

Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřebnosti sociálních služeb 2019–2050

Projekce vývoje obyvatelstva ve všech evropských zemích ukazují, že populace stárne. Obecně klesá celkový počet obyvatelstva, významným způsobem se mění struktura obyvatelstva, rostou nároky na jednotlivé sociální systémy. V současné době je zřejmé, že systém sociálních služeb není na důsledky stárnutí populace připraven. Závislost poskytovatelů na přiznání dotací ze státního rozpočtu brání potřebnému rozvoji sociálních služeb; nízká úroveň odměňování má za důsledek, že se řada poskytovatelů sociálních služeb potýká s nedostatkem počtu sociálních pracovníků. Tato skutečnost se promítá v prodlužování čekací doby na umístění v pobytových zařízeních, terénní sociální služby se nerozvíjejí, podpora pečujících osob ze strany státu je nedostatečná.

■ **Text: Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA
doc. Ing. Ladislav Průša, CSC.**

➤ 1. Základní údaje o sociálních službách v ČR

V České republice působí přibližně 2 150 poskytovatelů sociálních služeb, kteří mají registrováno cca 5 600 sociálních služeb ve 33 druzích. Veřejné výdaje na zajištění těchto sociálních služeb činí 40 mld. Kč. Odborníci se shodují, že se výdaje na sociální služby zhruba každých 10 let zdvojnásobí.

Nejčtenějšími registrovanými sociálními službami jsou Pečovatelská služba (717), Odborné sociální poradenství (535) a Domovy pro seniory (531).

Nejnákladnějšími jsou pak služby pobytové, tj. domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením. Obecně nejnákladnější a pro pečující osobu také nejrizikovější je neformální, resp. rodinná péče o osobu vyžadující vysokou míru potřeby péče, bez využití sociálních služeb (služeb terénních, ambulantních a odlehčovacích, poradenství apod.).¹ V případě pobytových

služeb pro seniory, tj. starší osoby vyžadující celodenní péči a/nebo osoby trpící demencí, jsou k dispozici domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Celkově Česká republika disponuje 61 973 lůžky.² V případě pobytových služeb odlehčovacích (pobyt na lůžku na dobu určitou) je to pak 2 307 lůžek. Většinu kapacit vlastní (resp. zřizují) samosprávy, tj. kraje a obce. Menší část pak tvoří neziskový sektor a soukromí poskytovatelé.

Co se týká skutečných potřeb, pak jediným parametrem je kumulativní počet nevyřizovaných žádostí, který je každoročně publikován ve Statistické ročence z oblasti práce a sociálních věcí. Ta za r. 2016 uvádí celkem 65 764 žádostí do domovů pro seniory a 21 334 do domovů se zvláštním režimem.³ Toto číslo je však částečně nadhodnoceno, neboť se jedná o kumulaci žádostí, z nichž řada již nemusí být aktuální (z důvodu úmrtí, podání žádostí do více zařízení najednou apod.). APSS ČR odhaduje, že aktuální a skutečný převis žádostí se pohybuje přibližně v jedné čtvrtině celkové evidovaných žádostí, tedy přes 20 000 žadatelů.

➤ 2. Mezinárodní srovnání

Česká republika nevychází v evropském a mezinárodním srovnání nejlépe. Dle různých zdrojů vykazuje shodně podprůměrné hodnoty ve srovnání s vyspělým světem, tedy hlavně se zeměmi, které nám jsou dávány svojí sociální politikou za příklad.

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) disponuje ČR podprůměrnými kapacitami u lůžek dlouhodobé péče, v případě porovnání s původními členskými zeměmi je tato propast ještě větší a se zeměmi skandinávskými se nemůžeme porovnávat vůbec.

Ze zprávy Evropské komise (EK) lze vyčíst, že dle průzkumu vybavenosti pobytovými a terénními sociálními službami je ČR v obou případech lehce nad průměrem (rozdíl mezi daty WHO a EK je dán celkovým počtem zemí).

