

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

INSTITUT POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ LÉKAŘŮ

**ŠKOLA VEŘEJNÉHO
ZDRAVOTNICTVÍ RUSKÁ 85, PRAHA
10, 100 00**

Domov důchodců a penzion pro důchodce - jejich zařazení do systému zdravotní a sociální péče, hrazení zdravotní a sociální péče, úvahy o novém financování DD.

MUDr. Josef
Janoušek autor práce

PhDr. Hana Janečková
konzultant

.....
oponent

v Prachaticích 10. 8.2001

V Prachaticích, dne 10. 8. 2001

Atestační práce

Název práce :

Domov důchodců a penzion pro důchodce - jejich zařazení do systému zdravotní a sociální péče, hrazení zdravotní a sociální péče, úvahy o novém financování DD.

Cíl práce :

Posouzení zvýšení kvality zdravotní a ošetrovatelské péče v důsledku nastoupení konkurence, která by být umožněna novým financováním pobytu v DD.

Metoda :

Dotazníková metoda mezi obyvateli DD a penzionu, za jakých podmínek by zůstali v domácím prostředí. Dotazníková metoda pro rodinné příslušníky, kteří mají příbuzné v domově důchodců.

Pracovní hypotéza :

Domovy důchodců jsou převážně státní. Zřizovatel je stát- okresní úřad. Existují i DD nestátní, zpravidla charitativní, některé vlastní i soukromé fyzické či právnické osoby. U státních zařízení je zajištěna dotace ze zákona. U nestátních jsou nepovinné granty, projekty. Nové financování spočívá v tom, že peníze na základě závažnosti funkčního postižení dostává konkrétní postižená osoba, která si sama rozhodne jaké služby si nakoupí. To povede k tomu, že každý DD i dům s pečovatelskou službou bude mít existenční zájem o to, aby si její klienti vybrali- tedy stejná startovní čára všech subjektů poskytující tento typ péče v DD. Zdravotní péče - její poskytování nechť se ujme praktický lékař, který má pacienty v DD registrovány, včetně sesterských výkonů. Ošetrovatelskou a sociální péči nechť zastávají pracovníci, kteří jsou placeni domovem. Celkové výhody spočívají v tom, že rodina bude při péči o starého a nemocného člověka zajištěna - peníze půjdou konkrétnímu postiženému a ten si rozhodne koho si zaplatí. Sníží se nezaměstnanost a také ubude tlak na místa v DD a tlak na jejich další rozšiřování kapacity.

MUDr. Janoušek
Josef Okrouhlá 1229
Prachatice
38301

Obsah

1	
1	ÚVOD.....2
2	Působení demografických změn po roce 1989 ve společnostech..... 3
2.1	Cílová skupina DD - stan občane, jez splnují zároveň tyto podmínky. 3
2.2	Účel služby, kterou poskytuji DD..... 4
2.2.1	Personální zajištění hrazené zdravotní péče..... 4
2.2.2	Personální zajištění sociální ošetrovatelské péče..... 5
3	Úkoly zdravotní a sociální péče:..... 6
4	Domovy důchodců před rokem 1989..... 6
5	Domovy důchodců dnes..... 7
5.1	Projevy stárnutí populace na socioekonomické vztahy..... 8
5.2	Projekt česko-britské spolupráce..... 9
5.3	Komunitní plánování..... 9
6	Typy dobrovolnické činnosti:..... 10
7	Úkoly investora a projektanta při budování a rekonstrukci DD..... 11
8	Zákon o sociální pomoci..... 13
9	Financování DD..... 15
9.1	Diferenciace dávek..... 15
9.2	Metodika výzkumu..... 16
10	Rehabilitační centra..... 17
10.1	Rehabilitační centra — jako základ ucelené rehabilitace.....17
10.2	Členění rehabilitačních center..... 18
11	Postup při přiznávání finančních dávek..... 18
12	Financování zdravotní péče v domově důchodců..... 19
13	Uplatňování regulačních mechanismů zdravotních pojišťoven...20
14	Domov penzion pro důchodce.....21
15	Sociální péče v domě s pečovatelskou službou..... 22
16	Závěr.....23
17	Seznam použité literatury..... 24

I ÚVOD

V rámci své téměř dvacetileté praxe praktického lékaře a při třetině pacientů, kteří pobývají v DD, se zabývám studiem různých systémů geriatrické péče. Ve vyspělých zemích existují různé systémy geriatrické péče. V podstatě je však je respektována logická a z praxe vyplývající posloupnost péče akutní, následné a chronické, a to v ustavní i ambulantní sféře. Náš dosavadní systém péče o geriatrické a chronicky nemocné pacienty je od vyspělého světa odlišný, založený především na institucích, kterými jsou léčebny pro dlouhodobě nemocné (dále LDN) ve zdravotnické sféře a domovy důchodců (dále DD) ve sféře sociální. Ostatní modernější formy péče se vyvíjejí v obtížných podmínkách stávající legislativy a způsobu financování. Touto prací bych chtěl vystihnout pozitiva i negativa různého financování zdravotní a sociální péče jak v domovech důchodců (dále jen DD) tak v domech s pečovatelskou službou.

2 Působení demografických změn po roce 1989 ve společnosti

Změny v posledních dvaceti letech a zejména po roku 1989 ve společnosti vedou k totálnímu rozpadu třígenerační rodiny. Tento stav je dán stále se zvyšující nutností mobility obyvatel za prací, vzděláním a kulturou. Dochází k vyliďňování vesnic a s tím druhotně také k ubývání potřebných služeb jako jsou malé obchody a dopravní obslužnost. Proto pobyt ve venkovských oblastech se stává pro staršího člověka stále obtížnějším a nutí jej, respektive i jeho rodinné příslušníky k zajišťování jiné péče než péče generační. Problém stárnutí a stáří se stává rok od roku aktuálnější. Stárnutí probíhá po stránce absolutní - zvyšující se počet starých lidí a po stránce relativní — počet i podíl staré populace se zvyšuje. Tento stav je ještě umocňován poklesem porodnosti, snížením úmrtnosti ve všech věkových skupinách a nárůstem relativního i absolutního počtu starých osob v populaci. Z demografické struktury České populace a prognózy do roku 2020 lze ozřejmit, že v roce 2000 jest 13% osob starších 65 let. v roce 2010 13.6%, ale v roce 2020. je 16,9%. Tento stav je ještě doložen na tabulkách viz Příloha č. 1

Z hlediska financování péče o geriatrické pacienty je důležitý údaj, že ve věku 60-64 let připadá na 1 muže 1,18 žen a ve věku nad 85 let 2,86 žen. Vzhledem k převažujícímu počtu žen nad muži ve věku nad /85 let je nutno při financování geriatrické péče vzít tento údaj v úvahu.

Nejrozšířenějším typem zabezpečení málo soběstačných nebo již nesoběstačných seniorů jsou domovy důchodců.

