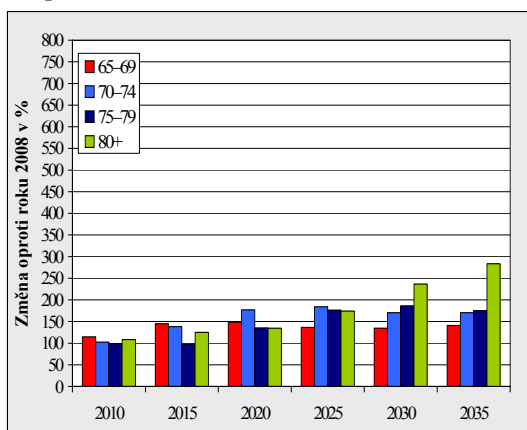
Obr. 7 – Prognózaný vývoj mužů starších 65-ti let oproti 2008, ČSÚ



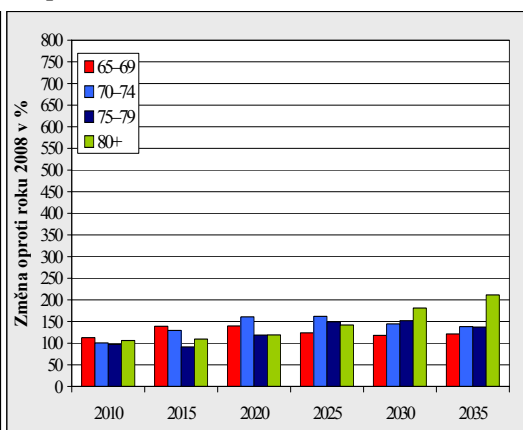
Obr. 8 – Prognózaný vývoj žen starších 65-ti let oproti 2008, ČSÚ



Obr. 9 – Prognózaný vývoj mužů starších 65-ti let oproti 2008, Eurostat



Obr. 10 – Prognózaný vývoj žen starších 65-ti let oproti roku 2008, Eurostat



Kapitola 4

Analýza dat o příjemcích příspěvku na péči

Příspěvku na péči byla věnována pozornost již ve druhé kapitole. Připomeňme, že náleží každé osobě, která je uznána závislou na pomoci druhé fyzické osoby z důvodu omezení při péči o vlastní osobu a zajištění soběstačnosti způsobeného dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Systém příjemců příspěvku na péči umožňuje určit podíl populace závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Závislost v tomto případě nabývá čtyř stupňů a její definice odpovídá definici závislosti každého stupně podle zákona č. 108/2006 Sb. Z informačního systému o příspěvku na péči spravovaného MPSV jsme na požádání získali data vygenerovaná podle pohlaví, věku, stupně závislosti a formy využívané služby za každý měsíc roku 2007, 2008 a první polovinu 2009. Data o příjemcích příspěvku byla použita k odhadu závislé populace v další kapitole. Tato data byla nejprve podrobena analýze, jejíž výsledky přináší tato kapitola.

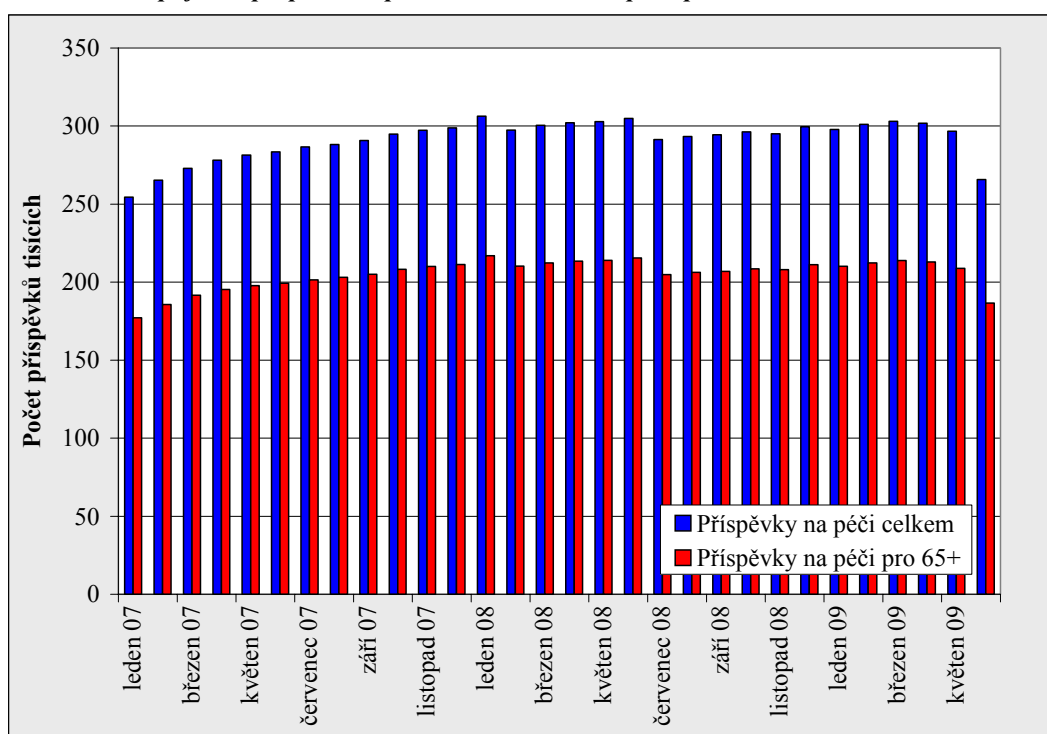
Souhrnné údaje o příjemcích příspěvku na péči eviduje Ministerstvo práce a sociálních věcí na základě podkladů z obecních úřadů vyplácejících příspěvky na péči. Publikace „Statistická ročenka z oblastí práce a sociálních věcí“, kterou každoročně vydává Ministerstvo práce a sociálních věcí, zveřejňuje za první rok vyplacení příspěvku na péči pouze agregované údaje za jednotlivé měsíce roku 2007 a kraje. Údaje v publikaci zaznamenávají počet vyplacených příspěvků v každém měsíci roku 2007, čímž se liší se od počtu celkem nárokovaných dávek ve stejném měsíci. Posuzování žádosti o přiznání příspěvku na péči se může v některých případech protáhnout či žádost musí být opakovaně přezkoumána, čímž dochází ke zpětné výplatě za počátek nárokovaného období. Zejména první rok existence této dávky byly obecní úřady rozhodující o jejím přiznání zaměstnány velkým množstvím žádostí, a proto jejich posouzení trvalo déle a ke zpětnému výplatě docházelo častěji. V průběhu roku 2007³³ a v první polovině roku 2008 počet zpětně vyplacených dávek neustále klesal a ke konci roku 2008 se ustálil přibližně na 4–5 % z celkového měsíčního počtu. Z toho plyne, že posuzování žádostí se výrazně urychlilo.

Z našeho pohledu je důležitější, kolik celkem lidí bylo ve sledovaném období (měsíc, rok) uznáno závislými v některém ze čtyř stupňů závislosti bez ohledu na měsíc výplaty. Dále uváděné

³³ Pomineme-li leden roku 2007, kdy bylo zpětně vyplaceno 60 % přiznaných dávek za tento měsíc, došlo k postupnému snížení z 27 % v únoru 2007 až na 15 % v prosinci stejného roku.

údaje se proto liší od těch zveřejněných ve zmíněné publikaci MPSV. V průběhu téměř celého roku 2007 počet přiznaných dávek v každém měsíci plynule narůstal, teprve na jeho konci a v roce 2008 a v první polovině 2009 došlo s ustálením systému k částečné stabilizaci počtu přiznaných příspěvků na péči³⁴. I přesto můžeme v jednotlivých měsících roku 2008 pozorovat výkyvy v časové řadě, které lze podle vedoucího oddělení statistické metodiky a rozborů, Aleše Krále, vysvětlit „přezkoumáním nároků příjemců na výplatu příspěvku“³⁵. Průměrně bylo v roce 2007 vyplaceno přibližně 277 tisíc dávek měsíčně, v následujícím roce asi 289 tisíc. Průměr prvních měsíců roku 2009 o něco poklesl vůči předcházejícímu roku (285 tisíc), což si vysvětlujeme nezapočítáním přiznaných příspěvků vyplacených v dalších měsících. Počet celkově přiznaných dávek ve sledovaném období a počet příspěvků na péči náležejících osobám ve věku nad 65 let ilustruje obrázek 11.

Obr. 11 – Počet příjemců příspěvků na péči v roce 2007, 2008 a první polovině 2009



V některém stupni bylo uznáno závislými 2,69 % obyvatel České republiky v roce 2007, resp. 2,77 % v následujícím roce. Podíl obyvatelstva věkové kategorie 65+ tvořil v každém měsíci mezi 70–71 % příjemců, což znamená v průměru 195 tisíc dávek za rok 2007, 204 tisíc v roce 2008 a 201 tisíc v prvním pololetí 2009. Znamená to, že mezi populací ve věku nad 65 let dostávalo příspěvek na péči 13,04 % obyvatel v roce 2007, resp. 13,29 % v roce 2008. Pro srovnání

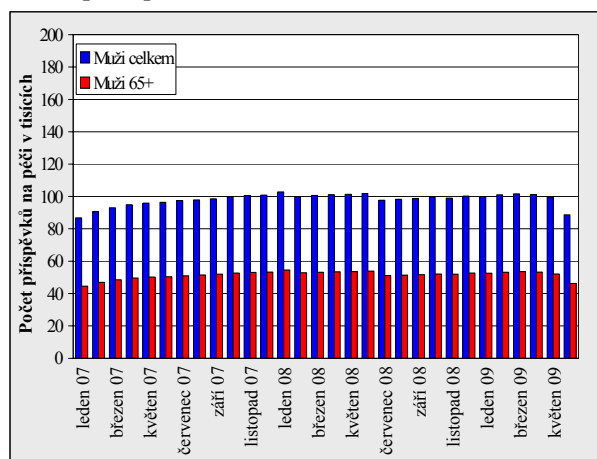
³⁴ Data z informačního systému MPSV byla vygenerována počátkem července a proto lze přepokládat, že v několika posledních měsících první poloviny roku 2009 dojde ještě k nepatrnému zvýšení celkového počtu v důsledku probíhajícího vyřizování žádosti a následného vyplacení dávky za předešlé období.

³⁵ Emailová komunikace s Ing. Alešem Králem ze dne 30. července 2009

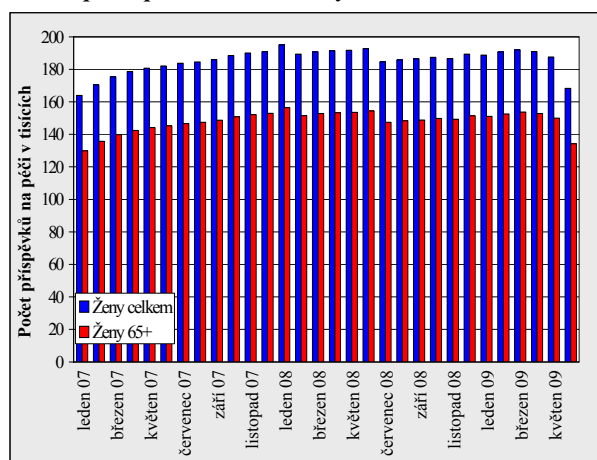
uvedme, že v Německu bylo v roce 2001 na základě dat o příjemcích pomoci dlouhodobé péče klasifikováno závislými kolem 11 % populace starší 65-ti let (Comas–Herrera; Wittenberg, 2003). Nesmíme ovšem zapomenout, že podíl závislé populace vychází z definice závislosti, která se v různých zemích liší. Definice závislosti používaná v Německu se v mnoha ohledech velice podobá české.

Nyní se zaměříme na pohlavní strukturu příjemců příspěvku na péči. Na celkovém počtu se ženy podílí 65 %, zbylých 35 % příjemců tvoří muži. S ohledem na to, že převážnou většinou příjemců příspěvku na péči podle věku jsou osoby starší 65-ti let, není tento fakt ničím překvapivým. Přibližně každým druhým příjemcem příspěvku na péči je žena starší 65-ti let, zatímco stejně staří muži se na celkovém počtu příjemců podílí zhruba 18 %. Rozdíly v počtu příjemců mezi muži a ženami názorně ilustrují následující obrázky.

Obr. 12 – Počet příjemců příspěvku na péči v letech 2007, 2008 a první polovině 2009, muži



Obr. 13 – Počet příjemců příspěvku na péči v letech 2007, 2008 a první polovině 2009, ženy



Již jednou bylo řečeno, že velkou část příjemců příspěvku na péči tvoří obyvatel ve věku nad 65 let. Nezletilí do 18 let tvoří ve sledovaných rocích 2007 a 2008 cca 7,5 % všech

příjemců, přibližně 10,5 % připadá na skupinu 18–49-ti letých a asi 11,5 % na populaci ve věku 50–64 let. Vůbec nejčastěji náleží příspěvek na péči muži či ženě ve věkové skupině 80–84 let, na které připadá každá pátá přiznaná dávka (v 77 případech ze 100 náleží ženě), následuje skupina 85–89-ti letých (celkem asi 16 %), kde se převaha žen ještě o něco zvyšuje. Nyní se zaměříme na zastoupení osob s příspěvkem na péči podle pohlaví a věku (jedná se vlastně o míry závislosti podle věku). Míry závislosti podle pohlaví a zkrácených věkových skupin a index maskulinity za oba studované roky uvádí tabulka 14.

Tab. 14 – Míry závislosti podle pohlaví a věku na 1 000 obyvatel a index maskulinity v závislé populaci v roce 2007 a 2008

Věk	2007		2008		Index maskulinity	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	2007	2008
0–18	12	9	12	9	138	141
15–49	7	6	7	6	129	128
50–54	11	10	12	10	116	115
55–59	15	13	16	14	115	116
60–64	22	19	23	20	119	119
65–69	32	31	33	32	103	103
70–74	50	64	51	65	78	78
75–79	87	139	88	142	62	62
80–84	181	306	180	309	59	58
85–89	328	503	334	511	65	65
90–94	531	692	526	704	77	75
95–99	594	772	614	771	77	80
100+	473	723	427	660	65	65

Zdroj: Interní data MPSV, vlastní výpočty

Zcela zřetelně se ukazuje, že míra závislosti se s narůstajícím věkem zvyšuje. Zajímavé je sledovat rozdíl mezi muži a ženami. Přibližně od 68. roku převládá v příslušné věkové kategorii podíl žen nad podílem mužů, přičemž se zvyšujícím se věkem tento rozdíl narůstá a v kategorii nejstarších seniorů dosahuje v některých rocích života rozdíl v míře závislosti mezi oběma pohlavími přes 20 %. Podobný trend lze pozorovat i u německého obyvatelstva podle dříve zmíněných dat, ovšem s tím, že rozdíl mezi muži a ženami dosahuje v Německu o něco menších hodnot než v případě české populace (Comas–Herrera; Wittenberg, 2003). Jako možné vysvětlení rozdílu mezi muži a ženami se nabízí skutečnost, že ačkoli ženy žijí v průměru déle než muži, jejich zdravotní stav a míra soběstačnosti je ve srovnání s muži horší. To potvrzují také výsledky zdravé naděje dožití ve věku 65 let, které u žen zjišťují relativně kratší dobu života v dobrém zdravotním stavu a bez omezení každodenních aktivit a naopak relativně delší dobu zbývajícího života s mírným i vážným omezením a sníženou soběstačností (EHEMU, 2008). Poměr pohlaví mezi závislými osobami ve věkových kategoriích dobře ilustruje index maskulinity. Zatímco ještě ve věkové skupině 65–69 let připadá na 100 závislých žen 103 závislých mužů, ve skupině osob jenom o deset let starších se index výrazně snižuje – 78 závislých mužů připadá na 100 závislých žen. Zcela opačný poměr vykazuje nejmladší sledovaná skupina obyvatel ve věku 0–18 let, na každých 100 závislých dívek připadá asi 140 závislých chlapců.

Dále se podíváme na strukturu příjemců příspěvku na péči podle stupně závislosti. Následující tabulky číslo 15 a 16 zobrazují zastoupení jednotlivých stupňů závislou populací mužů a žen v obou sledovaných letech.

Tab. 15 – Struktura příjemců příspěvku na péči podle stupně závislosti a věku v roce 2007 a 2008, muži

Věk	2007				2008			
	I.	II.	III.	IV.	I.	II.	III.	IV.
0–18	6,7	5,7	74,7	12,9	17,6	12,0	49,1	21,2
15–59	36,1	46,3	13,4	4,3	31,8	42,3	15,6	10,4
60–64	45,2	40,8	10,5	3,5	41,2	38,7	13,5	6,5
65–69	44,6	39,3	12,0	4,1	39,9	36,8	15,2	8,1
70–74	44,0	38,8	12,6	4,6	39,1	36,2	15,8	8,8
75–79	45,4	37,0	12,6	4,9	40,5	34,8	15,7	9,0
80–84	50,5	34,8	10,5	4,1	45,0	33,0	14,2	7,7
85–89	51,3	34,4	10,0	4,2	46,0	32,9	13,4	7,7
90–94	46,4	38,3	10,7	4,7	39,0	36,4	15,6	9,0
95–99	37,3	40,9	14,5	7,2	31,3	36,1	18,8	13,8
100+	24,6	42,6	23,8	9,0	18,5	35,4	31,9	14,2
Celkem	38,9	35,8	20,0	5,4	36,2	34,3	19,2	10,4

Zdroj: Interní data MPSV a vlastní výpočty

Tab. 16 – Struktura příjemců příspěvku na péči podle stupně závislosti a věku v roce 2007 a 2008, ženy

Věk	2007				2008			
	I.	II	III	IV	I.	II	III	IV
0–18	6,5	5,4	75,3	12,7	17,6	10,5	51,0	20,9
15–59	38,5	43,7	13,3	4,4	34,5	39,9	14,9	10,6
60–64	51,8	35,6	9,7	2,9	47,2	34,8	11,9	6,1
65–69	52,8	34,0	10,4	2,8	49,9	32,1	12,1	5,9
70–74	56,2	31,8	8,8	3,1	52,1	30,5	11,0	6,4
75–79	55,4	32,4	8,9	3,2	52,1	30,3	11,1	6,5
80–84	56,0	32,0	8,6	3,4	51,0	30,8	11,1	7,1
85–89	51,4	34,3	10,2	4,1	45,5	32,5	13,0	9,1
90–94	41,5	39,0	13,7	5,8	34,6	34,5	17,1	13,7
95–99	32,2	42,1	17,6	8,2	24,8	35,3	20,4	19,5
100+	20,4	40,6	27,4	11,6	13,9	29,6	25,3	31,2
Celkem	48,9	33,5	13,3	4,3	44,9	31,8	14,3	9,0

Zdroj: Interní data MPSV, vlastní výpočty

Nejvíce žadatelů obou pohlaví je uznáno závislými v lehkém stupni závislosti, u žen převládá nejlehčí stupeň o něco více než u mužů. V absolutních číslech představuje I. stupeň průměrně přes 120 tisíc vyplacených příspěvků v jednom měsíci, přičemž asi 70 % z nich připadá na ženy. Z hlediska věku byl tento stupeň příspěvku nejčastějším pro skupiny mužů i žen ve věku 60–94 let. Druhým nejpočetnějším je příspěvek na péči pro osoby ve středně těžkém stupni závislosti. Ten dostával v roce 2008 každý třetí mužský a rovněž každý třetí ženský příjemce. Měsíčně se v obou rocích vyplatilo přibližně 95 tisíc dávek druhého stupně (z toho asi 63 % náleželo ženám). Pokud sečteme počet dávek v I. a II. stupni závislosti, zjistíme, že v roce 2008 představovaly oba stupně přes 70% podíl příspěvků pro muže a dokonce 77% pro ženy (v roce 2007 to bylo dokonce o něco více, konkrétně 75 % pro muže, resp. 82 % pro ženy). Na III. stupeň

závislosti dosáhl v roce 2007 i 2008 téměř každý pátý muž uznaný v některém ze stupňů závislosti a přibližně 14 % ze závislých žen. V každém měsíci roku 2008 bylo vyplaceno v průměru přes 46 tisíc příspěvků na péči v těžké závislosti. V rámci uvedených věkových kategorií měl tento stupeň největší zastoupení ve skupině chlapců a dívek ve věku 0–18 let, kde představoval okolo poloviny příjemců v roce 2008 (v předcházejícím roce to byly dokonce tři čtvrtiny). Nejméně frekventovaným je příspěvek na péči náležející jedincům ohodnoceným nejvyšším stupněm závislosti. V roce 2008 byl vyplacen přibližně 28 tisícům obyvatel (z toho přes 60 % žen), což ve srovnání s rokem 2007 představovalo více než dvojnásobný počet vyplacených dávek. V roce 2008 představoval úplný stupeň závislosti 10,5% podíl ve skupině závislých mužů a 9% podíl mezi závislými ženami. Největší zastoupení má u kategorie nezletilých dětí (přes 20 %) a dále u obyvatel v nejstarších věkových skupinách nad 90 let, u žen zejména ve věku 95 a více let.