V případě pobytových služeb mají výrazně vyšší relativní kapacitu státy jako Island, Francie, Belgie, Nizozemí, Švédsko, Norsko, Lucembursko anebo Slovinsko. V případě služeb terénních jsme na tom o něco lépe a mezi země, které nás zásadně kapacitně převyšují, patří Nizozemí, Island, Dánsko, Norsko a Rakousko.

➤ 3. Evropské projekce

Dle nejnovější projekce EK v oblasti stárnutí z r. 2018 je prognóza ČR ohledně stárnutí populace naprosto shodná s evropským průměrem. Poměr ukazatele starobní závislosti, tedy poměr mezi počtem obyvatel ve věku nad 65 let a pracovními obyvateli (obvykle 15–64 let), činil v r. 2016 28,1 % a prognóza pro r. 2070 je pak 49,7 %, tedy nárůst o 21,6 %. Ve své

¹ F. Vostatek a kol.: *Financování a nákladovost sociálních služeb*, APSS ČR, 2013.

² Rok 2017.

³ *Domovy se zvláštním režimem slouží zpravidla pro osoby trpící demencí.*

⁴ V soukromém sektoru.

⁵ Viz *Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010 až 2017* [online] dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/90577099/26000518.pdf/e345ea90-0b2f-4b46-947e-5ae317a3c36d?version=1.1>.

⁶ *Zdravotnická ročenka České republiky 2017*. Praha: ÚZIS ČR 2018. ISSN 1210-9991. [online] dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013>.

⁷ *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2017*. Praha: MPSV, 2018. bez ISSN. [online] dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/34376/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_sociálních_věcí_2017.pdf.

⁸ *Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech 2017*. Praha: MPSV, 2018. bez ISSN. [online]

dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/34384/Zakladni_ukazatele_z_oblasti_prace_a_sociálního_zabezpečení_v_Česke_republice_2017.pdf.

⁸ Viz: *Případové studie způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: MARKENT, s.r.o. & VÚPSV, v.v.i., 2011.

⁹ *Nebo by muselo dojít ke zvýšení kapacit u jiných, substitučních služeb, jako např. pobytových služeb komunitního typu, semi-pobytových služeb, nových modelů bydlení pro seniory s navázanými sociálně-zdravotními službami apod.*

Tabulka č. 1: Počet lůžek v zařízeních dlouhodobé péče v evropských zemích
počet lůžek na 1000 osob starších 65 let

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

Zdroj: *Beds in nursing and residential care facilities*. [online], dostupné z: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hlthres_24-beds-in-nursing-and-residential-care-facilities-total/, vlastní propočty
Z těchto údajů vyplývá, že dostupnost služeb v těchto zařízeních je u nás z vyspělých evropských zemí nejhorší, před námi je i Estonsko, vybavenost místy v těchto zařízeních je vyšší i na Slovensku.

studii z roku 2012 uvádí EK i jiné alarmující parametry, a to konkrétně do horizontu r. 2060. Počet osob vyžadujících péči se zdvojnásobí z 20,7 mil. na 44,4 mil. (navýšení o 115 %). Počet osob vyžadujících péči v institucích se ztrojnásobí z 2,9 mil. na 8,3 mil. (navýšení o 186 %). Počet osob vyžadujících formální péči v domácím prostředí (pečovatelská služba, domácí péče) vzroste z 5,5 mil. na 13,9 mil. osob (navýšení o 153 %). Tato projekce navýšení potřeby péče, a tedy i nutných kapacit sociálních služeb, je samozřejmě v každé evropské zemi trochu jiná.