2.1 Cílová skupina DD — staří občané, jež splňují zároveň tyto podmínky:

1. Dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu
2. Jejich zdravotní stav nevyžaduje léčení a odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení a nekontraindikuje občana na pobyt v DD
3. Nejsou schopni zajišťovat své základní životní potřeby ve vlastním sociálním prostředí (domácnosti), neboť pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči. Iedy soustavnou pomoc druhé osoby ve většině či všech životních úkonech a tuto pomoc nelze zajistit ani za pomoci rodiny (nejužšího sociálního okolí) ani terénními sociálními službami, nebo potřebují umístit v domově důchodců z jiných závažných důvodů.

nemajících původ v jejich zdravotním stavu (např. sociální osamělost, sociálně krizová situace) 4. Jsou způsobilí soužití s ostatními obyvateli DD

2.2 Účel služby, kterou poskytují DD

Pomoc rodinám těchto občanů (viz.kap. 2.1) v případech, kdy selhávají mechanismy přirozené rodinné svépomoci, resp. Případech, kdy nelze spravedlivě požadovat obvyklou rodinou solidaritu.

Službou nejsou primárně zabezpečovány úkoly azylové péče (např. bezdomovectví) ani uspokojovány nároky plynoucí občanům z jiných systémů než současného systému sociálního zabezpečení.

Aby byla zajištěna rovnost v péči pro všechny seniory, kteří jsou v DD bez ohledu na to, v jakém je vlastnictví (státní či nestátní), byla vypracována profesní komorou sociálních pracovníků a Asociací ústavů sociální péče stanovení minimálních standardů jednotlivých typů a forem sociálních služeb. Z těchto standardů považují za velice podstatné personální zabezpečení péče z hlediska zaměstnanců.

2.2.1 Personální zajištění hrazené zdravotní péče

Personální zajištění na 100 obyvatel (pokud je poskytována zaměstnanci ústavu)

	odd. III	odd. II	odd. I
SZP (orientačně)	6	2,5	1
Rehabilitační pracovník	2	2	1
Ústavní lékař	0,46	0,34	0,23

Oddělení typu I je určeno pro osoby lehce závislé,
Oddělení typu II je určeno pro osoby středně závislé
Oddělení typu III je určeno pro osoby těžce závislé

2.2.2 Personální zajištění sociální ošetrovatelské péče

Personální zajištění na 100 obyvatel

	odd. III	odd. II	odd. I
ošetrovatelský personál celkem	38	29	14
z toho:			
ranná směna – stan. Sestra	20-3	16-2	6-2
odpolední směna	10	7	3
noční směna	4	3	2
vrchní sestra	1	1	1

Aby jak sociální tak zdravotní péče byla v DD seniorům poskytována kvalitně, bylo by velmi optimální řídit se výroky:

- > Donabedian: zajistit takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu.
- > **Ovretveit:** schopnost naplňovat potřeby těch, kteří jsou na péči závislí.....
- > Maxwell (1984) definuje šest parametrů klíčových pro kvalitu zdravotní péče:

1. dostupnost péče
2. relevance potřebám z hlediska celé komunity
3. účinnost z hlediska individuálního pacienta
4. spravedlnost péče
5. společenská přijatelnost
6. ekonomičnost

Výše uvedené aspekty je též samozřejmě nutno dodržovat i v DD . Dále pro pacienty v DD je plně platná Evropská charta pacientů seniorů, která byla

doporučena sekci Mezinárodní gerontologické asociace v roce 1997. V této chartě jsou zavázány též úkoly zdravotní a sociální péče.

3 Úkoly zdravotní a sociální péče:

- Posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat,
- Léčit pacienta v případě onemocnění,
- Pomáhat starším lidem vést plný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství,
- Zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem , aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými,
- Garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije.

4 Domovy důchodců před rokem 1989

Ostudným zneužitím slova „domov“ se staly také domovy důchodců. Pro staré lidi to byl očištěc na zemi. Převoz do „domova“, na který se roky čekalo , znamenal pro starého člověka vytržení z kořenů, nemožnost ponechat si jakoukoli věc z původního obydlí, rozpad sociálních vazeb. I ti dědečkové, kteří uměli všechno opravit, stejně jako babičky, které uměly zašívát nebo pěstovat zeleninu, museli přestat pracovat a ve svém zaslouženém odpočinku se dát plně obsluhovat, a tak se proměnit v bezmocné a posléze oněmělé uzlíčky kostí obalených kůží. Další duchovní rozvoj nebo jen uchování vlastní individuality v pokročilém stáří tu bylo čímsi nemyslitelným.

Bývalé zámky a kláštery, zabavené buržoustům a kněžourům, odřízly staré lidi od okolního venkovského života dalšími bariérami vrátnic, plotů a pozvolna upadajících obor. Některé vesnice měly jako speciální druh zábavy hospodu, do které prchali většinou načerno staříci z „domova“, aby tam propíjeli své žalostné kapesné.

5 Domovy důchodců dnes

Dá se říci, že tento tristní obraz patří minulosti alespoň v okrese Prachatice, kde vyrůstají a budou do konce roku dokončeny 3 DD, a to jeden přímo v Prachaticích pro 100 obyvatel, v Netolicích pro 80 obyvatel a v Pravětíně, který vlastní charita, tzn. nestátní zařízení pro 40 obyvatel. Jak uvedeno, žádný z těchto DD nedisponuje kapacitou přes 100 obyvatel. Každý pokoj má své sociální zařízení a přes 85% pokojů je jednolůžkových a bezbariérový přístup je zajištěn. Je samozřejmé, že pokud je to možné, denní centra pro seniory jsou pro obyvatele, které je potřebují podstatně příznivější. Domácí centra se zpravidla řídí denním plánem, kde nechybí procházky, cvičení, vaření, malování a sledování televizních programů. V oblibě je i reminiscenční terapie - tj. cvičení krátkodobé paměti. Domácí činnosti, trénování zvyklostí při jídle, společné vaření, osobní hygiena samozřejmě v prostorech, kde je bezbariérový sprchový kout, eventuelně koupelna. Dbá se také o zaměstnání pacientů - muzikoterapie, arteterapie, hraní různých her apod. Pro fyzickou kondici je zde také cvičení. Nic nebrání také tomu, aby senioři v DD, penzionech, doma, či v denních centrech se v podstatě zúčastnili národního programu zdraví ČR. Zmírnit stres, kterému jsou vystaveni rodinní pečovatelé, poskytnout přiměřenou péči a léčení, možnost delšího setrvávání v domácím prostředí a oddálit dlouhodobý pobyt např. v DD, podpůrné aktivity pro rodinné příslušníky. Optimální by bylo, aby se ústavy zmenšily až na rozměry bytů v činžovním domě, v němž žijí 4-6 klientů se dvěma profesionálními pracovníky. Je potřeba ústavy otevírat okolní komunitě. Např. místo vybudování nákladného bazénu v ústavním *zařízení* umožnit plavat klientům DD plavat v bazénu ve městě.

