

# VÝVOJ VYBAVENOSTI REGIONŮ SLUŽBAMI SOCIÁLNÍ PÉČE PRO SENIORY A OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Ladislav Průša

---

## Úvod

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

Poprvé byla analýza vývoje vybavenosti územních celků službami sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením zpracována v polovině 90. let, kdy byly analyzovány údaje za r. 1995 (kolektiv, 1997). Těžiště bylo tehdy položeno na porovnání vybavenosti jednotlivých regionů službami pro seniory, analyzována byla vybavenost jednotlivých okresů místy v domovech důchodců, v domovech penzionech pro důchodce, v domech s pečovatelskou službou a dále pečovatelskou službou, poskytovanou v domácím prostředí jednotlivých klientů.

V následujícím období byla provedena analýza vybavenosti regionů službami sociální péče v r. 2002, kdy byly analyzovány údaje za r. 2000 (Průša, 2003) a v r. 2006, kdy byly analyzovány údaje za r. 2005 (Průša, 2006). Tyto skutečnosti umožňují v současné době vedle prostého zhodnocení úrovně vybavenosti v jednotlivých regionech v r. 2009 rovněž ukázat, k jakým vývojovým a strukturálním změnám v jednotlivých regionech dochází a zda jsou tyto trendy např. v souladu s moderními trendy rozvoje sociálních služeb v evropských zemích, popř. zda jsou tyto změny projevem promítnutí koncepčních záměrů do praktické činnosti jednotlivých regionálních orgánů a poskytovatelů sociálních služeb.

Pravidelné vyhodnocování těchto trendů je nezbytné především z toho pohledu, že stárnutí populace se dotkne nejenom oblastí důchodového pojištění, ale i oblastí poskytování sociálních a souvisejících zdravotních služeb. Cílem tohoto příspěvku je proto na základě vyhodnocení vývojových trendů ve vybavenosti regionů těmito službami ukázat, zda se v naší zemi projevují moderní evropské trendy projevující se v odklonu služeb poskytovaných v pobytových zařízeních ke službám poskytovaným v ambulantních a terénních zařízeních a přirozením domácím prostředí jednotlivých klientů.

---

## Základní teoretická východiska

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

- z míry urbanizace,
- z věkové, kvalifikační, profesní a sociální struktury obyvatelstva na daném území,
- ze struktury osídlení jednotlivých územních celků, z velikosti obcí,
- z míry realizace tradičních funkcí rodiny v péči o staré občany,
- z nejrůznějších sociologických změn probíhajících ve společnosti, zejména rozpad vícegeneračního soužití rodin (Průša, 1987).

Určité diference mohou být způsobeny rovněž rozdíly ve zdravotním stavu obyvatelstva (zejména seniorů) a odlišnou dostupností, účelností, účinností a geriatrickou bezpečností zdravotnických služeb. Opomenout rovněž nelze dlouhodobou absenci jakékoliv koncepce rozvoje sociálních služeb, prvním koncepčním materiálem můžeme označit Bílou knihu v sociálních službách, vliv střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb na změnu struktury poskytovaných sociálních služeb ve smyslu Národního plánu rozvoje sociálních služeb je doposud pouze minimální (Průša a kol., 2010). V důsledku toho není stávající struktura forem sociální péče v jednotlivých krajích ani okresech výsledkem promítnutí deklarovaných koncepcí do praktického života, ale je výsledkem dlouholetého živelného vývoje v minulosti, kdy praxe v rámci svých možností a podle svého zájmu reagovala na nutnost zabezpečení potřeb starých a zdravotně postižených občanů. Jako příklad je v tomto směru možno uvést např. historii vzniku domů s pečovatelskou službou nebo rozvoj nových forem sociálních služeb – především služeb sociální prevence – v 90. letech (Kotíková – Průša – Vlach, 2001).

Systém financování sociálních služeb navíc konzervuje zpravidla existující rozdíly ve vybavenosti jednotlivých územních celků sociálními službami a tím se nevytváří dynamizující konkurenční prostředí. Změněné politické, ekonomické a společenské podmínky významným způsobem ovlivňují přístup zainteresovaných subjektů k této oblasti sociální ochrany obyvatelstva. Odlišný způsob financování jednotlivých typů zařízení se v minulém období promítl do zájmu jednotlivých zřizovatelů o budování nových kapacit i o formy zabezpečení potřeb občanů. Např. od okamžiku, kdy v polovině 90. let MF přestalo poskytovat dotace na výstavbu domovů penzionů pro důchodce, se kapacita těchto zařízení prakticky nezvýšila (Průša, 2007).