Stručně shrňme změny ve struktuře závislosti podle stupně mezi roky 2008 a 2007. Jednoznačně největší změnu zaznamenal počet závislých osob v úplné závislosti, kterou bylo v roce 2008 uznáno dvakrát více osob než v roce 2007 a na jejím růstu se podílela každá sledovaná věková skupina. U mužů i žen klesl podíl I. i II. stupně závislosti a to ve všech věkových skupinách kromě nezletilých dětí, kde se zastoupení těchto stupňů vzrostlo úkor III. stupně závislosti. Právě ten u skupiny nezletilých dětí poklesl tak výrazně, že se o něco snížil jeho celkový podíl u mužů, ačkoli ve všech ostatních skupinách jeho význam vzrostl. U žen zastoupení III. stupně vzrostlo. Na celkovém nárůstu počtu závislých osob se u mužů i žen shodně nejvíce podílela skupina osob ve věku 85–89 let (téměř o jednu pětinu), tedy lidé narození v období kompenzační vlny porodnosti po první světové válce. U obou pohlaví poklesl počet příjemců příspěvku na péči ve věku 90–94 let, tedy naopak u narozených ve slabších rocích porodnosti během první světové války.

Informační systém o příspěvku na péči spravovaný MPSV umožňuje vygenerovat data podle pohlaví, věku, stupně závislosti a formy využívané služby podle základního dělení, tzn. na pobytové, ambulantní a terénní, či žádného registrovaného poskytovatele. Poslední jmenovaná forma by v podstatě měla odpovídat zajištění pomoci neformálním pečovatелеm. Jak už bylo upozorněno dříve, takto rozdělení příjemci příspěvku na péči neodpovídají skutečnému počtu uživatelů pobytových zařízení, a už vůbec ne uživatelům ambulantních a terénních služeb, i kdybychom uvažovali jen pečovatelskou službu. Otázkou zůstává, zda data o příjemcích příspěvku na péči v ohledu formy využívaných služeb skutečně odpovídají realitě či zda jsou zkreslena nepřesným uvedením o způsobu využití příspěvku na péči samotnými uživateli. Takto vygenerovaná data navíc obsahují duplicitní záznamy. Duplicity vznikají v případě, kdy příjemce příspěvku na péči nahlásí využití dvou forem sociálních služeb, které se navzájem nevylučují. Na celkovém počtu příjemců se duplicitní záznamy podílí asi 3 %. Z dostupných informací nelze přesně určit, které formy služeb příjemci příspěvku na péči nejčastěji uvádí dohromady. Podle srovnání s daty bez rozlišení formy využívané služby lze odvodit, že z 85 % jsou to právě lidé starší 65-ti let, kteří uvádějí 2 formy sociálních služeb. I přes naznačené obtížnosti si alespoň ve stručnosti představme strukturu příjemců příspěvku na péči podle formy

využívané služby. K tomu poslouží tabulky s číslem 17 a 18 uvedené pod tímto odstavcem, které prezentují výsledky použití příspěvku na péči jeho příjemcem podle stupně závislosti zvláště pro muže a ženy. Pro snadnější orientaci uveďme příklad interpretace: z celkového počtu mužů, kterým náleží příspěvek na péči v I. stupni závislosti, využilo 12 % služeb pobytových (z toho jich polovina byla ve věku nad 65 let), 3,4 % ambulantních (2,3 % jich bylo ve věku 65 let a více), 5,7 % terénních (4,4 % starších 65 let) a ostatní, téměř čtyři pětiny mužů, neuvodli žádného registrovaného poskytovatele (skoro 49 % starších 65 let). Z celkového počtu mužů v lehkém stupni závislosti jich 61,4 % bylo ve věku 65 let a více.

Tab. 17 – Využití příspěvku na péči podle formy sociální služby v roce 2008, muži

Stupeň závislosti		Pobytová	Ambulantní	Terénní	Žádný registrovaný	Celkem
I.	Celkem	12,0	3,4	5,7	78,9	100,0
	z toho 65+	6,0	2,3	4,4	48,8	61,4
II.	Celkem	14,9	3,1	4,0	78,1	100,0
	z toho 65+	6,2	1,4	2,8	42,5	53,0
III.	Celkem	14,4	2,5	3,4	79,7	100,0
	z toho 65+	6,3	1,0	2,1	31,5	40,8
IV.	Celkem	26,4	3,0	4,1	66,6	100,0
	z toho 65+	9,8	0,9	2,2	29,5	42,4
Dohromady	Celkem	14,9	3,0	4,5	77,5	100,0
	z toho 65+	6,5	1,6	3,2	41,3	52,6

Zdroj: Interní data MPSV a vlastní výpočty

Tab. 18 – Využití příspěvku na péči podle formy sociální služby v roce 2008, ženy

Stupeň závislosti		Pobytová	Ambulantní	Terénní	Žádný registrovaný	Celkem
I.	Celkem	9,6	4,8	9,1	76,5	100,0
	z toho 65+	7,8	4,4	8,5	64,7	85,4
II.	Celkem	15,2	3,5	6,1	75,2	100,0
	z toho 65+	11,6	2,6	5,3	59,8	79,4
III.	Celkem	21,2	3,0	5,0	70,8	100,0
	z toho 65+	16,6	1,9	4,1	46,1	68,7
IV.	Celkem	35,5	2,3	4,1	58,1	100,0
	z toho 65+	27,0	1,1	3,1	41,6	72,7
Dohromady	Celkem	15,3	3,9	7,1	73,7	100,0
	z toho 65+	12,0	3,2	6,4	58,5	80,0

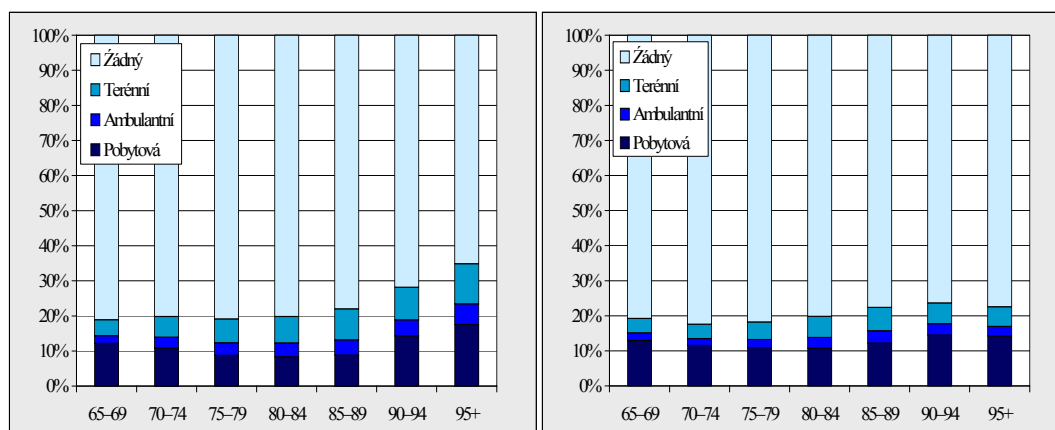
Zdroj: Interní data MPSV a vlastní výpočty

Pro muže i pro ženy v každém stupni závislosti platí, že nejčastěji uvedli žádného registrovaného poskytovatele sociálních služeb jako formu využití příspěvku na péči. Zejména pro ženy platí, že se zvyšujícím se stupněm závislosti narůstá podíl těch, které využívají příspěvek na péči na pobytovou sociální službu. Zatímco starší ženy ve věku nad 65 let deklarující využití příspěvku na péči na pobytové služby tvoří v každém stupni závislosti převážnou většinu žen deklarujících toto využití, muži stejného věku nepředstavují ani polovinu. To lze vysvětlit jako možný důsledek toho, že muži i v tomto věku žijí častěji v manželském svazku, zatímco ženy mají větší pravděpodobnost stát se vdovou a žít o samotě, což znamená i větší pravděpodobnost života v pobytovém zařízení sociálních služeb. Z výše

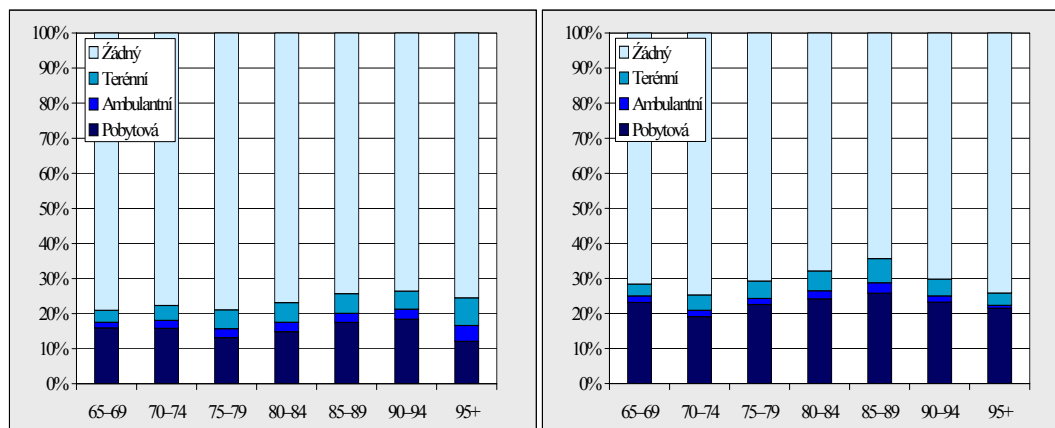
uvedených tabulek vyplývá, že podíl příjemců příspěvku na péči, kteří se rozhodnou využít ambulantních a terénních služeb, je poměrně nízký.

Obrázky pod tímto odstavcem shrnují, jak se o formě využití příspěvku na péči rozhodují muži a ženy starší 65-ti let podle stupně závislosti. Se zvyšujícím se stupněm závislosti narůstá podíl těch, kteří příspěvek na péči využijí k úhradě pobytových služeb, u mužů není tento trend tolik zřetelný jako u žen. To opět potvrzuje, že ženy mají vyšší pravděpodobnost života stráveného ve stáří v pobytovém zařízení. Znovu se ukazuje, že obě pohlaví v každém věku i stupni závislosti nejčastěji uvádí neformálního pečovatele (žádný registrovaný poskytovatel) jako toho, kdo jim zajistí potřebnou pomoc. Jejich podíl sice nepatrně klesá s rostoucím stupněm závislosti, i tak ale nikdy neklesá pod polovinu. Původní domněnka, že se v rámci každého stupně závislosti se zvyšujícím věkem zvyšuje i význam využití pobytových služeb, se nepotvrdila v každém stupni (zřetelněji se objevuje u prvních dvou stupňů závislosti). Týká se více žen a mužů starších 80-ti let, kteří s největší pravděpodobností ovdověli.

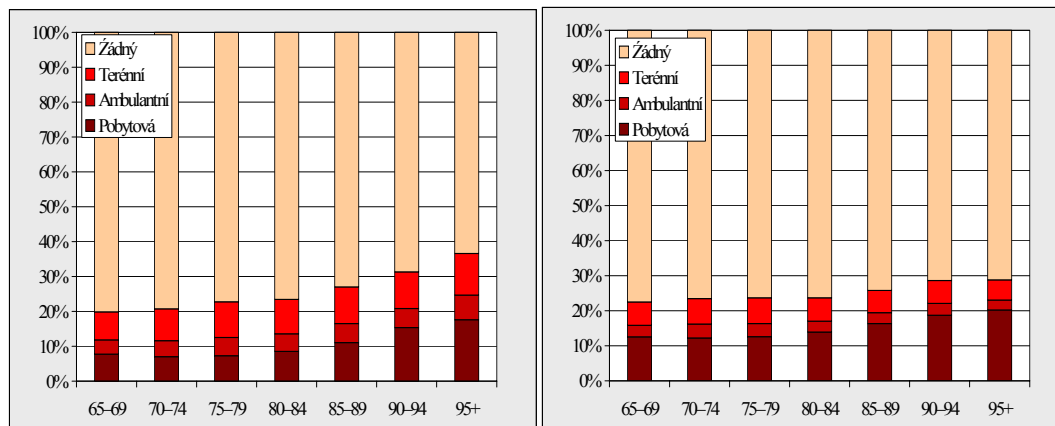
Obr. 14 – Formy využití příspěvku – I. stupeň, muži **Obr. 15 – Formy využití příspěvku – II. stupeň, muži**



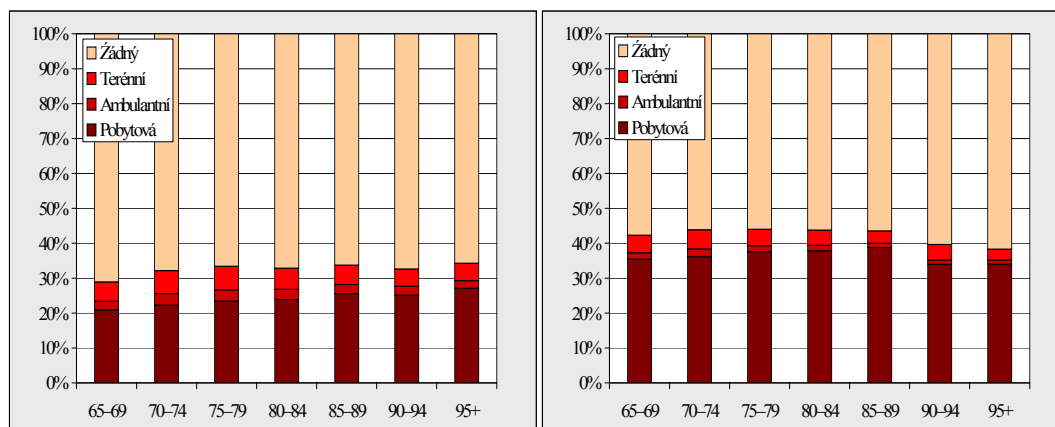
Obr. 16 – Formy využití příspěvku – III. stupeň, muži **Obr. 17 – Formy využití příspěvku – IV. stupeň, muži**



Obr. 18 – Formy využití příspěvku – I. stupeň, ženy Obr. 19 – Formy využití příspěvku – II. stupeň, ženy



Obr. 20 – Formy využití příspěvku – III. stupeň, ženy Obr. 21 – Formy využití příspěvku, IV. stupeň, ženy



4.1 Náklady na příspěvek na péči

Náklady na vyplacení příspěvku na péči se v plné výši hradí ze státního rozpočtu. Důvodová zpráva k návrhu zákona o sociálních službách předpokládala, že počet příjemců této dávky se bude pohybovat přibližně kolem 175 tisíc měsíčně, což by znamenalo celkové roční náklady v hodnotě asi 8 miliard Kč (Průša, 2008). Oproti původnímu očekávání se měsíčně vyplátí o více než 100 tisíc dávek navíc, což samozřejmě přináší i značně zvýšené náklady na jeho výplatu. Podle Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí se v roce 2007 výdaje na příspěvek na péči vyšplhaly na 14,6 miliard Kč (zahrnuje dávky vyplacené v průběhu roku 2007 bez ohledu na počet skutečně nárokových dávek v tomto období). I když podobné oficiální údaje za rok 2008 nebyly ještě zveřejněny, podle kalkulace, která vychází z interních dat MPSV o počtu přiznaných příspěvků na péči v jednotlivých měsících, dosáhly výdaje na výplatu příspěvku na péči téměř 16 miliard Kč. (Pro srovnatelnost údajů uvádíme i částku vypočítanou z dat nárokových příspěvků na péči za rok 2007, která dosáhla přibližně 13,7 miliard Kč. Domníváme se, že částka uvedená v ročence MPSV zahrnuje i náklady na administrativní

zajištění vyplácení příspěvku a proto je vyšší.) Ze stejného výpočtu dále vyplývá, že námi sledovaná skupina osob starších 65-ti let se na celkových výdajích na příspěvek na péči podílela přibližně 65 % (o něco menší cifra se objevuje i v přepočtu stejných údajů za rok 2007). Z hlediska stupňů závislosti se na výši celkových výdajů za příspěvek na péči v roce 2008 stejnou měrou podílel II. a III. stupeň závislosti (zhruba 29 %), následovaný nejtěžším stupněm závislosti (23 %) a teprve posléze nejlehčím stupněm, který je vyplácen nejčastěji (necelých 19 %). Oproti roku 2007 v relativním vyjádření o něco poklesla váha I., II. i III. stupně a naopak výrazně vzrostla váha IV. stupně závislosti.

Kapitola 5

Odhad vývoje závislé populace a uživatelů domovů pro seniory

Na prvním místě je třeba zdůraznit, že model odhadu vývoje počtu závislých osob a uživatelů domovů pro seniory starších 65-ti let popsáný v této kapitole nemůže být považován za prognózu pravděpodobného vývoje. Ukazuje, jak by se velikost závislé populace vyvíjela za níže popsáných předpokladů. Z hlediska vývoje závislosti byly vytvořeny tři varianty s časovým horizontem do roku 2035. Závislou populací rozumíme osoby uznané jedním ze stupňů závislosti podle definice zákona č. 108/2006 Sb. Závislou populaci odvozujeme od prognózovaného počtu osob ve věku nad 65 let podle výsledků projekce ČSÚ a v jednom případě podle výsledků Eurostatu. Odhad uživatelů domovů pro seniory nepředpokládá změny v preferencích obyvatelstva a předpokládá přizpůsobení kapacity domovů pro seniory její poptávce.