Velice vhodný se jeví projekt p. MUDr. Věry Holmerové „Stárnout zdravě v České republice“. Tyto projekty podpory zdraví ve vyšším věku se zabývají důležitými aspekty, které mohou mít na život a zdraví seniorů důrazný vliv. Prevence pádů, zlomenin, správná výživa, bezpečnost v dopravě, bezpečnost v domácnosti. Neobvyklost tohoto programuje v tom, že ve formě seniorských poradců - jedná se o dobrovolníky, kteří se v rámci programu proškolí tak, aby oni sami byli schopni informovat své vrstevníky. Osobně jsem se zúčastnil projektu "Zdraví domov důchodců „v Kusově u Stach.

Jde o DD, který je umístěn v pěkném prostředí Šumavy, ale na odlehlém místě. Domov je po rekonstrukci, má 140 obyvatel a je velmi dobře vybaven. Splňuje v podstatě všechny podmínky stanovené Asociací ústavů sociální péče. Gró problému spočívá v tom, že obyvatelé jsou odříznuti od běžného života. Projekt, který byl vypracován, se zaměřil na to, aby došlo k dokonalé komunikaci obyvatel s vnějším prostředím. Začalo se tím, že se uspořádaly velké hry, kam byli pozváni i obyvatelé z jiných DD, kteří bydleli ve velkých městských aglomeracích. Když se tyto obyvatelé poznali lépe, byla možná výměna a obě strany byly spokojeny. Jedna se dostala z rušného velkoměsta do tiché šumavské krajiny a druhá z tiché šumavské krajiny do rušného velkoměsta. Tato výměna měla velký vliv na psychiku a potažmo tedy na celý zdravotní stav obyvatel všech domovů důchodců. Toto jen pro ilustraci, jak se dá také chápat projekt „Zdravý domov důchodců“.

5.1 Projevy stárnutí populace na socioekonomické vztahy

Stárnutí populace má i další aspekty. V roce 2020 bude zhruba 16,9% obyvatel našeho státu starých 65 let a více. Podle zkušeností ze Skandinávie nebo USA budou senioři delší dobu vázáni na zaměstnání, protože hranici odchodu do důchodu bude nezbytné ještě zvýšit. Pro zaměstnavatele to znamená, že budou muset vytvářet i taková pracovní místa, v nichž se uplatní životní zkušenosti více než fyzická síla. Lidé, kteří budou pracovat do 65 let mají při odchodu do důchodu šanci na vyšší úspory a vyšší výnosy z penzijního připojištění. To se samozřejmě promítne i do financování sociální a zdravotní péče. Ze sociologického hlediska se zcela ozřejmí to, že ženy, které obvykle přežívají své protějšky, budou mít potřebu se družit, aby nebyly ohroženy izolací. Takže příležitosti, které budou nenásilným způsobem umožňovat pobyt v kolektivu a překonávat separaci osamělých jedinců staršího věku, budou vyhledávané. Starší osamělí lidé mají své představy o bydlení. Na odbyt půjdou malometrážní byty v čistém prostředí, třeba i na okraji měst, zařízené tak, aby usnadňovaly život lidem s omezenými pohybovými schopnostmi. Toto bude mít také velký vliv na financování zdravotní a sociální péče. Je notorickou pravdou, že důchodce nemívá peněz nazbyt, ví však přesně, za co by je rád utratil. Proto schopní podnikatelé se rádi seznámí s projektem „*Společnosti přátelské k seniorům*“. Logo společnosti by mohlo být vyvěšováno v obchodech.

restauracích, ordinacích nebo úřadech. Prostě všude tam, kde jsou ochotni jednat s důchodci s úsměvem. Je zbytečné, aby se služby seniorům snažil poskytovat stát. Je to úkol pro řadu malých a drobných podnikatelů. Služby je třeba seniorům přizpůsobit, ale není důvod, proč by nemohly fungovat na profítním principu. Cílovou skupinou soukromého podnikání nemusí být pouze zdravá část starší populace, ale i lidé v různé míře závislí na ošetrovatelské péči. Je jich dnes mezi seniory asi 270tisíc. Stále chybí penzióny s rodinným prostředím, denní péče o postižené v jejich domácnosti, sociální *zařízení* pro pacienty s Alzheimerovou chorobou a další velký okruh služeb zkvalitňující prožitek stáří. Je nutný také rozvoj kvality sociálních služeb.

Projekt česko-britské spolupráce

V Olomouci je realizována část rozsáhlého projektu *česko-britské spolupráce*, která směřuje k těsto vání úrovně kvality poskytovaných sociálních služeb a vytváření prostoru pro její zvyšování. Prvním cílem tohoto projektu je ověřit praktické použití standardů kvality sociálních služeb. Druhým cílem je ověřit navržený proces registrace poskytovatelů sociálních služeb a následný proces akreditace. Třetím cílem je zajistit vyškolení odborníků, kteří mohou oba uvedené procesy provádět a před nabytím účinnosti navrhovaného zákona tak vytvořit kapacitu pro realizaci kontroly kvality poskytování služeb. 5.2

Komunitní plánování

V Písku je zkoušen pilotní projekt „Komunitní plánování“. Tento projekt se zabývá procesem vzniku komunitního plánu na místní úrovni jako základního předpokladu pro efektivní poskytování sociálních služeb v regionu. Komunitní plán, jehož nultá verze je v současné době zpracována, definuje potřeby jednotlivých občanů-voličů v sociální oblasti, mapuje zdroje pro jejich uspokojení (nabídku poskytovatelů, možnost zapojení místních podnikatelů apod.) a porovnáním těchto potřeb a dostupných zdrojů vymezuje, jaké potřeby je možné s ohledem na republikové priority zajistit. Komunitní plánování je tak nejen nástrojem aktivní demokratické tvorby místní politiky za účasti jejich občanů, ale současně také nástroje, s jehož pomocí stát prostřednictvím obcí realizuje sociální politiku, tedy vytváří prostor.

aby sociální politiku v oblasti sociálních služeb realizovaly samotné obce. Na tomto projektu spolupracuje více než 150 zástupců státní správy, samosprávy, nestátních neziskových organizací i občanských aktivit. Do systému sociální a zdravotní péče o seniory zapadá také dobře systém dobrovolnické pomoci v rámci komunitní péče. Dobrovolnictví v tomto smyslu je vědomá, svobodně zvolená činnost ve prospěch druhých, kterou poskytují občané bezplatně. Dobrovolník dává vědomě část svého času, energie a schopností ve prospěch činnosti, která je časově i obsahově vymezena. Dobrovolnictví je profesionálně organizováno, aniž by ztratilo svoji spontaneitu. Je pravidelným a spolehlivým zdrojem pomoci pro organizaci, která s dobrovolníky spolupracuje a zároveň zdrojem nových zkušeností, zážitků i příležitostí pro osobní růst dobrovolníků. Zkušenosti ukazují, že dobrovolník jako specifický zástupce komunity je citlivým testem funkčnosti a smysluplnosti organizace. Tam, kde panuje pocit zbytečnosti, šablonovosti, kde nefunguje komunikace mezi personálem, vedením a uživateli služeb, tam dobrovolník nevydrží. Naopak platí, že dobrovolníci do funkční organizace přinášejí uvolnění, dobrou náladu a nové nápady.

