

## ANALYTICKÁ ČÁST

### 3 Analýza demografických údajů a dalších ukazatelů v oblasti zdraví

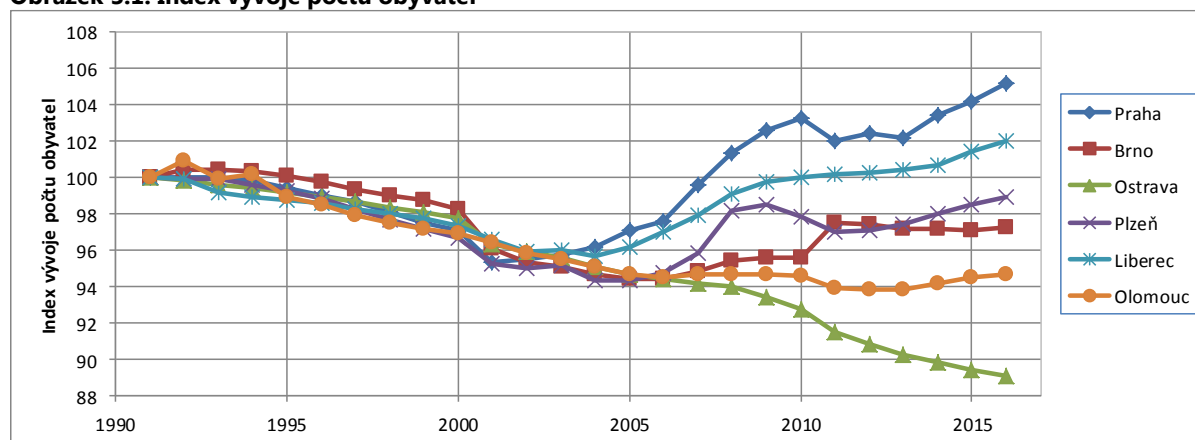
Pro identifikaci vývojových demografických trendů a základních indikátorů v oblasti zdraví ve velkých městech je porovnán vývoj v Brně s městy, která mají počet obyvatel nad 100 000. V roce 2017 se kromě Brna jednalo o následující města: Praha, Ostrava, Plzeň, Liberec a Olomouc. Základní sada indikátorů zdravotního stavu vychází z metodického materiálu Manuál pro Zdravotní plán měst<sup>1</sup>. Konkrétně se jedná o následující skupiny indikátorů:

1. Demografické údaje
2. Délka života
3. Úmrtnost (celková, dle příčin)
4. Nemocnost (incidence novotvarů; hospitalizace v nemocnicích; incidence vybraných infekčních onemocnění; alergie; diabetes mellitus)
5. Reprodukční zdraví a zdraví nejmladších dětí (spontánní potraty, živě narození s vrozenou vadou, živě narození s nízkou porodní hmotností)

#### 3.1 Demografické procesy ve velkých městech nad 100 tis. obyvatel

Základní charakteristikou města je **vývoj celkového počtu obyvatel**. Demografický vývoj velkých měst doprovázený nárůstem obyvatel od druhé světové války se výrazně změnil po roce 1991, kdy začal masivní trend suburbanizace a populace všech velkých měst se začala výrazně snižovat. Po roce 2003 se začal zvyšovat počet obyvatel v Praze a v Liberci. **Následně od roku 2007 dochází k nárůstu obyvatel v Plzni a v Brně.**

Obrázek 3.1: Index vývoje počtu obyvatel



Zdroj: ČSÚ, Běžná evidence obyvatel, data k 31. 12. daného roku.

Pozn.: Index je vztažen ke stavu v roce 1991 (tj. hodnota 100).

**Pořadí měst dle počtu obyvatel** je od roku 2008 stejné s výjimkou Liberce, který se z hlediska počtu obyvatel zařadil před Olomouc. Pokles počtu obyvatel za posledních deset let (viz tabulka 0.1. v příloze) nastal pouze u Ostravy a stabilizovaný počet obyvatel měla Olomouc, v ostatních velkých městech došlo k nárůstu počtu obyvatel. **Nejmenší relativní nárůst obyvatel od roku 2008 mělo Brno.**

<sup>1</sup> Národní síť Zdravých měst. (2017) MANUÁL PRO ZDRAVOTNÍ PLÁN MĚSTA, str. 5 – 6. [on-line] Dostupné na <[https://www.dataplan.info/img\\_upload/5c84ed46aa0abfec4ac40610dde11285/manual\\_zdravotplan\\_verze-2017-final.pdf](https://www.dataplan.info/img_upload/5c84ed46aa0abfec4ac40610dde11285/manual_zdravotplan_verze-2017-final.pdf)>.

### 3.1.1 Vývoj a prognóza počtu obyvatel města Brna

Pro vyhodnocení potřebnosti zdravotní a sociální péče je nutné analyzovat budoucí vývoj počtu obyvatel a jejich strukturu. Vlastní počet obyvatel pak představuje zejména dvě skupiny:

1. **Trvale bydlící obyvatelstvo na základě průběžné evidence ČSÚ**, tj. občané, jež jsou ve městě přihlášení k trvalému pobytu přesto, že někteří mohou přechodně pobývat mimo město. K 1. 1. 2017 se jedná o 377 973 osob.
2. **Další fakticky žijící osoby v Brně, jejichž počet se odhaduje na 48 tisíc osob<sup>2</sup>** v roce 2011, a to v následujících kategoriích:
  - a. bydlící osoby bez přihlášení – cca 25 tisíc;
  - b. nelegální cizinci – cca 20 tisíc;
  - c. vězni a osoby ve vazbě – cca 1 tisíc;
  - d. bezdomovci – cca 2 tisíce.

**Tabulka 3.1: Celkový počet obyvatel města Brna – odhad aktuálního stavu a vývoje do roku 2025**

Řádek č.	Ukazatel		2011	2020	2025
1	obyvatelstvo na základě průběžné evidence ČSÚ	nízká varianta *)	378 965	373 117	365 423
2		střední varianta *)		379 372	375 986
3		vysoká varianta *)		381 590	381 540
4	další fakticky žijící osoby	fakticky bydlící bez přihlášení	cca 25 tisíc	cca 25 tisíc	cca 25 tisíc
5		nelegální cizinci	cca 20 tisíc	cca 25 tisíc	cca 25 tisíc
6		vězni a osoby ve vazbě	cca 1 tisíc	cca 1 tisíc	cca 1 tisíc
7		bezdomovci	cca 2 tisíce	cca 3 tisíce	cca 3 tisíce
8	fakticky bydlící obyvatelstvo celkem	součet řádků 1/2/3 a 4, 5, 6, 7	cca 430 tisíc	cca 425 až 440 tisíc	cca 420 až 435 tisíc
9	přítomné obyvatelstvo	dojíždka do zaměstnání	69 723	cca 70 tisíc	cca 70 tisíc
10		vyjíždka do zaměstnání	14 334	cca 18 tisíc	cca 20 tisíc
11		saldo dojíždky do zaměstnání	55 389	cca 52 tisíc	cca 50 tisíc
12		dojíždka do škol	44 271	cca 45 tisíc	cca 45 tisíc
13		vyjíždka do škol	1 921	cca 3 tisíce	cca 3 tisíce
14		saldo dojíždky do škol	42 350	cca 42 tisíc	cca 42 tisíc
15		dojíždka za službami	cca 10 až 20 tisíc	cca 10 až 20 tisíc	cca 10 až 20 tisíc
16		denní počet návštěvníků	cca 10 tisíc	cca 10 tisíc	cca 10 tisíc
17	přítomné obyvatelstvo celkem (počítáno se saldy dojíždky do zaměstnání a do škol)	součet řádků 11, 14, 15, 16	cca 110 tisíc	cca 120 tisíc	cca 120 tisíc
18	celkové obyvatelstvo	součet řádků 8 a 17	cca 540 tisíc	cca 545 až 560 tisíc	cca 540 až 555 tisíc

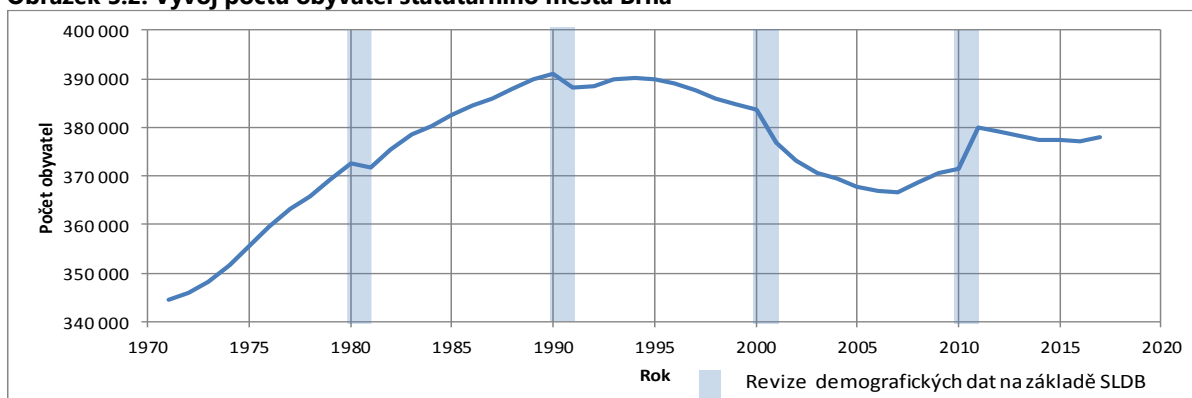
Zdroj: Seidenglanz, D. a kol. Odborná analýza vývoje počtu osob oficiálně neregistrovaných ve městě Brně, Brno: Centrum pro regionální rozvoj, 2013, str. 26.

Pozn.: \* Seidenglanz, D. a kol. Prognóza demografického vývoje obyvatelstva města Brna a jeho okolí. Brno: Centrum pro regionální rozvoj, 2013.

<sup>2</sup> Seidenglanz, D. a kol. Odborná analýza vývoje počtu osob oficiálně neregistrovaných ve městě Brně, Brno: Centrum pro regionální rozvoj, 2013, str. 26

Z hlediska trvale bydlícího obyvatelstva dosáhlo město Brno největšího počtu obyvatel (390 986 osob) v roce 1990, od tohoto roku dochází přes různé výkyvy ke snižování počtu obyvatel. Výrazné změny v běžné evidenci obyvatelstva jsou způsobené i revizí demografických dat na základě údajů ze Sčítání lidu, domů a bytů prováděného každých 10 let. I přes výše uvedené výkyvy lze tvrdit, že po roce 2011 dochází ke stabilizaci počtu obyvatel na současných 377 973 osob (k 1. 1. 2017).

**Obrázek 3.2: Vývoj počtu obyvatel statutárního města Brna**

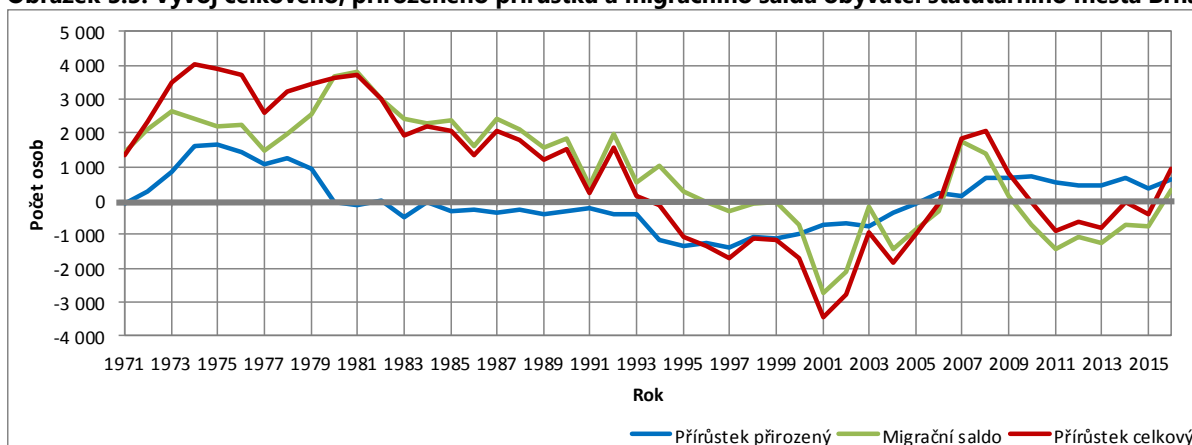


Zdroj: ČSÚ, Běžná evidence obyvatelstva, údaje k 1.1.

Pozn.: V letech 1971 až 1981, včetně obcí, které se sloučily se statutárním městem Brnem.

**Největší vliv na populační vývoj města Brna má migrační saldo**, tj. rozdíl mezi přistěhovanými a vystěhovanými osobami, a to v celém sledovaném období s výjimkou let 1993 až 2000. Od roku 2005 je vykazován kladný přirozený přírůstek, což znamená, že převažují narození před zemřelými. Je to způsobeno především odloženou porodností silných věkových kohort narozených v letech 1972 až 1976. Pozitivní vývoj migračního salda byl v letech 2007 a 2008 před ekonomickou recesí, pak došlo k výraznému poklesu a až v roce 2016 bylo vykázáno mírně pozitivní migrační saldo (+ 320 osob).

**Obrázek 3.3: Vývoj celkového, přirozeného přírůstku a migračního salda obyvatel statutárního města Brna**



Zdroj: ČSÚ, Běžná evidence obyvatelstva.

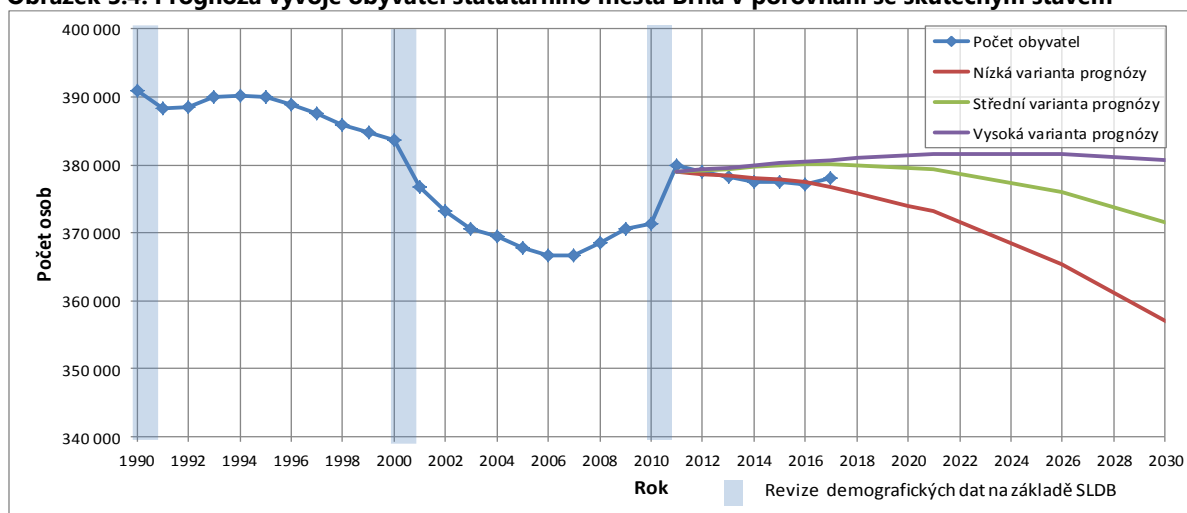
Pozn.: V letech 1971 až 1981, včetně obcí, které se sloučily se statutárním městem Brnem.

V roce 2013 byla provedena demografická prognóza vývoje obyvatel statutárního města Brna do roku 2056, která pracuje se třemi variantami, které zahrnovaly i migrační chování<sup>3</sup>. Pravděpodobný počet obyvatel města Brna by se měl nacházet někde v rozmezí mezi nízkou a vysokou variantou. Na základě skutečného vývoje počtu obyvatel od roku 2013 do roku 2017 lze tvrdit, že počet obyvatel kopíruje nízkou variantu, ale pokud by došlo k pozitivnímu migračnímu saldu v následujících letech, lze očekávat naplnění střední varianty. To vše je podmíněno migračním chováním obyvatel stěhujících se

<sup>3</sup> Seidenglanz, D. a kol. Prognóza demografického vývoje obyvatelstva města Brna a jeho okolí. Brno: Centrum pro regionální rozvoj, 2013

do Brna, které je dle historických dat výrazně ovlivněno ekonomickou situací. **Pokud v blízké době nedojde k ekonomickému útlumu/recesi nejpravděpodobněji nastane střední varianta.** Podrobné výsledky střední varianty prognózy dle věkových kohort jsou uvedeny v tabulce 0.2 v příloze.

**Obrázek 3.4: Prognóza vývoje obyvatel statutárního města Brna v porovnání se skutečným stavem**



Zdroj: ČSÚ, Běžná evidence obyvatelstva, údaje k 1.1. a Seidenglanz, D. a kol. Prognóza demografického vývoje obyvatelstva města Brna a jeho okolí. Brno: Centrum pro regionální rozvoj, 2013.

Pozn.: Nízká varianta prognózy je založena na nulovém migračním saldu, v roce 2056 bude míra úhrnné plodnosti 1,51; naděje na dožití u mužů 82,5 roků a u žen 87,0 roků. Střední varianta je založena na kladném migračním saldu 500 osob ročně, v roce 2056 bude míra úhrnné plodnosti 1,65 a naděje na dožití u mužů 84,5 let a u žen 89,5 roků. Vysoká varianta prognózy je založena na postupném zvyšování migračního salda z 500 osob ročně na 1000 osob ročně v roce 2056, přičemž v roce 2056 bude míra úhrnné plodnosti činit 1,75 a naděje na dožití u mužů 86 let a u žen 91,0 let.