» 4. Soukromý sektor

V Evropě je sektor sociálních služeb nejdynamičtěji rostoucím. Celkově pracuje v sociálních službách přes 10 mil. zaměstnanců a mezi roky 2008–2012 je evidován nárůst 2 mil. pracovních míst, tzn. zejména v době ekonomické krize a restrikce výdajů veřejných rozpočtů. Velký podíl na tom má soukromý sektor (neziskové organizace, ale i obchodní společnosti a velké korporátní celky). ČR patří nastavením svých podmínek mezi země nepřátelské soukromému kapitálu a obecně zdrojům v sociálních službách. V r. 2017 zveřejnil EUROFOUND historicky první studii monitorující stav veřejných a soukromých poskytovatelů bytových služeb, resp. domovů. Ta mj. uvádí, že průměrně jsou menší kapacity v bytových službách⁴ např. v České republice a ve Skotsku či Anglii. Zajímavé výstupy přináší studie i v porovnání spokojenost × kvalita poskytovaných služeb dlouhodobé péče. ČR vykazuje vyšší míru spokojenosti klientů než země jako Itálie, Belgie, Velká Británie, Irsko nebo Švédsko.

» 5. Aktuální situace v ČR

V roce 2013 byla publikována Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2100. Tato skutečnost umožnila aktualizovat dopady, které může mít očekávaný vývoj počtu obyvatel mj. i na všechny sociální systémy. Zatímco o dopadech do systému důchodového pojištění se diskutuje dlouhodobě a jejich kvantifikace je otázkou především standardních pojistné matematických propočtů, o dopadech stárnutí populace na oblast sociálních služeb se diskutuje pouze okrajově (Průša, 2015a), žádná komplexní studie, která by kvantifikovala dopad stárnutí populace na potřebu sociálních služeb v naší zemi, doposud nebyla zpracována.

Nutnost rozšiřovat kapacity dlouhodobé péče konstatuje i zpráva OECD pro zdravotnictví v České republice z r. 2019: *Je zapotřebí podporovat rozvoj pečovatelských zařízení a harmonizovat politiku úhrad zdravotní péče poskytované v nemocnicích a jiných zařízeních. Krajské úřady je vhodné motivovat k zajištění dostatečného počtu institucí dlouhodobé péče na jejich území, a to s přihlédnutím k budoucímu vývoji.*

» 6. Kvantifikace výdajů na dlouhodobou péči v ČR

Podle mezinárodní metodiky sledování výdajů na dlouhodobou péči SHA 2011 se rozlišují dvě skupiny výdajů:⁵

Dlouhodobá zdravotní péče (HC. 3), která zahrnuje tři formy:

- lůžková dlouhodobá péče (HC 3.1), která zahrnuje služby dlouhodobého charakteru poskytované v nemocnicích, domovech pro seniory, domovech pro OZP, v týdenních stacionářích apod.;
- denní dlouhodobá péče (HC 3.2), která

je poskytována v denních stacionářích, centrech denních služeb, zahrnuje rovněž odlehčovací služby;

- domácí dlouhodobá péče (HC 3.4) zahrnuje služby poskytované klientům v přirozeném prostředí jejich domova (domácí péče, pečovatelská služba, osobní asistence).

Dlouhodobá sociální péče (HCR.1), která zahrnuje:

- služby tzv. asistenčního charakteru (dovážka nebo příprava oběda, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické, výchovné a vzdělávací činnosti nebo pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů pacienta/klienta;
- peněžité dávky dlouhodobé sociální péče (dávky pro osoby se zdravotním postižením a část výdajů na příspěvek na péči).

Je zřejmé, že toto členění neodráží klasifikaci výdajů na dlouhodobou sociální a zdravotní péči tak, jak jsou tyto výdaje chápány v ČR.

6.1 Kvantifikace podle ČSÚ

ČSÚ dlouhodobě publikuje výsledky zdravotnických účtů, první kvantifikace výdajů na dlouhodobou péči podle nové metodiky SHA 2011 byly publikovány v r. 2017. Podle ní činily v r. 2017 **celkové výdaje na dlouhodobou péči 72,2 mld. Kč**, z toho

- 50,4 mld. Kč na dlouhodobou zdravotní péči;
- 21,8 mld. Kč na dlouhodobou sociální péči.