6 Typy dobrovolnické činnosti:

1. Z hlediska časového:

- **dobrovolné zapojení při jednorázových akcích** (kampaních, sbírkách, benefičních koncertech apod.), které se pořádají jednou či několikrát ročně,
- **dlouhodobá dobrovolná pomoc**, která bývá poskytována opakovaně a pravidelně, např. několik hodin jedenkrát týdně po dobu celého rok

2. Z hlediska rozvoje dobrovolnictví:

- * **dobrovolnictví vzniklé zezdola nahoru** - jedná se o dobrovolnictví vznikající ze skupiny přátel, které spojuje jedna myšlenka. Zde působí jako

pozitivní prvek neformální a spontánní nadšení všech zúčastněných, které pomáhá překonávat počáteční obtíže. Problematickou se zde může ukázat profesionalizace dobrovolnické činnosti. Neformální skupina, která se dobrovolně zapojila do prospěšné činnosti, se bráním jakémukoliv formálnímu uspořádání, často se po ukončení své činnosti rozchází, jindy na základě společné myšlenky vznikne nová organizace.

- **dobrovolnictví přicházející zvenčí dovnitř** — v tomto případě jde o formální organizaci, ve které pracují profesionálové a která se rozhoduje začít s dobrovolníky spolupracovat či stávající spolupráci s dobrovolníky dosud náhodnou začít strukturovat a profesionalizovat. Zde je pozitivním prvkem profesionální řídicí *zázemí* organizace, problémem se může stát nově vytvářeným vztah mezi „domácími“ profesionály a přicházejícími dobrovolníky, kteří mohou být vnímáni jako cizorodý prvek. Profesionálové mohou mít obavy, že jiní dobrovolníci „berou práci“, nebo naopak přinesou nové starosti, že budou nespolehliví, že jim budou vidět „pod pokličku“ jejich práce.

7 Úkoly investora a projektanta při budování a rekonstrukci DD

Do rámce financování zdravotní i sociální péče lze vklínit i investorskou a projektanskou činnost při budování DD, tzn. Mimo jiné šetřit každou korunou, každým prostorem. Je naprosto nevhodné směřovat tok peněz při výstavbě DD do bazénů nebo fyzioterapeutických zařízení. Důvod je nasnadě. Velké DD budou mít také drahý provoz, který musí někdo zaplatit a v zemi, kde je nadbytek nemocničních kapacit, je v podstatě nemocniční *vybavení* neefektivní. Senior místo velikých vstupních hal preferuje soukromí. Je to pro něj jedna z nejdůležitějších hodnot. Optimální je budování DD venkovského typu pro 16-20 lidí. Tyto domovy

mají úsporný provoz, který spočívá v tom, že se nebudují a eventuálně nevytápějí zbytečné prostory a že potřebují minimum personálu, např. mimo jiné proto, že obyvatelé domova si mohou sami vařit, i když pod dohledem. Jako příklad rekonstruovaného DD bych si dovolil uvést seniorský *Dům naděje - dům pokojného stáří* - v Nedašově. Jedná se o rekonstrukce „německých“ domků v areálu při okraji vesnice. Vzniklo zde 37 jednolůžkových a tři dvoulůžkové pokoje s vlastním sociálním zařízením. Pokoje si klient může dovybavit vlastním nábytkem. Řešení vyšlo z původního vzhledu domků a rozdělením místností sociálním zařízením vznikly potřebné pokoje. Služby byly soustředěny do jedné z budov. Tento model připomínající malou vesničku je výhodný jak z pohledu pořizovacích, tak provozních nákladů. Je ideálním řešením pro menší a středně velká města, která nepotřebují velká zařízení, ale objekty pro konkrétní počet klientů z místní komunity. Dalším pozitivním příkladem je Domov pokojného stáří v Telči. Novostavba je umístěna v samotném centru památkové rezervace v Telči poblíž městského lesoparku a ideálně tak spojuje městské a přírodní prostředí, šlo o výstavbu malometrážních bytů v objektu, který současně slouží jako přirozené kulturně společenské centrum, aniž by bylo ohroženo soukromí a klid klientů. V zařízení je 28 jednolůžkových a pět dvoulůžkových pokojů. Byty jsou tvořeny velkým pokojem s kuchyňským koutem, prostornou chodbou s vestavěnými skříněmi, komorou a hygienickou místností (umyvadlo, toaletní mísa a vana). Vytápění bytů je v podlahách. K bytům patří i balkónky umístěné tak, aby zajistily maximální soukromí. Naprostá většina bytů je situována na slunečnou stranu. V objektu je pamatováno i na osoby využívající ortopedický vozík. Je však poněkud trpkou pravdou že, současná legislativně zakotvená typologie ústavní péče nevyhovuje uskutečňovaným a potřebným proměnám ustavit a potřebám klientů. Vybavenost regionů ústavy je rozdílná co do počtu míst i úrovně kvality poskytované péče a v současné době neexistují nástroje, kterými by bylo možno posoudit přiměřenost vybavenosti vzhledem k potřebám (regionu, klientů). Zhruba

40% ústavů je umístěna v objektech z minulých století, které jsou nevyhovující z hlediska možnosti proměny (rekonstrukce) i z hlediska dostupnosti. Zhruba 40% klientů obývá v současnosti vícelůžkové pokoje (4-5), kde není možno vytvořit přirozené podmínky ani při sebelepším přístupu pečovateli

8 Zákon o sociální pomoci

Nový zákon o sociální pomoci bude velkou změnou, ale osobně se domnívám, že každá velká změna musí být ošetřena takovým systémem služeb, který:

1. Bude respektovat důstojnost uživatelů, podporovat jejich nezávislost a zvyšovat jejich společenskou a ekonomickou participaci
2. Zajistí, že uživatelé budou chráněni proti nízké úrovni sociálních služeb
3. Umožní žít uživatelů bezpečným, plným a pokud možno normálním životem v jejich vlastním domově, kdykoliv je to proveditelné
4. Zajistí, aby zranitelné skupiny uživatelů byly chráněny před citovým, fyzickým, sexuálním zneužíváním a nedbalostí, a to jak v přirozeném prostředí, tak v institucích.
5. Zajistí, aby uživatelům sociálních služeb v produktivním věku byly poskytovány tyto služby způsobem, který maximalizuje jejich možnost i schopnost nastoupit do zaměstnání, zůstat v něm nebo se do něj vrátit Včasným rozpoznáním potřeb obcí, měst a regionů a zabezpečením odpovídajících služeb je bude chránit, a tím předcházet sociálnímu vyloučení jednotlivých osob nebo skupin

Bude svým působením napomáhat k odstranění znevýhodnění jednotlivců nebo skupin a podporovat jejich zapojení do života komunity

Bude maximalizovat prospěšnost služeb pro uživatele vytvořením dostatečně pestré a dostupné nabídky a umožněním volby, která bude reagovat na individuální potřeby a okolnosti. **K dosažení těchto cílů je proto nutné**