### 3.1.2 Věková struktura obyvatel

Z hlediska věkového složení obyvatelstva dochází v ČR k procesu stárnutí. Ve všech velkých městech nad 100 tis. obyvatel je podíl poproduktivní složky obyvatelstva vyšší než předproduktivní. **Podíl poproduktivní složky obyvatel na začátku roku 2016 byl v Brně v rámci velkých měst druhý nejvyšší (19,9 %).**

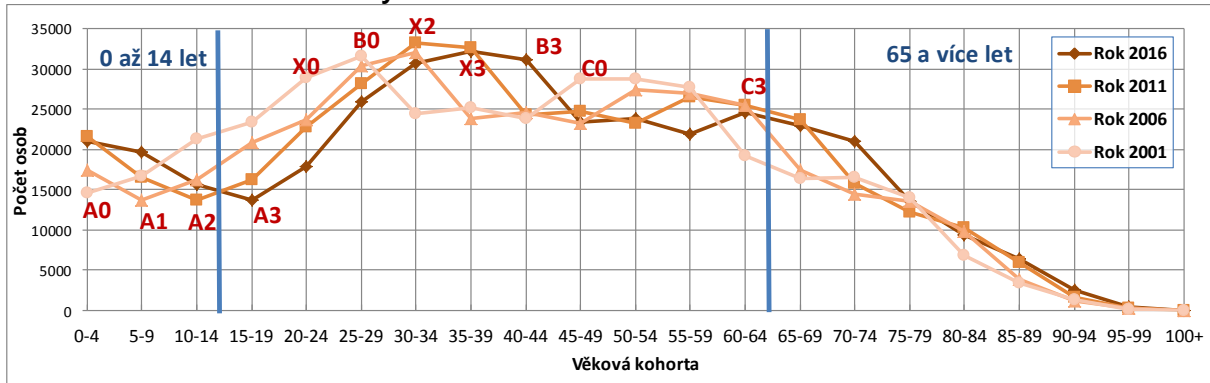
**Tabulka 3.2: Podíl předproduktivní a poproduktivní složky obyvatel na celkovém počtu obyvatel (v %)**

Město	Podíl obyvatel ve věku 0 - 14 let			Podíl obyvatel ve věku 65 a více let		
	2010	2016	Změna	2010	2016	Změna
Plzeň	12,6	14,4	1,8	17,3	20,1	2,8
Brno	12,9	14,7	1,8	17,5	19,9	2,4
Olomouc	13,3	15,4	2,1	16,2	19,0	2,8
Liberec	14,1	16,1	2,0	15,1	18,7	3,6
Ostrava	14,0	14,6	0,6	15,4	18,6	3,2
Praha	12,4	14,9	2,5	16,1	18,4	2,3

Zdroj: ČSÚ, Běžná evidence obyvatel, data k 1. 1. daného roku.

Věková struktura obyvatel Brna v roce 2001 uvedena v následujícím grafu ukazuje (bod A0) na velmi nízký počet dětí ve věku 0 až 4 let (14 594). Tento výpadek porodnosti se projevuje i ve věkové struktuře následujících let (A2 až A3) a nelze předpokládat, že bude nahrazen pozitivní migrací, proto se projeví i v nižší porodnosti od roku 2021 pro tuto věkovou kohortu. Nejsilněji je zastoupena věková kohorta obyvatel narozených v letech 1972 až 1976 (bod B0 až B3). Na tuto věkovou kohortu navazuje kohorta (X0), kde lze identifikovat její nárůst migrací (bod X2), ale vzápětí je zde mírný pokles v roce 2016 (X3). Ze starších věkových kohort je silněji zastoupena věková kohorta osob narozených v letech 1952 až 1956 (bod C0), která se v roce 2021 přesune do osob starších 65 a více let a tím výrazněji posílí věkovou skupinu seniorů.

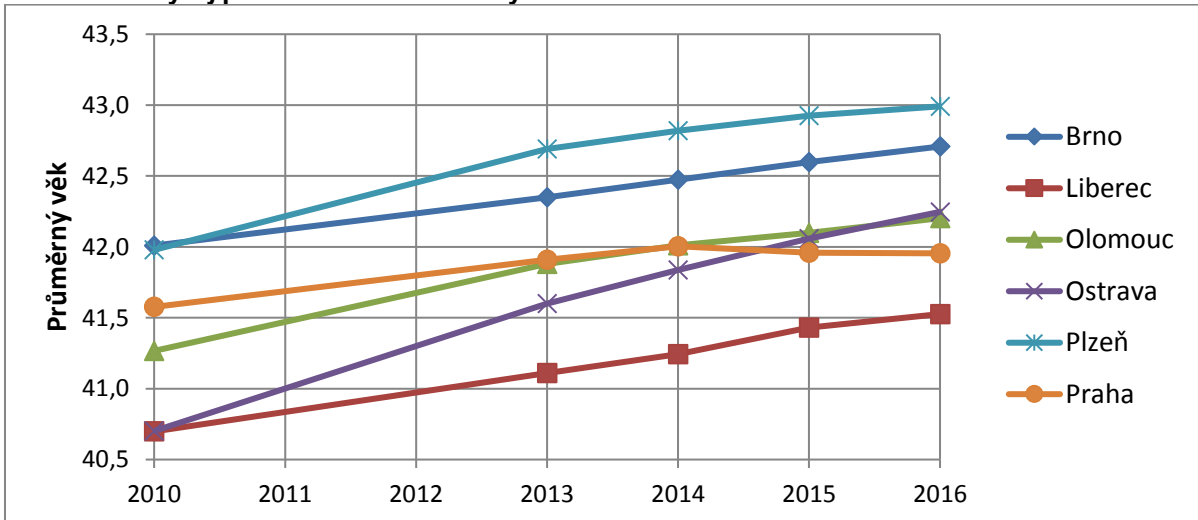
**Obrázek 3.5: Věková struktura obyvatel Brna v letech 2001 až 2016**



Zdroj: ČSÚ, Běžná evidence obyvatelstva.

V České republice mají velká města s výjimkou Liberce vyšší průměrný věk, než je celkový průměr v ČR (41,9 let k 1. 1. 2016). Nejrychleji roste průměrný věk v Ostravě, což je způsobeno výrazným stěhováním mladého obyvatelstva do Prahy a do zázemí města (cca 70 % vystěhovalých). Vystěhování mladého obyvatelstva v Ostravě se projevuje i nižším podílem dětské složky ve městě. Naopak nejmenší nárůst průměrného věku je u Prahy, který je dán přílivem mladých obyvatel z celé republiky i ze zahraničí. **Průměrný věk obyvatel Brna je druhý nejvyšší v rámci vybraných měst, což je důsledkem vyššího podílu seniorů, který je zmírněn příchodem mladého obyvatelstva na rozdíl od Plzně.**

**Obrázek 3.6: Vývoj průměrného věku ve velkých městech**



Zdroj: ČSÚ, Běžná evidence obyvatel, data k 1. 1. 2016.

**V Brně od roku 2001 do konce roku 2016 vzrostl počet seniorů o 30 %, na současných 76 382 osob, které tvoří 20,2 % obyvatel.**

**Tabulka 3.3: Vývoj základních věkových skupin obyvatel měst Brna od roku 2001 do roku 2016**

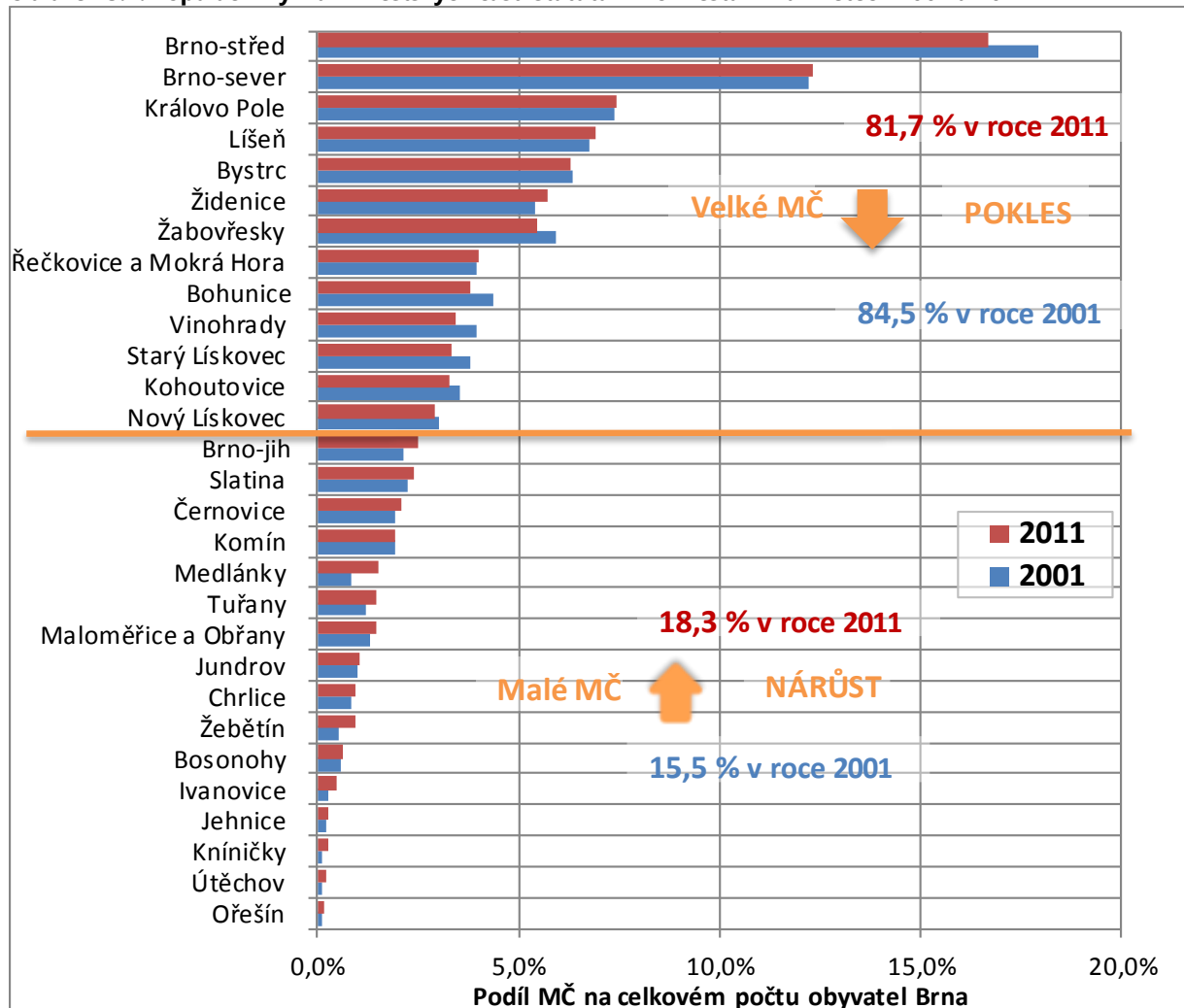
Rok	Počet obyvatel				Podíl věkových skupin			Index stáří
	Celkem	0-14	15-64	65 +	0-14	15-64	65 +	
2001	373 272	52 617	261 938	58 717	14,1%	70,2%	15,7%	111,59321
2006	366 680	47 428	258 636	60 616	12,9%	70,5%	16,5%	127,80636
2011	378 965	51 757	257 397	69 811	13,7%	67,9%	18,4%	134,88224
2016	377 973	56 413	245 178	76 382	14,9%	64,9%	20,2%	135,39787

Zdroj: ČSÚ, Běžná evidence obyvatelstva, údaje k 31. 12. daného roku.

### 3.1.3 Demografický vývoj v městských částech Brna

Dle počtu obyvatel jsou rozlišeny velké městské části Brna, které mají nad 10 tis. obyvatel a ve kterých v roce 2011 žilo 81,7 % obyvatel Brna, a malé městské části, kde jsou častěji zastoupeny individuální formy bydlení. Od roku 2001 došlo ke snížení populační velikosti především městské části Brno-střed o 1,3 %. Naopak malé městské části narostly celkem o 3 %, což souvisí s projevem suburbanizace.

**Obrázek 3.7: Populační význam městských částí statutárního města Brna v letech 2001 a 2011**



Zdroj: ČSÚ, SLDB 2001 a 2011.

Z hlediska věkové struktury největší podíl seniorů (tj. 20 % a více) měly v roce 2011 městské části Žabovřesky; Brno-sever; Jundrov; Řečkovice a Mokrá Hora; Komín; Královo Pole, přičemž výrazná koncentrace seniorů z hlediska počtu je v městské části Brno-sever (jedná se přibližně o 11 tis. osob). Nejvyšší podíl dětské složky (nad 15 %) mají malé městské části Útěchov; Žebětín; Medlánky; Ořešín; Ivanovice; Kníničky; Jehnice. V případě analýzy počtu mužů na 100 žen, tj. index maskulinity, se potvrzuje delší naděje na dožití u žen, protože převaha žen (index maskulinity pod 90) je v městských částech s vyšším podílem seniorů, tj. Žabovřesky; Starý Lískovec; Brno-sever; Kohoutovice; Bystrc; Komín. Více mužů, než žen je v městských částech Brno-jih; Ivanovice; Chrlice; Kníničky, kde je větší podíl dětské složky.

**Tabulka 3.4: Vývoj základních demografických ukazatelů městských částí statutárního města Brna**

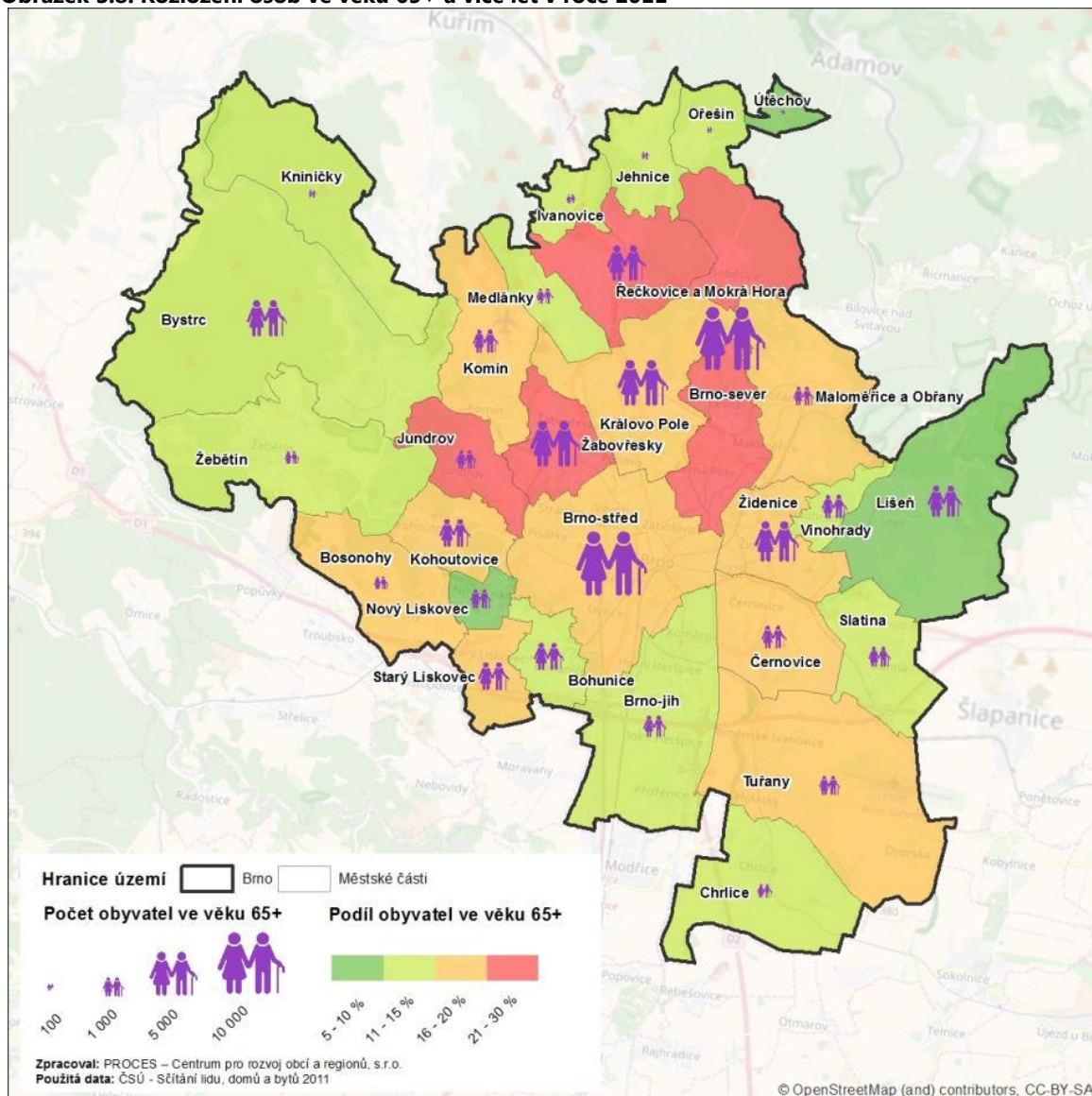
Poř.	Městská část	Celkem obyvatel*	Podíl obvodu na celkovém počtu obyvatel Brna			Podíl obyvatel ve věku*		Index maskulinity*
			2001	2011	Změna	0-14	65 +	
1	Brno-střed	64 316	17,9%	16,7%	-1,3%	11,5%	17,5%	94,9
2	Brno-sever	47 643	12,2%	12,3%	0,1%	13,1%	22,9%	88,3
3	Královo Pole	28 674	7,4%	7,4%	0,1%	11,0%	20,0%	94,5
4	Líšeň	26 781	6,7%	6,9%	0,2%	13,9%	10,1%	96,2
5	Bystrc	24 218	6,3%	6,3%	-0,1%	13,5%	14,9%	89,3
6	Židenice	22 000	5,4%	5,7%	0,3%	13,6%	19,8%	91,7
7	Žabovřesky	21 047	5,9%	5,5%	-0,5%	11,8%	26,5%	86,2
8	Řečkovice a Mokrá Hora	15 486	4,0%	4,0%	0,0%	13,0%	21,7%	91,1
9	Bohunice	14 683	4,4%	3,8%	-0,6%	10,6%	13,8%	92,3
10	Vinohrady	13 361	3,9%	3,5%	-0,5%	11,1%	10,7%	90,3
11	Starý Lískovec	12 931	3,8%	3,4%	-0,4%	12,2%	16,8%	88,1
12	Kohoutovice	12 621	3,5%	3,3%	-0,3%	13,4%	16,5%	88,8
13	Nový Lískovec	11 349	3,0%	2,9%	-0,1%	15,0%	9,0%	92,6
14	Brno-jih	9 690	2,1%	2,5%	0,4%	11,3%	11,8%	104,1
15	Slatina	9 360	2,3%	2,4%	0,2%	14,4%	12,1%	97,4
16	Černovice	8 024	1,9%	2,1%	0,1%	12,7%	17,5%	94,3
17	Komín	7 457	1,9%	1,9%	0,0%	13,2%	20,2%	89,5
18	Medlánky	5 898	0,8%	1,5%	0,7%	17,8%	11,1%	94,8
19	Tuřany	5 674	1,2%	1,5%	0,2%	13,8%	17,1%	97,6
20	Maloměřice a Obřany	5 621	1,3%	1,5%	0,2%	14,0%	17,1%	97,6
21	Jundrov	4 132	1,0%	1,1%	0,0%	13,7%	22,0%	90,9
22	Chrlice	3 722	0,8%	1,0%	0,1%	14,0%	13,5%	100,8
23	Žebětín	3 577	0,6%	0,9%	0,4%	18,5%	12,7%	93,7
24	Bosonohy	2 457	0,6%	0,6%	0,0%	13,8%	18,2%	94,7
25	Ivanovice	1 746	0,3%	0,5%	0,2%	16,8%	12,9%	102,6
26	Jehnice	1 102	0,2%	0,3%	0,1%	15,6%	12,4%	99,6
27	Kníničky	1 006	0,1%	0,3%	0,1%	15,7%	14,6%	100,0
28	Útěchov	760	0,1%	0,2%	0,1%	21,2%	9,0%	92,9
29	Ořešín	577	0,1%	0,1%	0,0%	17,1%	15,4%	99,0
	<b>Celkem</b>	<b>385 913</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>12,8%</b>	<b>17,4%</b>	<b>92,5</b>

Zdroj: ČSÚ, SLDB 2001 a 2011.