Dřívější úvahy o tom, že zavedení příspěvku na péči přispěje k odstranění těchto problémů, se doposud nepotvrdily, neboť nově koncipovaný systém financování sociálních služeb – vč. služeb sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením – je díky "cenové regulaci" maximální výše úhrady klienta za poskytované sociální služby ex ante závislý na poskytování dotací ze strany státu a zřizovatele, což – vzhledem k tomu, že na přiznání dotace není právní nárok - ve svém důsledku vede k další konzervaci existujícího

stavu, k stagnaci rozvoje zejména terénních služeb sociální péče a ve svém důsledku k tomu, že celý systém financování sociálních služeb je neefektivní (Průša, 2008).

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

Při hodnocení vybavenosti regionů sociálními a vybranými souvisejícími zdravotními službami je nezbytné mít na zřeteli skutečnost, že stávající statistické podklady nejsou úplné:

- v oblasti poskytování sociálních služeb oficiální statistické podklady MPSV neumožňují charakterizovat např. intenzitu poskytování pečovatelské služby<sup>1</sup>,
- v oblasti zdravotní péče řada subjektů – především podnikatelského charakteru – nedává dlouhodobě souhlas s publikováním jakýchkoli údajů o rozsahu poskytovaných služeb.

## **Struktura výzkumného souboru, metoda hodnocení**

V rámci výzkumného šetření byly analyzovány nejvýznamnější statistické údaje o rozsahu poskytovaných služeb sociální péče a souvisejících zdravotnických služeb v jednotlivých krajích ČR s cílem porovnat vybavenost těchto územních celků těmito službami, vyhodnotit hlavní vývojové tendence v této oblasti a na tomto základě se pokusit odpovědět na otázku, zda se v naší zemi již projevují moderní evropské trendy, tedy zda dochází k odklonu od služeb poskytovaných v pobytových zařízeních ke službám poskytovaným v ambulantních a terénních zařízeních a v přirozeném domácím prostředí jednotlivých klientů těchto služeb.

V návaznosti na takto stanovený cíl byly uplatněny především tyto strategie a metody řešení:

- analýza statistických údajů charakterizujících vybavenost jednotlivých krajů sociálními a zdravotními službami pro seniory a poptávku po těchto službách a vzájemných vazeb mezi nimi,
- sekundární analýza literatury zaměřené na charakteristiku vývojových trendů při poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

---

<sup>1</sup> statistika neumožňuje identifikovat, zda z celkového počtu 114 364 osob, jimž byla v r. 2009 poskytována pečovatelská služba, byla tato pomoc poskytována každý den (1 x či vícekrát), několikrát v průběhu týdne či měsíce či dokonce pouze 1 x ročně

## Stěžejní výsledky

Kapacity jednotlivých služeb sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením v r. 2009 v jednotlivých krajích, vč. souvisejících zdravotnických služeb, jsou uvedeny v příloze č. 1. Na základě jejich podrobného rozboru lze při respektování faktorů ovlivňujících vybavenost regionů sociální a zdravotními službami vyslovit tyto stěžejní závěry:

1. Chybějící kapacity v domovech pro seniory jsou pouze v omezeném rozsahu saturovány péčí poskytovanou v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v jiných pobytových, ambulantních a terénních sociálních služeb pro seniory (domovy se zvláštním režimem, týdenní a denní stacionáře, centra denních služeb, pečovatelská služba) – hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu, který charakterizuje míru závislosti mezi hodnocenými veličinami, ukazují, že
  - mezi vybaveností jednotlivých okresů místy v domovech pro seniory a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné v relaci na 1 000 osob starších 65 let existuje přímá úměra, hodnota Pearsonova korelačního koeficientu  $r = 0,0217$  však ukazuje, že tato vazba je prakticky bezvýznamná,
  - mezi vybaveností jednotlivých okresů místy v domovech pro seniory a počtem osob, jimž je poskytována pečovatelská služba v relaci na 1000 osob starších 65 let existuje nepřímá úměra, hodnota Pearsonova korelačního koeficientu  $r = - 0,4312$  však ukazuje, že tato vazba je na podprůměrné úrovni (tato skutečnost vede znovu k úvahám o účelnosti podpory výstavby chráněných bytů (malých "domů s pečovatelskou službou"),
  - mezi vybaveností jednotlivých okresů místy v pobytových zařízeních pro seniory a osoby se zdravotním postižením a počtem osob, jimž jsou poskytovány služby v ambulantních a terénních zařízeních v relaci na 1000 osob starších 65 let existuje nepřímá úměra, hodnota Pearsonova korelačního koeficientu  $r = - 0,3093$  však ukazuje, že tato vazba je relativně slabší.
2. Počet neuspokojených žadatelů o umístění do domovů pro seniory není pomocným kritériem pro určení skutečné potřeby kapacit v těchto zařízeních, mezi těmito hodnotami neexistuje prakticky žádná vazba (hodnota Pearsonova korelačního koeficientu  $r = - 0,0036$ ).
3. Rozsah pečovatelské služby poskytované v domácnostech jednotlivých klientů je určitým způsobem determinován regionálním profilem regionu – zatímco nejvyšších hodnot dosahují zpravidla regiony s převažujícím rovinným profilem (Jihomoravský a Středočeský kraj), nejnižší hodnoty dosahují zpravidla regiony s převažujícím hornatým povrchem (kraje Ústecký, Jihočeský a Moravskoslezský).
4. Ve vybavenosti jednotlivých krajů místy v léčebnách pro dlouhodobě nemocné existují značné rozdíly, mezi krajem s nejvyšší (kraj Karlovarský) a nejnižší vybaveností (kraj Liberecký) jsou více než desetinásobné (tyto rozdíly by vyžadovaly provést detailní komparaci všech sociálních a zdravotních služeb v obou krajích).

5. Chybějící kapacity v léčebnách pro dlouhodobě nemocné v jednotlivých regionech nejsou saturovány četnějším rozsahem poskytované domácí zdravotní péče, mezi hodnotami obou ukazatelů existuje přímá úroveň, z hlediska těsnosti závislosti podle Pearsonova korelačního koeficientu ( $r = 0,2378$ ) se jedná o relativně slabší vazbu. Tato skutečnost svědčí pravděpodobně o tom, že povaha některých segmentů zdravotních služeb (např. LDN) je neujasněná a že jejich dostupnost na celém území republiky není stejnoměrná, což je velmi závažný poznatek především z hlediska prevence sociálního vyloučení.
6. Na regionální úrovni dochází pozvolna k propojování sociálních služeb a zdravotních péče. Mezi vybaveností jednotlivých krajů domácí zdravotní péčí a pečovatelskou službou poskytovanou v relaci na 1000 osob starších 65 let existuje nepřímá úměrnost, z hlediska míry závislosti podle Pearsonova korelačního koeficientu ( $r = - 0,3401$ ) lze hovořit o relativně slabší vazbě.
7. Ve vybavenosti jednotlivých krajů místy v zařízeních pro osoby se zdravotním postižením existují značné rozdíly, které jsou pravděpodobně důsledkem živelného vývoje sociálních služeb v minulosti. Nejnižších hodnot dosahují ukazatele vybavenosti v hlavním městě Praze, nejvyšších hodnot v Ústeckém kraji.

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

- změny v územně správním uspořádání, k němuž došlo s platností k 1. 1. 2000 (vznik nových krajů) a k 31. 12. 2001 (zrušení okresních úřadů),
- přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nově upravil některé typy služeb, resp. typy zařízení (vznik domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů se zvláštním režimem) nebo některé typy zařízení zrušil (domovy penzióny pro důchodce, domy s pečovatelskou službou), což tato zařízení vedla k transformaci na jiné formy zařízení (zpravidla domovy pro seniory nebo chráněné bydlení).