- I. vybudování struktur, které zabezpečí funkčnost sociálních služeb**
 - plánování služeb na základě zjištění jejich potřebnosti z pohledu uživatelů, poskytovatelů, obcí, měst a regionů a v souladu s prioritami sociální politiky státu i cíli sociální politiky těchto územních celků

- * určením takových pravidel pro organizaci, řízení a financování sociálních služeb, která poskytnou dostatečně strukturovaný a zároveň pružný a transparentní rámec pro jejich poskytování umožňující získat nejlepší hodnotu za vynaložené finanční prostředky
- * vytvořením informačního systému, který zajišťuje, že adekvátní pomoc bude pro všechny dosažitelná, pokud jde o místo, čas a způsob zabezpečení

II. vytvoření systému, který zajistí garanci kvality sociálních služeb a její zvyšování

- definováním standardů jednotlivých typů sociálních služeb a systémem akreditací pro jejich poskytovatele
 - * vzdělávání sociálních pracovníků ve státní správě a stanovení podmínek pro udělení licence

III. vytvoření kontrolního systému, který bude hodnotit výkonnost sociálních služeb

- kontrolou naplňování celostátních priorit i cílů sociální politiky obcí, měst a regionů
- kontrolou účinnosti vynaložených nákladů, tzn. kontrolu rozsahu, ve kterém místní orgány poskytují dobře fungující služby za přijatelné náklady
- kontrolou účinnosti poskytování sociálních služeb a jejich výsledků, tzn. rozsahu, ve kterém služby odpovídají potřebám jejich poskytování je v souladu s nejlepší praxí jsou poskytovány včas, přiměřeně vyškoleným personálem dle stanovených standardů
- * kontrolou kvality služeb pro uživatele i pečovatele, tzn. jak jsou služby vnímány uživateli a pečovateli, jaká je citlivost služeb k individuálním potřebám, jak na sebe služby navazují a jak jsou zapojeni uživatelé a pečovatelé do tohoto procesu " kontrolou dostupnosti, tzn. kontrolou spravedlivého poskytování: služeb ve vztahu k jejich potřebě, kontrolou existence jasných kritérií možnosti volby a kontrolou zajištění dostupných informací o poskytování služeb.

9 Financování DD

Většina poskytovatelů soc. péče jsou příspěvkové organizace a jejich financování je *vícezdrojové*. Jednak dostávají státní příspěvek, jednak mají příjmy z úhrad klientů a v neposlední řadě je to příspěvek zřizovatele. Je obecně známo, že státní příspěvek nebyl valorizován 5 či 6 let. Po konzultaci s řediteli domovů důchodců v okrese Prachatice lze ovšem považovat za výhru, že se příspěvek drží na úrovni na které je, to je zhruba 50 000,- Kč za jeden rok. Dále nutno podtrhnout, že ne nepodstatný je příspěvek zřizovatele. Vzhledem k právu klienta zvolit si poskytovatele příslušné služby, dostávají se někteří zřizovatelé do situace, že tzv. přispívají na cizí. To může zejména u menších obcí, kterým jsou zřizovateli vést k určitým „nežádoucím náladám“. Proto i tyto „nežádoucí nálady“ by měl řešit nový zákon o sociální pomoci. Nový zákon o sociální pomoci je v podstatě zásadní změna týkající se systému financování. Finanční prostředky by už neměly být vyplaceny poskytovatelům služeb, tedy například ústavům sociální péče, ale měly by být poskytovány přímo uživatelům této péče. V souvislosti s tím dochází ke změně institutu, který vytvoří zdroje pro dávku, jež má zatím pracovní název příspěvek na služby.

9.1 Diferenciace dávek

Tato dávka bude diferenciována podle stupně závislosti člověka na pomoci jiné osoby. Návrh financování, předložený ministerstvem práce a sociálních věcí, počítá s tím, že budou existovat čtyři stupně závislostí - od nejlehčího až po úplnou závislost - a podle nich bude odstupňována výše dávky. V návrhu jsou měsíční částky 500,-Kč pro 1. stupeň, 1500,-Kč , 3000,-Kč a 7500.-Kč pro další tři stupně. Dále je samozřejmě potřebné vzhledem k měnícím se cenám, většinou vzhůru, aby systém měl zabudovány valorizační mechanismy. To znamená, že příspěvek by neměl být vyjádřen pevnou částkou, ale měl by být stanoven násobkem životního minima jako celku, nikoli jen jeho některou částí, tedy buď složkou na výživu nebo za domácnost. V souvislosti s tím se očekává, že některé nyní existující dávky a příspěvky zaniknou. Jde zejména o příspěvek při péči o blízkou a jinou osobu. Týká

příspěvku na služby a jako institut by měly zaniknout . Za hlavní přednost lze považovat skutečnost, že klient bude mít k dispozici finanční prostředky na úhradu služby, kterou potřebuje a která mu vyhovuje. Tím se zvýší možnost jeho volby, což je skutečná novinka. Dosud byl zdravotně postižený člověk závislý na poskytovatelích sociálních služeb, kteří dostávali na svou činnost dotace. Je zřejmé, že lidé se stejným postižením nemusejí mít úplně shodné potřeby. A právě nový systém umožňuje větší míru individualizace. Díky novému systému financování sociálních služeb bude také například uzákoněna osobní asistence, což dosud nebylo. Proto ji mohlo využívat pouze omezené množství lidí. Málo se zatím mluví o tom, že se ke slovu dostane například i sousedská výpomoc. Bude zřejmé, že pomoc druhému člověku se vyplatí, a to může výrazně ovlivnit mezilidské vztahy. Nelze zamlčovat, že tento systém může být i zneužit, a to zejména proti lidem s mentálním postižením a eventuálně s dušením onemocněním. Jde vlastně o lidi zbavené způsobilosti k právním úkonům. Protože odměna za pečování o handicapovaného seniora je poměrně lákavá, mohli by tito být také „ošetřování“ rodinými příslušníky, kde by bylo vhodné zaměnit slovo ošetřování za týrání. I v tomto směru musí mít zákon dokonalé kontrolní mechanismy alespoň ve smyslu, kdo platí také kontroluje. Samozřejmě že tíha financování pobytu v DD by neměla ležet pouze na klientovi DD, ale určitou částkou by měl přispívat stát, obce a třeba i humanitární organizace. I když celý stát se pohybuje v duchu všemocné neviditelné ruky trhu. by cena za pobyt v DD měla být limitována a rovněž úplata klienta za pobyt v DD by měla být stanovena v určitém finančním rozpětí. Toto finanční rozpětí mělo by být určeno z. toho důvodu aby se nemohlo stát, že klientovi po úhradě sociálních služeb a pobytu v DD nezbyde částka ani na nejdrobnější výdaje (tzv. kapesné).

9.2 Metodika výzkumu

Provedl jsem s pomocí privátních gerisester a zdravotních sester pracujících v DD dotazníkovou akci u 376 obyvatel a 72,3% po vysvětlení s novým financováním souhlasili.