Pozn.: \* jsou označeny údaje z roku 2011. Index maskulinity ukazuje počet mužů na 100 žen.

Metodická poznámka: V roce 2001 je uvedeno obyvatelstvo úhrnem, které zahrnuje trvalý a dlouhodobý pobyt. V roce 2011 došlo k metodické změně a jsou uváděny údaje o obyvatelích s obvyklým bydlištěm.

**Obrázek 3.8: Rozložení osob ve věku 65+ a více let v roce 2011**



## 3.2 Indikátory zdravotního stavu

### 3.2.1 Střední délka života

Střední délka života neboli naděje na dožití při narození udává počet let, které má naději prožít osoba právě narozená při úmrtnosti ve sledovaném období. V ČR se střední délka života zvyšuje. Od roku 2004 se naděje na dožití při narození u mužů zvýšila o 2 roky, u žen dokonce o 2,4 let. Muž narozený v roce 2015 se pravděpodobně dožije věku 76,7 let, zatímco žena narozená v tomto roce 82,5 let. V rámci celé ČR je v roce 2016 nejvyšší naděje na dožití při narození muže v Praze a ženy v Brně. Muž narozený v hl. m. Praze v roce 2015 by se mohl dožít 77,4 let, zatímco v Brně 76,7 let. Naděje na dožití ve velkých městech při narození u mužů vzrostla od roku 2004 nejvíce v hl. m. Praze (o 2,1 let) a v Brně (o 2,0 let).

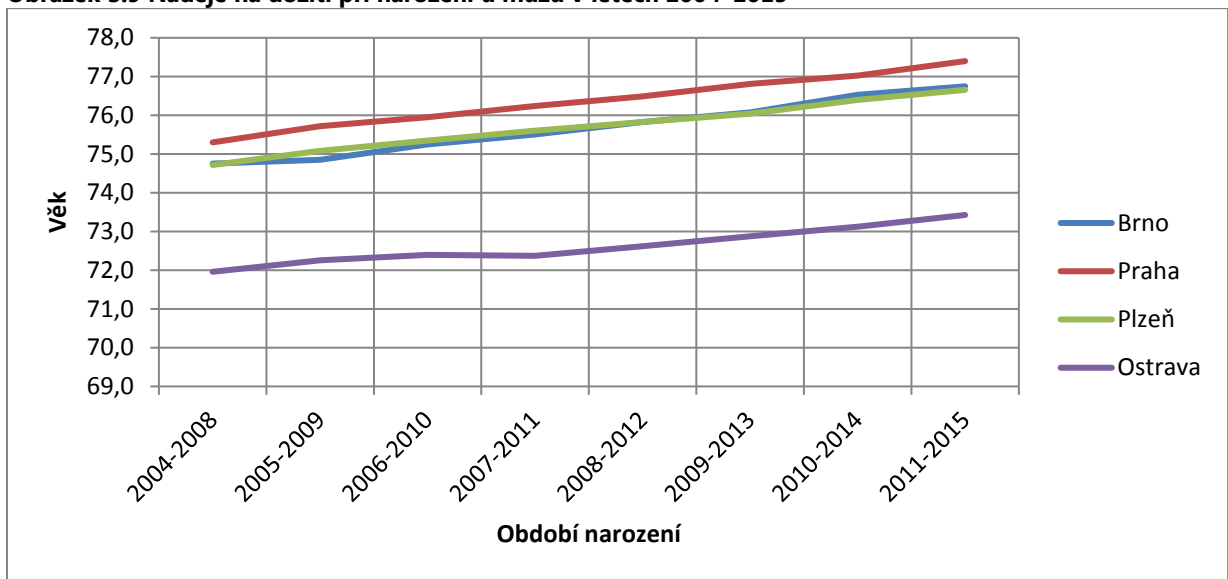


**Tabulka 3.5: Naděje na dožití v roce 2016**

Věk v roce 2016	0 až 1		45 až 46		65 až 66	
Pohlaví	Muž	Žena	Muž	Žena	Muž	Žena
Praha	77,6	82,4	33,9	38,1	17,1	20,1
Brno	77,0	82,8	33,4	38,7	16,9	20,6
Ostrava	73,9	80,4	30,7	36,4	15,3	19,1
Plzeň	77,1	81,9	33,5	37,8	16,7	19,6
Liberec	75,9	81,5	32,5	37,5	16,2	19,6
Olomouc	76,6	82,4	33,2	38,4	16,8	20,2

Zdroj: ČSÚ, Úmrtnostní tabulky.

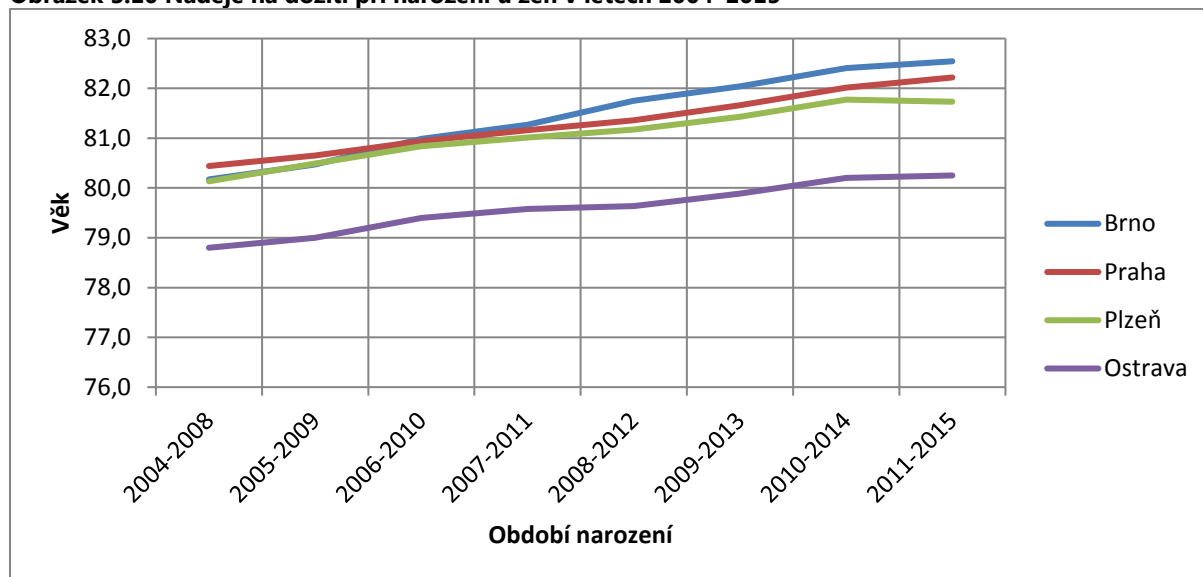
**Obrázek 3.9 Naděje na dožití při narození u mužů v letech 2004–2015**



Zdroj: ČSÚ, Úmrtnostní tabulky.

Naděje na dožití je u žen obecně vyšší než u mužů. V Brně se naděje na dožití při narození u žen prodloužila od roku 2004 o 2,4 let, což byl nejvyšší růst v rámci vybraných měst. Žena narozená v roce 2015 se pravděpodobně dožije věku 82,5 let, zatímco žena narozená v roce 2004 by se měla dožít 80,2 let.

**Obrázek 3.10 Naděje na dožití při narození u žen v letech 2004–2015**



Zdroj: ČSÚ, Úmrtnostní tabulky.

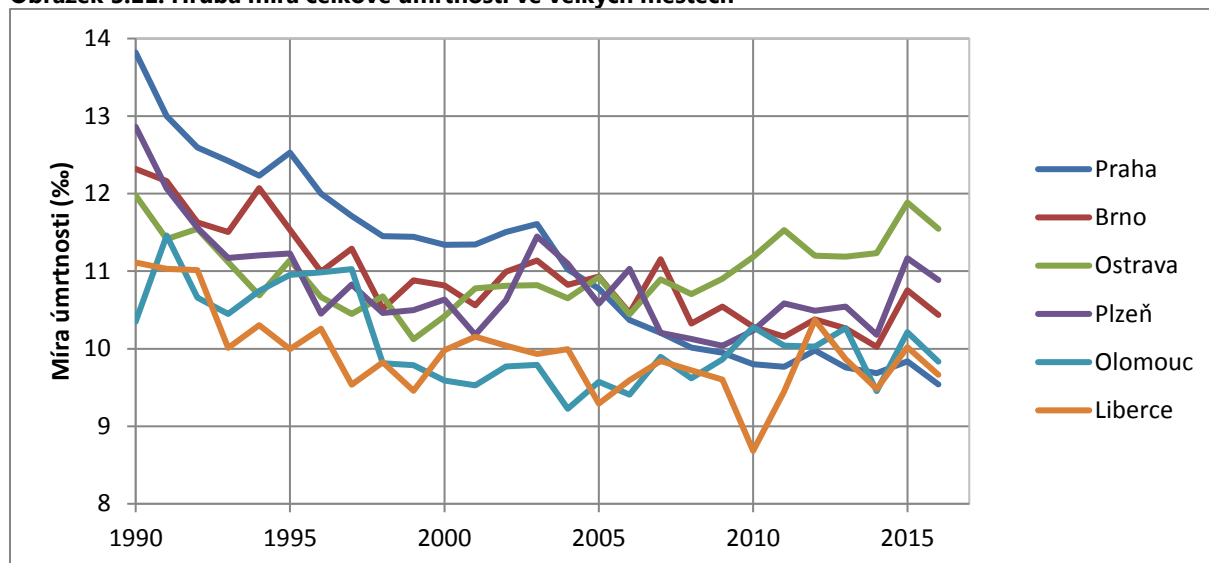
### 3.2.2 Úmrtnost

V České republice se úmrtnost snižovala až do šedesátých let 20. století, což se projevilo prodloužením střední délky života. Od poloviny šedesátých let však začal vývoj úmrtnosti stagnovat. Úroveň kojenecké i novorozenecké úmrtnosti zůstávala za evropským průměrem. Velmi nepříznivá byla úmrtnost především mužské části obyvatelstva ve věku 45 až 70 let. Ke stagnaci vývoje úmrtnosti přispívalo zhoršující se životní prostředí, zaostávání zdravotnických zařízení po technické stránce a nevhodný způsob života obyvatelstva. Na konci sedmdesátých let je patrný zřetelný pokles kojenecké a novorozenecké úmrtnosti. V průběhu devadesátých let se výrazně změnila úmrtnostní podmínky v celé České republice. Rychle se začala zlepšovat zdravotní a sociální péče, péče o starší a nemohoucí občany, zlepšila se úroveň zdravotnické techniky, mnoho lidí změnilo svůj způsob života, stát začal vnímat potřebu věnovat pozornost péči o životní prostředí. Došlo k viditelnému snížení kojenecké úmrtnosti a současně došlo k zřetelnému poklesu úmrtnosti osob ve středním věku. Úroveň kojenecké úmrtnosti dosáhla v roce 2000 hodnoty 4,9 ‰ a v roce 2004 dokonce 3,9 ‰, která je srovnatelná s vyspělými státy. Z vývoje kojenecké i novorozenecké úmrtnosti je patrné, že se její pokles na konci devadesátých let zpomalil.

Vývoj úmrtnosti a hodnoty některých ukazatelů úmrtnosti jsou ovlivněny věkovou strukturou obyvatelstva a různou pravděpodobností úmrtí v jednotlivých věkových skupinách. Biologicky jsou dány různé pravděpodobnosti úmrtí pro muže a ženy. Poměr pohlaví při narození biologicky dosahuje přibližně 106 chlapců na 100 dívek. V průběhu života mají muži stále vyšší pravděpodobnost úmrtí než ženy. Pravděpodobnost úmrtí je vysoká při narození dítěte a od tohoto dne se snižuje, na začátku dospívání začíná tato pravděpodobnost opět růst a stoupá až do nejvyšších věkových skupin.

Z hlediska vývoje celkové úmrtnosti dochází od 90 let 20. století k poklesu ve všech velkých městech s výjimkou Ostravy, kde se přes pokles v období 1994 až 2006, hodnoty zvedly až na 11,5 ‰ v roce 2016. Poté s větším odstupem následuje Plzeň a Brno. Největší snížení úmrtnosti zaznamenala Praha, klíčovým faktorem tohoto trendu je příliv mladých obyvatel do hlavního města.

**Obrázek 3.11: Hrubá míra celkové úmrtnosti ve velkých městech**



Zdroj: ČSÚ, Demografické ukazatele za vybraná města.

Pro přesné srovnání desetiletého vývoje u jednotlivých měst, je nutné použít standardizovanou míru úmrtnosti, která je očištěná od vlivu věkové struktury. Tato míra je k dispozici pouze na úrovni okresů<sup>4</sup>. Město Brno se v tomto porovnání umístilo hned za Prahou

**Tabulka 3.6: Standardizovaná míra úmrtnosti ve velkých městech v %**

	Muži			Ženy		
	2006	2015	Rozdíl	2006	2015	Rozdíl
Hlavní město Praha	8,75	7,38	-1,37	5,66	4,75	-0,91
okres Brno-město	8,92	7,54	-1,38	5,56	4,76	-0,80
okres Ostrava-město	11,16	9,92	-1,24	6,57	5,83	-0,73
okres Plzeň-město	9,78	7,90	-1,89	6,35	5,33	-1,01
Česká republika	10,24	8,64	-1,60	6,13	5,23	-0,90

Zdroj: UZIS, 2006 a 2015.

Dalším ukazatelem zdravotního stavu je úmrtnost podle příčin úmrtí. Příčiny jsou vymezeny podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (desátá revize).

Analýza počtu zemřelých dle příčin smrti je důležitá zejména pro nastavení potřeb preventivních opatření. Mezi nejčastější příčiny smrti v ČR patří nemoci oběhového systému a novotvary. Třetí nejfrequentovanější příčinou smrti jsou onemocnění dýchací soustavy, jako jsou chřipka, akutní zánět průdušek či chronické obstruktivní nemoci plic. Ve velkých městech je situace obdobná jako v rámci celé ČR.

**Tabulka 3.7: Zemřelí podle seznamu příčin smrti v roce 2015 (v % zemřelých celkem)**

Příčiny smrti	Praha	Brno	Ostrava	Plzeň
Nemoci oběhové soustavy	44,47	46,97	46,83	45,14
Novotvary	25,78	24,08	23,41	24,83
Nemoci dýchací soustavy	7,00	6,29	6,44	6,60
Vnější příčiny poranění a otrav	4,83	4,90	4,80	5,23
Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	3,89	3,92	4,40	3,90
Nemoci nervové soustavy	3,74	2,82	2,02	2,98
Nemoci trávicí soustavy	3,64	4,53	5,56	3,82
Některé infekční a parazitární nemoci	2,15	1,31	1,81	1,43

<sup>4</sup> Okresy Brno-město a hl. m. Praha jsou zcela populačně shodné s vybranými městy. Počet obyvatel statutárního města Plzeň a statutárního města Ostravy tvoří 90 % obyvatel okresu Plzeň-město a Ostrava-město.

Příčiny smrti	Praha	Brno	Ostrava	Plzeň
Poruchy duševní a poruchy chování	1,53	1,26	1,33	2,19
Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	1,30	1,72	1,26	1,57
Nemoci močové a pohlavní soustavy	1,02	1,42	1,23	1,27
Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	0,20	0,25	0,23	0,27
Nemoci krve, krevetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity	0,17	0,22	0,24	0,35
Některé stavy vzniklé v perinatálním období	0,12	0,08	0,12	0,11
Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality	0,09	0,07	0,16	0,11
Nemoci kůže a podkožního vaziva	0,08	0,16	0,15	0,19

Zdroj: ČSÚ, Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech 2015.

Tabulka 3.8: Vývoj úmrtí v Brně

ÚMRTÍ	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Celkově</b>	● 4 091	○ 3 816	● 3 915	○ 3 814	● 3 848	● 3 925	● 3 871	○ 3 777	● 4 053	● 3 938
<b>Muži</b>	● 1 963	○ 1 857	● 1 889	○ 1 833	● 1 901	● 1 948	● 1 859	● 1 863	● 1 938	● 1 931
<b>Ženy</b>	● 2 128	● 1 959	● 2 026	○ 1 981	○ 1 947	● 1 977	● 2 012	○ 1 914	● 2 115	● 2 007
<b>Předčasné celkově</b>	● 897	● 818	● 835	● 819	● 773	● 712	● 700	○ 651	○ 633	○ 626
<b>Předčasné muži</b>	● 603	● 551	● 560	● 527	● 519	● 463	● 479	○ 424	○ 417	○ 401
<b>Předčasné ženy</b>	● 294	● 267	● 275	● 292	● 254	● 249	○ 221	○ 227	○ 216	○ 225
<b>Nemoci oběhu</b>	● 2 142	● 1 955	● 1 991	○ 1 860	○ 1 851	● 1 902	● 1 850	○ 1 729	● 1 878	○ 1 727
<b>Novotvary</b>	○ 994	○ 990	○ 1 010	● 1 025	● 1 044	● 1 056	○ 971	● 1 018	○ 959	● 1 040
<b>Úrazy a otravy</b>	○ 207	○ 208	○ 205	○ 208	○ 230	○ 199	○ 197	○ 206	○ 204	○ 196
<b>Sebevraždy</b>	○ 36	○ 37	○ 47	○ 40	○ 42	○ 43	● 57	● 54	● 50	○ 44

Zdroj: UZIS; LPZ 2007–2016.