Dlouhodobá zdravotní péče je složena z řady služeb zdravotní a související osobní péče (např. podávání léků, ošetřování chronických ran, rehabilitace, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnání běžných úkonů, pomoc při poskytnutí stravy atd.). Pro účely zdravotnických účtů je členěna na dlouhodobou lůžkovou, denní a domácí péči.

Dlouhodobá lůžková péče zahrnuje podle uvedené metodiky lůžkovou péči v různých typech zdravotnických zařízení (např. nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, ostatní specializované léčebny, hospice apod.) a v rámci sociálních služeb (domovy pro seniory, DZR, DOZP, týdenní stacionáře apod.). Nejvíce finančních prostředků z kategorie dlouhodobé lůžkové péče bylo v letech 2010–2017 z veřejných rozpočtů vydáno na provoz domovů pro seniory, výdaje na tuto péči činily v r. 2017 celkem 12,9 mld. Kč. >>>> 18

««« 17

Dlouhodobá sociální péče v systému zdravotnických účtů zahrnuje výdaje na služby, které zajišťují pomoc s činnostmi každodenního života a výdaje na peněžitě dávky.

V případech sociálních služeb dlouhodobé sociální péče se jedná výhradně nebo převážně o poskytování tzv. asistenčních služeb (jak je uvedeno výše); peněžitě sociální dávky dlouhodobé sociální péče zahrnují podle uvedené metodiky příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcky, nejnákladnější z nich je příspěvek na péči.

6.2 Kvantifikace podle VÚPSV

Pokud bychom měli kvantifikovat výdaje na dlouhodobou péči v členění, které vychází z kompetencí jednotlivých ministerstev (s využitím metodiky SHA 2011 zohledňující i výdaje na některé sociální dávky), potom při použití údajů statistických ročenek MZ ČR⁶ a MPSV ČR⁷ činily v r. 2017 **náklady dlouhodobé sociální zdravotní péče celkem 55,12 mld. Kč, tedy o přibližně 17 mld. Kč méně, než je vykazováno ve zdravotnických účtech.**

Celkové náklady dlouhodobé zdravotní péče činí podle těchto propočtů pouze 6 323 mil. Kč, náklady v LDN 3 178 mil. Kč, náklady na ošetrovatelských lůžkách dosáhly úrovně 929 mil. Kč, náklady na lůžka hospicového typu činily 199 mil. Kč a náklady domácí zdravotní péče 1 935 mil. Kč. *Do těchto nákladů tedy nejsou zahrnuty náklady na služby sociální péče, které jsou poskytovány podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.*

Celkové náklady dlouhodobé sociální péče dosáhly v r. 2017 úrovně 35 747 mil. Kč, které zahrnují náklady na všechny služby sociální péče.

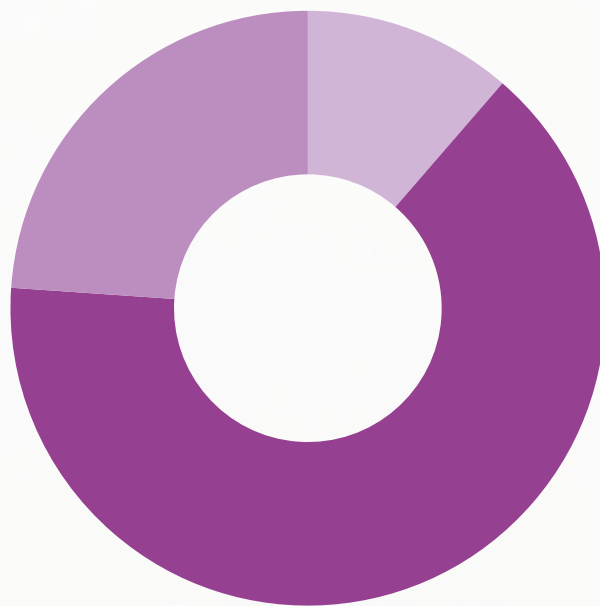
Náklady na peněžitě dávky dlouhodobé sociální péče dosáhly v r. 2017 úrovně 13 051 mil. Kč, z toho náklady na příspěvek na péči činily 11 095 mil. Kč, náklady na příspěvek na mobilitu dosáhly úrovně 1 202 mil. Kč a náklady na příspěvek na zvláštní pomůcku činily 754 mil. Kč.