5.1 Výchozí data

Evidované údaje o příjemcích příspěvku na péči jsou nepochybně cenným zdrojem informací k určení populace s dlouhodobě sníženou mírou soběstačnosti a potřebou pomoci při péči o vlastní osobu v České republice. Dle zákona o sociálních službách by příspěvek na péči měl dostávat každý občan bez ohledu na věk, který je pověřeným úřadem uznán závislým z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a to bez rozlišení, zda se mu potřebné pomoci dostane od neformálního pečovatele či od registrovaného poskytovatele sociálních služeb. Způsob sběru a třídění dat o příjemcích příspěvku na péči odpovídá tomu, aby mohla být použita jako výchozí bod pro odhad závislé populace v budoucnosti. Určité negativum lze spatřit v tom, že vzhledem k teprve nedávnému zavedení systému, nemůžeme vývoj počtu takto definovaných závislých osob sledovat v delší časové řadě a vyvodit případné trendy ve vývoji závislosti českého obyvatelstva. K dispozici máme měsíční údaje za rok 2007, 2008 a první polovinu roku 2009. Jak ukázala analýza příjemců příspěvku na péči v předchozí kapitole, v průběhu prvního roku fungování se systém teprve rozbíhal a v jednotlivých měsících docházelo k plynulému zvyšování počtu příjemců a ustálila se doba potřebná k posouzení žádosti. Zpočátku roku 2007 byl celkový počet příjemců výrazně nižší než ve stejném období roku následujícího. Teprve ke konci roku 2007 se počet příjemců příspěvku na péči stabilizoval.

Údaje za první pololetí roku 2009 nemusí být zcela kompletní, jelikož k nim v nadcházejících měsících mohou přibýt příjemci, jejichž žádost se v době vygenerování dat teprve posuzovala. Z výše uvedených důvodů bylo učiněno rozhodnutí o použití dat o příjemcích příspěvku na péči za rok 2008 jako vstupních údajů pro odhad budoucího počtu závislých osob³⁶.

Existenci dat o příjemcích příspěvku na péči v dostupném třídění lze pro naše účely nesporně označit jako velkou výhodu. Při podobných odhadech se autoři často musí spokojit s daty o závislosti populace, která vychází z výběrových šetření či sčítání lidu, či s použitím paralely s jiným územním celkem nebo kombinací různých metod. Oproti tomu podobnými daty jako Česko disponuje již zmíněné Německo, které ze zákona ukládá povinnost fondům dlouhodobého pojištění informovat Ministerstvo zdravotnictví o všech příjemcích dlouhodobé péče podle pohlaví, věku, stupně závislosti a typu čerpaného benefitu³⁷. V Česku se příjemci příspěvku rovněž sledují podle pohlaví, věku, stupně závislosti a formy využívané sociální služby (pobytové, terénní, ambulantní či žádný registrovaný poskytovatel). V předchozím oddíle byl ale nastíněn problém duplicit a nekorespondence dat zejména s počtem uživatelů ambulantních a terénních služeb, proto byla pro odhad počtu závislých osob použita data členěná podle pohlaví, věku a stupně závislosti, bez ohledu na formu využívaných služeb. Níže přiložená tabulka 19 zobrazuje míry závislosti podle stupně závislosti pro muže a ženy ve zkrácených věkových skupinách v roce 2008, které byly použity pro odhad závislé populace.

Tab. 19 – Míry závislosti podle stupně závislosti a věku na 1 000 obyvatel v roce 2008

Věk	Muži				Ženy			
	I.	II.	III.	IV.	I.	II.	III.	IV.
0–18	2,1	1,5	5,9	2,6	1,5	0,9	4,4	1,8
19–49	2,0	3,3	1,2	0,9	1,7	2,5	0,9	0,8
50–54	4,6	4,6	1,6	0,8	4,1	3,8	1,5	0,7
55–59	6,4	6,4	2,3	1,0	6,2	4,9	1,7	1,0
60–64	9,6	9,0	3,2	1,5	9,3	6,8	2,3	1,2
65–69	13,1	12,1	5,0	2,7	16,0	10,3	3,9	1,9
70–74	19,8	18,3	8,0	4,5	33,8	19,8	7,1	4,1
75–79	35,6	30,6	13,8	7,9	73,9	43,1	15,8	9,2
80–84	80,9	59,3	25,5	13,9	157,4	95,3	34,2	22,0
85–89	153,6	109,8	44,7	25,8	232,4	166,0	66,4	46,3
90–94	204,8	191,3	82,2	47,4	243,7	243,3	120,7	96,6
95–99	192,0	221,9	115,8	84,7	191,3	271,9	157,2	150,7
100+	79,1	151,0	135,9	60,7	91,8	195,3	166,9	206,1

Zdroj: Interní data MPSV, vlastní výpočty

³⁶ I tato data se však mohou v budoucnosti mírně lišit od aktuálních údajů z MPSV. Podle slov zaměstnankyně oddělení provozu a vývoje informačních systémů MPSV, Ing. Hany Uríkové, a vedoucího oddělení statistické metodiky a rozborů MPSV, Ing. Aleše Krále, k tomu může dojít neustále probíhajícími přepočty dat v databázi či vlivem dodatečných oprav ze strany obcí vyplácejících příspěvek na péči či delším zpožděním ve výplatě (emailová komunikace s Hanou Uríkovou ze dne 22. 7. 2009 a Alešem Králem ze dne 29. 7. 2009).

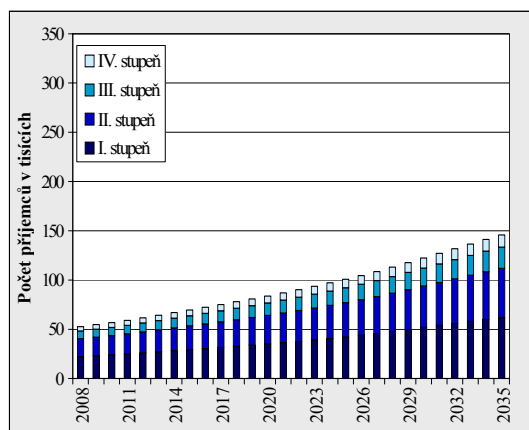
³⁷ Německý systém funguje na principu povinného pojištění dlouhodobé péče, benefity mohou být čerpány jako hotovost nebo jako „poukázka“ na využití služeb formálních poskytovatelů.

5.2 Varianta konstantní

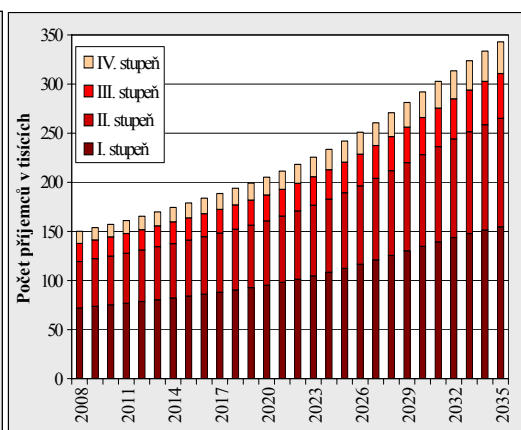
První varianta odhadu vývoje počtu závislých osob ve věku nad 65 let spočívá v zachování věkově specifických měr závislosti (po jednotkách věku) v každém ze čtyř stupňů na úrovni roku 2008 po celé odhadované období. Tyto míry závislosti aplikujeme na prognózovaný počet osob podle pohlaví a jednotek věku. Celkový počet závislých osob ve věku 65 let a více v každém odhadovaném roce pak získáme součtem všech závislých osob každého věku a stupně závislosti obou pohlaví. Nazvěme tuto variantu jako konstantní. Dříve již bylo řečeno, že v závislosti na odlišných parametrech prognóz, především však parametrech úmrtnosti, se prognózované počty populace ve věku nad 65 let a jejich struktura mohou zásadně lišit (viz oddíl 4.5). Použity tedy byly výsledky střední varianty projekce ČSÚ z roku 2009 a prognózy Eurostatu vytvořené v roce 2008, EUROPOP2008. Nevýhodou výsledků prognózy Eurostatu je, že ve věku nad 80 let vytváří pouze jediný interval. I míra závislosti musela být stanovena pro tento širší interval, což opomíjí strukturu závislosti podle věku a nereaguje na budoucí změny ve struktuře obyvatelstva tohoto věku.

Nejprve se podívejme na výsledky vývoje závislé populace vycházející z prognózovaného počtu starších osob podle ČSÚ (pojmenováno jako konstantní-ČSÚ). Pakliže by míry závislosti zůstaly pro každou věkovou skupinu obyvatelstva stejné jako v roce 2008, počet závislých osob v každém stupni by v důsledku zvyšujícího se počtu obyvatelstva ve věku nad 65 let narůstal velice rychlým tempem, což dobře ilustrují následující obrázky 22 a 23, které zároveň zobrazují příspěvky skupiny obyvatelstva každého stupně závislosti na celkovém počtu závislých osob.

Obr. 22 – Vývoj počtu závislých mužů starších 65-ti let, 2008–2035, varianta konstantní-ČSÚ



Obr. 23 – Vývoj počtu závislých žen starších 65-ti let, 2008–2035, varianta konstantní-ČSÚ



Celkový počet závislých mužů starších 65-ti let by se z necelých 53 tisíc v roce 2008 zvýšil téměř na 146 tisíc v roce 2035. Znamená to, že populace závislých mužů této věkové kategorie by se během necelých 30-ti let téměř ztrojnásobila (konkrétně by v roce 2035 dosahovala 276% velikosti závislé populace z roku 2008). Připomeňme, že populace všech mužů ve věku nad 65 let podle projekce ČSÚ vzroste ve stejném horizontu na necelý dvojnásobek (na 193 % stavu z roku 2008). Počet závislých mužů by tedy v důsledku změny věkové struktury obyvatelstva staršího 65-ti let rostl rychleji než všichni muži. U celkové populace stejně starých žen předpokládá ČSÚ

o něco pomalejší nárůst než u mužů (konkrétně nárůst na 163 % velikosti roku 2008), což by se projevilo i na pomalejším růstu závislých žen ve věku nad 65 let ve srovnání s počtem závislých mužů. Zatímco v roce 2008 dosahoval počet závislých žen přes 150 tisíc, do roku 2035 by jejich absolutní počet podle varianty konstantní-ČSÚ vzrostl na 343 tisíc, což znamená nárůst o násobek 2,3 mezi roky 2008 a 2035. Do roku 2035 by tedy závislých mužů a žen dohromady bylo celkem skoro půl miliónu. Vývoj počtu závislé populace mužů a žen starších 65-ti let podle varianty konstantní-ČSÚ ukazují níže uvedené obrázky č. 22 a 23 vykreslující příspěvky. Bližší údaje o počtu závislých mužů a žen z vybraných let do roku 2035 nalezneme v příloze 2.

S tím, jak se bude měnit věková struktura populace ve věku nad 65 let, se bude měnit také zastoupení závislých osob různých věkových kategorií na celkovém počtu závislé populace. Postupně se bude snižovat podíl mladších skupin seniorů (65–79 let) na závislé populaci a naopak se bude zvětšovat zastoupení starších věkových skupin (80+). Největší podíl příjemců příspěvku na péči zůstane ve věku 80–89 let. Výrazně vzroste zastoupení osob ve věku 90–94 let. Přehled o vývoji zastoupení obyvatelstva podle pětiletých věkových skupin na celkovém počtu příjemců příspěvku na péči mezi muži a ženami přináší následující tabulky č. 20 a 21.

Tab. 20 – Vývoj zastoupení věkových skupin obyvatelstva na celkovém počtu závislé populace ve věku nad 65 let, muži, 2008–2035, varianta konstantní-ČSÚ

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
65-69	13,8	14,4	15,0	12,6	9,7	8,1	7,2
70-74	14,7	14,1	15,4	16,6	14,2	10,9	9,4
75-79	20,9	19,3	15,9	18,2	20,2	17,5	14,0
80-84	25,4	24,9	22,3	19,8	23,5	26,7	24,3
85-89	18,6	20,7	21,0	20,3	19,2	23,5	28,2
90-94	5,0	5,2	9,2	10,4	10,6	10,5	13,8
95-99	1,5	1,3	1,1	2,0	2,5	2,5	2,8
100+	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Zdroj: vlastní výpočty

Tab. 21 – Vývoj zastoupení věkových skupin obyvatelstva na celkovém počtu závislé populace ve věku nad 65 let, ženy, 2008–2035, varianta konstantní-ČSÚ

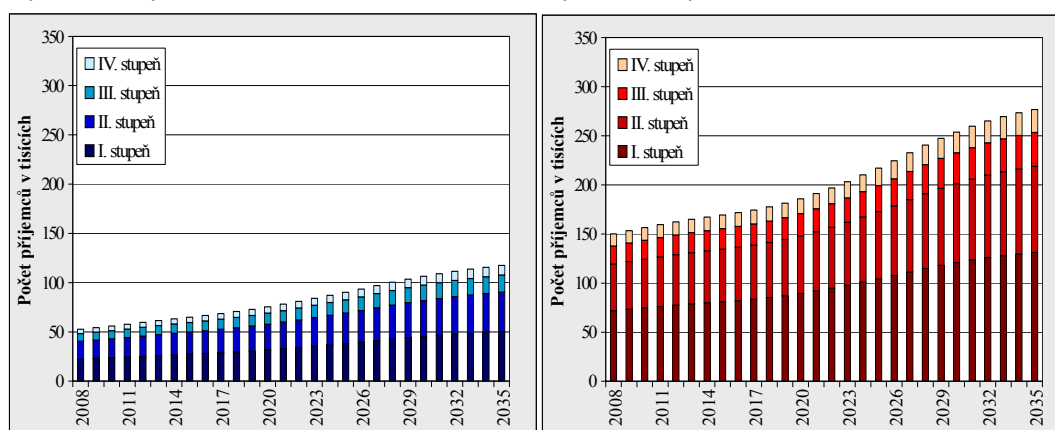
Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
65-69	5,7	6,1	6,7	5,8	4,3	3,5	3,1
70-74	9,1	8,8	9,9	10,9	9,2	6,9	5,7
75-79	19,0	17,6	14,9	16,9	18,4	15,5	12,0
80-84	30,9	29,6	26,2	23,0	26,3	28,8	25,5
85-89	25,2	28,2	27,2	25,4	23,2	27,2	31,5
90-94	7,4	7,5	13,4	14,5	14,2	13,7	17,5
95-99	2,5	2,1	1,6	3,4	3,9	4,0	4,3
100+	0,2	0,2	0,1	0,2	0,4	0,4	0,5
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Zdroj: vlastní výpočty

Nyní zjistíme, jak by se výsledky vývoje počtu závislé populace lišily, kdybychom míry závislosti v každém stupni z roku 2008 uplatnily na prognózovanou populaci starší 65-ti let podle Eurostatu (varianta s názvem konstantní-Eurostat). Již jednou jsme zmínili, že velikost

staršího obyvatelstva podle Eurostatu by se v důsledku nižšího nárůstu naděje dožití ve srovnání s projekcí ČSÚ zvětšovala pomaleji. Proto by i výsledná velikost závislé populace ve věku nad 65 let byla menší než při vývoji uvažovaném ČSÚ. Počet závislých mužů by se podle varianty konstantní-Eurostat zvětšil v roce 2035 na necelých 117,5 tisíc, což odpovídá násobku 2,22 stavu z roku 2008. Ve srovnání s variantou konstantní-ČSÚ je v každém roce odhadu počet závislých mužů nižší (v roce 2015 o 7 %, v 2025 a 2035 o 10,5, resp. 19,5 %). Porovnání závislých žen ve variantě konstantní-Eurostat a variantě konstantní-ČSÚ vychází podobně jako u mužů. V absolutních číslech by populace závislých žen vzrostla na 277 tisíc, což stejně jako u mužů znamená v roce 2035 přibližně 20% rozdíl oproti variantě konstantní-ČSÚ. Podrobnější informace o vývoji počtu závislých mužů a žen ve variantě konstantní-Eurostat nalezneme v příloze 3. Následující grafy, pro možnost porovnání identické s grafy č. 24 a 25 zobrazující výsledky varianty konstantní-ČSÚ, zaznamenávají příspěvky všech stupňů závislosti na celkovém počtu závislých mužů a žen podle varianty konstantní-Eurostat.

Obr. 24 – Vývoj počtu závislých mužů starších 65-ti let, 2008–2035, varianta konstantní-Eurostat **Obr. 25 – Vývoj počtu závislých žen starších 65-ti let, 2008–2035, varianta konstantní-Eurostat**

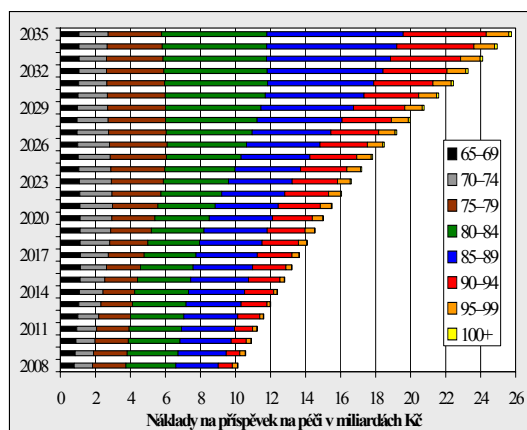


5.2.1 Náklady na příspěvek na péči

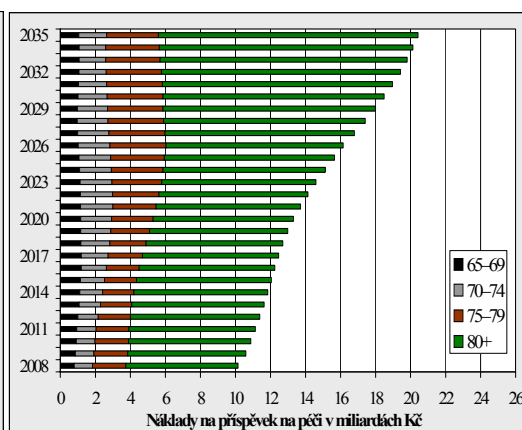
Díky použití měř závislosti podle stupně jsme získali počty závislých obyvatel v každém stupni závislosti, což nám velice snadno umožňuje spočítat čisté roční výdaje na výplatu příspěvku na péči. Ty získáme jednoduše vynásobením počtu závislé populace v každém stupni závislosti částkou odpovídající každému stupni příspěvku na péči a počtem měsíců v roce. Výpočet tedy nezahrnuje žádné navýšení měsíčního obnosu, ačkoli je velice dobře možné, že během odhadovaného období k němu dojde jako důsledek poklesu reálné hodnoty peněz či při přechodu české koruny na Euro. Pro úplnou závislost počítáme již s nově stanovenou částkou 12 tisíc Kč, která se jeho příjemcům vyplácí od 1. srpna 2009. Musíme mít na paměti, že zde zobrazené výdaje na výplatu příspěvku na péči zahrnují jen dávky určené obyvatelstvu staršímu 65-ti let. Ti v roce 2007 představovali téměř 63% podíl na výplatě příspěvku na péči pro všechny obyvatele, v roce 2008 přibližně 64 %. V souvislosti se změnami, které se v budoucnosti odehrají ve věkové struktuře české populace, se dá očekávat, že podíl obyvatelstva ve věku nad 65 let na

celkovém počtu příjemců příspěvku na péči a tedy i na celkových výdajích se bude zvyšovat. Obrázky 26 a 27 zobrazují celkové výdaje v miliardách Kč na výplatu příspěvku na péči osobám ve věku 65 let a více v obou konstantních variantách.