### 3.2.3 Nemocnost

Tabulka 3.9: Vývoj hospitalizací v Brně

HOSPITALIZACE	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Celkem</b>	● 76 925	● 75 637	○ 74 225	○ 74 073	○ 70 379	● 73 651	● 73 505	● 73 714	○ 72 246	○ 71 553
<b>Nemoci oběhu</b>	● 10 427	● 10 215	● 10 080	● 10 090	○ 9 700	● 9 711	● 9 459	● 9 408	○ 9 113	○ 8 635
<b>Novotvary</b>	● 8 010	● 7 902	● 7 888	● 7 959	○ 6 816	○ 6 588	○ 6 577	○ 6 276	○ 5 960	○ 6 378
<b>Úrazy a otravy</b>	● 7 346	● 7 112	● 7 119	● 7 166	○ 6 398	● 7 100	● 7 025	● 6 957	● 6 877	○ 6 720

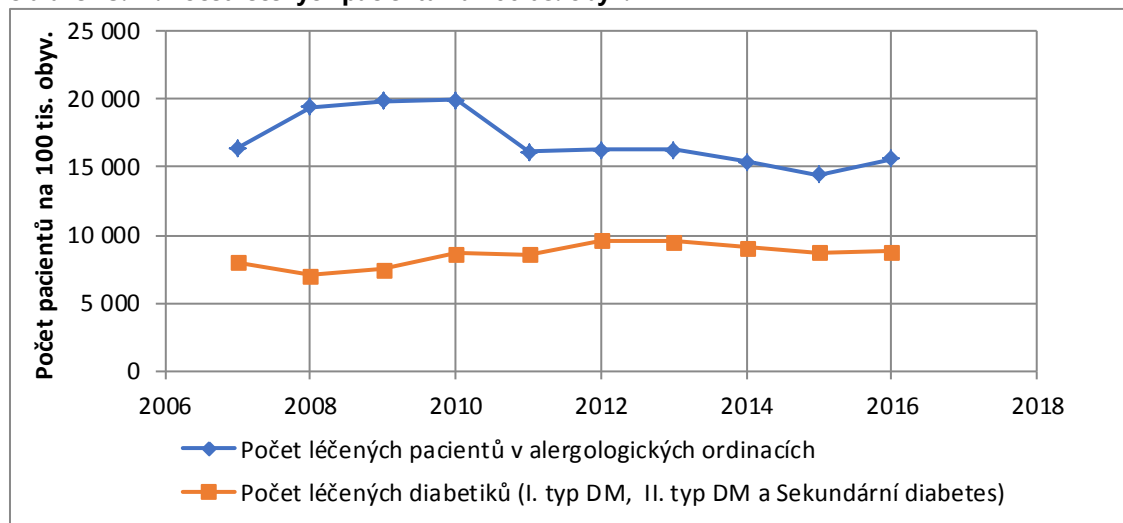
Zdroj: UZIS; NRHOSP 2007–2016.

Tabulka 3.10: Incidence vybraných infekčních onemocnění v Brně

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>SYFILIS (A50–A53)</b>	○ 29	○ 43	● 67	○ 53	○ 52	○ 57	○ 53	○ 59	○ 56	● 72
<b>TUBERKULÓZA (A15–A19)</b>	● 51	○ 46	○ 32	○ 34	○ 29	○ 31	○ 28	○ 19	○ 28	○ 18
<b>SALMONELÓZA (A02)</b>	● 678	○ 386	○ 377	○ 318	○ 275	○ 340	○ 388	○ 507	○ 512	○ 474
<b>KAMPYLOBAKTERIÓZA (A04.5)</b>	● 1 352	○ 1 092	○ 1 146	○ 1 149	○ 961	○ 920	○ 961	○ 970	○ 1 012	○ 1 087
<b>VIROVÁ HEPATITIDA A, B, C (B15, B16, B17.1, B18.2)</b>	○ 61	○ 107	○ 95	○ 39	○ 48	○ 65	○ 63	○ 58	○ 124	● 370

Zdroj: UZIS; Registr pohlavních nemocí, Registr tuberkulózy, Informační systém infekční nemoci.

**Obrázek 3.12: Počet léčených pacientů na 100 tis. obyv.**



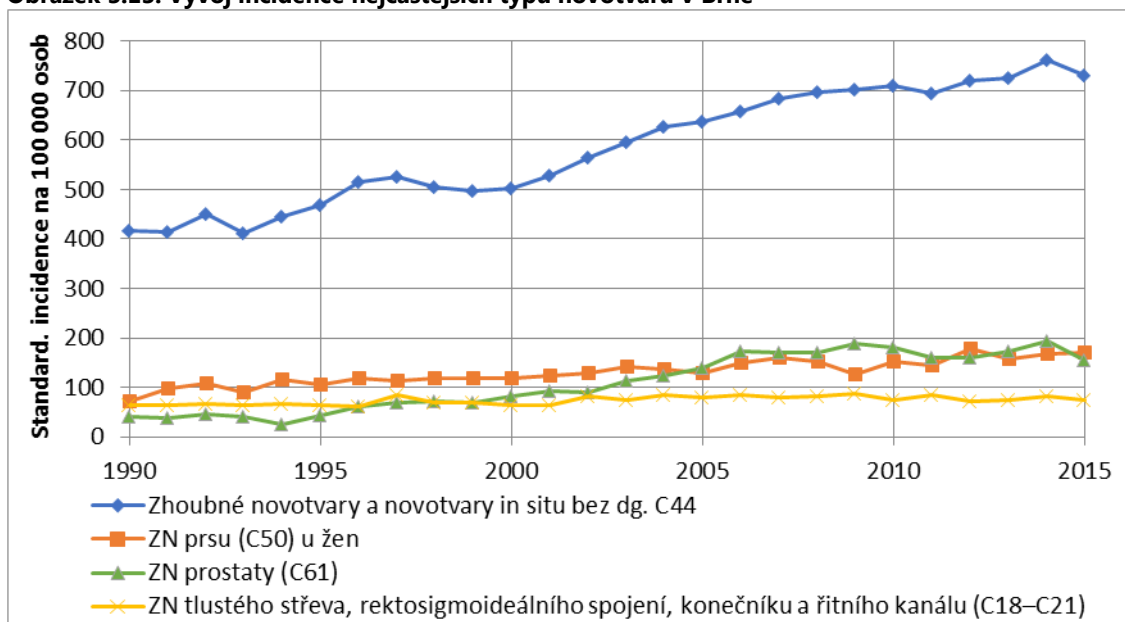
Zdroj: UZIS; výkaz A (MZ) 1-01: alergologie a klinická imunologie (A010) podle sídla zdravotnického zařízení; výkaz A (MZ) 1-01: diabetologie (A004) podle sídla zdravotnického zařízení.

**Tabulka 3.11: Vývoj incidence novotvarů podle typu v Brně**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>INCIDENCE ABSOLUTNÍ POČTY</b>									
Zhoubné novotvary a novotvary in situ bez dg. C44	2 508	2 575	2 608	2 635	2 628	2 724	2 732	2 871	2 753
ZN tlustého střeva, rektosigmoideálního spojení, konečnicku a řitního kanálu (C18–C21)	295	306	324	277	317	275	285	306	279
ZN tlustého střeva, rektosigmoideálního spojení, konečnicku (C18–C20)	288	303	312	273	311	269	280	300	268
ZN průdušnice, průdušky a plicí (C33, C34)	217	209	226	234	231	235	189	211	193
Zhoubný melanom kůže (C43)	83	67	74	78	80	71	85	88	99
ZN prsu (C50) u žen	307	291	243	292	283	349	310	327	330
ZN hrdla děložního (C53)	33	32	35	29	27	28	31	24	25
ZN těla děložního (C54)	69	69	72	56	69	69	76	74	74
ZN vaječníků a jiných a neurčených ženských pohlavních orgánů (C56, C57)	51	29	54	47	50	47	40	35	46
ZN prostaty (C61)	297	301	335	320	293	290	314	352	282
<b>STANDARDIZOVANÁ INCIDENCE NA 100 000 OSOB</b>									
Zhoubné novotvary a novotvary in situ bez dg. C44	683,7	696,6	702,3	710,3	693,5	720,3	724,3	761,9	730,4
ZN tlustého střeva, rektosigmoideálního spojení, konečnicku a řitního kanálu (C18–C21)	80,4	82,8	87,2	74,7	83,6	72,7	75,6	81,2	74,0
ZN tlustého střeva, rektosigmoideálního spojení, konečnicku (C18–C20)	78,5	82,0	84,0	73,6	82,1	71,1	74,2	79,6	71,1
ZN průdušnice, průdušky a plicí (C33, C34)	59,2	56,5	60,9	63,1	61,0	62,1	50,1	56,0	51,2
Zhoubný melanom kůže (C43)	22,6	18,1	19,9	21,0	21,1	18,8	22,5	23,4	26,3
ZN prsu (C50) u žen <sup>2</sup>	160,0	151,0	125,9	151,5	144,2	178,3	158,7	167,5	169,1
ZN hrdla děložního (C53) <sup>2</sup>	17,2	16,6	18,1	15,0	13,8	14,3	15,9	12,3	12,8
ZN těla děložního (C54) <sup>2</sup>	36,0	35,8	37,3	29,1	35,2	35,2	38,9	37,9	37,9
ZN vaječníků a jiných a neurčených ženských pohlavních orgánů (C56, C57) <sup>2</sup>	26,6	15,1	28,0	24,4	25,5	24,0	20,5	17,9	23,6
ZN prostaty (C61) <sup>3</sup>	169,8	170,1	187,8	179,6	160,4	159,0	172,7	193,9	155,1

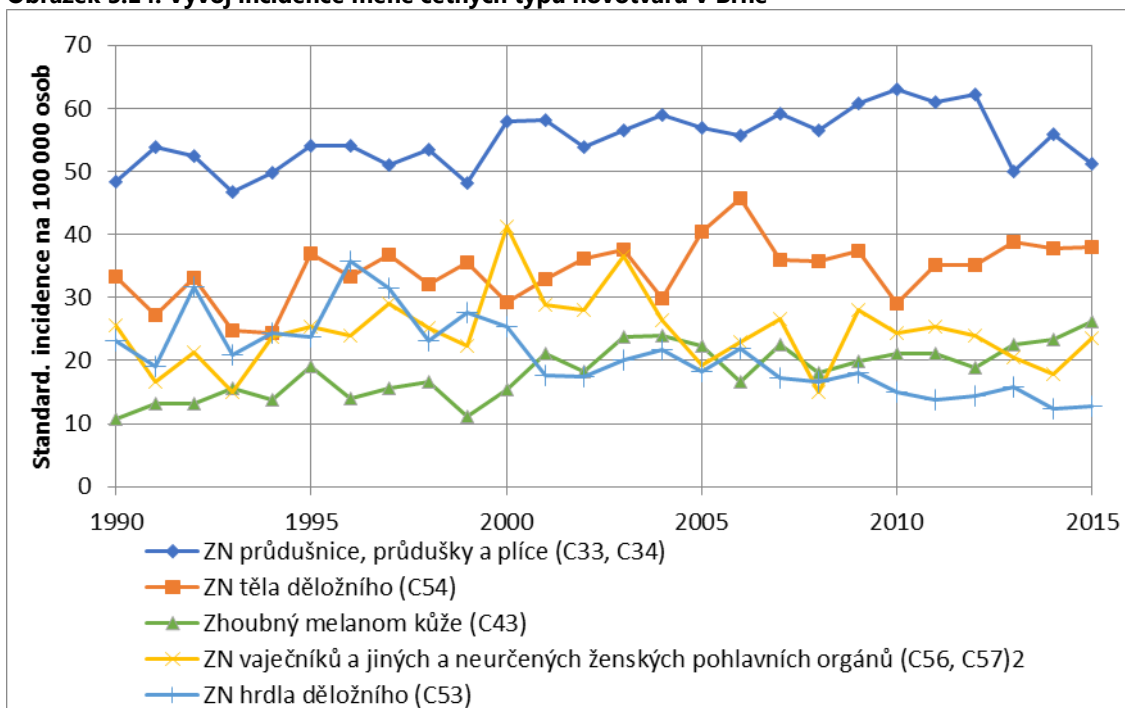
Zdroj: UZIS, Národní onkologický registr; 2007-2016.

**Obrázek 3.13: Vývoj incidence nejčastějších typů novotvarů v Brně**



Zdroj: UZIS, Národní onkologický registr; 2007–2016.

**Obrázek 3.14: Vývoj incidence méně četných typů novotvarů v Brně**



Zdroj: UZIS, Národní onkologický registr; 2007–2016.

### 3.2.4 Reprodukční zdraví a zdraví nejmladších dětí

Tabulka 3.12: Vývoj reprodukčního zdraví a zdraví nejmladších dětí v Brně

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Novorozenecká úmrtnost	● 3,1	☉ 1,6	☉ 2,0	☉ 1,6	○ 0,7	☉ 1,6	☉ 1,4	● 2,5	○ 0,7	○ 0,7
Kojenecká úmrtnost	● 3,8	☉ 2,2	☉ 2,8	☉ 2,0	○ 1,6	● 3,2	☉ 2,1	● 4,3	○ 1,4	☉ 2,4
Spontánní potraty na 1 tis. fertálních žen	● 6,0	☉ 5,1	☉ 5,2	☉ 5,0	○ 4,3	○ 4,4	☉ 5,4	● 5,8	● 5,6	● 6,4
Živě narození s vrozenou vadou zjištěnou do 1 roku života	○ 111	☉ 118	☉ 122	● 138	● 134	● 127	☉ 125	☉ 117	○ 108	
Podíl živě narozených s nízkou porodní hmotností (do 2500 g)	● 7,5	● 7,3	● 7,0	● 7,4	● 7,3	● 7,3	☉ 7,0	☉ 6,4	☉ 6,4	○ 5,6

Zdroj: ČSÚ – Informační systém demografie 2007–2016; ÚZIS ČR - Národní registr potratů 2007-2016; ÚZIS, Národní registr vrozených vad 2007–2015.

Pozn.: Novorozenecká úmrtnost - zemřeli do 28 dnů (0-27 dnů) na 1000 živě narozených dle bydliště matky.

Kojenecká úmrtnost - zemřeli do 1 roku (0-364 dnů) na 1000 živě narozených podle obce bydliště matky.

Podíl živě narozených s nízkou porodní hmotností z celkového počtu živě narozených.

## 4 Životní podmínky a jejich vliv na zdraví obyvatel

**Kapitola** je zpracována na základě materiálu docenta Komárka, docenta Kříže a jejich kolegů z roku 2013<sup>5</sup>.

**Zdraví** je Světovou zdravotnickou organizací definováno jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady (WHO, 1946). Definice zdraví byla postupně upřesňována a doplňována. V programu WHO Zdraví pro všechny do roku 2000 (Health for All, HFA), který byl přijat v roce 1977, se objevila doplňující charakteristika **zdraví jako schopnosti vést sociálně a ekonomicky produktivní život**. Tím přestalo být zdraví cílem samo o sobě a stalo se prostředkem k realizaci harmonického vývoje člověka.

K dalšímu posunu dochází v programu WHO Zdraví pro všechny v 21. století (Zdraví 21), který byl přijat v roce 1999 a přináší definici zdraví, která z praktických důvodů vymezuje **zdraví jako „snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjistitelných nemocí a poruch a nárůst pocívané úrovně zdraví“**. Dokument též mluví o zdravotním potenciálu jako o nejvyšším stupni zdraví, kterého může jednotlivec dosáhnout. Potenciál zdraví každého člověka je určován možností starat se o sebe a o druhé a jeho schopností samostatně se rozhodovat a uchovat si kontrolu nad svým životem. **Společnost má vytvářet podmínky k tomu, aby lidé mohli potenciál zdraví uplatnit.**

**Determinanty zdraví** lze definovat jako osobní, společenské a ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které jsou vzájemně se ovlivňujícími proměnnými, a zároveň významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo společnosti.

### Základní skupiny determinant zdraví:

1. **Životní styl** (způsob života) – např. úroveň vzdělání, životní úroveň, sociální faktory, nezaměstnanost, způsob práce, stres, způsob stravování, pohybové aktivity, abusů drog či alkoholu, kouření, postoj k vlastnímu zdraví a péče o něj, osobní hygiena, sexuální chování, spotřební chování.
2. **Životní a pracovní prostředí** (ovzduší, voda, půda, hluk, elektromagnetické záření, klimatické podmínky, potravinový řetězec, výrobní technologie, pracovní prostředí, předměty běžného užívání, bydlení, služby, doprava, urbanistika).
3. **Péče o zdraví a zdravotnictví** (rozvoj medicíny a lékařské techniky, zdravotní politika, dostupnost zdravotní péče, zdravotnický systém, úroveň zdravotnictví, organizace financování a řízení zdravotnictví).
4. **Biologický** (genetický) základ (vrozené vady, dispozice ke vzniku nemoci, úroveň intelektových schopností, rozdíly ve zdraví mužů a žen...).

### Kvantifikace vlivu takto definovaných determinant na zdraví:

1. faktory životního prostředí ovlivňují zdraví z cca 15–20 %
2. genetické faktory z cca 10–15 %
3. skupina faktorů životního stylu celými 50 %
4. efektivita, kvalita a dostupnost zdravotní péče ovlivňuje zdraví cca z 10–15 %.

**Spravedlnost (EKVITA) ve zdraví** znamená, že v ideálních podmínkách by měl mít každý stejnou příležitost dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu, tedy nikdo by neměl být znevýhodněn při jeho dosahování, lze-li se ovšem takovému znevýhodnění vyhnout.

---

<sup>5</sup> Komárek, L. Kříž, J. a kol. *Kurs 6 - Podpora zdraví, prevence zdravotních rizik a nemocí*. Praha: 2013.



**Cestou k dosažení ekvity ve zdraví je ovlivnění či eliminace negativního působení jednotlivých sociálních determinant (WHO, 1998):**

1. Zdraví souvisí se sociálním gradientem. Vyšší vzdělání, příjem, lepší bydlení a společenské postavení snižuje až 2x riziko závažného onemocnění a předčasného úmrtí.
2. Stres poškozuje zdraví. Dlouhotrvající stres a dlouhotrvající stresová reakce vede k vyčerpání organismu, zejména imunitního a kardiovaskulárního systému, projevy: únava, podrážděnost – deprese – agrese – fobie; bolesti hlavy, vysoký krevní tlak, nespavost, sexuální poruchy, onemocnění, kardio-vaskulární, nádorová, metabolická; infekční onemocnění.
3. Zdravotní a sociální podmínky v dětství ovlivňují další zdravotní osud jedince. Poruchy růstu a chudá emoční podpora v raném dětství a před narozením vedou k oslabení tělesných, kognitivních a emočních funkcí.
4. Chudoba a sociální izolace zkracuje život.
5. Stres na pracovišti zvyšuje riziko nemocí.
6. Jistota zaměstnání zlepšuje zdraví, nezaměstnanost je příčinou nemocí a předčasných úmrtí.
7. Sociální opora a sociální kontakty zlepšují zdraví.
8. Spotřeba alkoholu, cigaret a drog je ovlivňována sociálním prostředím.
9. Zdravé potraviny jsou politickým problémem. Výživa je sociálním faktorem (nedostatek x nadbytek, závadnost x nezávadnost, nízká nutriční hodnota x kvalita, konzervace x čerstvý zdroj), sociální gradient ovlivňuje stravovací návyky.
10. Zdravá doprava, to je chůze, jízda na kole a dobrá veřejná doprava. Doprava ovlivňuje tělesný pohyb, nehodovost, sociální kontakty a životní prostředí (znečištění ovzduší, hluk).

**Obrázek 4.1: Determinanty zdraví populace**



Zdroj: Zdraví 2020, str. 2, Převzato z: Dahlgren G, Whitehead M. Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? London, King's Fund, 1993.

## 4.1 Výživa a stravování

Základním smyslem správné výživy je zajistit optimální přísun energie a živin přiměřeně k věku, zdravotnímu stavu a životnímu stylu<sup>6</sup>. Energetický příjem má být v rovnováze s výdejem, který je dán zejména potřebou energie pro bazální metabolismus a pohybovou aktivitou. Stravovací zvyklosti jsou podmíněny znalostmi lidí o správné výživě, vlivy ekonomickými, etnickými, módními trendy a dalšími. Hlavními nedostatky správné výživy jsou především nadměrný příjem energie, nadměrná spotřeba masa a zejména masných výrobků (zejm. uzenin), malé zastoupení ryb, malá spotřeba nízkotučných mléčných výrobků, nízká spotřeba zeleniny, nízká spotřeba ovoce, vysoká spotřeba sladkostí a slazených nápojů, vysoká spotřeba smažených pokrmů, nadměrná spotřeba soli.