Poznámky k provedené kvantifikaci:

1. Do nákladů dlouhodobé zdravotní péče jsou zahrnuty pouze typy lůžek, které do svých statistik započítává WHO (viz: *Beds in nursing and residential care facilities, per 100 000*. Dostupné z: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hlthres_23-beds-in-nursing-and-residential-care-facilities-per-100-000/visualizations/#id=27682), a to přesto, že podle odhadů VZP ČR je na interních odděleních nemocnic cca 15 000 osob hospitalizováno především ze sociálních důvodů.

Struktura výdajů na dlouhodobou péči v roce 2017 podle kvantifikace VÚPSV

- 65 %** dlouhodobá sociální péče
- 24 %** peněžitě dávky dlouhodobé sociální péče
- 11 %** dlouhodobá zdravotní péče



Obrázek č. 1

Pramen: Vlastní propočty.

2. Do nákladů na dlouhodobé služby sociální péče jsou zahrnuty výdaje na poskytování všech typů služeb sociální péče tak, jak jsou definovány zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

3. Do nákladů na peněžitě dávky dlouhodobé sociální péče jsou zahrnuty v plném rozsahu výdaje na příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku.

4. Z hlediska výdajů na příspěvek na péči je nutno vycházet z toho, že tato dávka je určena na krytí nákladů na poskytované sociální služby, a tedy že tyto výdaje jsou již částečně zahrnuty ve výdajích na jednotlivé sociální služby a že podle dříve získaných poznatků⁸ je příspěvek na péči v případě, že příjemce této dávky nevyužívá žádnou z forem služeb od registrovaných poskytovatelů, využíván také na úhradu výdajů, které s péčí přímo nesouvisí, nejčastěji se jedná o úhradu běžných výdajů domácnosti, nákladů na bydlení a dopravu, úhradu léků, nákup jídla, splátky automobilu, nákup oblečení a hygienických pomůcek, na spojení či nákup invalidního vozíku.

V prosinci 2017 pobíralo příspěvek na péči celkem 354,7 tis. klientů ve struktuře, kterou uvádí tabulka č. 2.

Při předpokladu, že by stejná struktura příjemců příspěvku na péči byla zachována po celý rok 2017, by výdaje na tuto dávku činily:

- 896,5 mil. Kč u příjemců, kteří využívali terénní služby;
- 15 401,9 mil. Kč u příjemců, kteří nevyužívali žádnou ze služeb od registrovaných poskytovatelů.

Předpokládejme, že:

- 50 % z objemu výdajů na příspěvek na péči pro příjemce, kteří využívali terénní služby, využili tito příjemci na nákup těchto terénních služeb (tedy 448,3 mil. Kč, které jsou již zahrnuty v objemu výdajů na jednotlivé terénní služby), a ze zbylých 50 % využili příjemci 30 % na úhradu běžných výdajů v domácnosti (tedy v rozporu s úmysly zákonodárce), na sociální služby zajišťované členy rodiny tedy bylo vynaloženo 313,8 mil. Kč;
- 30 % z objemu výdajů na příspěvek na péči pro příjemce, kteří nevyužívali žádnou ze služeb od registrovaných poskytovatelů, bylo využito na úhradu běžných výdajů v domácnosti, na sociální služby zajišťované členy rodiny tedy bylo vynaloženo 10 781,3 mil. Kč.

Za těchto předpokladů tedy výdaje na příspěvek na péči, které je podle metodiky SHA 2011 nutno započítat do nákladů na dlouhodobé služby sociální péče, činí 11 095,1 mil. Kč.