Zamyslíme-li se podrobně nad novým zákonem o sociální pomoci, nutné vyvstane otázka, kdo rozhodne, zda senior dostane navrhovanou měsíční částku 500.-Kč či

7500,-Kč. O těchto sumách by měla někdo objektivněji rozhodnout rehabilitační centra poskytující ucelenou rehabilitaci. Tuto ucelenou rehabilitaci je nutno chápat jako systém diagnostických, léčebných, sociálních, školicích a pracovních prostředků, které plynule a koordinovaně umožňují zdravotně postiženým občanům začlenit se optimálně do života. Stát je odpovědný za to, že přijme přiměřená opatření k odstranění překážek, které jim v tom doposud brání.

10 Rehabilitační centra

10.1 Rehabilitační centra -jako základ ucelené rehabilitace

Rehabilitační centra vznikají jako zdravotnická zařízení, která mohou mít právní subjektivitu, popř. mohou být součástí jiných zdravotnických zařízení, např. nemocnice

Základní funkce rehabilitačních center mohou *být* následující:

1. Zajištění následné zdravotní péče (léč. rrb, CTP, jiné speciální péče, vyšetření klin., psychologem, home care)
2. Zajištění soběstačnosti (obecné, ve specifickém prostředí)
3. Zapojení do komunitní péče (propojení institucionální a neinstitutonální péče)
4. **Servis pro jiné fyzické či právnické osoby (OSSZ, ÚP\ zaměstnavatelé)**

10.2 Členění rehabilitačních center

Rehabilitační centra lze rozčlenit na část :

- 1. Diagnostická část:** ergodiagnostika, fyzioterapeutické a ergoterapeutické diagnostické metody funkčního vyšetření, diagnostiku psychologa, logopeda a sociálního pracovníka a dále funkční diagnostika — ergometrie (k určení tolerance fyzické námahy u kardiovaskulárního aparátu), denní činnosti (activity of daily living) a modelové činnosti.
- 2. Terapeutická část:** zahrnuje fyzioterapeutické metody včetně metod fyzikální terapie, individuálního i skupinového LTV apod. Ergoterapeutické metody - trénink denních činností bez nebo s rehabilitačními pomůckami, event. Pomocí druhé osoby, modelové činnosti různého charakteru od zatížení několikaminutového až po zatížení 8 hodin několik dní. Terapie prováděna psychologem, iogopedem, speciálním pedagogem, apod.
- 3. Technická část:** zahrnuje základní ortotický a protetický servis.

11 Postup při přiznávání finančních dávek

Filosofie posuzování pro přiznání finančních dávek seniorů by se odvíjela od klasifikace „ International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps" ICDH, WHO 1980, která se stala do jisté míry filosofií rehabilitace a plynule navazuje „ Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN). Sama diagnóza nestačí postihnout podstatu onemocnění, poněvadž většinou málo informuje o skutečných obtížích, které nemocného provázejí. Pacienta netrápí, jakou má diagnózu např. náhlou mozkovou příhodou, ale že po této příhodě nemůže používat niku při sebeobsluze a jiných pracích, že nemůže dobře chodit a že někdy nemůže dobře mluvit a komunikovat s druhými osobami. Zejména faktor, že nemůže dobře chodit je zřejmý i při jiných onemocněních, uzávěry cévního řečiště v dolních končetinách, artrózy nosných kloubů, amputace dolních končetin, onemocnění plicní a srdeční a

demence. Posuzování se tedy děje na ose impairment - disability handicap. Impairment porucha přeroste do takových rozměrů, že začne člověka omezovat v jeho běžných činnostech stává se disability. Disability je projekce poruchy do úrovně osobnosti, která má však prakticky vždy následky v projekci do roviny společenské a ta se nazývá handicap. Osobně se domnívám, že pokud bude posuzování o příznám finančních prostředků vedeno výše uvedenou filosofií, bude kontrolovatelné a objektivní. Příspěvek by měl vždy být objektivně kontrolovatelný, aby se zamezilo jakýmkoli neopodstatněným spekulacím. Na závěr financování pobytu a sociální péče mají samozřejmě vliv i aspekty, o kterých jsem se zmínil výše, tzn. Projekce domovů důchodců. Pokud DD, respektive jeho provoz bude projektován s ohledem na co nejnižší náklady, může DD poskytovat pobyt svým obyvatelům levněji, obyvatelé tedy zaplatí méně peněz, více jim zbyde na jejich osobní spotřebu, domov se stane i třeba vyhledávanějším a tedy má maximální šanci obstát v konkurenci, která se díky novému financování vytvoří.

12 Financování zdravotní péče v domově důchodců

Pokud se senior přestěhuje do DD, má zde již trvalé bydliště. Samozřejmě mu musí být zajištěna rovnost zdravotní péče jako každému jinému občanovi. Toto zajištění lékařské péče je možno dvěma způsoby: buď si DD zaměstná lékaře s příslušnou odbornou kvalifikací a hradí si jej ze svých prostředků. Tento lékař nemá smlouvu s příslušnými zdravotními pojišťovnami, u kterých jsou obyvatelé domova důchodců pojištěni. Smlouva se uzavírá pouze na léky, PZT a event. dopravní zdravotní službu. Veliký problém tohoto systému spočívá v tom, že při nastavených regulačních mechanismech na léky a PZT, pokud dojde k jejich překročení a nedojde k jejich zdůvodnění, hradí tuto regulační srážku ústav, který lékaře zaměstnává. Tento systém, jak vyplývá, není pro ústav nejvýhodnější. Odčerpává hlavně prostředky na mzdu lékaře a event. regulační srážku. Druhý způsob je ten, že lékař s licencií v oboru praktický lékař si pacienty DD registruje a je mu nižšími zdravotními pojišťovnami, u kterých jsou obyvatelé DD pojištěni, proplácena

kapitační platba. Lékař tedy předepisuje léky, PZT a potřebnou dopravu a tato je bez problému hrazena zdravotními pojišťovny. Úskalí je zde jedno - regulační mechanismy. Překročí-li lékař průměrně standardizované náklady na jednoho pojištěnce byť povýšené příslušným věkovým koeficientem, je vůči němu ze strany pojišťoven uplatňována regulační srážka. Pokud neobhájí toto překročení, je sankcionován. Je zřejmé, že obyvatelé DD jsou proti svým vrstevníkům medicínsky náročnější a tak pravděpodobnost regulační srážky hraničí s jistotou.