### Zdravotní rizika nevhodné výživy:

- nasycené mastné kyseliny a cholesterol zvyšují hladinu cholesterolu v krevním séru a urychlují rozvoj aterosklerózy,
- vysoký příjem nasycených mastných kyselin a nadměrný energetický příjem mají souvislost s rizikem karcinomu prsu, kolorektálního karcinomu, karcinomu endometria a ovarií,
- vysoký příjem soli je významným rizikovým faktorem rozvoje hypertenze,
- dlouhodobý vysoký příjem jednoduchých sacharidů vede k obezitě a může ovlivnit i vznik inzulinové rezistence vedoucí k diabetu II. typu,
- nízký příjem vlákniny je rizikem pro rozvoj aterosklerózy, diabetu II. typu a karcinomu tlustého střeva,
- nízký příjem vápníku a vitamínu D může ovlivnit vznik osteoporózy,
- nízký příjem jodu ovlivňuje poruchy funkce štítné žlázy.

**Základem intervence** na všech úrovních je zdravotní výchova. Systematický přínos ověřených informací může změnit stravovací chování lidí. Protože celá nutriční problematika je příliš složitá a ve svých důkazech mnohdy nejednoznačná, je nejlepším krokem podpory zdraví podat přehledně jednoduché informace a doporučení, která shrnují zapamatovatelným způsobem rizikové i protektivní efekty stravy.

## 4.2 Návykové látky

### 4.2.1 Kouření

Všechny formy spotřeby tabáku významně přispívají ke vzniku více než 20 různých nemocí a k předčasnému úmrtí. Nejzávažnějšími z těchto nemocí jsou nemoci srdce a cév a nádory.

### Zdravotní důsledky:

- zhruba polovina úmrtí na kardiovaskulární onemocnění, zejména koronárních příhod, je způsobena kouřením,
- kouření je příčinou 30 % všech úmrtí na nádorová onemocnění,
- kouření je příčinou až 90 % karcinomů plic,
- na převážné většině úmrtí na chronické obstrukční nemoci plic se podílí kouření,
- kouření v těhotenství přináší riziko potratu, nižší porodní váhy novorozence, úmrtí plodu, retardovaného tělesného a mentálního vývoje dítěte,
- kuřáctví zvyšuje nebezpečí plynoucí z dalších rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění (hypertenze, obezita, hypercholesterolemie, nízká pohybová aktivita),
- kouření zvyšuje riziko karcinomu v ústní dutině při nadměrné konzumaci alkoholu.

---

<sup>6</sup> Zpracováno na základě Komárek, L. Kříž, J. a kol. Kurs 6 - Podpora zdraví, prevence zdravotních rizik a nemocí. Praha, 2013.

## Intervence

1. **Komplexní plán boje proti kouření.** Zákaz reklamy a podpory distribuce tabákových výrobků, včetně sponzorství a ostatních forem nepřímé reklamy, účinné varování před zdravotními důsledky kouření, plán opatření na ochranu práv nekuřáků a zákonná úprava práva na nekuřácké prostředí, plán cenových a daňových opatření a ekonomická alternativa, která by nahradila ztráty z produkce a prodeje tabákových výrobků.
2. **Informační kampaně a zdravotní výchova.** Výchova k nekuřáctví by měla začínat v rodině a postupovat přes školy všech stupňů až po informační kampaně a motivační soutěže pořádané státem, městy a obcemi, podniky a nestátními organizacemi.
3. **Individuální postup při odvykání kouření.** Odvykání kouření je vlastně léčba, která by měla být prováděna v první řadě **v ordinacích praktických lékařů**. Specializovanou péči nabízejí **poradny pro odvykání kouření**.

### 4.2.2 Nadměrná konzumace alkoholu

Hazardní, rizikové pití je konzumace s velmi pravděpodobnými zdravotními důsledky. Je definováno jako týdenní příjem u mužů vyšší než 350 g čistého alkoholu (35 jednotek) a u žen 210 g (21 jednotek). 1 jednotka = 10 g alkoholu (1 dcl vína, 1 malá sklenka destilátu a 0,3 l piva). Jako pití s relativně nízkým rizikem je tolerováno množství méně než 28 jednotek týdně pro muže a 14 jednotek pro ženy.

#### Zdravotní a sociální důsledky nadměrné konzumace alkoholu:

- cirhóza jaterní,
- karcinom dutiny ústní, hltanu, hrtanu a jícnu,
- karcinom žaludku, tlustého střeva a prsu,
- hypertenze,
- iktus,
- pankreatitis, gastritis,
- poruchy nervového systému,
- poruchy reprodukčního systému,
- poškození plodu v důsledku pití těhotné ženy,
- poruchy mentálního zdraví,
- neuropsychická nepsychotická onemocnění (deprese),
- sociální důsledky (rodina, zaměstnání, agresivní chování, kriminální činnost aj.).

## Intervence

Známé a praxí ověřené jsou 4 strategické přístupy:

1. národní politika boje proti alkoholismu,
2. zdravotní výchova,
3. obecné uznání – vytváří se na základě znalostí příčin a důsledků a mělo by být součástí povědomí,
4. individuální prevence – je neúčinnější formou v rukou lékaře a sestry.

### 4.2.3 Drogové závislosti

Drogová závislost je sociální, psychologický a somatický syndrom, ke kterému dochází následkem opakovaného užívání jedné nebo více psychoaktivních látek. **Psychická závislost** je stav, při kterém droga vyvolává příjemné pocity a uspokojení. **Fyzická závislost** je adaptační stav, který se projevuje intenzivními tělesnými potížemi, pokud je podávání drogy omezeno nebo je mu zabráněno

(abstinenční syndrom). **Problémové užívání drog** je tělesný, psychologický, sociální nebo právní problém související s pravidelným nadměrným příjmem drog, léků nebo jiných látek.

**Nejčastěji zneužívané skupiny drog:** těkavé látky (lepidla, aerosoly, rozpouštědla, výfukové plyny), upravené konopí (hašiš, marihuana), opiáty (heroin, kodein), barbituráty, amfetaminy a jejich deriváty, kokain, halucinogenní drogy (LSD), „domácí drogy“ vyráběné amatérsky doma nebo v tajných laboratořích (extaze).

#### **Zdravotní důsledky:**

- předávkování s možným letálním koncem,
- hypotermie nebo horečka,
- respirační komplikace – hypoventilace, akutní pulmonální edém, snížený kašlací reflex, bronchitidy, pneumonie,
- kardiovaskulární komplikace – tachykardie nebo bradykardie, vazokonstrikce, hypertenze,
- účinek na centrální nervový systém – křeče způsobené mozkovou excitací, známky poškození mozečku (nystagmus, ataxie, periferní a optická neuropatie), poruchy vnímání, poškození poznávacích funkcí, poruch paměti,
- účinek na reprodukční orgány a sexuální funkce – nepravidelnost menstruačního cyklu, ztráta libida,
- psychiatrické poruchy – symptomy paranoidní schizofrenie, deprese, anxieta, hypomanie, delirium,
- vyšší riziko sebevraždy,
- intravenózní aplikace drog v sobě zahrnuje i další rizika, jako je hepatitis B a AIDS.

**Účinky psychosociální.** Okamžité psychotropní efekty (excitace, zvýšené sebevědomí, zrakové a sluchové halucinace nebo pseudohalucinace, změněné vnímání). Pozdějšími efekty jsou úzkost, deprese, agresivita, útlum mozkové činnosti, ztráta paměti a poškozený stav vědomí. Nefarmakologické účinky („drogové chování“) zahrnuje zanedbávání povinností, nutkání získat drogu i za cenu násilí, ztráta sebevědomí, chování vedoucí k úrazům a nehodám.

#### **Intervence**

- legislativní zákaz nebo omezování zneužívání drog
- vzdělávání o drogách a jejich účincích na školách a ve sdělovacích prostředcích
- propagování životního stylu podporujícího duševní a tělesné zdraví
- omezení škodlivých následků zaměřené na uživatele drog, kteří se nechtějí z jakéhokoliv důvodu vzdát svého zvyku, včetně substituce.

#### **Faktory ovlivňující životní styl obyvatelstva ve městech nad 100 tis. obyvatel:**

##### **A/ Vzdělanostní struktura obyvatel**

Jeden z klíčových faktorů ovlivňující životní styl a tím i zdravotní stav obyvatelstva je úroveň vzdělání. V Brně, podobně jako v celé republice, nejvíce vzrostly počty a podíly osob s vysokoškolským vzděláním, kterých bylo v Brně v roce 2011 sečteno 75,2 tis. osob oproti 57,7 tis. osob v roce 2001. Pro časovou komparaci nelze vycházet z obvyklého pobytu, ale z trvalého a dlouhodobého pobytu, který byl sledován v roce 2001. Z hlediska obvyklého pobytu je v Brně o 1 % více osob s VŠ než u osob s trvalým a dlouhodobým pobytem. Výrazný pokles je u dvou nejnižších vzdělanostních stupňů, tj. základní a středoškolské vzdělání bez maturity. Růst vzdělanosti je v Brně velmi intenzivní proces a má dopad na životní styl, který ovlivňuje zdravotní stav obyvatelstva, a tím i na prodlužování střední délky života, která u Brna patří k nejvyšším v České republice.

## B/ Úrazy a pracovní neschopnost

Statistika pracovní neschopnosti se od ostatních zdrojů dat o nemocnosti odlišuje těsným vztahem k ekonomickému vývoji. Průměrné procento pracovní neschopnosti vyjadřuje podíl celkové délky pracovní neschopnosti na kalendářním fondu času pojištěných osob v daném období v procentech. Tento ukazatel také vyjadřuje procento pojištěnců, kteří v průměru denně chybí na pracovištích z důvodu pracovní neschopnosti pro nemoc či úraz.

Statistiky pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v Brně byly v roce 2015 následující:

- 251 868 je průměrný počet osob pojištěných pro nemoc,
- 77 681 je počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti tj. 30,84 případů na 100 pojištěných,
- 3 082 509 představuje počet kalendářních dnů v pracovní neschopnosti,
- 39,68 kalendářních dnů byla průměrná doba trvání 1 případu pracovní neschopnosti.

## C/ Nezaměstnané osoby

Jedním z klíčových ukazatelů sociální situace ve městech je **podíl nezaměstnaných osob**, tj. podíl dosažitelných uchazečů o zaměstnání v produktivním věku k celkovému počtu obyvatel v produktivním věku. Město Brno vykazuje stále vyšší nezaměstnanost (podíl nezaměstnaných osob na obyvatelstvu je v květnu 2017 na úrovni 5,9 %, což je nad průměrem České republiky). Mezi hlavní příčiny patří vysoká koncentrace znevýhodněných osob na trhu práce i anonymita velkoměsta podporující nelegální práci a záměrné setrvávání v nezaměstnanosti.

**Tabulka 4.1: Struktura uchazečů k 31. květnu v okrese Brno-město**

		2016/5		2017/5	
		Počet	Podíl	Počet	Podíl
Celkem nezaměstnaných		18 760	100,0%	15 531	100,0%
Z toho	mužů	8 955	47,7%	7 269	46,8%
	žen	9 805	52,3%	8 262	53,2%
	osob se zdravotním postižením	1 799	9,6%	1 590	10,2%
	absolventů	489	2,6%	361	2,3%

Zdroj: MPSV, Statistiky.

## D/Příjemci důchodů

Nejpočetnější skupinou důchodců jsou **důchodci starobní**, jejichž podíl navíc stále stoupá. Příjemci starobního důchodu (starobní důchod bez souběhu s vdovským/vdoveckým důchodem, bez poměrného starobního důchodu) byli v roce 2015 zastoupeni v podílu 63,5 % z celkového počtu osob pobírajících důchod.

### Příjemci důchodů a příjemci starobního důchodu v roce 2015 v Brně:

- příjemci důchodů: 104 639 osob,
- starobní důchod plný 66 431 osob a poměrný 217 osob.

### Příjemci invalidního důchodu (sólo) v roce 2015 v Brně:

- pro invaliditu 3. stupně 6 181 osob,
- pro invaliditu 2. stupně 2 392 osob,
- pro invaliditu 1. stupně 5 283 osob,

### Příjemci pozůstalostních důchodů v roce 2015 v Brně

- Vdovský důchod sólo 824 osob a kombinovaný 18 551 osob
- Vdovecký důchod sólo 195 osob a kombinovaný 3 270 osob
- Siroťčí důchod 1 295 osob

### **E/Příjemci dávek státní sociální podpory**

V rámci systému státní sociální podpory je poskytován: **přídavek na dítě, rodičovský příspěvek, příspěvek na bydlení, porodné a pohřebné.** Nejvyšší podíl na vyplacených dávkách má rodičovský příspěvek, dále příspěvek na bydlení. **V roce 2015 bylo v Brně vyplaceno celkem 1 564 770 tis. Kč.**

## 5 Politika a rozvoj zdravotnických služeb a prevence

### 5.1 Východiska politiky a rozvoje zdravotnických služeb a prevence

**Podpora zdraví** je proces umožňující všem samostatné rozhodování o zdraví a zvyšující schopnosti všech vlastní zdraví posilovat. (Ottawská charta, WHO, 1986, Glosář podpory zdraví, WHO, 1998). Zaměřuje se **na populaci jako celek** v souvislostech jejich každodenních životů spíše než na lidi se specifickými zdravotními riziky, a **orientuje se na ovlivnění determinant či podmínek zdraví**. Podpora zdraví tedy neznamená pouze zodpovědnost zdravotnického resortu za zdraví jednotlivců a populace, ale vyjadřuje **individuální ovlivnitelnost zdraví a zodpovědnost za ně** prostřednictvím životního stylu a jeho reflexe v osobní pohodě<sup>7</sup>.

**Ochrana zdraví** je souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek a k zabránění šíření infekcí a hromadně se vyskytujících onemocnění.

**Primární prevence** je předcházení vzniku nemocí, ovlivňování determinant, které působí na zdraví a snižování zdravotních rizik. Na primární prevenci nemocí navazují **sekundární prevence nemocí**, jejichž posláním je vyhledávat časná stadia poruch zdraví preventivními prohlídkami a screeningovými programy s cílem zlepšení šancí na úspěšnost léčby a **terciární prevence**, která se zaměřuje na znovunastolení zdraví, když již nemoc propukla, a to péčí, ošetřením, léčbou či zmírněním projevů nemoci nebo jejích symptomů. Aktuálně se začíná hovořit i o tzv. **kvartérní prevenci**, která se začíná zabývat aktivitami zdravotní péče zaměřenými na zmírnění dopadů či vyhnutí se následkům nepotřebných či nadměrných léčebných intervencí.

**Veřejné zdravotnictví** je chápáno jednak jako věda, ale také jako umění prevence nemocí, prodloužování života a podpory zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí celé společnosti.

#### Základní legislativa

- Článek 31 Listiny základních práv a svobod.
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění - ukládá povinnost krajským hygienickým stanicím podílet se na vytváření a realizaci zdravotní politiky regionu, ukládá zdravotním ústavům a Státnímu zdravotnímu ústavu (SZÚ) povinnost podílet se na realizaci místních programů ochrany a podpory zdraví, zajistit výchovu ke zdraví a zajistit poradenskou činnost v ochraně zdraví. SZÚ je dále uložena příprava podkladů pro národní zdravotní politiku, pro ochranu a podporu zdraví, postgraduální výchova v lékařských oborech ochrany a podpory zdraví a zdravotní výchova obyvatelstva.
- Článek 152 Amsterodamské smlouvy.

V lednu 2014 schválila vláda ČR dokument „**Zdraví 2020**“ – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Dokument vychází zejména z programu Světové zdravotní organizace (WHO) „Health 2020“, schváleného na 62. zasedání Regionálního výboru WHO pro Evropu v září 2012, a navazuje na hodnoty programu WHO „Zdraví pro všechny“ (Health for all). Tento dokument je dalším pokračováním „Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR“ – „**Zdraví 21**“ schváleného vládou ČR v roce 2002.

Podpora zdraví (PZ) vychází z **5 základních principů**:

1. **PZ** je více zaměřena **na celou populaci a na podmínky její existence** než na vymezené populační skupiny vystavené vyššímu riziku určitého onemocnění.
2. **PZ** se věnuje zejména takovým **opatřením**, která **postihují determinanty zdraví i nemocí**.

---

<sup>7</sup> Zpracováno na základě Komárek, L. Kříž, J. a kol. Kurs 6 - Podpora zdraví, prevence zdravotních rizik a nemocí. Praha, 2013.

3. **PZ využívá** sice různé, ale především **komplementární** (tj. doplňkové, zejména ke spolupráci vedoucí) **metody a postupy**.
4. **PZ** usiluje o účast a konkrétní **podíl veřejnosti**.
5. **Zdravotníci pracovníci**, zejména v základní zdravotní péči, hrají **důležitou roli v dalším rozvoji a plném uplatnění PZ**.

Podmínky a předpoklady pro podporu zdraví:

- a) **PZ** by měla být **součástí veřejné politiky**, všech dokumentů a opatření.
- b) **Prostředí**, ve kterém člověk žije, by mělo umožňovat a podporovat **rozvoj zdraví**.
- c) **PZ** by měla být **součástí komunitní politiky a praxe**.
- d) Lidé by měli mít **možnost získávat znalosti a dovednosti** umožňující rozvoj a podporu zdraví.
- e) **Zdravotnické služby** by se měly více **orientovat na podporu a rozvoj zdraví**.

Podpora zdraví je zaměřena na:

- přístup ke zdraví (snížení nerovností),
- zdravé životní prostředí,
- zdravé chování a podporu zvládnání zdravotních problémů,
- růst znalostí a šíření informací.

**Posláním** podpory zdraví je:

- pomoc lidem usnadňující jim správnou volbu zdravého životního stylu,
- pomoc politikům a organizátorům usnadňující jim přijmout taková rozhodnutí, která vedou ke zdraví,
- usilovat o růst zájmu lidí o zdraví, o posílení odpovědnosti za zvládnání zdravotních problémů a o rozšíření podílu veřejnosti na zdravotní péči.

**Priority** podpory zdraví:

- vyjasnit pojem podpory zdraví na všech úrovních řízení,
- politický souhlas s podporou zdraví,
- průběžné konzultace, dialog a výměna myšlenek,
- zhodnocení stávající situace,
- výzkum a hodnocení je základní podmínkou účinných aktivit.