Obr. 26 – Náklady na příspěvek na péči, 2008–2035, varianta konstantní-ČSÚ



Obr. 27 – Náklady na příspěvek na péči, 2008–2035, varianta konstantní-Eurostat



V roce 2008 představovaly výdaje na výplatu příspěvku na péči osobám ve věku nad 65 let přibližně 10,1 miliardy Kč (na ženy připadaly necelé tři čtvrtiny). Jak je z obrázků patrné, větší výdaje představuje varianta konstantní-ČSÚ, což zcela logicky vyplývá z vyššího počtu závislých osob. V tomto případě by se v roce 2035 vyšplhaly až k 26 miliardám Kč, což převyšuje variantu konstantní-Eurostat o více než 5 miliard Kč. Podle obou variant se výdaje na výplatu budou zvyšovat v každém roce. Na obrázcích lze dobře sledovat, jakou velikostí se na celkové částce podílí obyvatelstvo každé pětileté věkové skupiny nad 65 let. To se samozřejmě odvíjí na zastoupení jednotlivých věkových skupin na celkových příjemcích. V tabulce 22 je uveden index změny výše nákladů ve vybraných letech ve srovnání s rokem 2008 podle varianty konstantní-ČSÚ i konstantní-Eurostat.

Tab. 22 – Porovnání nákladů na příspěvek na péči v letech 2010–2035 s rokem 2008, varianta konstantní-ČSÚ a konstantní-Eurostat

Stupeň závislosti	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Varianta konstantní-ČSÚ (2008=100 %)							
I.	100	105	120	138	164	198	230
II.	100	106	124	144	170	206	244
III.	100	106	125	148	176	212	255
IV.	100	115	137	164	196	238	291
Celkem	100	108	126	148	176	213	254
Varianta konstantní-Eurostat (2008=100 %)							
I.	100	105	115	129	151	177	193
II.	100	105	116	129	152	178	195
III.	100	105	116	129	152	179	197
IV.	100	114	126	140	165	196	216
Celkem	100	107	118	131	155	182	199

Zdroj: vlastní výpočty

Ve srovnání s rokem 2008 by náklady na příspěvek na péči vzrostly na dvou a půl násobek ve variantě konstantní-ČSÚ a na dvojnásobek ve variantě konstantní-Eurostat. Můžeme si povšimnout, že nejrychlejší nárůst nákladů podle obou konstantních variant prodělá příspěvek na péči ve IV. stupni závislosti, což je částečně způsobeno navýšením částky tohoto příspěvku na péči oproti srovnávacímu roku. Výdaje na výplatu příspěvku na péči pro osoby úplně závislé by se podle varianty konstantní-ČSÚ téměř ztrojnásobily. Z hlediska podílu jednotlivých stupňů závislosti na celkových výdajích by v obou porovnávaných variantách (rychleji však ve variantě konstantní-ČSÚ) došlo postupem času ke snižování podílu částky potřebné na výplatu příspěvku na péči v I. a II. stupni závislosti. Naopak rostoucí podíl na celkovém objemu nákladů by zaznamenaly náklady na oba zbývající stupně závislosti. Největší podíl na nákladech by se udržel ve středně těžké závislosti.

5.3 Alternativní scénáře

Odhad počtu závislé populace starší 65-ti let za předpokladu konstantních měr závislosti v každé věkové skupině po celé odhadované období je neutrálním scénářem ve smyslu možného vývoje závislosti. V podstatě předpokládá, že prognózované přírůstky naděje dožití se u populace projeví na růstu počtu let v závislosti stejně jako na růstu počtu let bez závislosti. Proto byly spočítány i další scénáře, které předpokládají, že s narůstající střední délkou života se bude zlepšovat zdravotní stav populace starší 65-ti let, což se promítne do snížení míry závislosti v každém věku. Podle autorského týmu několika komplexních studií zabývajících se odhadem potřeby dlouhodobé péče o seniory

„se zdá jistě pravděpodobné, že věkově specifické míry závislosti budou klesat s tím, jak klesají věkově specifické míry úmrtnosti“ (Comas-Herrera, Wittenberg et al., 2003: str. 169).

Také jiní autoři odhadů závislé populace předpokládají v budoucnosti trend poklesu závislosti a obvykle vytváří scénář klesajících měr závislosti pro porovnání s variantou měr konstantních. Vzhledem ke krátké časové řadě dat o závislosti v České republice nelze bohužel usuzovat na konkrétní trendy ve vývoji měr závislosti české populace a podobná situace ohledně omezených dat závislosti panuje i v jiných zemích. Důkazy z některých zemí ale ukazují na pozitivní vývoj zdravotního stavu a disability a již dříve jsme stanovili hypotézu, že podobný trend lze očekávat i u české populace.

Alternativní varianty vývoje závislé populace ve věku 65 let a více byly učiněny ve spojitosti s prognózovaným vývojem naděje dožití při narození. Tento postup poprvé navrhl Wiener et al. (1994) pro model odhadu závislé populace v USA a byl aplikován i v dalších studiích (Comas-Herrera, Wittenberg, 2003; Wittenberg et al., 2006). Bylo by samozřejmě vhodnější použít pravděpodobný budoucí vývoj naděje dožití ve věku 65 let, ale tu ČSÚ ani Eurostat jako součást prezentace výsledků svých prognóz neuvádí. Zejména od počátku 90. let prošel vývoj hodnoty naděje dožití pro obě pohlaví rychlým nárůstem a v mezinárodním srovnání se Česká republika v letech 1990–2005 zařadila mezi země s nejrychlejším růstem naděje dožití (Burcin, 2007). Během období let 1990–2008 vzrostla naděje dožití při narození

u mužů o 6,38 let, přičemž naděje dožití ve věku 65 let vzrostla ve stejnou dobu o 3,52 let (to znamená, že prodloužení naděje dožití při narození o jeden rok bylo doprovázeno prodloužením naděje dožití ve věku 65 let přibližně o 0,55 roku). Ženy zaznamenaly o něco menší nárůst – naděje dožití při narození se pro ně během sledovaného období zvýšila o 4,71 let a ve věku 65 let o 3,14 roků (na jeden rok zvýšení naděje dožití při narození tedy připadalo cca 0,67 roku nárůstu naděje dožití ve věku 65 let). V letech 1990–2008 se naděje dožití při narození zvyšovala v průměru o 0,35 roku pro muže a 0,26 let pro ženy a naděje dožití ve věku 65 let o 0,2 roku pro muže a 0,17 let pro ženy. Podle předpokladů projekce ČSÚ se do roku 2035 bude naděje dožití při narození zvyšovat v průměru o něco méně než v období uplynulých 18-ti let, a sice o 0,24 roku u mužů a 0,22 roku u žen v každém roce do 2035, přičemž nárůst bude rychlejší zpočátku období a postupně se bude nepatrně zpomalovat.

5.3.1 Varianta 1

První alternativní scénář (nazvaný varianta 1) spočívá v posunutí křivky měr závislosti každého stupně podle věku o jeden rok doprava v roce, kdy podle prognózy dojde ke zvýšení naděje dožití při narození o jeden rok. Pro názornost uveďme příklad: v roce 2012 (kdy dojde k nárůstu naděje dožití při narození u mužů o jeden rok oproti roku 2008) přisoudíme mužům ve věku 65 let míry závislosti mužů starých 64 let v roce 2008³⁸. Tato úvaha vychází z předpokladu, že zvýšení naděje dožití při narození o jeden rok se projeví ve zvýšení naděje dožití i ve věcích nad 65 let, což ale ve skutečnosti neodpovídá realitě, zejména ve vyšších věcích, kdy je nárůst naděje dožití pomalejší. Podle předpokladů ČSÚ dojde u mužů k prodloužení naděje dožití při narození mezi roky 2008 a 2035 o 6,5 let, u žen o 5,8 roku.

Představme nyní výsledky této varianty za použití prognózované populace podle ČSÚ³⁹. V případě, že by míry závislosti opravdu klesaly podle tohoto předpokladu, počet závislých mužů i žen by se v celém odhadovaném období zvyšoval mnohem pomaleji než ve variantě konstantní. Počet závislých mužů by do roku 2035 přesáhl hranici 71 tisíc, což by vzhledem k velikosti z roku 2008 představovalo v absolutních číslech nárůst „jen“ o necelých 19 tisících (neboli nárůst o více než jednu třetinu). Ve srovnání s variantou konstantní-ČSÚ je tento výsledek v roce 2035 o více než polovinu počtu závislých mužů nižší. Podobné rozdíly můžeme pozorovat i u vývoje počtu závislých žen. Ve variantě 1 by se jejich počet dostal ze 150-ti tisíc v roce 2008 na necelých 188 tisíc v roce 2035 (nárůst o necelou pětinu celkového počtu z roku 2008), což znamená o necelou polovinu méně než v případě varianty konstantní-ČSÚ. Závislých mužů i žen nad 65 let by podle varianty 1 v České republice v roce 2035 žilo dohromady takřka čtvrt miliónu, což ve srovnání s variantou konstantní-ČSÚ činí polovinu. Následující tabulky 23 a 24 udávají o kolik procent se liší výsledky varianty 1 v jednotlivých

³⁸ Pro věkovou skupinu obyvatelstva 100+ byly ponechány stejné míry jako v roce 2008.

³⁹ V obou alternativních variantách byly míry závislosti aplikovány pouze na prognózu populace starší 65-ti let podle ČSÚ, neboť Eurostat publikuje výsledky věkové struktury prognózované populace po jednotkách věku pouze do věku 79.

věkových skupinách od výsledků varianty konstantní-ČSÚ. Vývoj počtu závislých mužů i žen ve vybraných letech podle pětiletých věkových skupin nalezneme v příloze č. 4.

Tab. 23 – Rozdíl počtu závislých mužů ve variantě 1 oproti variantě konstantní-ČSÚ v %

Věk	2010	2015	2020	2025	2030	2035
65-69	-3	-11	-18	-25	-32	-36
70-74	-5	-15	-23	-30	-37	-40
75-79	-6	-19	-30	-38	-45	-50
80-84	-7	-23	-37	-47	-54	-59
85-89	-5	-19	-31	-42	-52	-58
90-94	-4	-12	-20	-30	-38	-45
95-99	-1	-1	-7	-13	-22	-28
Celkem	-5	-17	-27	-37	-46	-51

Zdroj: vlastní výpočty

Tab. 24 – Rozdíl počtu závislých žen ve variantě 1 oproti variantě konstantní-ČSÚ v %

Věk	2010	2015	2020	2025	2030	2035
65-69	-6	-17	-26	-33	-39	-43
70-74	-7	-21	-32	-42	-50	-54
75-79	-8	-22	-35	-45	-55	-60
80-84	-7	-21	-34	-45	-55	-60
85-89	-4	-13	-23	-32	-42	-48
90-94	-4	-8	-13	-19	-26	-31
95-99	0	-1	-3	-6	-11	-16
Celkem	-6	-17	-27	-36	-44	-48

Zdroj: vlastní výpočty

Podle varianty 1 by oproti roku 2008 v první polovině odhadovaného období klesaly absolutní počty závislých mužů ve věku 75–84 let i jejich relativní vyjádření na celkové populaci závislých mužů, ke konci období by v některých letech i přes nižší míry závislosti než dnes vzrostl počet závislých mužů i v tomto věku a to s tím, jak by do něj postupně vstupovali lidé narození v období zvýšené plodnosti po druhé světové válce. Přibližně s rokem 2017 by se začaly snižovat počty závislých mužů ve věkové skupině 65–69 let a od roku 2025 by jich bylo méně než ve výchozím roce. Počet závislých žen ve věku 75–84 by sledoval podobný vývoj jako u mužů s tím rozdílem, že jejich počet by po celé odhadované období nikdy nepřesáhl velikost z roku 2008 a to i přesto, že celková populace takto starých žen bude ze stejných důvodů narůstat jako u mužů. Za touto odlišností mezi muži a ženami stojí větší rozdíly v mírách závislosti mezi jednotlivými věky u žen, což se při posunu celé křivky směrem doprava samozřejmě projeví tímto efektem.

5.3.2 Varianta 2

Ačkoli se předpokládá, že se naděje dožití v budoucnosti bude z velké části zvyšovat díky klesající intenzitě úmrtnosti právě obyvatelstva staršího 65-ti let, nelze mezi přírůstky naděje dožití při narození a ve věku 65 let klást rovnítko. První alternativní scénář totiž implicitně předpokládal, že růst naděje dožití při narození o rok bude doprovázen růstem naděje dožití o rok i ve věku 65 let a více, což neodpovídá skutečnému možnému vývoji. Druhý scénář (nazvaný varianta 2), o něco

méně optimistický než varianta 1, vychází z předpokladu, kterým křivku věkově specifických měř závislosti každého stupně posuneme o jeden rok doprava v momentě, kdy dojde ke dvouletému zvýšení naděje dožití při narození. Neboli, v roce 2016 (naděje dožití pro muže se zvýší o dva roky oproti roku 2008) přiřadíme 65-ti letému muži míru závislosti muže 64 let starého v roce 2008. Věkově specifické míry závislosti by za takových okolností klesaly pomaleji než ve variantě 1 a naopak počty závislých osob by narůstaly rychleji.

Celkový počet závislých mužů starších 65-ti let by v roce 2035 vzrostl na více než 102 tisíc, tedy na necelý dvojnásobek stavu roku 2008. Ve srovnání s variantou konstantní-ČSÚ rozdíl činí asi 30 %. Ve stejném roce by žilo přibližně 254 tisíc závislých žen, o více než dvě třetiny než v roce 2008. To by stále představovalo o celou pětinu závislých žen méně než ve variantě konstantní-ČSÚ. Celkem by ve věku nad 65 let žilo v roce 2035 asi 356 tisíc závislých obyvatel. Následující tabulky opět ukazují rozdíl výsledků varianty 2 ve srovnání s variantou konstantní-ČSÚ v procentech zvláště pro muže a ženy. Tabulky s počtem závislých mužů a žen podle této varianty najdeme v příloze 5.

Tab. 25 – Rozdíl počtu závislých mužů ve variantě 2 oproti variantě konstantní-ČSÚ v %

Věk	2010	2015	2020	2025	2030	2035
65-69	-0,7	-5,9	-9,9	-13,8	-16,5	-19,2
70-74	-1,0	-8,3	-13,0	-17,3	-21,5	-24,3
75-79	-1,1	-9,9	-16,4	-22,5	-27,5	-31,4
80-84	-1,4	-12,3	-20,0	-27,3	-33,6	-38,4
85-89	-1,0	-8,8	-15,9	-23,2	-28,6	-32,9
90-94	-0,8	-7,4	-10,7	-14,3	-18,2	-21,9
95-99	-0,1	-2,3	-0,7	-0,8	-5,0	-8,5
Celkem	-1,1	-9,0	-14,7	-20,7	-26,2	-29,9

Zdroj: vlastní výpočty

Tab. 26 – Rozdíl počtu závislých žen ve variantě 2 oproti variantě konstantní-ČSÚ v %

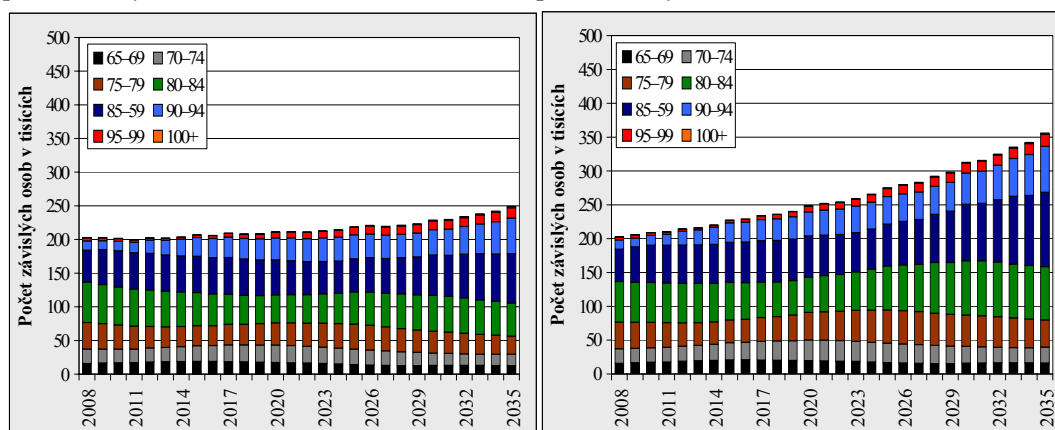
Věk	2010	2015	2020	2025	2030	2035
65-69	-2,6	-8,6	-14,2	-19,9	-23,6	-26,5
70-74	-3,4	-11,0	-17,8	-24,0	-29,5	-33,3
75-79	-3,5	-11,4	-18,8	-25,8	-31,9	-36,3
80-84	-3,3	-10,5	-17,7	-24,5	-30,4	-34,8
85-89	-1,9	-5,8	-10,5	-16,2	-20,8	-23,9
90-94	-1,7	-5,0	-7,1	-8,8	-11,3	-13,5
95-99	-0,2	-1,0	-0,5	-0,2	-1,5	-3,3
Celkem	-2,7	-8,3	-13,7	-19,2	-23,8	-25,9

Zdroj: vlastní výpočty

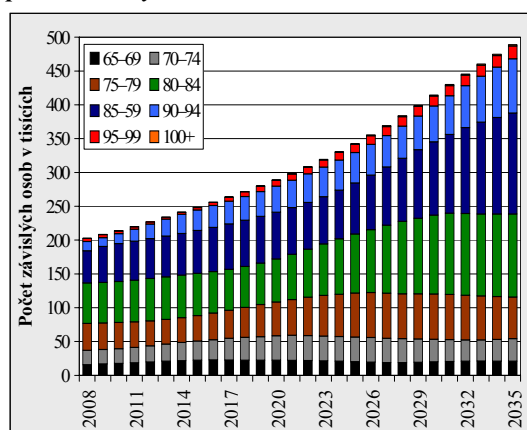
Jak už z naznačeného vyplývá, výsledky varianty 2 se pohybují mezi výsledky varianty konstantní-ČSÚ a varianty 1. Pokud stručně srovnáme výsledky všech tří variant za použití prognózované populace podle ČSÚ, je zcela zřejmé, že podle varianty 1 by přírůstek závislé populace byl v porovnání s variantou konstantní-ČSÚ prakticky zanedbatelný. Znovu zdůrazníme, že předkládané výsledky nemohou být považovány za prognózu vývoje počtu závislé populace mužů a žen starších 65-ti let. Jedná se pouze o odhady vycházející z dříve definovaných předpokladů o vývoji závislosti v České republice, které byly použity k odhadu

závislé populace i v jiných zemích (při možnosti mezinárodní komparace musíme vždy brát na zřetel, z jaké definice závislosti odhad vychází). I tak ale mají výsledky svou vypovídací váhu, neboť ukazují, jak důležitou roli hraje ve vývoji počtu starších závislých osob pokles měr závislosti podle věku. Pokud by přes prodlužující naději dožití zůstaly míry závislosti podle věku stejné jako v roce 2008, velikost populace závislé na pomoci jiné fyzické osoby by se velice rychle zvětšovala. Výsledky předložených variant potvrzují, jak důležitou roli hraje vývoj zdravotního stavu a s tím související vývoj závislosti v populaci. Níže uvedené obrázky zobrazují, jak se na celkové velikosti odhadované závislé populace podílí obyvatelstvo jednotlivých pětiletých skupin.