Přes všechny tyto skutečnosti lze konstatovat, že:

1. Ve struktuře vybavenosti na celorepublikové úrovni službami pro seniory nedošlo od r. 1995 k výrazným změnám z hlediska rozsahu péče v domovech pro seniory ani z hlediska rozsahu pečovatelské služby.
2. Dílčí změny ve struktuře těchto forem péče v jednotlivých krajích od jejich vzniku v r. 2000 lze vysvětlit především nepřesnostmi ve vykazování počtu osob, jimž je poskytována pečovatelská služba a změnami ve struktuře obyvatelstva v jednotlivých krajích.
3. Pokles vybavenosti jednotlivých krajů místy v domovech pro seniory v r. 2009 v porovnání s r. 2005 a předchozími roky lze přisuzovat transformaci části kapacit těchto zařízení na domovy se zvláštním režimem.
4. Změny ve struktuře vybavenosti jednotlivých regionů službami pro osoby se zdravotním postižením nelze objektivně posoudit vzhledem k tomu, že přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, došlo k úpravě názvů jednotlivých typů

zařízení. Dřívější ústavy sociální péče pro mládež a dospělé osoby, které byly diferencovány podle jednotlivých typů zdravotního postižení byly transformovány na domovy pro osoby se zdravotním postižením, přičemž věková hlediska ani typ zdravotního postižení nejsou statisticky sledována.

5. Z prostého porovnání počtu míst v bývalých ústavech sociální péče pro dospělé a pro mládež v letech 1990 – 2005 s daty o počtu míst v domovech pro občany se zdravotním postižením v r. 2009 lze předpokládat, že i v těchto zařízeních byla část kapacity transformována na domovy se zvláštním režimem.

Provedená analýza ukázala, že současné evropské trendy, projevující se v odklonu od péče poskytované v rezidenčních zařízeních k péči poskytované v přirozeném domácím prostředí jednotlivých klientů, se v naší zemi zatím patrně uplatňuje pouze ve velmi omezeném měřítku. Přestože poznatky získané z řady analýz zahraničních zkušeností (Österle – Meichenitsch, 2007) ukazují, že zavedením nového systému financování sociálních služeb prostřednictvím příspěvku na péči dochází k výraznému odlivu od péče poskytované v pobytových zařízeních k péči poskytované v ambulantních a terénních zařízeních, získané poznatky o vybavenosti v naší zemi tuto skutečnost nepotvrdily.

Hlavní příčinu této skutečnosti lze spatřovat především v tom, že rozvoj celého systému služeb sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany je limitován stanovením maximální výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových zařízeních a za jednotlivé úkony poskytované v terénních formách služeb ze strany jednotlivých uživatelů na úrovni, která spolu s přiznanou výší příspěvku na péči neumožňuje uhradit ani průměrné celostátní náklady daného typu služby, což ex ante předurčuje závislost poskytovatelů sociálních služeb na poskytování dotací ze strany státního rozpočtu, popř. ze zdrojů jednotlivých krajů a měst. Vzhledem k tomu, že na přiznání těchto dotací není právní nárok, je celý systém sociálních služeb statický, k očekávaným a žádoucím změnám ve struktuře služeb doposud nedošlo. Tato skutečnost, je ve světle očekávaných demografických trendů (Průša, 2009) velmi alarmující a to i z toho pohledu, že o poskytování sociálních služeb se podle nového zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, se dnes mezi poskytovatelem a uživatelem uzavírají smlouvy, sociální služby již nejsou poskytovány na základě správního rozhodnutí zřizovatele služby.

Kriticky je přitom rovněž nutno zhodnotit i kvalitu většiny doposud zpracovaných střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb jednotlivých krajů (Bareš, 2008). Je to z velké většiny pravděpodobně způsobeno skutečností, že všechny doposud zpracované metodické materiály kladou značný důraz především na zapojení uživatelů sociálních služeb do jeho přípravy tak, aby zvolená řešení a směry jejich naplňování odrážely m.j. i potřeby klientů. Lze se domnívat, že v celém procesu přípravy plánu sociálních služeb jsou poněkud do pozadí zatlačeny tři velmi významné okruhy:

- provedení analýzy sociálně demografického vývoje obce (města) a jejího spádového území (popř. kraje) se zaměřením na vývoj těch věkových skupin, které jsou stěžejními příjemci sociálních služeb,

- porovnání zjištěných potřeb jednotlivých skupin klientů sociálních služeb s doporučenými hodnotami vybavenosti jednotlivých skupin obyvatelstva a s aktuální trendy vývoje sociálních služeb,
- vazby sociálních služeb na související odvětví, zejména na zdravotní péči, bytovou politiku a dopravní obslužnost.