## 5.2 Zdravotní péče ve velkých městech

Mezi druhy zdravotní péče se řadí **ambulantní péče, lůžková péče, zdravotnická záchranná služba a pohotovostní služba, pracovně-lékařské služby, dispenzární péče, lázeňská léčebně rehabilitační péče, poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků a preventivní péče**. Ambulantní péče je poskytována lékaři primární péče nebo odbornými specialisty. Zdravotnická zařízení lůžkové péče (nemocnice) poskytují lůžkovou péči. V rámci vybraných měst je v přepočtu na obyvatele nejvíce lékařů (v ambulantní části lůžkových zařízení a samostatných ambulantních zařízeních i lékařů v lůžkové části nemocnic) v okrese Brno-město. V okrese Brno-město připadá v nemocnicích na 1000 obyvatel celkem 10,6 lůžek. Tato skutečnost je dána zejména úlohou Brna jako spádového centra nadregionálního významu.



**Tabulka 5.1: Zabezpečení zdravotní péče k 1. 1. 2015**

Okres	Ambulantní péče		Nemocnice			
	Lékaři vč. zubních (přepočtený počet)		Lékaři vč. zubních (přepočtený počet)		Lůžka	
	Celkem	Na 1 000 obyvatel	Celkem	Na 1 000 obyvatel	Celkem	Na 1 000 obyvatel
Hl. m. Praha	7 574,5	60,5	1 914,8	1,5	9 042	7,2
Brno-město	2 511,8	66,7	1 205,1	3,2	4 008	10,6
Ostrava-město	1 277,7	39,2	513,4	1,6	2 214	6,8
Plzeň-město	1 149,1	61,6	430,0	2,3	2 154	11,5

Zdroj: ČSÚ, Okresy České republiky 2015.

**Dostupnost zdravotní péče ovlivňuje kvalitu života obyvatel.** V brněnských nemocnicích došlo mezi roky 2009 a 2015 ke snížení počtu lůžek o 361. Pokles počtu lůžek v nemocnicích je výsledkem dlouhodobějšího trendu optimalizace zdravotnictví. I přes pokles počtu lůžek je situace v Brně příznivá a v porovnání s průměrem ČR (5,4 lůžek na 1 000 obyvatel) je stav počtu lůžek nadprůměrný. Počet lékařů od roku 2011 do roku 2014 rostl, jak v absolutním počtu, tak v relativním vyjádření na 1 000 obyvatel. **V porovnání s celorepublikovým průměrem (4,6 lékařů na 1 000 obyvatel) je stav počtu lékařů v Brně rovněž nadprůměrný.**

**Tabulka 5.2: Počet lůžek v nemocnicích a počet lékařů v Brně**

Ukazatel/Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Počet lůžek v nemocnicích	4334	4316	4156	4033	3991	3998	3973
Počet lůžek v nemocnicích na 1 000 obyvatel	11,7	11,6	11,0	10,7	10,6	10,6	10,5
Počet lékařů	3240	3246	3066	3371	3418	3868	3584
Počet lékařů na 1 000 obyvatel	8,7	8,8	8,3	8,9	9,1	10,3	9,5

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky, Zdravotnictví Jihomoravského kraje.

**Ve velkých městech je financováno zdravotnictví i z rozpočtů měst.** Absolutní výdaje měst na zdravotnictví jsou nejvyšší v Praze, ale z relativního pohledu za celé sledované období jsou výdaje respektive běžné výdaje přepočtené na obyvatele nejvyšší v Ostravě. V roce 2016 došlo, ale k výraznému růstu běžných výdajů v Brně, oproti tomu byla v tomto roce výrazně nižší investiční aktivita (tj. 12,6 % kapitálových výdajů z celkových výdajů na zdravotnictví), celkové výdaje města Brna na zdravotnictví se snižují.

**Tabulka 5.3: Výdaje na zdravotnictví v rozpočtech velkých měst**

Město	Výdaje na zdravotnictví (v tis. Kč)							CELKEM
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Praha	1 040 636	841 932	1 018 776	680 223	787 774	770 786	747 457	5 887 584
Brno	260 374	332 125	150 375	197 009	301 633	274 733	269 905	1 786 154
Ostrava	192 954	193 422	256 332	196 471	150 540	293 234	170 511	1 453 464
Plzeň	69 024	64 489	61 219	54 847	57 399	56 069	57 517	420 564
	Ukazatel investiční aktivity (podíl kapitálových výdajů v %)							
Praha	36,2	40,4	50,5	24,0	28,9	27,0	16,1	33,1
Brno	35,4	52,6	14,5	29,3	49,9	43,7	12,6	36,5
Ostrava	28,2	31,0	45,8	29,5	17,6	59,0	37,2	38,0
Plzeň	9,9	1,1	0,7	0,0	5,3	0,1	0,0	2,6
	Běžné výdaje na obyvatele (v Kč)							
Praha	528	404	405	416	445	444	490	3 074
Brno	453	416	340	369	400	410	624	3 003
Ostrava	456	445	467	468	421	411	367	3 088
Plzeň	368	381	363	326	321	330	337	2 401

Zdroj: Monitor, skutečný rozpočet za jednotlivé roky dle odvětvového členění rozpočtové skladby.

## 5.3 Zdravotnická zařízení na území města Brna

### 5.3.1 Obecná charakteristika zdravotnických služeb na území města Brna

Statutární město Brno je centrem jižní Moravy a jsou zde koncentrovány všechny stěžejní instituce a služby včetně služeb zdravotnických. V oblasti zdravotnictví je situace poměrně specifická a srovnatelná jedině se situací v hlavním městě Praze. Na území města Brna existují vedle sebe lůžková a ambulantní zařízení, která mají různé zřizovatele, ale zároveň jsou provozně provázané. Zřizovateli jsou:

**1. Česká republika** – respektive Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ministerstvo obrany ČR, která zřizují hlavně velké nemocnice a specializované ústavy – statutární město Brno nemá žádný přímý vliv na utváření sítě státních zařízení, ale může do určité míry uplatnit zájmy obyvatel města Brna v jednáních se zřizovatelem nebo vedením konkrétních zdravotnických zařízení.

**2. Statutární město Brno** – zřizuje prostřednictvím svých příspěvkových organizací soustavu lůžkových i ambulantních zdravotnických zařízení základního typu. Ve dvou poliklinikách, jejichž objekty jsou v majetku města Brna a jsou svěřeny městským částem, potom ovlivňuje skladbu zdravotnických služeb pronájemem prostor privátním lékařům.

**3. Privátní právnická nebo fyzická osoba** – několik stovek privátních ambulancí a několik menších poliklinik, jedna nemocnice a menší lůžková centra pro tzv. jednodenní péči. Statutární město Brno nemá žádný přímý vliv na utváření sítě privátních zařízení, nepřímo může působit např. nabídkou prostor v objektech města Brna nebo zakázkou na vykonávání služby v celoměstském zájmu.

**Zdravotnictví města Brna má metropolitní charakter**, což se projevuje vysokou koncentrací zdravotnických služeb lůžkových i ambulantních. Zajištěny jsou tak komplexně všechny služby od služeb základních až po služby vysoce specializované. Dvě státní fakultní nemocnice (v rámci FN Brno fakultní porodnice a fakultní dětská nemocnice), vysoce specializované Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie, vysoce specializovaný Masarykův onkologický ústav, dvě další všeobecné nemocnice (Vojenská nemocnice a Nemocnice Milosrdných bratří), specializovaná úrazová nemocnice (Úrazová nemocnice v Brně), Psychiatrická nemocnice Brno a menší nemocnice privátní představují takový rozsah zdravotnických služeb v jednom městě, že ho překonává jen Praha. Působnost jednotlivých služeb je většinou pro město Brno, u lůžkových služeb však jde u řady oborů i o působnost nadregionální a celostátní. Ambulantní služby jsou z větší části zajišťovány privátními subjekty – fyzickými nebo právnickými osobami.

**Značná část těchto privátních služeb sídlí v původních objektech v majetku státu, které byly součástí Městského ústavu národního zdraví v Brně a jeho nástupnických organizací** – příspěvkových organizací města Brna. Nabyvatelé získali majetek v rámci privatizace zdravotnictví. Soustava zdravotnických zařízení na území města Brna, ať už lůžkových nebo ambulantních, byla dlouhodobě stabilizovaná. Rok 2008, v němž došlo ke změně zřizovatele Úrazové nemocnice v Brně z Ministerstva zdravotnictví na statutární město Brno, je možné označit za výjimečný. Ke změnám obvykle dochází pouze v ambulantní sféře u privátních ambulancí, a to zvláště změnou působiště. Není patrný výrazný nárůst počtu ambulancí, ale ani jejich úbytek. U lůžkových služeb se rovněž oborová skladba ani majetkoprávní uspořádání výrazně nemění. U fakultních nemocnic a specializovaných státních ústavů dochází k dalšímu rozvoji vysoce specializované péče. Zvláště výrazná je tato tendence ve FNUSA, a to nejen v návaznosti na výzkumnou základnu, kterou reprezentuje FNUSA – ICRC budované ve spolupráci s Mayo Clinic.

Síť zdravotnických zařízení v Brně je mimořádně rozsáhlá. Tato skutečnost je dána tím, že zajištění zdravotní péče neslouží pouze obyvatelům Brna, ale i lidem dojíždějícím do Brna do zaměstnání, studentům a lidem z přirozeného spádového území města Brna. Síť zdravotnických zařízení v Brně tvoří 2 073 zařízení. Soukromá zdravotnická zařízení (zařízení ve vlastnictví fyzických a právnických osob) tvoří téměř 98 % všech zdravotnických zařízení. Statutární město Brno zřizuje 11 zdravotnických zařízení ambulantní i lůžkové péče.

**Tabulka 5.4: Ambulantní služby (bez poliklinik a ambulancí nemocnic)**

	Počet zařízení
Ordinace praktických lékařů	201
Ordinace dětských lékařů	75
Ordinace stomatologů	295
Ordinace gynekologů	65
Ordinace specialistů	499
Lékárny	126

Pozn.: údaje jsou k 31. 12. 2014.

V níže uvedené tabulce jsou vybraná zdravotnická zařízení působící na území města a jejich kapacita. Podrobná specifikace jednotlivých zařízení je uvedena v **Informačním průvodci: Zdravotnická zařízení ve městě Brně 2016/17**, který se průběžně aktualizuje.

**Tabulka 5.5: Vybraná zdravotnická zařízení působící na území města Brna**

Lůžkové služby	Počet lůžek	Zřizovatel
<b>Nemocnice</b>		
Fakultní nemocnice Brno (FNB)	1 882	Česká republika – MZ
Začleněná zařízení: Fakultní porodnice – Obilní trh Fakultní dětská nemocnice – Černopolní		
Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (FNUSA)	917	Česká republika – MZ
Nemocnice Milosrdných bratří (NMB)	466	statutární město Brno
z toho Léčebna dlouhodobě nemocných	243	
Vojenská nemocnice (VN)	222	Česká republika – MO
SurGal Clinic	76	soukromé zařízení
Úrazová nemocnice v Brně (ÚN)	174	statutární město Brno
Masarykův onkologický ústav (MOU)	252	Česká republika – MZ
Psychiatrická nemocnice Brno	757	Česká republika – MZ
Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie	93	Česká republika – MZ
<b>Zvláštní zařízení</b>		
Chovánek - dětské centrum rodinného typu	60	statutární město Brno
<b>Ambulantní zařízení</b>		
Sdružení zdravotnických zařízení II Brno (SZZ II)		statutární město Brno
Začleněné zařízení – Poliklinika Zahradníková 2/8		
Sdružení zdravotnických zařízení II Brno (dětské služby) statutární město Brno		
Začleněná zařízení: Poliklinika O. Teyschla, Žerotínovo nám. 6 Dětské logopedické centrum Synkova, Dětské rehabilitační centrum Kyjevská Dětské skupiny: Fúgnerova, Stamicova, Fr. Skaunicové, Zahradníková		
11 větších ambulantních zařízení		soukromé
7 stacionářů (zaměřeni na gynekologickou a reprodukční medicínu, chirurgii, plastickou a estetickou chirurgii a poruchy komunikace u dětí i dospělých)		soukromé
2 zařízení zdravotně-sociální péče		soukromé

Pozn.: údaje jsou k 31. 12. 2016.

V rámci mapování přístupnosti zdravotnických objektů ve městě Brně byl pro veřejnost připraven **Atlas přístupnosti zdravotnických zařízení ve městě Brně**. Pro větší přehlednost byl taktéž využit systém piktogramů, které vytvořila Pražská organizace vozíčkářů v rámci Metodiky kategorizace přístupnosti objektů. Je zde popsán přístup k objektu od MHD, parkování, pohyb po budově, hygienická zařízení, nejbližší lékárna, park, občerstvení. Dále obsahuje navigaci po objektu a dalších zdravotně-sociálních službách.

#### **Atlas obsahuje přístup k objektům:**

1. nemocnice,
2. polikliniky a větší zdravotnická zařízení,
3. denní a vícedenní zařízení s lůžky,
4. větší zdravotnická zařízení s péčí stomatologickou nebo převážně stomatologickou,
5. malá a jednotlivá zdravotnická zařízení.

#### **5.3.2 Zdravotnická zařízení, jejichž zřizovatelem je město Brno**

Soustava městských zdravotnických zařízení se postupně vytvářela na podkladě rozhodnutí zastupitelských orgánů města Brna o její konkrétní podobě.

V roce 2017 je statutární město Brno zřizovatelem čtyř příspěvkových zdravotnických organizací:

- **Sdružení zdravotnických zařízení II Brno, p.o.** Zahradníková 2/8, 611 41 Brno
- **Chovánek - dětské centrum rodinného typu Brno, p.o.** Vejrostova 1361, 635 00 Brno-Bystrc
- **Nemocnice Milosrdných bratří, p.o.** Polní 3, 639 00 Brno
- **Úrazová nemocnice v Brně** Ponávka 6, 662 50 Brno

#### **Soustava městských zdravotnických zařízení<sup>8</sup>:**

##### **A) Ambulantní služby**

A1) Ambulantní služby pro dospělé:

1. Poliklinika na Zahradníkově 2/8 – začleněné zařízení příspěvkové organizace města Brna Sdružení zdravotnických zařízení II Brno, p.o. ,
2. Poliklinika na Halasově nám.1 – privátní ambulance pronajímané lékařům v objektu v majetku statutárního města Brna, svěřeného MČ Brno-sever,
3. Poliklinika na Horníkově 14 – privátní ambulance pronajímané lékařům v objektu v majetku statutárního města Brna, svěřeného MČ Brno-Líšeň,

A2) Ambulantní služby pro děti:

1. Dětská poliklinika akad. Otakara Teyschla na Žerotínově nám. 4/6, Sdružení zdravotnických zařízení II Brno, p.o.

##### **B) Zvláštní služby**

B1) Zvláštní služby pro děti:

1. Dětská skupina na Fügnerově 39 v Brně-Černých Polích,
2. Dětská skupina na Zahradníkové 2 v Brno-Veveří,
3. Dětská skupina na Františky Skaunicové 14 v Brně-Židenicích,
4. Dětská skupina na Stamicově 9 v Brně-Kohoutovicích,
5. Dětské logopedické centrum na Synkově 26 v Brně-Lišni,
6. Dětské rehabilitační centrum „Medvídek“ v Brně na Labské 9 v Brně-Starém Lískovci.

B2) Zvláštní služby pro děti – nepřetržité:

1. Chovánek – dětské centrum rodinného typu Brno, p.o., Vejrostova 1361, 635 00 Brno-Bystrc

---

<sup>8</sup> Zdravotnická zařízení ve městě Brně 2015/16.

## C) Lůžkové služby

C1) Lůžkové služby tzv. akutní péče:

1. Nemocnice Milosrdných bratří, p.o., Polní 3, Brno,
2. Úrazová nemocnice v Brně, p.o., Ponávka 6, Brno.

C2) Lůžkové služby tzv. následné péče:

1. Léčebna dlouhodobě nemocných Polní 3,
2. Léčebna dlouhodobě nemocných Červený kopec (do 31.12.2017),
3. Úrazová nemocnice v Brně, p.o., Ponávka 6, Brno.

## 5.4 Dotace na činnosti doplňující zdravotnické služby na území města Brna

Město Brno dlouhodobě podporuje z rozpočtu projekty organizací doplňujících zdravotnické služby. Jedná se o podporu zdravotnických služeb pro občany města Brna, které nejsou vůbec nebo v dostatečné míře zajišťovány, včetně podpory činností doplňujících zdravotnické služby s cílem podpory těchto služeb. Přínos těchto služeb je každoročně posuzován z hlediska aktuální potřeby na doplnění stávající zdravotnické služby. Finanční prostředky jsou poskytovány na pokrytí provozních výdajů příjemců. Typickými projekty podporovanými v této části jsou projekty hospicové péče, domácí ošetrovatelské péče, psychosociální péče, domovy pro seniory, záchranná služba Brněnské přehrady apod. Podpora jednotlivých žadatelů a projektů je v průběhu let kontinuální a vykazuje koncepční přístup.

**Tabulka 5.6: Finanční alokace pro oblast doplňující zdravot. služeb v letech 2013–2016**

	Typ podpory	2013	2014	2015	2016	Celkem
Dotace (v tis. Kč)	Adresné individuální dotace	3 308	3 308	3 308	5 800	15 724
	Ostatní dotační programy	755	816	740	500	2 811
	Celkem	4 063	4 124	4 048	6 300	18 535
Počet projektů	Adresné individuální dotace	8	8	8	11	35
	Ostatní dotace	11	14	11	12	48
	Celkem	19	22	19	23	83
Průměrná výše dotace (v tis. Kč)	Adresné individuální dotace	414	414	414	527	449
	Ostatní dotace	69	58	67	42	59
	Celkem	214	187	213	274	223

Zdroj: přehledy MMB převzato z RegioPartner (2017) *Evaluace Strategie pro Brno a dalších strategických dokumentů města Brna z oblasti kvality života. Závěrečná evaluační zpráva, str. 66.*

## 5.5 Program podpory zdraví a prevence

Město organizuje programy na podporu zdraví, a to zvláště v rámci činnosti Kanceláře Brno zdravé město a také spolupracuje s dalšími zdravotnickými zařízeními (FN Brno, FN USA) na programech zdraví. V oblasti podpory zdraví byl v roce 2016 zahájen rozsáhlý projekt, na němž se statutárním městem Brno spolupracují Masarykova univerzita, Fakultní nemocnice Brno a Ústav zdravotních informací a statistiky „**Longitudinální monitoring zdravotnických modulů pro město Brno**“.