13 Uplatňování regulačních mechanismů zdravotních pojišťoven

Nyní se ještě začal uplatňovat GIP - co nejmenší náklady na pojištěnce a lékař bude finančně bonifikován. Tato bonifikace pro lékaře mající na starosti DD nepřipadá v úvahu. V závěru z toho vyplývá, že pokud lékař má registrované pacienty v DD, je téměř stoprocentně povinen zdůvodňovat zdravotním pojišťovně regulační srážku, které ji buď uznají či ne a o finanční bonifikaci v systému GIP nemusí vůbec přemyslet. Úplně nedořešena je sesterská zdravotní péče. Pro zajímavost uvádím kódy činností, které zdravotní sestry v DD nejvíce provádějí:

- 06119 komplex - odběr biologického materiálu
- 06121 komplex - lokální ošetření
- 06123 komplex — edukace, reedukace, ošetrovatelská rehabilitace
- 06125 komplex - klysmy, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katetrů
- 06127 komplex - aplikace inhalační a léčebné terapie P. O.. S. C.. T. M., I. V., UV, event. další způsoby aplikace terapie či instilace léčiv

- 06129 nácvik a zaučování aplikace inzulínu
- 06135 výkon sestry v době od 22hod. do 6hod.
- 06137 výkon sestry v den pracovního klidu nebo pracovního volna

- 06129 nácvik a zaučování aplikace inzulínu
- 06135 výkon sestry v době od 22hod. do 6hod.
- 06137 výkon sestry v den pracovního klidu nebo pracovního volna

Z ekonomického hlediska je na tomto ztrátové pro DD zejména to, že většina kódů obsahuje v sobě ze své finanční hodnoty zhruba 70% materiálu. Pomineme-li tedy mzdu sester, tak DD o 100 pacientech s ošetrovatelským oddělením ročně zhruba na materiálu přichází o 276tisíc Kč za rok. Ze své zkušenosti bych navrhl toto řešení. Pokud se týče státního DD, který nemá registraci ale zřizovací listinu, rozšířit tuto zřizovací listinu o možnost poskytování zdravotnických služeb. Potom udělat s lékařem, který má registrované pacienty v DD a povoleny výše uvedené sesterské kódy ve své ordinaci, smlouvu. Obsahem této smlouvy by byla platba lékaře domovu důchodců za provedené sesterské výkony dle domluvy, která by probíhala fakturou. Tento systém by byl zcela průhledný a kontrolovatelný. U nestátních DD, které nemají zřizovací listinu, ale registraci zažádat zákonným způsobem o rozšíření registrace o výše uvedené sesterské kódy a finanční vyrovnání provést s lékařem jako u státního DD. Tímto by došlo k uspokojení obou stran, jak lékaře tak DD a pro pojišťovací ústav si myslím, že by byl tento stav přijatelný. To" vše, co mohu dodat k financování zdravotní a sociální péče v DD.

14 Domov penzion pro důchodce

Systémové zařazení	sociální péče
Typ služby	ústavní sociální péče
Cílová skupina	starší občane, jež splňují zároveně tyto podmínky: <ul style="list-style-type: none">- dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu nebo jim byl přiznán invalidní důchod- jejich zdravotní stav nevyžaduje léčení a odborné ošetřování v lůžkovém ZZ ani trvalé ošetření a obsluhu druhou osobou a nekontraindikuje občana na pobyt v DPT
Počty potřebných	12,5 – 30tisíc občanů

Obsah činnosti
trvalému

ubytovací služby - poskytnutí obytné jednotky k

nebo přechodnému užívání nebo spoluužívání s
jiným či jinými občany

poskytnutí společných prostor
(klubovny, jídelny, knihovny, společenské sály apod.)
a rekreačních pozemků (parku, ústavní zahrady) ke
společnému užívání s ostatními obyvateli

úklid ubytovací jednotky —
čtvrtletní povinný, na žádost v častější frekvenci

úklid společných prostor 1x
denně drobná údržba ubytovací
jednotky dle potřeby

malování ubytovací jednotky nejméně
1x za tři roky a vždy před přijetím nového
obyvatele k nástupu

zajištění praní záclon, ložního prádla,
pokrývky na postel, ubrusů a ručníků

15 Sociální péče v domě s pečovatelskou službou

Sociální péče v domě s pečovatelskou službou probíhá na základě smluvního vztahu a svobodné objednávky obyvatel DPS u organizace která tyto služby poskytuje (Okresní správa sociálních služeb, Červený kříž, Obecní úřad, Městský úřad). Ceny jsou limitovány a schvalovány zpravidla zastupiteli obce. V sobotu, v neděli a ve svátek pečovatelská služba kromě oběda není k dosažení, s čímž je třeba při pobytu počítat. Zdravotní péče je poskytována běžným způsobem, pacienti jsou registrováni u svého praktického lékaře, ten jim spolu s odborníky zajišťují léčebně preventivní léčby, provádí prescripci léků, a dle potřeby zařizuje dopravu sanitními vozy. V poskytování služeb a zdravotní péče žádný problém nevidím.

16 Závěr

V uvedené práci jsem se snažil vyzdvihnout všechny podstatné aspekty nynějšího a budoucího financování provozu DD. Vyzdvihl jsem v obou případech jak klady tak zápory tohoto financování. Provedl jsem i úvahu o tom, jak by bylo možné profinancovat zdravotní péči v DD. Vše však záleží na legislativě, která se bohužel za realitou opožďuje.

17 Seznam použité literatury

Zdravotnické noviny, listopad 1997, Nový zákon o sociální pomoci bude revoluční změnou

Zpravodaj asociace ústavů sociální péče, č.1, únor 2001, Interview s ředitelem odboru sociálních služeb MPVS Ondřejem Mátlém Začíná transformace?, Co dělá ministerstvo pro rozvo sociálních služeb, doc. Ing. Ladislav Průša CSc. Komparace systémů poskytování sociálních služeb v evropských státech

Zdravotnické noviny č.8, 26. 2. 1999, Geriatrie, Evropská charta pacientů seniorů – neznalost neomlouvá

Lékařské listy č. 8, 26. 2. 1999, Péče o geriatrické a chronicky nemocné pacienty, Denní centra jsou důležitou součástí služeb pro seniory

Práci č. 4, 33.99, Prozíraví podnikatelé se začínají zaměřovat na potřeby seniorů

Lidové noviny, 22. 2. 2000, Domov důchodců není žádný domov

Zdravotnické noviny č. 9, 3. 3. 2000, Cíle nového pojetí gerontologie

Zdravotnické noviny, č. 5, 8. 12. 2000, Geriatrize medicíny, jeden z úhlů pohledu

Eva Topinková, Jiří Neuwirth, Geriatrie pro praktického lékaře, Demografie stáří

Baštecký, J., Kumpel, Q. Vojtěchovský, M. a kol., Gerontopsychiatrie. Zneužívaný starý člověk

Lidové noviny č.3, 2. 10. 1999, Úloha dobrovolných organizací v ucelené organizaci.
Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů

Zdravotnické noviny, č. 50. 18. 12. 1998, Styčné plochy mezi zdravotní a sociální péčí u nás a v EU

Lékařské listy č. 9, 2001, Pohled na praktického lékaře – geriatra první linie

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Zdravotnické noviny č. 24, 50/15. 6. 2001, Budeme rekonstruovat nová zařízení sociální péče?, V soutěži byly oceněny především objekty, které respektují soukromí klientů

MUDr. Šťastný, J., Veřejné zdravotnictví, Zdravotně sociální péče a komprehenzivní rehabilitace