Obr. 28 – Vývoj počtu závislých osob starších 65-ti let podle varianty 1 **Obr. 29 – Vývoj počtu závislých osob starších 65-ti let podle varianty 2**



Obr. 30 – Vývoj počtu závislých osob starších 65-ti let podle varianty konstantní-ČSÚ



5.3.3 Náklady alternativních scénářů

Jak jsme si právě ukázali, populace závislých mužů a žen ve věku nad 65 let by za předpokladů obou alternativních variant dosahovala menší velikosti než ve variantě uvažující konstantní věkově specifické míry závislosti. To má samozřejmě dopad i na odhadované výdaje na výplatu příspěvku na péči ze státního rozpočtu. Ve variantě 1 by se celková suma vyšplhala z dnešních

10 miliard Kč na 12,5 miliard Kč v roce 2035, což by znamenalo zvýšení jen o necelou pětinu. Oproti variantě konstantní-ČSÚ by náklady na výplatu příspěvku na péči činily o 51 % méně. Největší roli na nižších výdajích by logicky hrály věkové skupiny nejčastějších příjemců příspěvku, tedy 75–89-ti letých obyvatel. V tabulce 27 se dovidáme, o kolik procent nižší náklady by představovala závislá populace podle vývoje varianty 1 ve srovnání se závislou populací podle varianty konstantní-ČSÚ.

Tab. 27 – Rozdíl nákladů na příspěvek na péči ve variantě 1 oproti variantě konstantní-ČSÚ, 2010–2035

Věk	2010	2015	2020	2025	2030	2035
65–69	-4,7	-14,7	-23,1	-30,5	-36,8	-38,4
70–74	-6,4	-18,3	-28,6	-36,7	-44,3	-48,5
75–79	-7,1	-21,2	-33,8	-43,2	-51,5	-56,6
80–84	-7,3	-21,5	-34,6	-45,0	-54,3	-59,6
85–89	-5,2	-17,2	-28,7	-38,4	-48,0	-54,2
90–94	-5,1	-12,7	-20,8	-29,0	-37,6	-43,1
95–99	-2,3	-6,5	-13,0	-18,7	-26,0	-32,2
Celkem	-6,1	-17,8	-28,4	-37,7	-46,6	-51,3

Zdroj: vlastní výpočty

Také varianta 2 by pro státní rozpočet znamenala nižší výdaje na výplatu příspěvku na péči než varianta konstantní-ČSÚ. V tomto případě by celkové náklady na výplatu příspěvku pro osoby starší 65-ti let vzrostly v roce 2035 na 18 miliard Kč, což by znamenalo 180% finanční obnos roku 2008. Ve srovnání s variantou konstantní-ČSÚ by to stále představoval nižší částku, asi o 29 %. Konkrétní rozdíly ve vybraných letech pro jednotlivé věkové skupiny přináší tabulka 28.

Tab. 28 – Rozdíl nákladů na příspěvek na péči ve variantě 2 oproti variantě konstantní-ČSÚ, 2010–2035

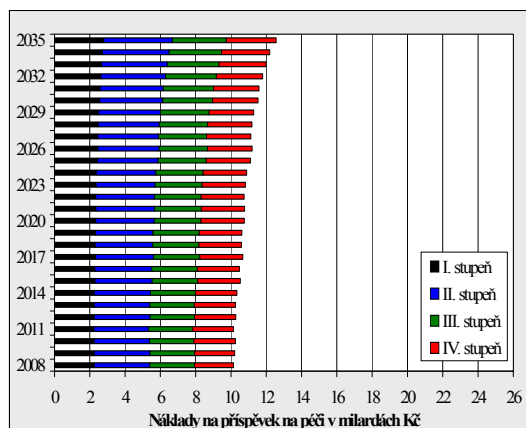
Věk	2010	2015	2020	2025	2030	2035
65–69	-1,7	-7,6	-12,6	-17,5	-20,9	-23,8
70–74	-2,4	-9,9	-15,9	-21,3	-26,1	-29,3
75–79	-2,8	-10,9	-18,0	-24,8	-30,6	-34,9
80–84	-2,9	-11,2	-18,4	-25,3	-31,3	-35,7
85–89	-2,1	-7,9	-14,0	-20,8	-26,0	-29,9
90–94	-2,1	-7,4	-11,2	-14,6	-18,5	-21,7
95–99	-1,0	-4,1	-5,4	-7,0	-10,5	-13,7
Celkem	-2,4	-9,1	-14,9	-20,8	-25,9	-29,0

Zdroj: vlastní výpočty

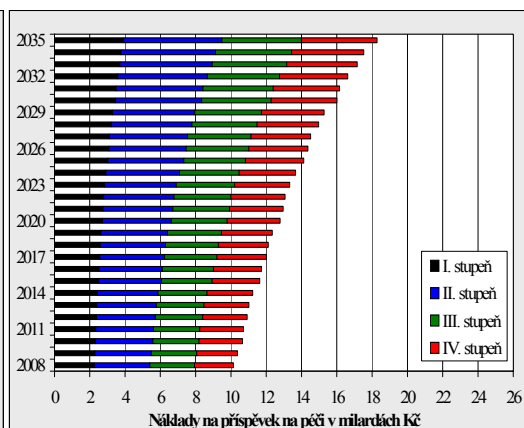
Stárnutí české populace se tedy čistě po ekonomické stránce vedle zvyšujících se výdajů na zdravotnictví a starobní důchody projeví i na rostoucích nákladech na příspěvek na péči pro seniory. O tom, jak budou výdaje na tuto dávku zatěžovat státní rozpočet rozhodne velikost závislé populace ovlivněná vývojem zdravotního stavu a závislosti v budoucích letech. V tomto ohledu nejpříznivější scénář, varianta 1, je s velkou pravděpodobností založena na příliš optimistickém předpokladu rychlého snižování míry závislosti a v příštích letech lze počítat spíše s více rostoucími náklady na výplatu dávky určené k financování sociálních služeb. Ač v balíku výdajů ze státního rozpočtu lze náklady na příspěvek na péči označit spíše jako zanedbatelnou částku, i přesto by se měla vláda při jeho sestavování včas připravit na zvyšující

se potřebný obnos. Stejně jako u celkového počtu závislých osob ve věku 65 let a více podle jednotlivých variant, si i nyní představme grafy srovnávající vedle sebe náklady na výplatu příspěvku na péči ve variantě konstantní-ČSÚ, variantě 1 a 2. Částky v miliardách Kč jsou v tomto případě rozděleny podle stupňů závislosti.

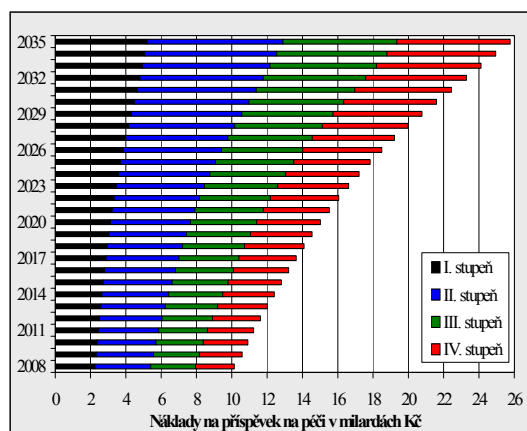
Obr. 31 – Náklady na příspěvek na péči, 2008–2035, varianta 1



Obr. 32 – Náklady na příspěvek na péči, 2008–2035, varianta 2



Obr. 33 – Náklady na příspěvek na péči, 2008–2035, varianta konstantní-ČSÚ



5.4 Odhad počtu uživatelů domovů pro seniory

Domovy pro seniory zaujímají nejsilnější pozici nejen jako nejvyužívanější pobytová služba mezi osobami staršími 65-ti let, ale i jako forma institucionální péče s největším podílem uživatelů. V roce 2007 tvořili uživatelé domovů pro seniory asi 60% podíl všech obyvatel zařízení sociálních služeb, kterých bylo dohromady 66 463. Také proto tato práce v původním konceptu počítala s vytvořením odhadu potřebného počtu míst v domovech pro seniory v budoucích letech. Jak bylo naznačeno v předchozích kapitolách, do cesty tohoto záměru se postavilo několik nesnází s datovou základnou o uživatelích domovů pro seniory v České republice. Oproti původnímu očekávání se ukázalo, že MPSV, shromažďující údaje

o uživatelích sociálních služeb, nesleduje pohlavní strukturu uživatelů a z hlediska věku se do současnosti omezovalo jen na tři široké intervaly zahrnující uživatele v námi sledovaném věku nad 65 let, a sice na skupinu 27–65 let, 66–85 let a nad 85 let. Druhý nabízející se způsob řešení, jak získat pohlavní a věkovou strukturu uživatelů domovů pro seniory, spočíval ve využití dat o příspěvku na péči tříděných dle pohlaví, věku, stupně závislosti a formy využívané služby (kategorie pobytová, ambulantní, terénní, žádný registrovaný poskytovatel). Analýza takto členěných dat ukázala, že příjemci příspěvku na péči deklarující využití pobytových služeb neodpovídají skutečnému počtu uživatelů pobytových služeb u celkové populace ani u populace starší 65-ti let. Navíc nelze rozlišit konkrétní typ pobytového zařízení a vyčlenit příjemce příspěvku na péči využívající pouze domovy pro seniory.

O odhad potřebné kapacity v domovech pro seniory se pokusil Průša (2007), jehož studii jsme zmiňovali v souvislosti s odhadem počtu uživatelů pečovatelské služby již dříve. Pro výpočet použil jednoduchého vztahu – kapacitu domovů pro seniory za rok 2006 vztáhl k obyvatelstvu ve věku nad 80 let (tuto skupinu obyvatelstva považoval za hlavní cílovou skupinu uživatelů domovů pro seniory) a tento poměr potom aplikoval na prognózovanou populaci starší 80-ti let do roku 2050. Jeho postup nezohledňuje obyvatele mladší 80-ti let jako potenciální uživatele domovů pro seniory.

5.4.1 Výběrové šetření

Stejně jako v případě pečovatelské služby jsme za účelem získání pohlavní a věkové struktury provedli menší výběrové šetření. Oslovené domovy pro seniory byly opět náhodně vybrány z registru poskytovatelů sociálních služeb a kontaktovány pomocí emailu (osloveno přibližně 200 z 468 registrovaných). Dotaz obsahoval prosbu na poskytnutí pohlavní a věkové struktury (po pětiletých skupinách), celkový počet uživatelů a kapacitu zařízení a na počet uživatelů, kterým byl přiznán příspěvek na péči podle stupně závislosti. Pro zvýšení šance návratnosti byla dotazovaným ponechána vlastní volba časového období, ke kterému informace pošlou.

Odpověď s požadovanými informacemi poslalo celkem 64 domovů pro seniory, v nichž žilo dohromady 5 748 obyvatel (zastoupení měly jak domovy s velkou kapacitou, tak i menší zařízení). Informace se asi z 90-ti % vztahovaly k přibližně třítydennímu období na přelomu měsíců červenec a srpen roku 2009. Aby zastoupení počtu uživatelů ve vzorku více odpovídalo zastoupení počtu uživatelů v krajích České republiky, některé odpovědi jsme do výsledného vzorku nezahrnuli s ohledem na přibližně rovnoměrně zastoupení krajů s mladší a starší věkovou strukturou. Výsledný vzorek nakonec obsahoval domovy pro seniory s celkovým počtem uživatelů 4 888 osob⁴⁰. Z MPSV jsme měli k dispozici předběžné údaje⁴¹ o počtu uživatelů a jejich rozdělení na 3 zmíněné věkové skupiny k 31. 12. 2008. Za

⁴⁰ Srovnání zastoupení počtu uživatelů jednotlivých krajů ve vzorku a v České republice nalezneme v příloze číslo 6. Krajské zastoupení uživatelů bylo použito ke dni 31. 12. 2007.

⁴¹ Dle emailu Ing. Dalibora Šitavance, oddělení statistické metodiky a rozborů MPSV, ze dne 17. 8. 2009 chybí k finálnímu počtu uživatelů 50 ročních výkazů o zařízeních sociálních služeb a poskytování sociálních služeb za rok 2008 (z celkem asi 1 250-ti), které se dle jeho očekávání už nejspíše nepodaří získat (přibližně tak je tomu každoročně), a proto lze tyto údaje podle jeho slov považovat již za víceméně definitivní.

předpokladu, že od začátku roku 2009 nedošlo v počtu a struktuře uživatelů k příliš velké změně, jsme data získaná z provedeného šetření porovnali s údaji od MPSV. Náš vzorek představoval 13,5 % uživatelů z celkového počtu uživatelů za rok 2008.

Abychom mohli porovnat naše data s informacemi poskytnutými MPSV, sečetli jsme muže a ženy a vyjádřili podíl 3 věkových skupin na celkovém počtu uživatelů domovů pro seniory v našem vzorku. Vyšlo nám, že 7,84 % uživatelů bylo mladších 64 let, 55,05 % ve věku 65–84 a zbytek, tedy 37,11 % starších 85-ti let. Při zjišťování pohlavní a věkové struktury jsme použili ohraničení věkových skupin, které demografie obvykle používá. Výsledky MPSV ovšem udávají podíl obyvatelstva mladšího 65-ti let (9,15 %), 66–85 let (59,85 %) a skupiny nad 85 let (31 %). Autorka této studie se domnívá, že větší část zaměstnanců zařízení sociálních služeb pověřených vyplněním počtu uživatelů podle takto vymezených skupin zařazuje uživatele ve věku 85 let do intervalu 66–85 let a do intervalu nad 85 let zařazuje až uživatele ve věku 86 let⁴². Hypotézu, že upravením věkových intervalů MPSV na věkové intervaly získané z šetření získáme velice blízké zastoupení jednotlivých skupin na celkovém počtu uživatelů, jsme se pokusili ověřit za použití dat o příjemcích příspěvku na péči deklarujících využití pobytových služeb, neboť ty máme k dispozici po jednotkách věku. Vyjádřením zastoupení příjemců příspěvku využívající pobytové služby ve věku 65 a 85 let na stejné populaci starší 55-ti let (z šetření vyplývá, že lidé mladší 55-ti let pobývají v domovech pro seniory jen ojediněle) získáme alespoň částečnou představu, jak velkou váhu mohou mít uživatelé tohoto věku v domovech pro seniory (ve věku 65 se jedná asi o 1,17% podíl, ve věku 85 o 5,66 %). Pokud tyto cifry přičteme a odečteme od zastoupení věkových skupin MPSV k získání námi definovaných intervalů, dostaneme se ke výsledku, že na skupinu mladší 64 let připadá 7,98 % uživatelů domovů pro seniory, 55,36% podíl představují uživatelé ve věku 65–84 let a zbylých 36,67 % tvoří lidé ve věku 85 let a více. Tyto údaje se od vzorku získaného šetřením liší jen v řádu desetinných míst. I přesto, že ověření zastoupení skutečných uživatelů domovů pro seniory ve věku 65 a 85 let přes příjemce příspěvku na péči využívající pobytové služby není naprosto přesné, domníváme se, že ho lze využít alespoň pro přibližný odhad zastoupení těchto skupin na počtu uživatelů domovů pro seniory.

Na základě výše uvedeného ověření se rozhodujeme, že struktura uživatelů domovů pro seniory získaná z šetření odpovídá skutečnému rozložení uživatelů podle pohlaví a věku v celé České republice. Pohlavní a věkovou strukturu uživatelů získanou z výběrového šetření přepočteme na celkový počet uživatelů domovů pro seniory v roce 2008. Následující tabulka zobrazuje počet uživatelů domovů pro seniory podle pohlaví a věku a jejich podíl na celkovém počtu uživatelů.

⁴² Tato logická úvaha vychází z toho, že ostatní věkové skupiny zjišťované v ročním výkazu jsou z hlediska dokončeného věku uzavřené a plynně navazují jeden na druhý (3–6, 7–12, 13–18, 19–26, 27–65, 66–85) a ten, kdo se při vyplňování výkazu pozastaví a znejistí u posledního intervalu se při pohledu na ostatní intervaly obrátí spíše k myšlence, že se jedná o věky 86+).

Tab. 29 – Počet uživatelů domovů pro seniory a jejich pohlavní a věková struktura v roce 2008

Věk	Počty uživatelů		Podíl skupin v %		Počet uživatelů na 1 000 obyvatel	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
–59	679	458	1,88	1,27	.	.
60–64	886	805	2,45	2,23	2,7	2,2
65–69	1019	1063	2,82	2,95	4,5	3,8
70–74	1189	1964	3,29	5,44	7,8	9,3
75–79	1499	4010	4,15	11,11	12,0	20,1
80–84	1809	7319	5,01	20,27	24,1	48,8
85–89	1536	7732	4,26	21,42	49,0	98,0
90–94	414	2415	1,15	6,69	88,1	162,6
95+	214	1086	0,59	3,01	143,7	202,4
Celkem	9246	26853	25,61	74,39	.	.

Zdroj: vlastní výpočty

Z tabulky je zcela zřetelné, že z hlediska pohlaví převládají v domovech pro seniory ženy. Tuto skutečnost jsme již dopředu očekávali, neboť, jak bylo řečeno dříve, ženy mají v důsledku vyšší naděje dožití, častějšího ovdovění a života o samotě větší pravděpodobnost pobytu v domově pro seniory než muži. Ukazuje se, že mužská část populace tvoří v domovech pro seniory pouhou čtvrtinu uživatelů, zatímco zbytek připadá na ženy. K podobnému poměru mužů a žen v domovech pro seniory (27,8 % mužů ku 72,2 % žen) došel i Mikula (2008), který se zaměřil na pražskou populaci uživatelů těchto zařízení. Platí, že s přibývajícím věkem se převaha žen výrazně zvyšuje. Zatímco ve věku 60–64 let pobývá v domovech pro seniory o něco větší podíl mužů než žen (52 : 48), ve všech starších skupinách již dominují ženské uživatelky (ve věkové skupině 90–94 let je poměr mužů a žen 15 : 85). U populace uživatelů domovů pro seniory ve věku nad 65 let připadá 23% podíl na muže a 77% na ženy. V domovech pro seniory najdeme nejčastěji ženy ve věku 85–89 let, těsně následované skupinou žen starých 80–84 let, které dohromady tvoří téměř 42 % všech uživatelů. Poslední sloupec tabulky č. 30 udává, kolik uživatelů domovů pro seniory připadá na 1 000 obyvatel příslušné věkové kategorie (tzn. míry využití domovů pro seniory). Nepřekvapí nás, že s rostoucím věkem se tento ukazatel strmě zvyšuje. Zároveň znovu potvrzuje, že v domovech pro seniory se častěji ubytovávají ženy.