## **Závěr**

Je zřejmé, že bez zásadního přehodnocení základních principů systému financování, organizace a plánování sociálních služeb nelze očekávat žádné výrazné změny ve vybavenosti jednotlivých regionů sociálními službami pro seniory a osoby se zdravotním postižením. S ohledem na očekávané demografické trendy se jeví jako nezbytné tyto změny realizovat v nejbližší době. Přitom se doporučuje zvážit, aby na úrovni centra bylo v rámci metodického usměrňování činnosti obcí, měst a regionů při poskytování sociálních služeb koncipováno určité modelového uspořádání sociálních služeb, které by mělo být k dispozici např. na úrovni obce s rozšířenou působností nebo úrovni kraje. V tomto smyslu by mohl být např. koncipován velmi jednoduchý software, který na základě dosazení věkové struktury obyvatelstva v daném regionu v členění podle pohlaví a věku (v pětiletých věkových skupinách) bude schopen kvantifikovat potřebný (jak minimální, tak i optimální) rozsah pobytových, ambulantních a terénních sociálních služeb v tomto regionu. Tyto kapacity budou zasazeny do kontextu ostatních způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči, zejména péče zajišťované osobami blízkými a neregistrovanými a neformálními poskytovateli sociálních služeb. Obdobný model je využíván i v oblasti důchodového pojištění, kdy po dosazení údajů o výši vyměřovacího základu, rozsahu vyloučených dob a celkové době pojištění si může každý zájemce spočítat výši svého starobního důchodu.

## RELIK 2011; Praha, 5. a 6. 12. 2011

příloha č. 1:

Kapacita služeb sociální péče a souvisejících zdravotnických služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením v r. 2009

	počet míst (klientů)											
	CDS	DSt	TSt	DOZP	DS	DZR	ChB	SSZZ	PS	OA	LDN	DZP
ČR	1 215	3 844	956	14 552	37 192	8 223	2 591	1 200	114 364	3 752	7 000	145 249
hl. m. Praha	81	529	57	506	2 170	197	193	99	13 010	449	1 083	21 754
Středočeský	24	437	224	1 522	4 897	653	446	84	15 139	531	694	10 571
Jihočeský	8	169	106	762	2 825	396	126	69	4 130	28	415	9 987
Plzeňský	6	74	81	1 137	1 715	488	76	231	8 069	92	380	7 657
Karlovarský	155	94	10	537	838	231	17	60	3 611	126	453	5 204
Ústecký	27	211	80	1 969	4 191	951	163	111	5 341	195	477	14 976
Liberecký	123	156	84	361	934	402	106	9	4 527	274	59	5 469
Královéhradecký	56	170	37	727	2 236	328	48	30	6 533	214	458	11 220
Pardubický	8	123	24	856	2 036	394	157	87	7 012	509	186	9 764
Vysočina	40	149	44	635	2 135	422	12	56	6 796	139	502	4 737
Jihomoravský	388	521	49	1 484	3 232	1 778	71	39	16 894	156	363	11 755
Olomoucký	59	432	25	1 275	2 518	360	488	63	6 068	291	563	7 235
Zlínský	57	146	73	1 195	2 782	435	474	54	6 481	149	362	4 317
Moravskoslezský	183	633	62	1 586	4 683	1 188	214	208	10 653	599	1 005	20 603

vysvětlivky:

CDS = centra denních služeb, DSt = denní stacionáře, TSt = týdenní stacionáře, DOZP = domovy pro osoby se zdravotním postižením, DS = domovy pro seniory, DZR = domovy se zvláštním režimem, ChB = chráněné bydlení, SSZZ = sociální služby ve zdravotnických zařízeních, PS = pečovatelská služba, OA = osobní asistence, LDN = léčebny pro dlouhodobě nemocné, DZP = domácí zdravotní péče

pramen:

Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2009, MPSV, Praha 2010

Zdravotnická ročenka České republiky 2009, www.uzis.cz

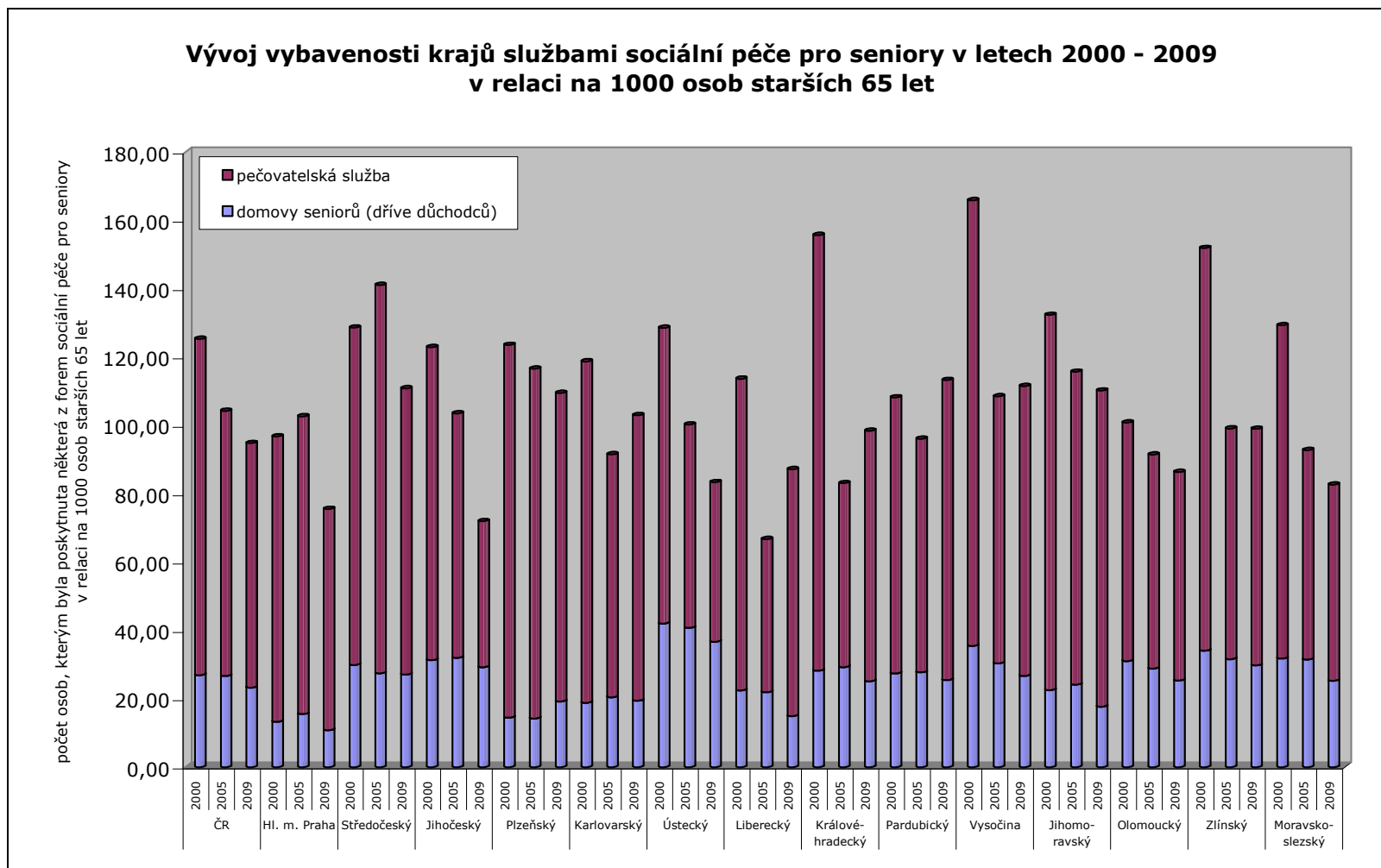
Lůžková péče 2009, www.uzis.cz

interní údaje MPSV

vlastní propočty



příloha č. 2:



pramen:  
vlastní zpracování

## Seznam literatury

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

Kotíková, J. – Průša, L. – Vlach, J. *Regionální analýza zaměstnanosti, trhu práce a sociální péče*. Praha: VÚPSV, 2001

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

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

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

Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing 2007. ISBN 978-80-7357-255-6

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

Průša, L. *Projekce potřeby služeb sociální péče do r. 2025*. FÓRUM sociální politiky č. 5/2009. ISSN 1802-5854

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

Österle, A. – Meichenitsch, K. *Pflegesicherungssysteme in Europa*. Soziale Sicherheit č. 11/2007

Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2009, MPSV, Praha 2010

Zdravotnická ročenka České republiky 2009, [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)

Lůžková péče 2009, [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)

### Kontakt:

Ladislav Průša

katedra demografie fakulty informatiky a statistiky VŠE v Praze

prul01@vse.cz