➤ 7. Prognózy pro Českou republiku

V následujících letech se bude měnit věková struktura naší populace. Nárůst počtu osob v seniorském věku se promítne v nárůstu počtu příjemců příspěvku na péči. Jsou zpracovány dva scénáře vývoje počtu příjemců příspěvku na péči do r. 2050 – statický a dynamický. Na základě takto provedených propočtů lze očekávat, že do r. 2050 vzroste počet příjemců příspěvku na péči ze současných cca 355 tis. osob na 632–734 tis.

Z očekávaného vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v jednotlivých stupních závislosti je zřejmé, že stávající kapacity jednotlivých typů sociálních služeb nebu-

Tabulka č. 2: **V prosinci 2017 pobíralo příspěvek na péči celkem 354,7 tis. klientů v této struktuře:**

stupeň závislosti	forma péče			žádný reg. poskytovatel	celkem
	pobytová zařízení	ambulantní zařízení	terénní zařízení		
I.	9 679	5 090	5 770	86 746	107 285
II.	17 237	4 662	5 064	88 503	115 466
III.	21 741	2 608	3 002	55 944	83 295
IV.	21 146	1 250	1 586	24 654	48 636
celkem	69 803	13 610	15 422	255 847	354 682

dou v následujících letech dostatečné. Je zřejmé, že rozvoj všech forem terénních, ambulantních i pobytových zařízení by se měl stát nedílnou součástí všech rozvojových plánů na obecní i krajské úrovni. Nezbytným předpokladem umožňujícím včas reagovat na změněnou demografickou situaci je zvýšení důrazu na analýzu změn v demografické situaci obyvatelstva v jednotlivých regionech.

Je zřejmé, že tento nárůst počtu osob v produktivním věku se musí projevit i v nárůstu celkové kapacity jednotlivých forem sociálních služeb pro seniory, vč. kapacity pobytových zařízení, a to přesto, že stávající koncepční materiály MPSV vycházejí stále z teze, že kapacity těchto služeb se nebudou zvyšovat a potřebnou péči o seniory zajistí členové rodiny.

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

Výše uvedená prognóza pracuje pouze s demografickým vývojem. **Je však nutné vzít v úvahu ještě jednu zásadní skutečnost, která ovlivní významně poptávku po dlouhodobé péči, a to je rostoucí počet osob trpících demencí.**

Podíváme-li se na historický vývoj výskytu demence v ČR, lze konstatovat, že jak v absolutním, tak i relativním vyjádření počet lidí s demencí neustále narůstá. Zatímco v 60. letech žilo v ČR podle odhadů 49–55 tis. lidí s demencí, na přelomu tisíciletí to bylo 89–98 tis. a v roce 2015 dokonce téměř 156 tis. lidí. **Můžeme říci, že v roce 2020 u nás bude žít téměř 183 tis. lidí s Alzheimerovou chorobou nebo jinou formou demence, v roce 2050 pak dokonce 383 tis. lidí (Zpráva Demence 2016).**

Již z prvního pohledu na tato čísla je zřejmé, že před celou naší společností stojí ohromná výzva – zabezpečit kvalifikovaný personál pro očekávaný nárůst kapacity sociálních služeb. Je potřeba urychleně iniciovat vznik nových a výrazně rozšíření stávajících studijních oborů na středních a vysokých školách orientovaných na výuku sociální práce a ošetrovatelství tak, aby

i nadále byly sociální služby poskytovány na úrovni odpovídající současné době.

Nárůst kapacit bude také doprovázen zvýšenou potřebou zaměstnanců v sociálních službách. Při provedené projekci očekáváme nutnost nárůstu kapacit služeb sociální péče (s výjimkou domovů pro osoby se zdravotním postižením, kde bude tento trend opačný). V r. 2030 tak bude muset do sociálních služeb péče přijít 11 204 nových pracovníků a v r. 2050 pak 45 091 pracovníků.

» 8. Závěry

Česká republika je ve srovnání s kapacitami sociálních služeb (zejména služeb pobytových) dlouhodobě pod evropským průměrem. Tento propad se každoročně zvětšuje tím, jak vyspělé evropské země reagují na zvyšující se poptávku (zejména z důvodu nárůstu podílu starších osob, ale i osob trpících demencí), zatímco ČR reaguje minimálně a se zpožděním.