Další cenné informace přineslo provedené výběrové šetření v oblasti uživatelů domovů pro seniory s příspěvkem na péči. Ukázalo se, že v námi sledovaném vzorku ho pobírá přes čtyři pětiny uživatelů, z nichž asi 27 % připadá na I. stupeň závislosti, 28 % na II. stupeň, 22 % na III. stupeň a zbylých 23 % na IV. stupeň závislosti. Kdybychom stejné rozložení převedli na rok 2008, znamenalo by to, že cca 6 800 obyvatel v domovech pro seniory nedisponovalo příspěvkem na péči, nebylo uznáno závislými ani v jednom definovaném stupni. Z emailové komunikace s některými sociálními pracovníky domovů pro seniory vyplývá, že uživatelé bez příspěvku na péči se do domova pro seniory s největší pravděpodobností dostali v době před přijetím zákona o sociálních službách z roku 2006 a v rámci transformace některých dřívějších zařízení na pobytové ve znění pozdějšího zákona jim bylo umožněno setrvat.

5.4.2 Výchozí informace k odhadu počtu uživatelů domovů pro seniory

O tom, že v nadcházejících letech budou při výběru žadatelů o umístění do domova pro seniory preferováni především občané s přiznaným příspěvkem na péči, svědčí několik důkazů a domněnek. Trendy v poskytování sociálních služeb směřují k tomu, aby jejich uživatel mohl zůstat co nejdéle ve svém domácím prostředí a potřebná pomoc mu byla poskytována ve formě terénní či ambulantní služby. Kapacita domovů pro seniory je omezená a rozhodnutí o přijmutí nového občana musí vždy projít striktním řízením. Ti, kterým nemůže být z důvodu obsazenosti kapacity vyhověno, jsou zařazeni do evidence čekatelů každého zařízení. Rozhodnutí o přijmutí nového uživatele na uvolněné místo v domově pro seniory obvykle zohledňuje žadatelův zdravotní stav, míru soběstačnosti, životní situaci, výši důchodu a přiznaný příspěvek na péči. Přednost mají ti, kterým nemůže být poskytována jiná forma služby ať už z její absence či z důvodu zdravotního stavu, který vyžaduje nepřetržitou pomoc. Mnoho domovů pro seniory přiznaný příspěvek na péči již explicitně zařazují mezi podmínky nutné k vyhovění žádosti. Skrývají se za tím sice i ekonomické důvody, neboť příspěvek na péči jim náleží v celé výši (a částečně tak zaručuje plnou úhradu od uživatele), na druhou stranu i legislativní znění podporuje tuto interpretaci. Jak stanovuje zákon č. 108/2006 Sb., § 49, odstavec 1: „V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“.

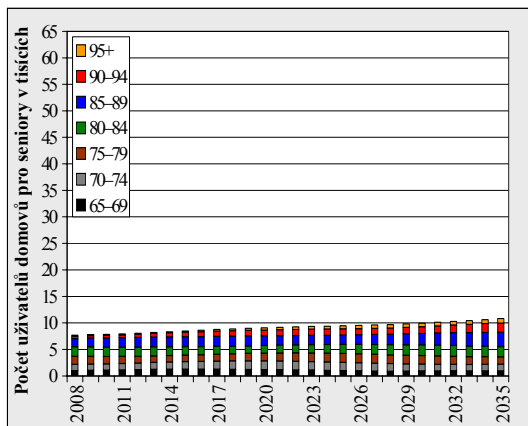
Na základě uvedeného se domníváme, že v příštích letech se počet uživatelů bez příspěvku na péči bude plynule snižovat a postupně bude obměňován uživateli s přiznanou dávkou. Této hypotéze nahrává fakt, že současný počet uživatelů bez příspěvku (zmiňovaných cca 6 800 osob) přibližně odpovídá velikosti přednostních a naléhavých žadatelů, jejichž počet byl evidován MPSV až do roku 2006. V oddíle 3.5.2, jsme dospěli k závěru, že ač se ve sledovaném období let 1998–2006 nepřetržitě zvyšoval počet neuspokojených žadatelů, počet přednostních a naléhavých žadatelů zůstal po celou dobu víceméně stejný (v rozmezí 6 474 až 9 227), bez očividného trendu nárůstu. K domněnce, že počet přednostních a naléhavých žadatelů se i v současnosti pohybuje ve stejném rozmezí, přispívá i skutečnost, že od roku 2006 nedošlo k výraznému zvýšení kapacity domovů pro seniory a tudíž nemohlo dojít k uspokojení jejich potřeb. Ačkoli systém příspěvku na péči v roce 2006 ještě neexistoval, lze prohlásit, že žadatelé, jež byli zařazeni v kategorii přednostních a naléhavých čekatelů, by jistě odpovídali některému stupni závislosti.

Pro další kroky jsme na základě uvedených skutečností přijali domněnku, že v budoucnosti budou služby domovů pro seniory využívat pouze lidé uznání v jednom ze stupňů závislosti. Vzhledem k tomu, že současný počet uživatelů bez příspěvku na péči by mohl být nahrazen žadateli z řad přednostních a naléhavých čekatelů, jednáme s celou skupinou uživatelů domovů pro seniory jako se závislou populací (autorka si je vědoma skutečnosti, že věková struktura uživatelů bez příspěvku na péči nemusí odpovídat struktuře přednostních a naléhavých žadatelů).

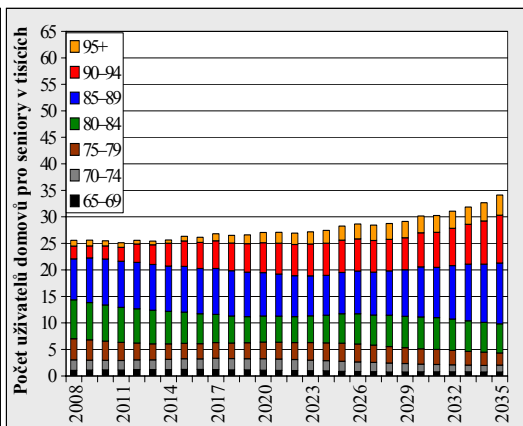
Podílem počtu uživatelů domovů pro seniory a závislou populací v každé věkové kategorii za rok 2008 získáme, jak velká část závislé populace využívá tento typ zařízení. Tento podíl pak za předpokladu stejného vzorce chování aplikujeme na získané počty závislé populace starší 65-ti let podle různých variant odhadu. Získáváme budoucí počet uživatelů domovů pro seniory za předpokladu, že by je využíval stejný podíl závislé populace jako v roce 2008 a že by se nabídka

kapacity míst v domovech pro seniory přizpůsobila této poptávce. Následující grafy zobrazují, jak se liší počet mužů a žen ve věku nad 65 let využívajících služeb domovů pro seniory podle různých variant odhadující závislou populaci.

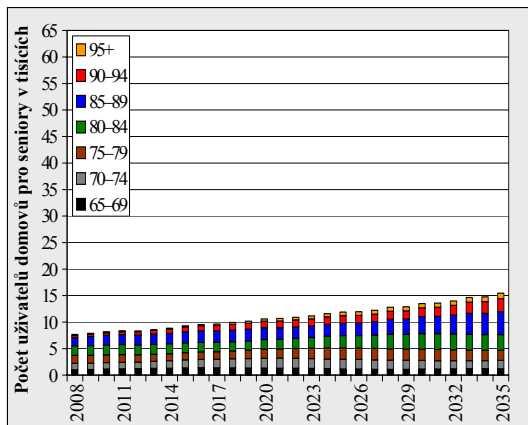
Obr. 34 – Počet uživatelů domovů pro seniory, muži, varianta 1, 2008–2035



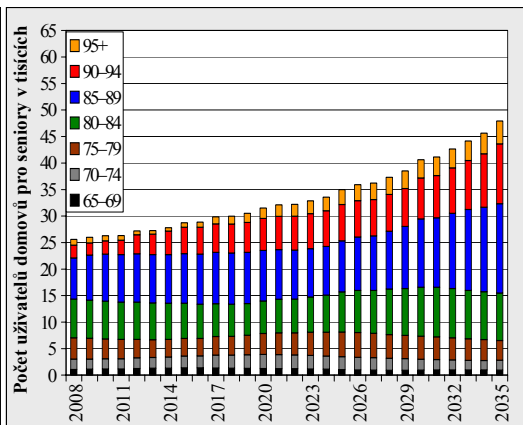
Obr. 35 – Počet uživatelů domovů pro seniory, ženy, varianta 1, 2008–2035



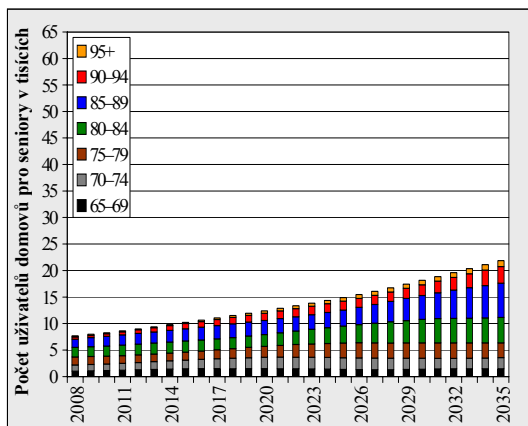
Obr. 36 – Počet uživatelů domovů pro seniory, muži, varianta 2, 2008–2035



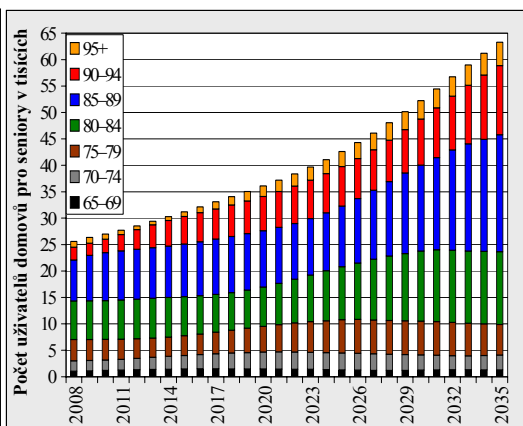
Obr. 37 – Počet uživatelů domovů pro seniory, ženy, varianta 2, 2008–2035



Obr. 38 – Počet uživatelů domovů pro seniory, muži, varianta konstantní-ČSÚ, 2008–2035



Obr. 39 – Počet uživatelů domovů pro seniory, ženy, varianta konstantní-ČSÚ, 2008–2035



Konkrétní počty odhadované populace uživatelů domovů pro seniory podle jednotlivých variant vývoje závislosti najdeme v přílohách 7, 8 a 9. Je zcela zřejmé, že pokud by se tento typ zařízení sociálních služeb rozhodla využívat stejná část závislé populace jako v roce 2008, bylo by nutno navýšit celkovou kapacitu těchto zařízení, neboť současná úroveň vybavenosti by nestačila ani pro odhad ve variantě 1, za které by se velikost uživatelů zvětšovala nejméně. V roce 2008 žilo v domovech pro seniory 33 270 obyvatel ve věku nad 65 let a představovali přes 92 % všech uživatelů domovů pro seniory. Podle varianty 1 by se tento počet do roku 2035 zvýšil na necelých 45 tisíc. Ve variantě 2, která stojí zhruba uprostřed, by stejný podíl závislé populace vyžadující umístění v domově pro seniory jako v roce 2008 vyžadoval kapacitu pro více než 63 tisíc obyvatel nad 65 let v roce 2035. Zdaleka největší nárůst by představoval vývoj uživatelů domovů pro seniory podle konstantních varianty závislosti – v tomto případě by v roce 2035 žilo v domovech pro seniory přes 85 tisíc obyvatel starších 65-ti let. V každé variantě by se nepatrně zvyšoval podíl mužských uživatelů.

Závěr

Projekcím a scénářům vývoje dlouhodobé péče se v zahraničí věnuje několik významných pracovišť a autorů. Zatímco někteří autoři zůstávají u zjednodušených modelů nenáročných na data a potřebný software, jiní zpracovávají komplexní modely zahrnující celou škálu nezávisle proměnných veličin (Portrait, Lindeboom, Deeg, 2000). Projekce vývoje dlouhodobé péče často zahrnuje i projekci budoucích výdajů na dlouhodobou péči a obvykle vytváří několik různých variant a scénářů v závislosti na změně demografických, ekonomických či společenských předpokladech. Panuje obecná shoda, že poptávka a potřeba dlouhodobé péče pro seniory ve vyspělých zemích v budoucnosti poroste.

V České republice se problematice sociálních služeb pro seniory kontinuálně věnuje mj. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí (VÚPSV), z jehož studií předložená diplomová práce čerpala mnoho cenných informací a závěrů. Jedna ze studií se okrajově věnuje i odhadu kapacity míst v domovech pro seniory a uživatelů pečovatelské služby (Průša, 2007). Metodologie tohoto odhadu byla v průběhu práce popsána. V tomto roce probíhá ve VÚPSV výzkumný projekt s názvem „Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením“, jehož řešitelem je rovněž Průša. V době přípravy této diplomové práce však ještě nebyly dostupné jakékoli výsledky či publikace spojené s tímto projektem, a tudíž nemohlo dojít ke srovnání výsledků.

Stěžejní náplní diplomové práce měl být podle původních očekávání odhad počtu uživatelů pečovatelské služby a domovů pro seniory. Navzdory předpokladu o kvalitní datové základně sociálních služeb se ukázalo, že evidence uživatelů obou typů služeb neodpovídá jinak velice dobrým standardům statistického zjišťování v České republice. I přes pokus zjištění informací o uživatelích pečovatelské služby pomocí výběrového šetření se nepodařilo zajistit odpovídající data, a tak bylo od myšlenky odhadu počtu uživatelů pečovatelské služby ustoupeno. Pro další odborné studie a analýzy však tato oblast představuje velkou výzvu. K odhadu počtu uživatelů domovů pro seniory byla použita reprezentativní data z výběrového šetření. Ta poskytla velice cenné informace o pohlavní a věkové struktuře uživatelů domovů pro seniory, které nejsou z evidence MPSV dostupné. Vedle toho se podařilo zjistit i podíl uživatelů domovů pro seniory s příspěvkem na péči. Přes logickou úvahu, která vzešla z detailního seznámení se s dostupnými daty a informacemi, byl odhad uživatelů domovů pro seniory nakonec odvozen z odhadnuté závislé populace.

Odhad budoucí závislé populace se stal ústřední částí diplomové práce. Vytvořeny byly tři varianty odhadu, které vycházely z odlišných předpokladů vývoje závislosti populace starší 65-ti let. Stejně předpoklady byly použity v některých zahraničních pracích podobného zaměření, které

jsou v textu uvedeny. Závislou populaci jsme definovali ve smyslu zákona o sociálních službách, který zavedl příspěvek na péči pro každou osobu, která „z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti“ (zákon č. 108/2006 Sb., § 7, odstavec 2). Data o příjemcích příspěvku na péči, získaná z informačního systému MPSV, tak byla v českém prostředí pro podobný odhad použita poprvé. Je jisté, že s delší dostupnou časovou řadou se bude potenciál těchto dat pro použití dalších studií zvyšovat. Zatímco v předložené diplomové práci byly varianty vývoje závislé populace stanoveny ve spojitosti s nadějí dožití, časová řada dat o příjemcích příspěvku na péči umožní pozorovat trendy, které se u české populace opravdu odehrají, a ty pak ku příkladu extrapolovat do dalších let.

Ač nelze odhady závislé populace a uživatelů domovů pro seniory považovat za prognózy, jejich společným závěrem je, že v budoucnosti se velikost závislé populace a uživatelů domovů pro seniory bude zvyšovat a to tím rychleji, čím pomaleji bude klesat míra závislosti podle věku. Vedle důležitosti zdravotní prevence a včasného diagnostikování nemocí podílejících se na ztrátě soběstačnosti se jako další závěr potvrzuje významnost transformace pobytových zařízení a deinstitucionalize doprovázená podporou služeb terénního a ambulantního charakteru.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BAREŠ, P. 2006. Přiměřenost sociálních služeb aktuálním potřebám. 1. vydání. Praha: VÚPSV, 2006. 333 s. ISBN 80-87007-24-7. Dostupný také z WWW: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_200.pdf>
- BAREŠ, P. 2008. Cílové skupiny v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb zpracovaných v období 2006-2007. 1. vydání. Praha: VÚPSV, 2008. 96 s. ISBN 978-80-7416-009-7. Dostupný také z WWW: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_274.pdf>
- BATLJAN, I. 2007. *Demographics and Future Needs for Public Long Term Care and Services among the Elderly in Sweden – the Need for Planning*. Stockholm, 2007. 108 s. Disertační práce (Ph.D.). Stockholm University. Department of Social Work. Dostupný také z WWW: <<http://su.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:197046>>
- BÖRSCH-SUPAN, A. et al. (ed.). 2005. *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing, 2005. 372 s. ISBN 3-00-015812-X. Dostupný také z <http://www.share-project.org/t3/share/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_FRB1.pdf>
- BURCIN, B. 2007. Úmrtnost. In FIALOVÁ, L. (ed.). *Populační vývoj České republiky 2001–2006*. 1. vydání. Praha: Katedra demografie a geodemografie Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze, 2007, s. 45–55. ISBN 978-80-86561-77-6. Dostupný také z WWW: <<http://www.natur.cuni.cz/geografie/vzgr/monografie/populacni%20vyvoj/umrtnost.pdf>>
- BURCIN, B.; KUČERA, T. 2007. Koncept náhradové migrace a jeho aplikace v podmínkách České republiky. *Demografie*. 2007, roč. 49, č. 3, s. 170–181. ISSN 0011-8265.
- CARNES, B. A.; OLSHANSKY, S. J. 2007. A Realist View of Ageing, Mortality and Future Longevity. *Population and Development Review*. 2007, roč. 33, č. 2, s. 367–381.
- CHÝLOVÁ, M. 2006. *Srovnání aktuálních populačních prognóz České republiky*. Praha, 2006. 53 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze. Přírodovědecká fakulta. Katedra demografie a geodemografie.
- COMAS-HERRERA, A.; WITTENBERG, R. et al. 2003. European Study of Long-term Care Expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. PSSRU Discussion Paper 1840. Dostupný také z WWW: <http://ec.europa.eu/employment_social/socprot/healthcare/ltc_study_en.pdf>
- Česko. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří). Praha: MPSV, 2008. ISBN 978-80-8687-65-2.