## 5.6 Návaznost zdravotní a sociální péče

V souvislosti s demografickým vývojem, který prokazuje nárůst seniorů, se zvyšuje i potřeba sociálních a zdravotnických služeb. Dne 1. 2. 2017 byl Radou města Brna schválen dokument **Zajištění péče o seniory na území statutárního města Brna**. Důvodem vzniku dokumentu byla potřeba zvýšit informovanost občanů o možnostech v oblasti bydlení a sociálních služeb terénních i pobytových. Předpokládá také proškolení zdravotnických pracovníků v ambulancích i lůžkových zdravotnických

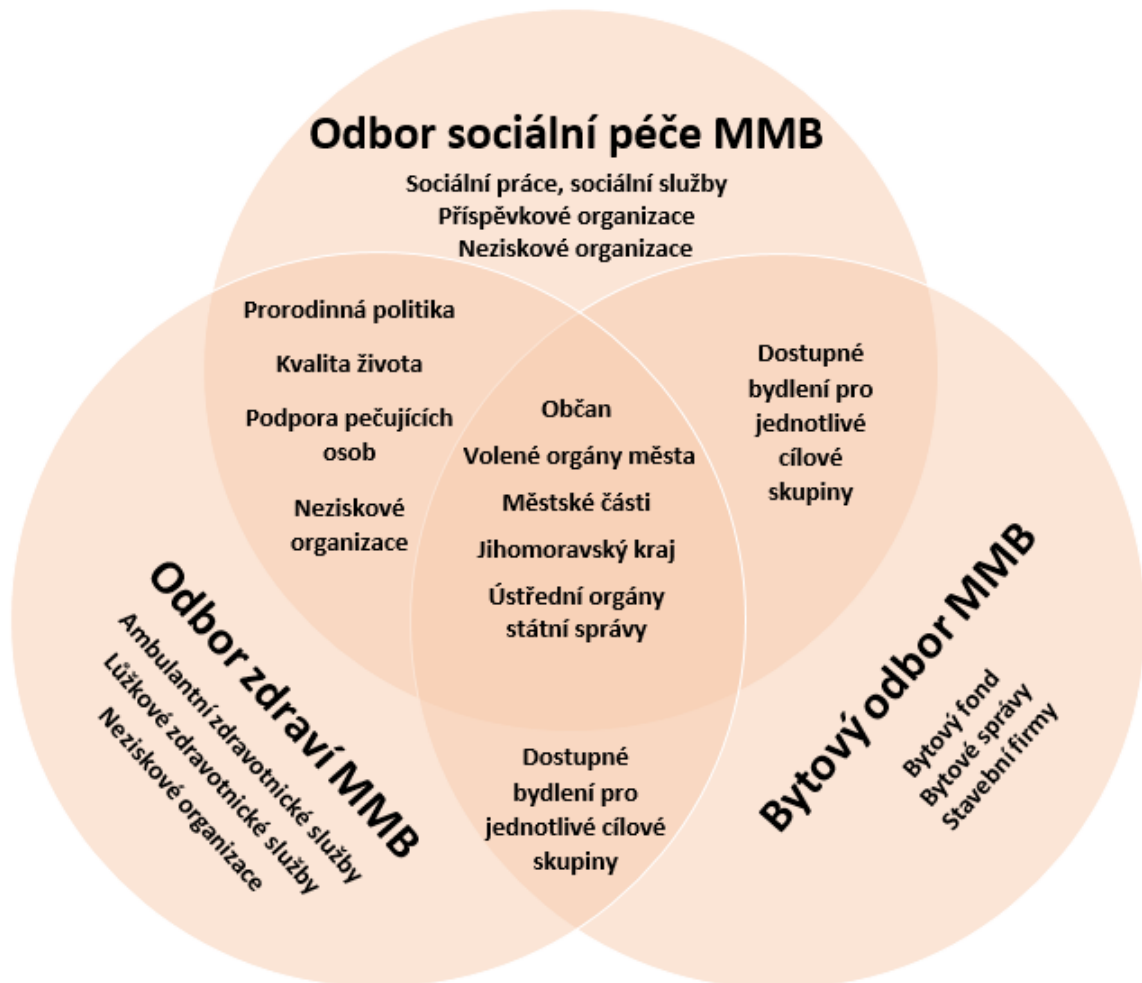
službách tak, aby poskytli maximální součinnost pacientům a jejich rodinám při řešení sociální situace v návaznosti na zdravotní stav.

Základní cíle výše uvedeného dokumentu:

1. Udržet seniora co nejdéle v jeho přirozeném prostředí.
2. Zajistit institucionální průchodnost (fyzická prostupnost systémem pomoci občanovi).

Spolupráce mezi jednotlivými segmenty péče o seniory existuje, ale nemá jasně daný rámec a stanovený postup prostupu občana systémem. Systém je pro občana někdy nepřehledný, a to i proto, že je zde celá řada subjektů.

**Obrázek 5.1: Znárodnění průnikových témat OSP, OZ a BO MMB**



Město Brno má dobrou dostupnost zdravotní péče, příznivé životní podmínky a je zde vysoké procento občanů v seniorském věku. Ačkoli prodloužení života je velmi příznivý ukazatel, město na něj musí pružně reagovat tak, aby zvládlo zvýšené nároky v oblasti zajištění kvality života seniorů. Cílem města Brna je vytvořit podmínky k tomu, aby zde mohli senioři žít důstojně a co nejdéle v domácím prostředí. Podstatnou podmínkou pro tento cíl je vytvoření navazujícího a zároveň prostupného systému bydlení, sociálních a zdravotních služeb, který bude umožňovat, aby seniorovi byla poskytnuta pomoc nebo péče podle jeho aktuální situace, ovšem s ohledem na změny, které přináší stárnutí a zhoršování zdravotního stavu.

Město Brno realizuje pro občany níže uvedené konkrétní aktivity, které vycházejí z dokumentu **Zajištění péče o seniory na území statutárního města Brna** (z roku 2017):

**1. Informační kampaň.** Cílem je zajištění informovanosti občanů o možnostech řešení obtížné životní situace, ve které se ocitnou, se zajištěním komplexních informací o sociální práci, nabídce sociálních služeb, o bytech v domech s pečovatelskou službou a bytech bezbariérových a způsobech zajištění adekvátní pomoci.

**2. Proškolení zdravotnických pracovníků a edukační materiály.** Školení pro zdravotnické pracovníky v lůžkových zařízeních, vytvoření informačních manuálů o vazbách mezi zdravotní a sociální péčí pro praktické lékaře a ambulantní specialisty.

**3. Realizace projektů.** V letošním roce dojde k rozšíření služby Seniorbus nákupem dalšího vozidla, které významnou měrou přispěje k pokrytí poptávky po přepravě. Dále byl připraven koncept pro spuštění nové služby Tísňového volání v prvním pololetí 2017. Jedná se o službu distanční hlasové a elektronické komunikace pro cílovou skupinu osob vystavených stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života. Další kroky budou směřovány k podpoře terénních sociálních služeb s orientací na podporu pečujících osob. Pečovatelskou službu, která bývá často redukována na rozvoz obědů, je třeba rozšířit do večerních a nočních hodin i během víkendů. Obecně je třeba posílit službu osobní asistence, zejména pro osoby se zdravotním postižením a pro seniory, kteří se vracejí z dlouhodobého pobytu ve zdravotnickém zařízení. Jedním z dalších cílů je posílení terénní odlehčovací služby, především hospicové odlehčovací služby.

**4. Rozvoj infrastruktury pro sociální služby.** Cílem je navýšit kapacity domovů pro seniory o 200 míst (ve spolupráci s Jihomoravským krajem – např. využití objektu Tomešova a lokality Kociánka), ale také modernizace a zajištění požární bezpečnosti u některých domovů pro seniory (Nopova, Kosmonautů, Věstonická, Vychodilova).

**5. Vybudování sociálně-zdravotnického komplexu.** Realizace projektu s cílem vybudovat sociálně-zdravotnický komplex v areálu na Červeném kopci, který bude kombinovat pobytové a ambulantní sociální služby se zdravotnickými službami.

**6. Opatření v bytové oblasti.** Byla provedena novelizace Pravidel pronájmu bytů v domech v majetku statutárního města Brna a podmínek zajišťování bytové náhrady.

Z výsledků různých analýz také vyplývá, že převážná většina seniorů chce dožít ve svém vlastním bydlení. Překážkou je jednak zhoršení příjmové situace seniorů či osamělého seniora (příjemce důchodu), jednak zhoršení zdravotního stavu seniorů. Tuto situaci by mohl řešit koncept prostupnosti bydlení pro seniory s přímou návazností na sociální služby. Základním předpokladem je nejprve zajistit dostatečnou nabídku nízkonákladového bezbariérového (či jinak upraveného) bydlení pro seniory a dostatečnou nabídku terénních služeb. V případě zhoršení zdravotního stavu, kdy senior již není schopen žít v původní domácnosti a nemá prostředky na zajištění služeb, by město mělo mít k dispozici dostatečnou nabídku různých typů bydlení od bytů zvláštního určení (domy

s pečovatelskou službou, bezbariérové byty) až po sdílené bydlení. Vyžaduje-li to situace, senioři mohou také využít pobytová zařízení sociálních služeb (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem).

**Obrázek 5.2: Informační, komunikační a fyzická dostupnost systémem pomoci občanovi**

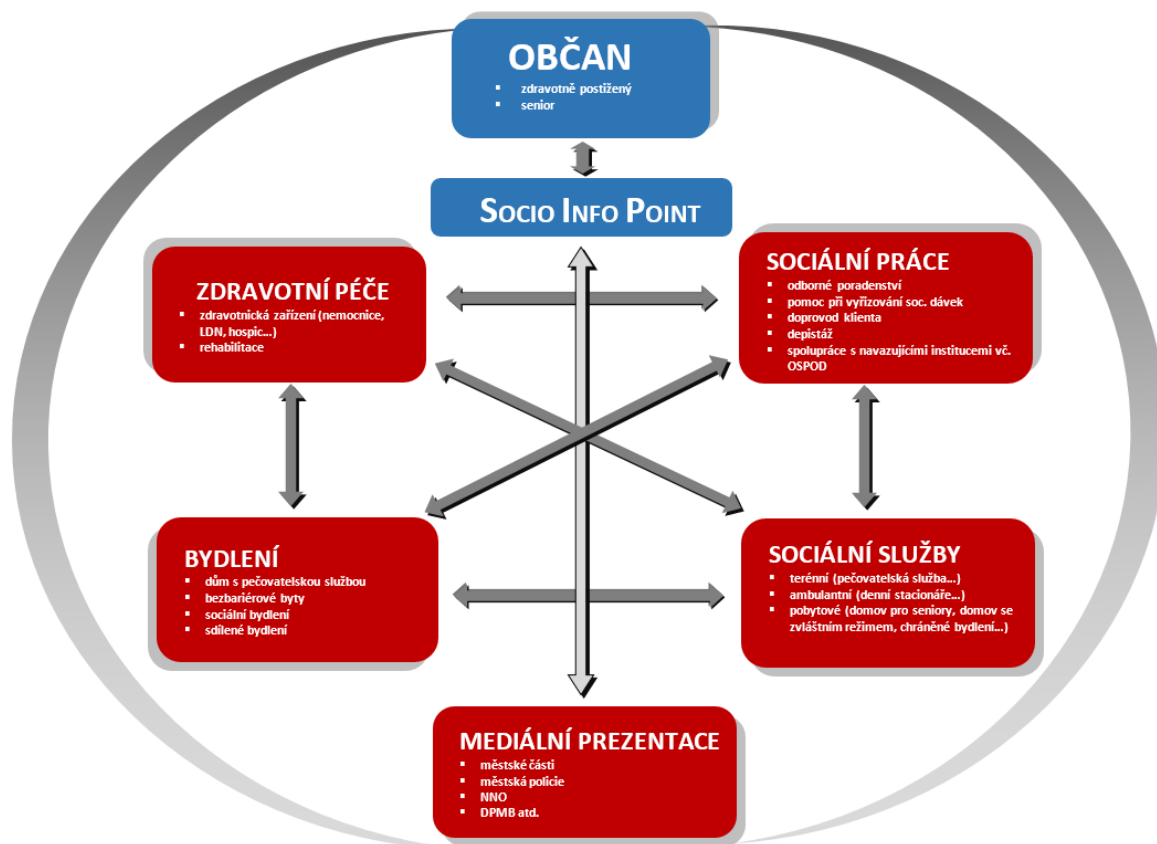


Schéma interpretuje nutnost multidisciplinárního přístupu a mezioborového propojení pro zajištění dostupnosti systému pomoci občanovi. Zdravotní péči poskytují pouze poskytovatelé zdravotních služeb oprávnění podle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. Sociální péče je zajišťována jednak registrovanými poskytovateli sociálních služeb zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a jednak neformálními systémy péče o osobu blízkou (osoba blízká, asistent sociální péče).

Sociální služby pomáhají člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci. V Brně je registrováno celkem 253 poskytovatelů sociálních služeb v různých formách a pro různé cílové skupiny. Poskytovatelů pobytových sociálních služeb je v Brně celkem 75, ambulantních služeb 138 a terénních 121. Některá zařízení poskytují více forem sociálních služeb.

**Tabulka 5.7 Zařízení sociálních služeb v Brně**

Druh zařízení	Počet zařízení
Odborné sociální poradenství	41
Sociální rehabilitace	18
Domovy pro seniory	17
Odlehčovací služby	15
Pečovatelská služba	14
Azylové domy	12
Domovy se zvláštním režimem	12
Osobní asistence	12



Druh zařízení	Počet zařízení
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	11
Denní stacionáře	10
Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	10
Terénní programy	9
Chráněná bydlení	8
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	8
Centra denních služeb	7
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	7
Tlumočnické služby	6
Raná péče	5
Služby následné péče	5
Noclehárny	4
Sociálně terapeutické dílny	4
Kontaktní centra	3
Týdenní stacionáře	3
Domy na půl cesty	2
Krizová pomoc	2
Nízkoprahová denní centra	2
Průvodcovské a předčitatelské služby	2
Telefonická krizová pomoc	2
Intervenční centra	1
Podpora samostatného bydlení	1
Terapeutické komunity	0
Tísňová péče	0
Celkem	253

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb, data k 31. 7. 2015.

Konkrétní informace o subjektech poskytuje **Adresář organizací působících v sociální oblasti ve městě Brně**, který vznikl v rámci projektu „Podpora komunitního plánování sociálních služeb v Brně“ (více informací na stránkách [www.socialnipece.brno.cz](http://www.socialnipece.brno.cz)). Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při chodu zajištění domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho-socio terapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.

#### **Cílem služeb mimo jiné bývá:**

1. Podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu.
2. Rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život.
3. Snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů.

#### **Druhy sociálních služeb:**

**Sociální poradenství** – poskytuje informace přispívající k řešení sociální nepříznivé situace. Jedná se o základní sociální poradenství a odborné, které je zaměřeno na jednotlivé okruhy sociálních skupin osob dle cílových skupin.

**Služby sociální péče** – zajišťují podporu fyzické a psychické soběstačnosti:

1. Centra denních služeb
2. Denní stacionáře

3. Domovy pro osoby se zdravotním postižením
4. Domovy pro seniory
5. Domovy se zvláštním režimem
6. Chráněné bydlení
7. Odlehčovací služby
8. Osobní asistence
9. Pečovatelská služba
10. Podpora samostatného bydlení
11. Průvodcovské a předčitatelské služby
12. Tísňová péče
13. Týdenní stacionáře

**Služby sociální prevence** – napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob a chrání před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů:

1. Azylové domy
2. Domy na půl cesty
3. Kontaktní centra
4. Krizová pomoc
5. Nízkoprahová denní centra
6. Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
7. Noclehárny
8. Raná péče
9. Služby následné péče
10. Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
11. Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
12. Sociálně terapeutické dílny
13. Sociální rehabilitace
14. Telefonická krizová pomoc
15. Terapeutické komunity
16. Terénní programy
17. Tlumočnické služby

## 6 Politika zdravé rodiny

### 6.1 Východiska politiky zdravé rodiny

Dle Metodického doporučení MPSV Rodinná politika na úrovni krajů a obcí (2008) je trendem dnešní postmoderní společnosti výrazná orientace na výkon a ekonomickou prosperitu a současně na blaho jednotlivce. „Ač si rodina zachovává stále vysokou hodnotu, na prarodinné aktivity nebývá vynakládáno dost času a sil. Proto je akceptováno převzetí řady rolí státem, přetrvávají však nejasnosti o míře autonomie rodiny i intervence státu do rodin (v podstatě o „dělbě“ rolí mezi státem, rodinou a dalšími subjekty). V sociální oblasti se stát zaměřuje zejména na podporu osob či skupin v nepříznivé životní situaci, ohrožených sociálním vyloučením, jako jsou např. tělesně či zdravotně postižení lidé, neúplné rodiny, senioři či osoby a skupiny ze slabších sociálních vrstev. **Jen v pozadí zatím zůstává podpora zdravé a fungující rodiny, ačkoli rodina je, byť rozšířena o řadu nových forem partnerství a soužití, stále považována za základ společnosti.** Podpora rodin je součástí investic do lidského kapitálu, který je vytvářen i v rodině, a proto je rodina pro soudržnost a další rozvoj společnosti nezbytná. Pro bezproblémové fungování rodinného života jsou klíčové tři základní předpoklady: znalosti/kompetence, čas a peníze. Přesto nejsou u mnohých rodin tyto předpoklady v potřebné míře splněny. České rodiny se v dnešním světě setkávají s řadou komplikací při zabezpečování svých potřeb a sladování pracovních a rodinných rolí (např. sociální a finanční znevýhodnění při domácí péči o dítě, nesoulad mezi nutností ekonomického zajištění rodiny a poskytnutím adekvátní péče dětem). Problematické jsou rovněž vlivy soudobých proměn v kulturní a hodnotové sféře. Manželská rodina jako tradiční forma života stojí v protikladu k mnoha nově vzniklým alternativám založeným na daleko volnějším, bezdětném vztahu. Nároky kladené na rodiče v souvislosti s výchovou dětí neustále rostou. Soukromé investice rodičů do rodiny a jejich celospolečenský přínos nejsou doposud odpovídajícím způsobem oceněny“.<sup>9</sup>

Rodinná politika ve své podstatě představuje souhrn aktivit a opatření za účelem podpory rodiny. Jelikož se jedná o politiku průřezovou, zasahuje do nejrůznějších veřejných oblastí života společnosti, jako je např. bydlení, školství, zdravotnictví, trh práce, infrastruktura. Na druhou stranu se však týká oblasti vysoce soukromé, a musí tedy respektovat autonomii a schopnost rodin samostatně se rozhodovat. Rodinná politika je proto soustředěna na podporu rodin ve výkonu jejich přirozených funkcí, nikoli na přebírání těchto rolí a zasahování do vnitřního života rodin, rozdělení sociálních rolí v rodině atd. Měla by pamatovat na všechny vývojové fáze rodin, stejně jako na jejich potřeby v konkrétních situacích. **Stěžejními oblastmi podpory, na které se rodinná politika v současnosti zaměřuje, jsou:**

- podpora vytváření vhodných socioekonomických podmínek pro fungování rodin zaměřující se na:
  - finanční zajištění rodiny,
  - slučitelnost práce a rodiny podporou svobodného rozhodování rodin o způsobu zajištění péče o děti, v němž ani jedna z alternativ nebude znamenat sociální či finanční znevýhodnění,
  - služby pro rodiny,
  - finanční i nefinanční podpora rodičovské péče o děti.
- podpora všestranně vyhovujících rodinných a rodičovských kompetencí;
- podpora institutu manželství a jeho společenské prestiže,
- podpora rodin se specifickými potřebami,
- podpora všech subjektů podporujících rodinu, jmenovitě zapojení krajů a obcí do rodinné politiky.