PhDr. Vosířáková Ludmila, Ucelená rehabilitace, Preambule k prvnímu vydání Sdružení pro výzkum zdravotnické soustavy, České zdravotnictví, Financování a poskytování péče, Praha 2000

Hnilicová H., Janečková H., Kvalitní zdravotní péče, Ekonom č. 45, 1993

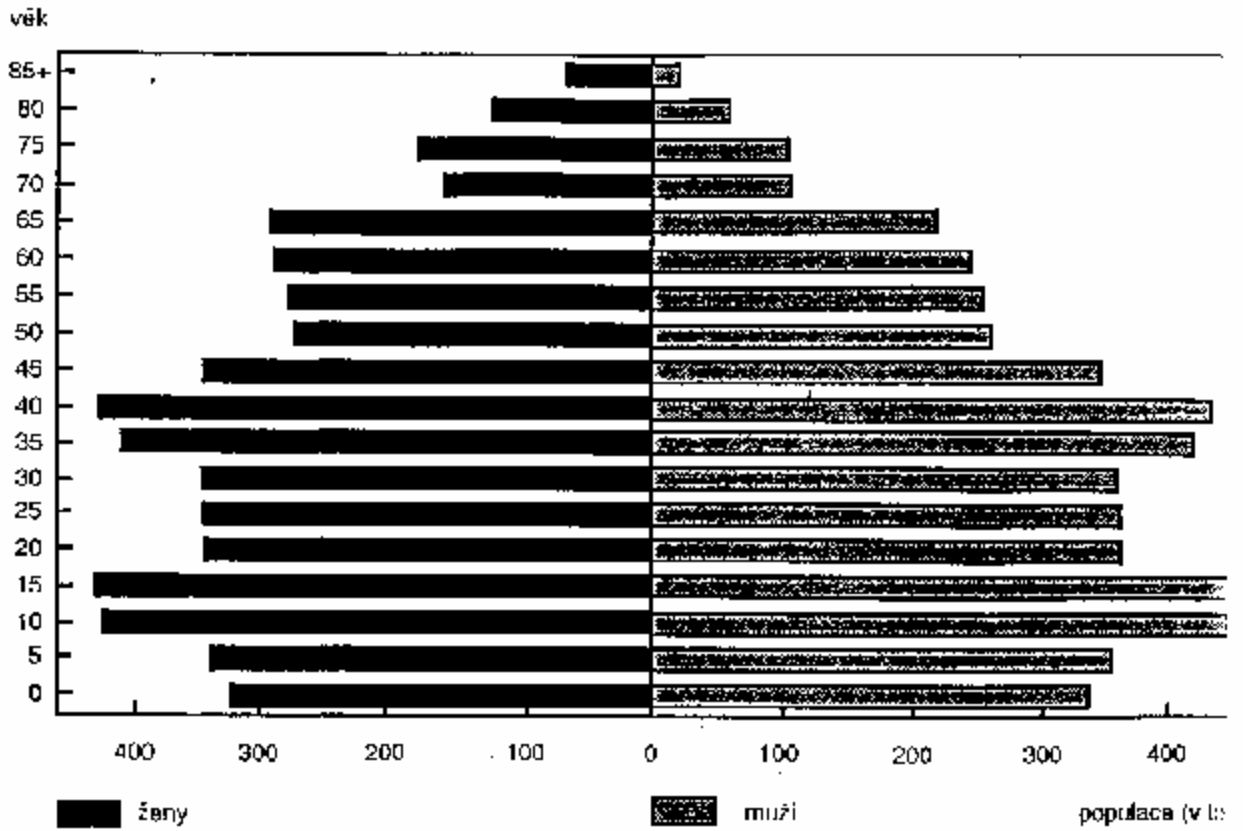
Vimperké noviny č. 12/2000, Mgr. Burianová, Z farní charity Vimperk 1. *Škola veřejného zdravotnictví*. Veřejné zdravotnictví, Projekty podpory zdraví a jejich hodnocení, Praha 2000

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má
sloužit výhradně k osobní potřebě
oprávněného uživatele
a k jeho studijním účelům, je
majetkem IPVZ a podléhá autorskému
zákonu č. 121/2000 Sb.**

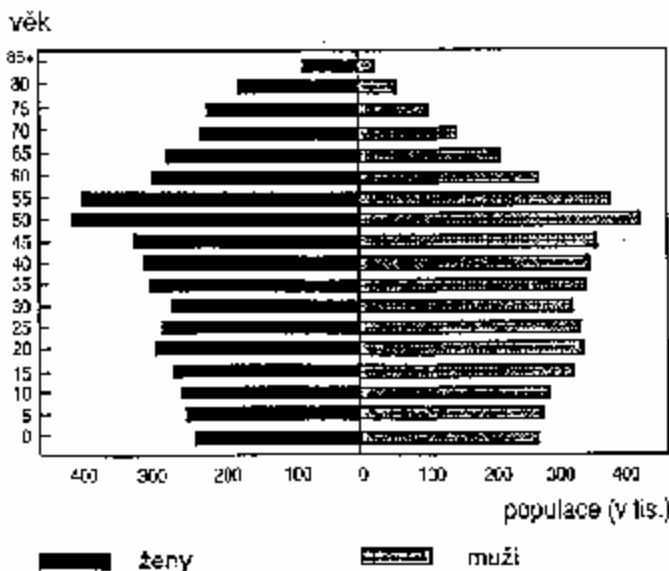
PŘÍLOHY

rok 1990

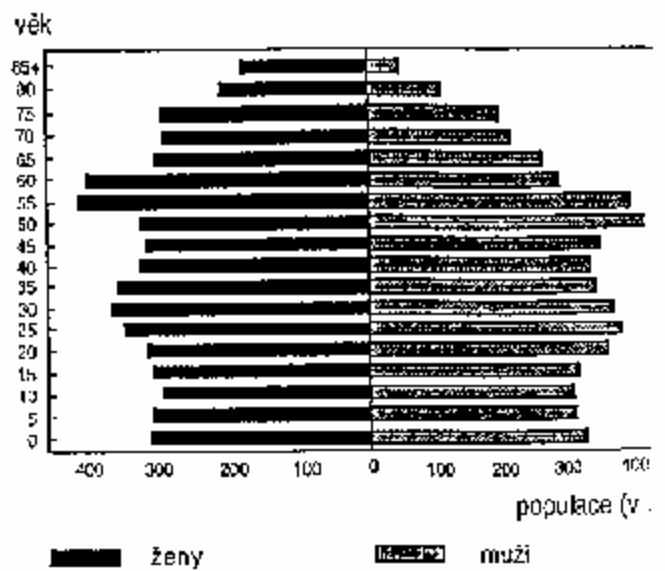
PŘÍLOHA č. 1



varianta I (rok 2030)



varianta II (rok 2030)



Obr. 11 b. Dva demografické scénáře pro českou populaci pro rok 2030: varianta I - nízká porodnost, vyšší mortalita

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.