- Česko. Vyhláška 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 164, s. 7021–7048. Dostupný také z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/7334>>
- Česko. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257–1289. Dostupný také z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/7334>>
- Česko. Zákon č. 206/2009 Sb. ze dne 17. 6. 2009, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 61, s. 2902–2913. Dostupný také z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7373/206_2009_Sb.pdf>
- Český statistický úřad. 2009. Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2065 [online]. Poslední revize 1. 6. 2009 [cit. 18. 8. 2009]. Dostupný také z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/4020-09>>
- DZÚROVÁ, D. 2002. Regionální aspekty stárnutí české populace. *Demografie*. 2002, roč. 44, č. 1, s. 37–40. ISSN 0011-8265.
- EHEMU. 2008. *Health Expectancy in the Czech Republic*. EHEMU Country Reports, 2008, issue 1. Dostupný také z WWW: <<http://www.ehemu.eu/index.php?option=countryreports>>
- ESPING-ANDERSEN, G. 2002. *Why We Need a New Welfare State*. New York: Oxford University Press, 2002. 244 s. ISBN 0199256438.
- EUROSTAT. 2009. *Europop2008 – Convergence scenario, national level* [databáze online]. Luxemburg: Eurostat, 2009 [cit. 16. 8. 2009]. Dostupný z URL: <http://nui.epp.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=proj_08c2150p&lang=en>
- FELICIE Future Elderly Living Conditions in Europe [online]. Poslední revize 18. 7. 2008. [cit. 15. 7. 2009]. Dostupné také z WWW: <<http://www.felicie.org/>>
- FRIES, F.J. 1980. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med*. 1980, r. 303, č. 3, p. 130–135
- FRIES, F.J. 2003. Measuring and Monitoring Success in Compressing Morbidity. *Ann Intern Med*. 2003, vol. 139, č. 5, s. 455–459
- GAYMU, J.; EKAMPER, P.; BEETS, G. 2007. Who will be caring for Europe's dependent elders in 2030? *Population*. 2007, roč. 62, č. 4, s. 675–706. ISBN 2733230831.
- GLOSOVÁ, D. a kolektiv. 2006. *Bydlení pro seniory*. Brno: Vydavatelství ERA, 2006. 179 s. ISBN 80-7366-057-1.
- HERNES, H. 1987. *Welfare state and Woman Power, Essays in State Feminism*. Oslo: Norwegian University Press, 1987. 176 s. ISBN 8200184951.
- LAGERGREN, M. 2005. Whither care of older persons in Sweden? – a prospective analysis based upon simulation model calculations, 2000–2030. *Health Policy*. 2005, roč. 74, č. 3, s. 325–334.
- JACOBZONE, S. 1999. An Overview of International Perspectives in the Field of Ageing and Care for Frail Elderly Persons. Labour Market and Social Policy Occasional Papers forthcoming. OECD: Paris, 1999.
- KALOGIROU, S.; MURPHY, M. 2006. Marital status of people aged 75 and over in nine EU countries in the period 2000–2030. *European Journal of Ageing*. 2006, vol. 3, no. 2, p. 74–81. ISSN 1613-9372.

- KALVACH, Z.; ŠNEJDRLOVÁ, M.; ODNRUŠOVÁ, J.; DRBAL, C. 2006. Zdravotní stav ve stáří. *Demografie*. 2006, r. 48, č. 4, s. 265–269. ISSN 0011-8265.
- KEILMAN, N.; KUČERA, T. 1991. The impact of Forecasting Methodology on the Accuracy of National Population Forecasts: Evidence from The Netherlands and Czechoslovakia, *Journal of Forecasting*, Vol. 10, Issue 4, s. 371–398.
- KEILMAN, N. 1998. How accurate are the United Nations World Population Projections? *Population and Development Review*. 1998, vol. 24, s. 15–41.
- KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. 2005. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Olomouc: Nakladatelství ANAG, 2005. 303 s. ISBN 80-7263-275-2.
- KRAMER, M. 1980. The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1980. vol. 62, issue S285, p. 382–397
- Kvalita života ve stáří: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008–2012. Ministerstvo práce a sociálních věcí: 2008. ISBN 978-80-86878-65-2. Dostupný také z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/6797>>
- KUČERA, T. 1998. *Regionální populační prognózy: teorie a praxe prognózování vývoje lidských zdrojů v území*. Praha, 1998. 101 s. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze. Přírodovědecká fakulta. Katedra demografie a geodemografie.
- KUCHAŘOVÁ, V. 2002. Život ve stáří. Zpráva o výsledcích empirického šetření. Praha: VÚPSV, Socioklub, 2002. 89 s. Dostupný také z WWW: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_274.pdf>
- LEE, R.; SKINNER, J. 1996. Assessing forecasts of mortality, health status, and health costs during baby boomers' retirement. In CITRO, C. (ed.). *Assessing knowledge of Retirement Behavior*. Washington DC: Natl. Acad. Sci, 1996, s. 195-243. ISBN 978-0-309-05547-5.
- Long-term Care for Older Persons: Conference organised by the Luxembourg Presidency with the Social Protection Committee of the European Union*. Luxembourg, 2005. 264 s. ISSN 2-495-23050-4
- MALEČKOVÁ, R.; MAZOUCH, P.; SIVKOVÁ, O.; VOJTKOVÁ, M. 2009. Aktuální populační prognózy České republiky – srovnání vstupních předpokladů. *Demografie*. 2009, roč. 51, č. 2, s. 77–86. ISSN 0011-8265.
- MANTON, K. G. 1982. Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*. 1982, vol. 60, č. 2, s. 183–244
- MIKULA, R. 2008. *Domovy pro seniory v Praze z demografického hlediska*. Praha, 2008. 109 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze. Přírodovědecká fakulta. Katedra demografie a geodemografie.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL; BOONGARTS, J.; BULATAO, R. A. 2000. *Beyond Six Billions: Forecasting the World's Population*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000. 236 s. ISBN 0309069904. Dostupný také z WWW: <http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9828&page=156>
- NEŠPOROVÁ, O.; SVOBODOVÁ, K.; VIDOVIČOVÁ, L. 2008. Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru. 1. vydání. Praha: VÚPSV, 2008. 85 s. ISBN 978-80-87007-96-9. Dostupný také z WWW: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf>

- OEPPEN, J.; VAUPEL, JW. 2002. Broken limits to life expectancy. *Science*. 2002, Vol. 296, no. 5570, pp. 1029–31.
- OLSHANSKY, S. J.; RUDBERG, M. A.; CARNES, B. A.; CASSEL, C. K.; BRODY, J. A. 1991. Trading off Longer Life for Worsening Health: The Expansion of Morbidity Hypothesis. *J Aging Health*. 1991, vol. 3, s. 194–216.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. 2005. *Long-term care for older people*. Paris: OECD, 2005. 137 s. ISBN 9264008489.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. 2006. Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditure: What Are the Main Drivers? OECD Economics Department Working Papers 477, 2006. Dostupný také z WWW: <<http://www.oecd.org/dataoecd/57/7/36085940.pdf>>
- PARKER, M.G.; THORSLUND, M.; 2007. Health Trends in the Elderly Population: Getting Better and Getting Worse. *The Gerontologist*. 2007, r. 47, č. 2, s. 150–158.
- POMMER, E.; WOITTIEZ, I.; STEVENS, J. 2007. Comparing Care: The Care of the Elderly in ten EU-countries. Hague: The Netherlands Institute for Social Research, 2007. ISBN 978-90-377-0303-0.
- POPULATION REFERENCE BUREAU. 2008. 2008 World Population Data Sheet. Washington, D. C.: PRB, 2008. 16 s. Dostupný také z WWW: <<http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2008/2008wpds.aspx>>
- PORTRAIT, F.; LINDEBOOM, A.; DEEG, D. 2000. The use of long-term care services by the Dutch elderly. *Health Economics*. 2000, vol. 9, č. 6, s. 513–531
- PRŮŠA, L. 2002. Transformace sociálních služeb ve světle poznatků mezinárodních komparací. *Práce a mzda*. 2002, roč. L., č. 5-6, s. 89–95. ISSN 0032-6208.
- PRŮŠA, L. 2006. Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni. 1.vydání. Praha: VÚPSV, 2006. 53 s. ISBN 80-87007-36-0. Dostupný také z WWW: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_212.pdf>
- PRŮŠA, L. 2007. Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty. 1. vydání. Praha: VÚPSV, 2007. 38 s. ISBN 978-80-87007-73-0. Dostupný také z WWW: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_212.pdf>
- PRŮŠA, L. 2008a. Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory. 1. vydání. Praha: VÚPSV, 2008. 57 s. ISBN 978-80-7416-018-9. Dostupný také z WWW: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_282.pdf>
- PRŮŠA, L. 2008b. Sociální služby – srovnání ČR a EU. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008. 59 s.
- PRŮŠA, L. 2007. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: Nakladatelství ASPI, 2007. 180 s. ISBN 978-80-7357-255-6.
- RABUŠIC, L.; VOHRALÍKOVÁ, L. 2004. Čeští senioři včera, dnes a zítra. 1. vydání. Praha: VÚPSV, 2004. 90 s. Dostupný také z WWW: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf>
- Registr poskytovatelů sociálních služeb* [databáze online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007 [citováno 20. 8. 2009]. Dostupný z WWW: <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1251123557983_14>

- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. 2007. Healthy life expectancy in the current Czech population. *Czech Demography*. 2007, vol. 1, s. 61–74. ISSN 1802-7881. Dostupný také z WWW: <http://www.czso.cz/eng/redakce.nsf/i/czech_demography_2007_vol_1>
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. 2006. Sociodemografická perspektiva seniorů v ČR a EU. *Demografie*. 2006, r. 48, č. 4, s. 252–256. ISSN 0011-8265.
- Sčítání lidu, domů a bytů 2001 – Pramenné dílo. Praha: ČSÚ, 2005 [cit. 17. 7. 2009]. Dostupný z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/p/4132-05>>
- SRNEC, J. 2002. Situace staršího obyvatelstva v postkomunistické České republice z pohledu psychologa. *Demografie*. 2002, r. 44, č. 1, s. 41–42. ISSN 0011-8265.
- Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 1998, ..., 2007. Ministerstvo práce a sociálních věcí: 1999, ..., 2008.
- Statistická ročenka republiky Československé 1957. 1957. 1. vydání. Praha: Orbis, 1957. 326 s.
- SVOBODOVÁ, K. 2003. *Hodnocení přesnosti souboru oficiálních populačních prognóz Československa*, Praha, 2003. Diplomová práce (Mgr.), Univerzita Karlova v Praze, Přírodovědecká fakulta, Katedra demografie a geodemografie.
- ŠÍDLO, L.; TESÁRKOVÁ, K. 2009. Aktuální populační prognózy České republiky – porovnání výsledků. *Demografie*. 2009, r. 51, č. 2, s. 87–98. ISSN 0011-8265.
- TOŠNEROVÁ, T. 2007. Informační technologie a neformální pečovatelsví. *Sociální péče*. 2007, č. 1, s. 21–23. ISSN 1213-2330.
- UNITED NATIONS POPULATION DIVISION. 2009. *World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database* [databáze online]. New York: United Nations, 2009 [cit. 2. 8. 2009]. Dostupný z URL: <<http://esa.un.org/unpp/index.asp>>
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. 2003. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace 2002: HIS ČR 2002. Praha: ÚZIS ČR, 2002. ISBN 80-7280-296-8.
- VAUPEL, J. W. 1998. Demographic Analysis of Ageing and Longevity. *American Economic Review*. 1998, r. 88, č. 2, s. 243–47.
- WIENER, J. M.; ILLSTON, L. H.; HANLEY, R. J. 1994. *Sharing the Burden: Strategies for Public and Private Long-term Care Insurance*. Washington, D.C.: Brookings Institution, 1994. 290 s. ISBN 0815793774.
- WITTENBERG, R.; COMAS-HERRERA, A.; KING, D.; MALLEY, J.; PICKARD, L.; DARTON, R. 2006. *Future Demand for Long-term Care, 2002–2041: Projections of Demand for Long-term Care for Older People in England*. PSSRU Discussion Paper 2330: University of Kent, 2006. Dostupný z WWW: <<http://www.pssru.ac.uk/pdf/dp2330.pdf>>
- Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech 2005, ..., 2007. Ministerstvo práce a sociálních věcí: 2006, ..., 2008.
- ZAVÁZALOVÁ, H. a kolektiv. 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

PŘÍLOHY

Příloha 1	Činnosti péče o vlastní osobu a při zajištění vlastní soběstačnosti posuzované při hodnocení závislosti.....	95
Příloha 2	Odhadované počty závislé populace starší 65-ti let podle varianty konstantní-ČSÚ v období 2009–2035	96
Příloha 3	Odhadované počty závislé populace starší 65-ti let podle varianty konstantní-Eurostat v období 2009–2035.....	98
Příloha 4	Odhadované počty závislé populace starší 65-ti let podle varianty 1 v období 2009– 2035.....	99
Příloha 5	Odhadované počty závislé populace starší 65-ti let podle varianty 2 v období 2009–2035.....	101
Příloha 6	Srovnání zastoupení počtu uživatelů podle krajů ve vzorku získaného výběrovým šetřením a v České republice.....	103
Příloha 7	Odhadovaný počet uživatelů domovů pro seniory starší 65-ti let podle varianty konstantní-ČSÚ v období 2009–2035	104
Příloha 8	Odhadovaný počet uživatelů domovů pro seniory starší 65-ti let podle varianty 1 v období 2009–2035	106
Příloha 9	Odhadovaný počet uživatelů domovů pro seniory starší 65-ti let podle varianty 2 v období 2009–2035	108

Příloha 1 – Činnosti péče o vlastní osobu a při zajištění vlastní soběstačnosti posuzované při hodnocení závislosti

Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) příprava stravy,
- b) podávání, porcování stravy,
- c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu,
- d) mytí těla,
- e) koupání nebo sprchování,
- f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě,
- j) stání, schopnost vydržet stát,
- k) přemísťování předmětů denní potřeby,
- l) chůze po rovině,
- m) chůze po schodech nahoru a dolů,
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,
- p) orientace v přirozeném prostředí,
- q) provedení si jednoduchého ošetření,
- r) dodržování léčebného režimu.

Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) komunikace slovní, písemná, neverbální,
- b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí,
- c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,
- d) obstarávání osobních záležitostí,
- e) uspořádání času, plánování života,
- f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,
- g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),
- h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla,
- i) mytí nádobí,
- j) běžný úklid v domácnosti,
- k) péče o prádlo,
- l) přepírání drobného prádla,
- m) péče o lůžko,
- n) obsluha běžných domácích spotřebičů,
- o) manipulace s kohouty a vypínači,
- p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,
- q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,
- r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

Příloha 2 – Odhadované počty závislé populace starší 65-ti let podle varianty konstantní-ČSÚ v období 2009–2035**Odhadované počty závislých osob starších 65 let, ČR, 2009–2035, varianta konstantní-ČSÚ, muži**

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	7 288	8 162	10 450	10 579	9 721	9 936	10 542
70–74	7 735	8 014	10 690	13 907	14 313	13 355	13 766
75–79	11 029	10 914	11 095	15 241	20 381	21 477	20 433
80–84	13 378	14 138	15 506	16 551	23 678	32 726	35 443
85–59	9 826	11 735	14 640	17 015	19 341	28 785	41 145
90–94	2 633	2 946	6 409	8 740	10 661	12 812	20 119
95–99	785	738	743	1 701	2 482	3 082	4 055
100+	58	43	41	55	135	210	274
Celkem	52 732	56 690	69 574	83 787	100 713	122 383	145 778
Index (2008=100 %)							
65–69	100	112	143	145	133	136	145
70–74	100	104	138	180	185	173	178
75–79	100	99	101	138	185	195	185
80–84	100	106	116	124	177	245	265
85–59	100	119	149	173	197	293	419
90–94	100	112	243	332	405	487	764
95–99	100	94	95	217	316	393	517
100+	100	73	70	94	231	359	469
Celkem	100	108	132	159	191	232	276

Odhadované počty závislých osob starších 65 let, ČR, 2009–35, varianta konstantní-ČSÚ, ženy

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	8 615	9 572	11 962	11 850	10 522	10 175	10 505
70–74	13 635	13 838	17 656	22 301	22 330	20 049	19 431
75–79	28 537	27 722	26 604	34 638	44 573	45 398	41 254
80–84	46 356	46 494	46 885	47 082	63 559	84 028	87 294
85–59	37 843	44 305	48 678	52 143	56 102	79 510	108 135
90–94	11 106	11 751	24 029	29 804	34 457	40 091	60 119
95–99	3 678	3 285	2 907	6 944	9 521	11 557	14 681
100+	302	243	262	333	851	1 241	1 566
Celkem	150 073	157 210	178 983	205 095	241 915	292 049	342 986
Index (2008=100 %)							
65–69	100	111	139	138	122	118	122
70–74	100	101	129	164	164	147	143
75–79	100	97	93	121	156	159	145
80–84	100	100	101	102	137	181	188
85–59	100	117	129	138	148	210	286
90–94	100	106	216	268	310	361	541
95–99	100	89	79	189	259	314	399
100+	100	80	87	110	282	410	518
Celkem	100	105	119	137	161	195	229

Odhadované počty závislých osob starších 65 let, ČR, 2009-35, varianta konstantní-ČSÚ, obě pohlaví

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	15 903	17 734	22 412	22 429	20 243	20 111	21 047
70–74	21 370	21 852	28 346	36 207	36 643	33 404	33 198
75–79	39 566	38 636	37 699	49 879	64 954	66 874	61 688
80–84	59 734	60 632	62 390	63 633	87 238	116 754	122 737
85–89	47 669	56 040	63 319	69 158	75 443	108 294	149 280
90–94	13 740	14 697	30 438	38 544	45 118	52 903	80 238
95–99	4 463	4 023	3 651	8 644	12 002	14 639	18 736
100+	361	286	303	388	986	1 451	1 840
Celkem	202 805	213 900	248 558	288 882	342 628	414 432	488 764
	Index (2008=100 %)						
65–69	100	112	126	100	90	99	105
70–74	100	102	133	169	171	156	155
75–79	100	98	95	126	164	169	156
80–84	100	102	104	107	146	195	205
85–89	100	118	133	145	158	227	313
90–94	100	107	222	281	328	385	584
95–99	100	90	82	194	269	328	420
100+	100	79	84	108	273	402	510
Celkem	100	105	123	142	169	204	241

Příloha 3 – Odhadované počty závislé populace starší 65-ti let podle varianty konstantní-Eurostat v období 2009–2035***Odhadované počty závislých osob starších 65 let, ČR, 2009–2035 varianta konstantní-Eurostat, muži***

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	7 288	8 185	10 468	10 560	9 589	9 634	10 065
70–74	7 735	8 030	10 712	13 883	14 201	13 063	13 240
75–79	11 029	10 909	11 023	15 016	19 859	20 683	19 365
80+	26 681	28 808	32 688	35 894	46 485	63 037	74 723
Celkem	52 732	55 932	64 891	75 353	90 133	106 417	117 393
Index (2008=100 %)							
65–69	100	112	144	145	132	132	138
70–74	100	104	138	179	184	169	171
75–79	100	99	100	136	180	188	176
80+	100	108	123	135	174	236	280
Celkem	100	106	123	143	171	202	223

Odhadované počty závislých osob starších 65 let, ČR, 2009–35, varianta konstantní-Eurostat, ženy

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	8 615	9 570	11 945	11 801	10 411	9 995	10 285
70–74	13 635	13 831	17 623	22 174	22 075	19 632	18 883
75–79	28 537	27 706	26 462	34 194	43 536	43 803	39 347
80+	99 285	105 309	113 372	117 706	141 055	180 401	208 163
Celkem	150 073	156 416	169 402	185 873	217 077	253 831	276 677
Index (2008=100 %)							
65–69	100	111	139	137	121	116	119
70–74	100	101	129	163	162	144	138
75–79	100	97	93	120	153	153	138
80+	100	106	114	119	142	182	210
Celkem	100	104	113	124	145	169	184

Odhadované počty závislých osob starších 65 let, ČR, 2009–2035, varianta konstantní-Eurostat, obě pohlaví