V ČR neexistuje žádný centrální plán na budování kapacit sociálních služeb pro seniory (pobytové služby, terénní služby, denní stacionáře apod.). Aktuální strategické dokumenty se nedotýkají problému nedostatečných kapacit, včetně návrhů řešení, tj. systematického plánu jejich dovybudování. Centrální investiční podpora je zcela zanedbatelná.

Pro zachování současné úrovně vybavenosti jednotlivými typy služeb sociální péče po celé sledované období do r. 2050 by se např.:

- počet míst v domovech pro seniory do r. 2050 musel zvýšit z 35 596 míst v r. 2016 na 89 146 míst, přičemž největší nárůst kapacity v těchto zařízeních by bylo nutno realizovat do r. 2035⁹;
- počet míst v domovech se zvláštním režimem do r. 2050 musel zvýšit z 15 387 míst v r. 2016 na 38 536 míst, přičemž největší nárůst kapacity i v těchto zařízeních by bylo nutno realizovat do r. 2035;
- počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba, musel zvýšit z 63 701 osob v r. 2016 (jedná se o disponibilní kapacitu pečovatelské služby, tj. okamžitá disponibilní kapacita; celkový počet klientů byl tak např. v roce 2017 celkem

100 700 osob) na 98 613 osob, přičemž největší nárůsty počtu osob lze očekávat do r. 2025 a následně v letech 2035–2045.

Nutné a nezbytné zvýšení kapacit služeb sociální péče povede také ke zvýšení počtu zaměstnanců v sociálních službách, o 11 000 do roku 2030 a v r. 2050 až 4× více.

Pokud nedojde k systémové a systematické změně ve smyslu rozvoje kapacit sociálních služeb pro seniory, čeká nás ještě větší propad v porovnání se zeměmi, které se na stárnutí obyvatelstva a s tím související změny odpovědně připravují. Čeká nás tedy stav blížící se kolapsu, který bude mít dopady i na ekonomiku této země.

» 9. Konkrétní návrhy opatření

Pro odvrácení budoucího kolapsu sociálních služeb je nutné zajistit dostatečnou podporu investic sociálních služeb, a to v souladu s doporučeními EK pro ČR. Rozpočtovaná částka v rámci státního rozpočtu ČR na r. 2019 pro tento účel ve výši 150 mil. Kč je fatálně nedostatečná.

Pro umožnění elementárního rozvoje sociálních služeb je nezbytné změnit systém financování tak, aby reagoval na nutnou a vzrůstající poptávku po těchto službách a tuto potřebu odrážel i v jejich financování. Současný systém státních dotací je nastaven tak, že udržuje stávající kapacity a neumožňuje průběžně a pružně reagovat na zvyšování poptávky, resp. potřeb.

Žádné strategické dokumenty ČR na nutnost zvyšování kapacit sociálních služeb nereagují systematicky. Jakékoliv změny, a to i změny jednotlivých prvků celkového systému, jsou pouze dílčí či parametrické. Jinými slovy: Česká republika se chová, jako by se jí popsané prognózy (evropské i národní) netýkaly. Toto je nutné změnit.

Současný systém sociálních služeb je nepřátelský vůči soukromému kapitálu, soukromým zdrojům a soukromým poskytovatelům sociálních služeb. Zatímco právě soukromý sektor vykazuje v posledních letech zásadní nárůst kapacit sociálních služeb (a tím reaguje na narůstající poptávku po těchto službách), stávající systém svými regulačními opatřeními, které jsou iracionální a ve srovnání se západní Evropou ojedinělé, jim zabraňuje v přirozeném a hlavně potřebném rozvoji.

Kompletní studii najdete na www.apsscr.cz.
(redakčně kráceno)

Zdroj:

- Horecký, J.; Průša, L.; *Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřeby sociálních služeb 2019–2050, Tábora: APSS ČR, 2019, ISBN: 978-80-907053-4-0*