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	15 903	17 755	22 412	22 360	20 000	19 629	20 350
70–74	21 370	21 861	28 335	36 057	36 277	32 695	32 123
75–79	39 566	38 615	37 485	49 210	63 395	64 487	58 711
80+	125 966	134 116	146 059	153 600	187 539	243 438	282 885
Celkem	202 805	212 347	234 293	261 227	307 211	360 248	394 069
Index (2008=100 %)							
65–69	100	112	141	141	126	123	128
70–74	100	102	133	169	170	153	150
75–79	100	98	95	124	160	163	148
80+	100	106	116	122	149	193	225
Celkem	100	105	116	129	151	178	194

Příloha 4 – Odhadované počty závislé populace starší 65-ti let podle varianty 1 v období 2009–2035**Odhadované počty závislých osob starších 65 let, ČR, 2009–2035, varianta 1, muži**

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	7 288	7 891	9 252	8 671	7 273	6 736	6 799
70–74	7 735	7 632	9 126	10 678	9 965	8 478	8 219
75–79	11 029	10 290	8 991	10 715	12 543	11 726	10 187
80–84	13 378	13 133	11 941	10 501	12 571	14 930	14 399
85–59	9 826	11 130	11 841	11 734	11 212	13 875	17 230
90–94	2 633	2 822	5 648	6 961	7 505	7 985	11 157
95–99	785	733	734	1 573	2 157	2 402	2 927
100+	58	43	41	55	135	210	274
Celkem	52 732	53 693	57 590	60 916	63 409	66 444	71 315
Index (2008=100 %)							
65–69	100	108	127	119	100	92	93
70–74	100	99	118	138	129	110	106
75–79	100	93	82	97	114	106	92
80–84	100	98	89	78	94	112	108
85–59	100	113	121	119	114	141	175
90–94	100	107	214	264	285	303	424
95–99	100	93	94	200	275	306	373
100+	100	73	70	94	231	359	469
Celkem	100	102	109	116	120	126	135

Odhadované počty závislých osob starších 65 let, ČR, 2009–2035, varianta 1, ženy

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	8 615	9 028	9 949	8 766	7 045	6 225	5 971
70–74	13 635	12 806	14 007	15 058	13 057	10 026	8 887
75–79	28 537	25 591	20 704	22 361	24 392	20 565	16 465
80–84	46 356	43 170	37 193	31 041	35 207	38 162	34 882
85–59	37 843	42 512	42 189	40 090	38 090	46 214	56 010
90–94	11 106	11 319	22 120	25 907	27 988	29 647	41 603
95–99	3 678	3 274	2 878	6 727	8 921	10 325	12 306
100+	302	243	262	333	851	1 241	1 566
Celkem	150 073	147 942	149 303	150 284	155 550	162 405	177 690
Index (2008=100 %)							
65–69	100	105	115	102	82	72	69
70–74	100	94	103	110	96	74	65
75–79	100	90	73	78	85	72	58
80–84	100	93	80	67	76	82	75
85–59	100	112	111	106	101	122	148
90–94	100	102	199	233	252	267	375
95–99	100	89	78	183	243	281	335
100+	100	80	87	110	282	410	518
Celkem	100	99	99	100	104	108	118

Odhadované počty závislých osob starších 65 let, ČR, 2009–2035, varianta 1, obě pohlaví

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	15 903	16 919	19 201	17 437	14 317	12 961	12 771
70–74	21 370	20 438	23 134	25 736	23 022	18 504	17 105
75–79	39 566	35 880	29 695	33 077	36 935	32 290	26 652
80–84	59 734	56 303	49 134	41 542	47 779	53 092	49 281
85–89	47 669	53 642	54 030	51 824	49 302	60 089	73 240
90–94	13 740	14 141	27 768	32 868	35 493	37 632	52 760
95–99	4 463	4 007	3 613	8 301	11 078	12 728	15 234
100+	361	304	318	416	1 034	1 554	1 961
Celkem	202 805	201 634	206 892	211 200	218 959	228 849	249 005
Index (2008=100 %)							
65–69	100	106	121	110	90	81	80
70–74	100	96	108	120	108	87	80
75–79	100	91	75	84	93	82	67
80–84	100	94	82	70	80	89	83
85–89	100	113	113	109	103	126	154
90–94	100	103	202	239	258	274	384
95–99	100	90	81	186	248	285	341
100+	100	84	88	115	286	431	544
Celkem	100	99	102	104	108	113	123

Příloha 5 – Odhadované počty závislé populace starší 65-ti let podle varianty 2 v období 2009–2035***Odhadované počty závislých osob starších 65 let, ČR, 2009–2035, varianta 2, muži***

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	7 288	8 108	9 835	9 535	8 382	8 302	8 523
70–74	7 735	7 938	9 806	12 105	11 830	10 484	10 415
75–79	11 029	10 789	9 999	12 742	15 786	15 574	14 024
80–84	13 378	13 937	13 591	13 233	17 210	21 723	21 841
85–59	9 826	11 614	13 346	14 303	14 859	20 563	27 620
90–94	2 633	2 921	5 933	7 804	9 135	10 475	15 722
95–99	785	737	726	1 689	2 462	2 927	3 709
100+	58	43	41	55	135	210	274
Celkem	52 732	56 088	63 277	71 465	79 800	90 258	102 129
Index (2008=100 %)							
65–69	100	111	135	131	115	114	117
70–74	100	103	127	156	153	136	135
75–79	100	98	91	116	143	141	127
80–84	100	104	102	99	129	162	163
85–59	100	118	136	146	151	209	281
90–94	100	111	225	296	347	398	597
95–99	100	94	93	215	314	373	472
100+	100	73	70	94	231	359	469
Celkem	100	106	120	136	151	171	194

Odhadované počty závislých osob starších 65 let, ČR, 2009–2035, varianta 2, ženy

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	8 615	9 322	10 937	10 166	8 428	7 776	7 716
70–74	13 635	13 365	15 707	18 335	16 978	14 135	12 963
75–79	28 537	26 744	23 566	28 125	33 062	30 908	26 262
80–84	46 356	44 970	41 957	38 771	48 004	58 499	56 935
85–59	37 843	43 483	45 868	46 690	47 031	62 989	82 278
90–94	11 106	11 553	22 830	27 676	31 434	35 553	52 004
95–99	3 678	3 280	2 877	6 908	9 498	11 382	14 193
100+	302	243	262	333	851	1 241	1 566
Celkem	150 073	152 959	164 003	177 004	195 286	222 483	253 917
Index (2008=100 %)							
65–69	100	108	127	118	98	90	90
70–74	100	98	115	134	125	104	95
75–79	100	94	83	99	116	108	92
80–84	100	97	91	84	104	126	123
85–59	100	115	121	123	124	166	217
90–94	100	104	206	249	283	320	468
95–99	100	89	78	188	258	309	386
100+	100	80	87	110	282	410	518
Celkem	100	102	109	118	130	148	169

Odhadované počty závislých osob starších 65 let, ČR, 2009–2035, varianta 2, obě pohlaví

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	15 903	17 430	20 772	19 700	16 810	16 078	16 239
70–74	21 370	21 303	25 513	30 440	28 808	24 619	23 379
75–79	39 566	37 534	33 565	40 867	48 848	46 482	40 286
80–84	59 734	58 907	55 548	52 003	65 214	80 222	78 776
85–59	47 669	55 097	59 214	60 993	61 890	83 552	109 898
90–94	13 740	14 474	28 762	35 480	40 569	46 028	67 726
95–99	4 463	4 017	3 603	8 597	11 960	14 309	17 901
100+	361	286	303	388	986	1 451	1 840
Celkem	202 805	209 047	227 280	248 470	275 085	312 741	356 045
	Index (2008=100 %)						
65–69	100	110	131	124	106	101	102
70–74	100	100	119	142	135	115	109
75–79	100	95	85	103	123	117	102
80–84	100	99	93	87	109	134	132
85–59	100	116	124	128	130	175	231
90–94	100	105	209	258	295	335	493
95–99	100	90	81	193	268	321	401
100+	100	79	84	108	273	402	510
Celkem	100	103	112	123	136	154	176

Příloha 6 – Srovnání zastoupení počtu uživatelů podle krajů ve vzorku získaného výběrovým šetřením a v České republice

Srovnání zastoupení uživatelů podle krajů z výběrového šetření a ČR

Kraj	Uživatelé ve vzorku	Uživatelé v ČR k 31. 12. 2007	Podíl uživatelů ve vzorku	Podíl uživatelů v ČR
Středočeský	681	4 908	13,9	12,4
Ústecký	605	4 404	12,4	11,1
Moravskoslezský	489	5 252	10,0	13,2
Hl.m.Praha	416	2 550	8,5	6,4
Jihočeský	410	2 899	8,4	7,3
Olomoucký	353	2 628	7,2	6,6
Jihomoravský	341	3 967	7,0	10,0
Královehradecký	306	2 265	6,3	5,7
Vysočina	281	2 254	5,7	5,7
Pardubický	262	1 960	5,4	4,9
Liberecký	258	1 235	5,3	3,1
Zlínský	216	2 991	4,4	7,5
Karlovarský	162	839	3,3	2,1
Plzeňský	108	1 513	2,2	3,8
Celkem	4 888	39 665	100,0	100,0

Příloha 7 – Odhadovaný počet uživatelů domovů pro seniory starší 65-ti let podle varianty konstantní-ČSÚ v období 2009–2035**Počet uživatelů domovů pro seniory starších 65-ti let, ČR, 2009–2035, varianta konstantní-ČSÚ, muži**

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	1 019	1 141	1 461	1 479	1 359	1 390	1 474
70–74	1 189	1 232	1 643	2 138	2 200	2 053	2 116
75–79	1 499	1 484	1 508	2 072	2 770	2 919	2 778
80–84	1 809	1 912	2 097	2 239	3 203	4 426	4 794
85–59	1 536	1 834	2 289	2 660	3 023	4 500	6 432
90–94	414	463	1 007	1 373	1 675	2 012	3 160
95+	214	198	199	446	664	836	1 099
Celkem	7 681	8 265	10 205	12 406	14 895	18 136	21 853
Index (2008=100 %)							
65–69	100	112	143	145	133	136	145
70–74	100	104	138	180	185	173	178
75–79	100	99	101	138	185	195	185
80–84	100	106	116	124	177	245	265
85–59	100	119	149	173	197	293	419
90–94	100	112	243	332	405	487	764
95+	100	93	93	208	310	390	513
Celkem	100	108	133	162	194	236	285

Počet uživatelů domovů pro seniory starších 65-ti let, ČR, 2009–2035, varianta konstantní-ČSÚ, ženy

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	1 063	1 182	1 477	1 463	1 299	1 256	1 297
70–74	1 964	1 994	2 544	3 213	3 217	2 889	2 800
75–79	4 010	3 896	3 738	4 867	6 264	6 379	5 797
80–84	7 319	7 341	7 402	7 433	10 035	13 266	13 782
85–59	7 732	9 053	9 946	10 654	11 463	16 246	22 095
90–94	2 415	2 555	5 225	6 481	7 492	8 717	13 072
95+	1 086	962	864	1 985	2 829	3 491	4 432
Celkem	25 590	26 982	31 197	36 096	42 599	52 245	63 274
Index (2008=100 %)							
65–69	100	111	139	138	122	118	122
70–74	100	101	129	164	164	147	143
75–79	100	97	93	121	156	159	145
80–84	100	100	101	102	137	181	188
85–59	100	117	129	138	148	210	286
90–94	100	106	216	268	310	361	541
95+	100	89	80	183	261	322	408
Celkem	100	105	122	141	166	204	247

Počet uživatelů domovů pro seniory starších 65-ti let, ČR, 2009–2035, varianta konstantní-ČSÚ, obě pohlaví

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	2 083	2 323	2 938	2 942	2 658	2 646	2 771
70–74	3 153	3 226	4 187	5 351	5 417	4 942	4 916
75–79	5 509	5 379	5 247	6 939	9 034	9 299	8 575
80–84	9 128	9 253	9 499	9 672	13 237	17 693	18 576
85–59	9 268	10 887	12 235	13 314	14 487	20 746	28 527
90–94	2 829	3 018	6 231	7 853	9 167	10 730	16 232
95+	1 300	1 161	1 064	2 431	3 494	4 327	5 531
Celkem	33 270	35 246	41 401	48 502	57 494	70 381	85 128
	Index (2008=100 %)						
65–69	100	112	141	141	128	127	133
70–74	100	102	133	170	172	157	156
75–79	100	98	95	126	164	169	156
80–84	100	101	104	106	145	194	204
85–59	100	117	132	144	156	224	308
90–94	100	107	220	278	324	379	574
95+	100	89	82	187	269	333	426
Celkem	100	106	124	146	173	212	256

Příloha 8 – Odhadovaný počet uživatelů domovů pro seniory starší 65-ti let podle varianty 1 v období 2009–2035**Počet uživatelů domovů pro seniory starších 65-ti let, ČR, 2009–2035, varianta 1, muži**

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	1 019	1 104	1 294	1 213	1 017	942	951
70–74	1 189	1 173	1 403	1 641	1 532	1 303	1 263
75–79	1 499	1 399	1 222	1 457	1 705	1 594	1 385
80–84	1 809	1 776	1 615	1 420	1 700	2 019	1 948
85–59	1 536	1 740	1 851	1 834	1 753	2 169	2 694
90–94	414	443	887	1 093	1 179	1 254	1 752
95+	214	197	197	413	582	663	813
Celkem	7 681	7 832	8 469	9 072	9 468	9 945	10 805
Index (2008=100 %)							
65–69	100	108	127	119	100	92	93
70–74	100	99	118	138	129	110	106
75–79	100	93	82	97	114	106	92
80–84	100	98	89	78	94	112	108
85–59	100	113	121	119	114	141	175
90–94	100	107	214	264	285	303	424
95+	100	92	92	193	272	310	380
Celkem	100	102	110	118	123	129	141

Počet uživatelů domovů pro seniory starších 65-ti let, ČR, 2009–2035, varianta 1, ženy

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	1 063	1 114	1 228	1 082	870	768	737
70–74	1 964	1 845	2 018	2 169	1 881	1 444	1 280
75–79	4 010	3 596	2 909	3 142	3 428	2 890	2 314
80–84	7 319	6 816	5 872	4 901	5 559	6 025	5 507
85–59	7 732	8 686	8 620	8 191	7 783	9 443	11 444
90–94	2 415	2 461	4 810	5 633	6 086	6 446	9 046
95+	1 086	959	857	1 926	2 666	3 155	3 784
Celkem	25 590	25 478	26 314	27 045	28 271	30 172	34 113
Index (2008=100 %)							
65–69	100	105	115	102	82	72	69
70–74	100	94	103	110	96	74	65
75–79	100	90	73	78	85	72	58
80–84	100	93	80	67	76	82	75
85–59	100	112	111	106	101	122	148
90–94	100	102	199	233	252	267	375
95+	100	88	79	177	246	291	349
Celkem	100	100	103	106	110	118	133

Počet uživatelů domovů pro seniory starších 65-ti let, ČR, 2009–2035, varianta 1, obě pohlaví

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	2 083	2 218	2 522	2 295	1 887	1 710	1 688
70–74	3 153	3 018	3 421	3 811	3 413	2 748	2 544
75–79	5 509	4 995	4 132	4 599	5 133	4 484	3 699
80–84	9 128	8 592	7 487	6 321	7 259	8 044	7 455
85–59	9 268	10 426	10 471	10 026	9 536	11 612	14 138
90–94	2 829	2 904	5 697	6 726	7 265	7 701	10 798
95+	1 300	1 156	1 053	2 339	3 247	3 818	4 597
Celkem	33 270	33 310	34 784	36 117	37 739	40 117	44 918
	Index (2008=100 %)						
65–69	100	106	121	110	91	82	81
70–74	100	96	108	121	108	87	81
75–79	100	91	75	83	93	81	67
80–84	100	94	82	69	80	88	82
85–59	100	112	113	108	103	125	153
90–94	100	103	201	238	257	272	382
95+	100	89	81	180	250	294	354
Celkem	100	100	105	109	113	121	135

Příloha 9 – Odhadovaný počet uživatelů domovů pro seniory starší 65-ti let podle varianty 2 v období 2009–2035

Počet uživatelů domovů pro seniory starších 65-ti let, ČR, 2009–2035, varianta 2, muži

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	1 019	1 134	1 375	1 333	1 172	1 161	1 192
70–74	1 189	1 220	1 507	1 861	1 819	1 612	1 601
75–79	1 499	1 467	1 359	1 732	2 146	2 117	1 906
80–84	1 809	1 885	1 838	1 790	2 328	2 938	2 954
85–59	1 536	1 816	2 086	2 236	2 323	3 215	4 318
90–94	414	459	932	1 226	1 435	1 645	2 469
95+	214	198	195	443	659	796	1 011
Celkem	7 681	8 178	9 293	10 621	11 881	13 484	15 452
Index (2008=100 %)							
65–69	100	111	135	131	115	114	117
70–74	100	103	127	156	153	136	135
75–79	100	98	91	116	143	141	127
80–84	100	104	102	99	129	162	163
85–59	100	118	136	146	151	209	281
90–94	100	111	225	296	347	398	597
95+	100	92	91	207	308	372	472
Celkem	100	106	121	138	155	176	201

Počet uživatelů domovů pro seniory starších 65-ti let, ČR, 2009–2035, varianta 2, ženy

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	1 063	1 151	1 350	1 255	1 040	960	953
70–74	1 964	1 926	2 263	2 642	2 446	2 036	1 868
75–79	4 010	3 758	3 312	3 952	4 646	4 343	3 690
80–84	7 319	7 100	6 624	6 121	7 579	9 236	8 989
85–59	7 732	8 885	9 372	9 540	9 610	12 870	16 812
90–94	2 415	2 512	4 964	6 018	6 835	7 731	11 308
95+	1 086	961	856	1 975	2 823	3 443	4 298
Celkem	25 590	26 292	28 741	31 503	34 979	40 620	47 917
Index (2008=100 %)							
65–69	100	108	127	118	98	90	90
70–74	100	98	115	134	125	104	95
75–79	100	94	83	99	116	108	92
80–84	100	97	91	84	104	126	123
85–59	100	115	121	123	124	166	217
90–94	100	104	206	249	283	320	468
95+	100	89	79	182	260	317	396
Celkem	100	103	112	123	137	159	187

Počet uživatelů domovů pro seniory starších 65-ti let, ČR, 2009–2035, varianta 2, obě pohlaví

Věk	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035
	Počty závislých osob (absolutně)						
65–69	2 083	2 285	2 725	2 588	2 213	2 121	2 144
70–74	3 153	3 146	3 770	4 502	4 265	3 648	3 469
75–79	5 509	5 225	4 671	5 684	6 792	6 460	5 597
80–84	9 128	8 985	8 462	7 911	9 907	12 174	11 943
85–59	9 268	10 700	11 458	11 776	11 933	16 085	21 129
90–94	2 829	2 971	5 896	7 243	8 270	9 376	13 777
95+	1 300	1 159	1 051	2 418	3 482	4 240	5 310
Celkem	33 270	34 470	38 034	42 124	46 860	54 104	63 369
	Index (2008=100 %)						
65–69	100	110	131	124	106	102	103
70–74	100	100	120	143	135	116	110
75–79	100	95	85	103	123	117	102
80–84	100	98	93	87	109	133	131
85–59	100	115	124	127	129	174	228
90–94	100	105	208	256	292	331	487
95+	100	89	81	186	268	326	408
Celkem	100	104	114	127	141	163	190