<sup>9</sup> Zpracován na základě MPSV (2008) Rodinná politika na úrovni krajů a obcí. Metodické doporučení. Praha: MPSV.

## Aktuální změny v rodinné politice od roku 2014 do roku 2017

<p><b>a/Předškolní péče</b></p> <p>a1/Zavedení dětských skupin (zákon č. 247/2014 Sb., o poskytování služby péče o dítě v dětské skupině)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• nyní cca 350 dětských skupin v ČR / 4000 míst</li><li>• doposud z Evropského sociálního fondu bylo na podporu dětských skupin uvolněno více jak 1,6 mld. Kč v rámci výzev 35+36 (2015) a 132 (2017)</li></ul> <p>a2/ Garance míst v mateřské škole pro dvouleté děti od roku 2020 (zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání)</p> <p>a3/ Systémový projekt Mikrojesle</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• pilotní ověření nové služby péče o děti, pro děti od 6 měsíců do čtyř let, max. 4 děti na jednu pečující osobu</li><li>• 68 nových mikrojeslí po celé ČR</li></ul> <p><b>b/ Zapojení mužů do péče</b></p> <p>b1/Otcovská poporodní (zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• týden volna pro otce v šestinedělí a dávka ve výši 70 % denního vyměřovacího základu</li></ul> <p><b>c/ Finanční podpora rodin</b></p> <p>c1/Zásadní navýšení daňových slev na dítě (návrh zákona, kterým se mění některé zákony v oblasti daní, č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• nově na první dítě o 1800 Kč z 13 404 Kč na 15 204 Kč</li><li>• na druhé dítě o 6 tisíc Kč z 13 404 Kč na 19 404 Kč</li><li>• na třetí dítě a každé další dítě o 10 800 Kč z 13 404 Kč na 24 204 Kč</li></ul> <p>c2/Navýšení porodného (č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• první dítě (13 000 Kč), druhé dítě (10 000 Kč) při příjmu do 2,7násobku životního minima rodiny</li></ul> <p>c3/ Školovné (č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• sleva na dani za umístění dítěte v předškolním zařízení (mateřská škola, dětská skupina, živnost) do výše minimální mzdy</li></ul>	<p>c4/ Novelizace státní sociální podpory (č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• rychlejší čerpání rodičovské (ze současných max. 11 500 Kč za 1,5 roku až na 70 % denního vyměřovacího základu za 7 měsíců)</li><li>• vyšší přídavky na děti a pro více rodin (zvýšení nároku z 2,4 na 2,7násobku životního minima (rozšíření podpory o téměř 145 tis. dětí na 547 tis. dětí, navýšení příspěvku o 300 Kč na 800, 910 a 1 000 Kč)</li><li>• možnost rychlejšího čerpání (až do výše 7 600 Kč) i pro osoby, kterým nelze vyměřit PPM – studenti, OSVČ, nezaměstnaní</li></ul> <p>c5/ Dlouhodobé ošetřovné (zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, zákon č. 252/2006 Sb., zákoník práce)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• až tři měsíce volna na péči o osobu blízkou</li><li>• dávka ve výši 60 % denního vyměřovacího základu</li><li>• nejvyšší pracovní-právní ochrana na úrovni mateřské dovolené</li></ul> <p><b>d/Zavádění inovací a podpora neziskových organizací a samosprávy</b></p> <p>d1/ Systémový projekt Sladění pracovního a rodinného života na úrovni krajů a obcí</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• samospráva je pro rodinnou politiku klíčová a její role nezastupitelná</li><li>• spolupráce a informovanost mezi samosprávou a státní správou, vytvoření pozic koordinátorů, vznik krajských platforem a metodik, minimální standardy</li></ul> <p>d2/ Systémový projekt 22 % k rovnosti</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• rozdíl mezi finančním ohodnocením žen a mužů činí v ČR 22 %, což je u přepočtu na průměrnou mzdu téměř 7 tisíc Kč měsíčně</li><li>• osvěta a celospolečenská debata</li><li>• využití pravomocí SÚIP, KVOP, ÚP a RHSD</li></ul> <p>d3/ Dotační titul Rodina a Obec přátelská rodinám a seniorům</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• tematické rozšíření podporovaných aktivit z oblasti sladování, genderové rovnosti, domácího násilí a mezigenerační solidarity</li><li>• finanční posílení obou dotačních titulů</li></ul>
--	---

### 6.1.1 Koncepce rodinné politiky České republiky

Vláda dne 18/9/2017 schválila Koncepci rodinné politiky, která definuje níže uvedené principy a cíle.

#### Principy rodinné politiky

Klíčovým principem rodinné politiky je vytvářet rodinám takové prostředí, ve kterém mohou svobodně naplňovat svá rozhodnutí a přesvědčení týkající se rodinných hodnot, způsobů péče a cílů rodinného i osobního života. Jedná se tedy o zajištění svobodné volby při respektování ústavních hodnot a z nich vycházejících zákonů.

#### Cíle rodinné politiky

V návaznosti na Strategický rámec Česká republika 2030 a Národní koncepci podpory rodin s dětmi z roku 2008 a za účelem posílení soudržnosti celé společnosti a zvýšení důvěry obyvatelstva v budoucnost a v prostředí, ve kterém vyrůstají a žijí, jsou cíle rodinné politiky definovány následovně:

1. **Společenské klima má být vůči rodinám všestranně příznivé**, bariéry a společenské tlaky mají být minimalizovány. Rodina, rodičovství a manželství mají požívat zvláštní zákonné ochrany a mají být společensky vysoce oceňovány, přičemž je nutno posilovat autonomii rodiny.
2. **Vhodné socioekonomické podmínky mají podporovat dobré fungování rodin a výchovu dětí.** Mají se zaměřit na finanční zajištění rodiny, slučitelnost práce a rodiny a služby péče o děti i seniory či jiné závislé osoby a umožnit tak rodinám získat dostatek volného času pro zkvalitňování rodinných vztahů.
3. **Rodinám se specifickými potřebami má být věnována zvláštní pozornost**, zejména neúplným rodinám, rodinám se členem se zdravotním postižením, rodinám se třemi a více dětmi a dalším rodinám nejvíce ohroženým relativní i absolutní chudobou. Mají být přijímána cílená opatření přispívající k rovnému přístupu ke vzdělávání a uplatnění členů těchto rodin na trhu práce i ve společnosti.
4. **Posilovat vědomí a význam rodinných hodnot, kterými jsou trvalý vztah, manželství, vzájemná péče a hodnoty lásky a úcty a podpora významu rodiny ve společnosti.**
5. Vzhledem k demografickým změnám v české společnosti **podpořit prostřednictvím navrhovaných opatření v této koncepci vyšší porodnost a sňatečnost** obyvatelstva.

### 6.1.2 Koncepce rodinné politiky Jihomoravského kraje na období 2015–2019

Hlavním cílem rodinné politiky kraje jako politiky průřezové je podporovat vznik funkčních rodin, kvalitu rodinného života a vhodných podmínek pro rodiny a umožnit tak jejich členům svobodně realizovat vlastní životní strategie v naplňování jak rodičovských, tak i profesních plánů.

#### Specifické cíle:

1. Cílem rodinné politiky je podpora autonomní rodiny, založené na stabilních, celoživotních vztazích. Její opatření se tedy nezaměřují v první řadě na podporu jednotlivých členů rodiny, ale na usnadnění výkonu funkcí, za něž nese odpovědnost rodina.
2. Cílem rodinné politiky je podpora svobodné volby rodiny týkající se velikosti rodiny, míry profesního zapojení rodičů, způsobu péče o děti a další závislé členy rodiny.
3. Cílem rodinné politiky je předcházení krizovým situacím v životě fungující rodiny.
4. Cílem rodinné politiky je tvorba pro-rodinného klimatu cestou spolupráce široké sítě aktérů rodinné politiky.
5. Cílem rodinné politiky je utvářet u mladé generace vědomí hodnoty rodiny a vlastní odpovědnosti za její stabilitu a funkčnost prostřednictvím výchovy k partnerství, manželství a rodičovství.

**Cílovou skupinu** tvoří rodiny s dětmi, matky/otcové na mateřské/rodičovské dovolené, těhotné ženy a jejich partneri, senioři, pečující osoby, zaměstnavatelé.

### **6.1.3 Koncepce rodinné politiky města Brna z roku 2008**

**Cílem rodinné politiky města Brna** bylo věnovat soustavnou pozornost životním podmínkám rodin a činit vhodná opatření tak, aby byla posilována autonomie rodin a umožňováno jejich svobodné rozhodování při uskutečňování životních plánů. Jde o plány a představy rodin v oblasti vztahového života, velikosti rodiny, výchovy dětí a v oblasti harmonizace nároků zaměstnání a rodiny. K tomuto cíli vede cesta posilování pro-rodinného klimatu ve společnosti, v jehož rámci je snadněji dosažitelný politický konsenzus k realizaci jednotlivých opatření ve prospěch rodin. Důležitou součástí snahy o vytvoření pro-rodinného klimatu ve společnosti je zdůrazňování hodnoty stabilní a prosperující rodiny pro plnohodnotné osobnostní zrání jednotlivce, ale i faktická nenahraditelnost rodiny pro udržitelný rozvoj společnosti. Rodina je nejúspěšnějším garantem mezigeneračního předávání hodnot, na kterých svobodná a demokratická společnost spočívá. Tento vysoký cíl rodinné politiky je relativně dostupný, protože drtivá většina mladých lidí si podle sociologických výzkumů podobné hodnoty promítá do své vztahové a reprodukční budoucnosti.

#### **Oblasti rodinné politiky, které se rozhodlo město Brno v rámci uvedené koncepce podporovat:**

##### **1: Komunikace s rodinami**

*Cíl: Zlepšení komunikace mezi rodinami a aktéry rodinné politiky v městě Brně, zvýšení informovanosti rodin o pro-rodinných aktivitách a jejich aktivizace.*

##### **2: Služby pro rodiny**

*Cíl: Vytvoření systému podpory rodin v městě Brně, který bude rodinám usnadňovat plnění jejich základních funkcí*

##### **3: Slučitelnost rodiny a zaměstnání**

*Cíl: Realizace takových opatření, která umožní rodičům sladění profesního a rodinného života, aniž by bylo ohroženo plnění jejich rodičovských funkcí.*

##### **4: Městský prostor přátelský rodinám**

*Cíl: Posílení pro-rodinného společenského prostředí v městě Brně.*

##### **5: Monitoring situace rodin v Brně**

*Cíl: Zpřístupnit a zveřejnit jednoduchou a přehlednou formou důležité statistické, ekonomické a sociální údaje o situaci rodin v městě Brně, umožnit sledování trendů v jednotlivých oblastech. Umožnit a podpořit diskusi o významu a dopadech těchto trendů a diskusi o vyplývajících návrzích opatření.*

##### **6: Spolupráce a výměna zkušeností mezi městem Brnem a jinými městy v oblasti podpory rodiny**

*Cíl: Systémová a účinná rodinná politika města v návaznosti na příklady dobré praxe.*

##### **7: Finanční podpora**

*Cíl: Vytvoření nástroje (finanční dotace) pro podporu a motivaci realizace pro-rodinných opatření a umožnění ovlivňovat poskytování pro-rodinných služeb prostřednictvím stanovených priorit dotačního titulu. Záměrem je soustavně posilovat preventivní a podpůrné programy pro rodiny ve smyslu zásady, že prevence sociální patologie je vždy levnější než její náprava.*

##### **8: Přímá podpora rodin**

*Cíl: Vytváření příznivých podmínek pro život rodin v městě Brně formou přímé podpory v oblasti bydlení, dopravy a aktivního trávení volného času společně všech členů rodiny.*

##### **9: Institucionální, personální a koncepční zajištění rodinné politiky**

*Cíl: Vybudování aparátu sestávajícího z existujících a nově vzniklých pracovišť, který bude zajišťovat plnění dohodnutých úkolů, jejich koordinaci a postupné naplňování, eventuálně doplňování cílů Koncepce rodinné politiky města Brna.*

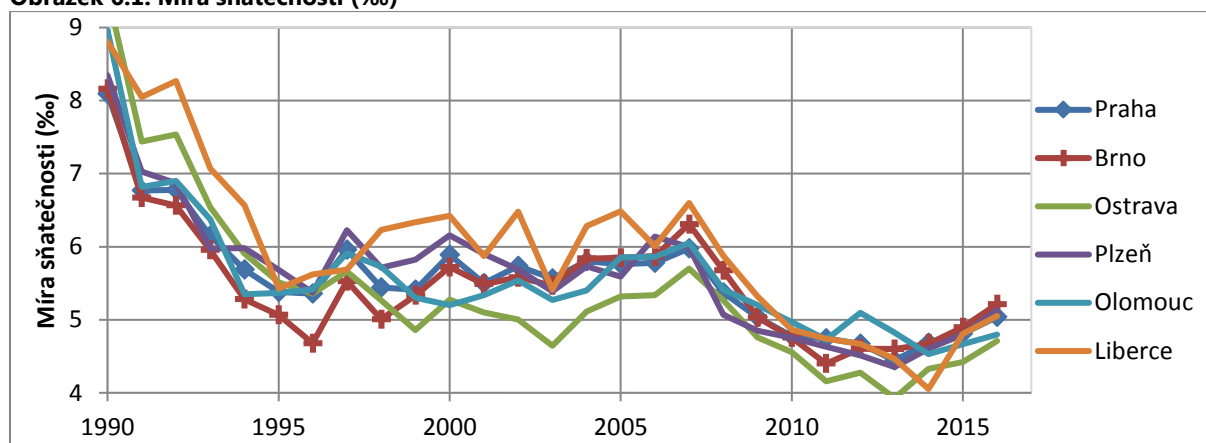
## 6.2 Vývojové trendy se zaměřením na rodinné domácnosti

Pro úvahy o rodině (vzájemné soužití, násilí v rodině) je významná analýza struktury domácností. Z tohoto pohledu je nezbytné soustředit se na údaje o stávající situaci:

- struktura obyvatelstva dle rodinného stavu,
- počet a struktura domácností dle počtu členů,
- podíl úplných a neplných rodin.

Faktory, které ovlivňují strukturu obyvatelstva dle rodinného stavu, jsou mimo jiné sňatečnost a rozvodovost. Přes výrazný pokles sňatků v Brně po roce 1990 je patrný od roku 2011 pozitivní nárůst, který je nejvýraznější právě v Brně oproti ostatním velkým městům.

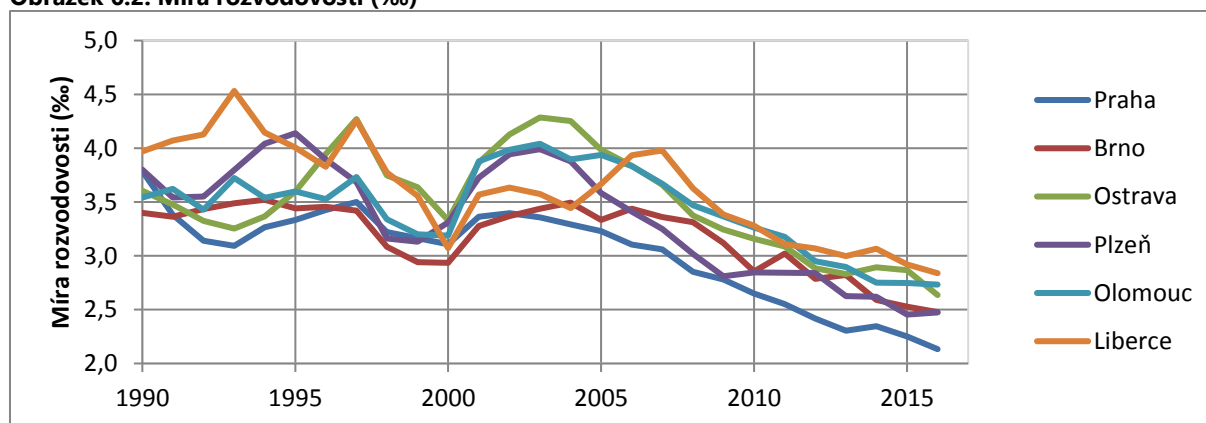
**Obrázek 6.1: Míra sňatečnosti (‰)**



Zdroj: ČSÚ, Demografické ukazatele za vybraná města.

Intenzita rozvodovosti se v České republice, na rozdíl od většiny ostatních demografických procesů, neměnila výrazněji až po roce 1989. Následkem liberalizace rozvodové legislativy a větší tolerance společnosti k rozvodům jako řešení partnerských problémů se rozvodovost zvyšovala již v průběhu předchozích desetiletí. Nárůst postupně, obdobným tempem, pokračoval i v 90. letech 20. století a v prvních letech 21. století. Přesto byl v roce 2012 počet rozvodů (26,4 tis.) dokonce nejnižší od roku 1999 (23,7 tis.), kdy rozvodovost v zemi výrazně ovlivnila novelizace zákona o rodině (k 1. 8. 1998). Ta totiž změnila podmínky pro ukončení manželství, zejména těch s nezletilými dětmi. A tak výsledky za rok 1999 byly dokonce srovnatelné s údajem za rok 1979. V první polovině 50. let 20. století končila rozvodem desetina manželství. Hranice 30 % byla poprvé překonána v roce 1975 a na hodnotu 50 % vystoupala míra rozvodovosti v roce 2010.

**Obrázek 6.2: Míra rozvodovosti (‰)**



Zdroj: ČSÚ, Demografické ukazatele za vybraná města.

Pozn.: Z důvodu heterogenity dat pro stanovení trendů jsou v grafu zobrazené tříleté klouzavé průměry.

Míra rozvodů vykazuje mírný pokles. Podobné trendy vykazují i republiková data, přesto podíl dětí narozených mimo manželství je v ČR těsně pod 50% hranicí. Z hlediska struktury obyvatel dle rodinného stavu nejsou mezi velkými městy výrazné rozdíly, pouze mírně zvýšený počet rozvedených osob v Ostravě, a naopak nejnižší podíl těchto osob v Brně a v Praze.

**Tabulka 6.1: Obyvatelstvo podle rodinného stavu**

	Praha	Brno	Ostrava	Plzeň	Olomouc	Liberec
Svobodní	42,2%	41,5%	40,5%	39,3%	41,1%	40,6%
Ženatí, vdané	39,0%	39,9%	38,5%	40,8%	39,5%	39,8%
Rozvedení	11,4%	11,4%	13,2%	12,3%	12,2%	12,6%
Ovdovělí	6,4%	7,0%	7,6%	7,3%	7,1%	6,7%

Zdroj: ČSÚ, SLDB 2011.

Z celkového pohledu v Brně dochází k poklesu obyvatel (o 5,3 %) v manželském svazku na 39,9 % obyvatel v roce 2011 a nárůstu (o 4,8 %) osob svobodných na 41,5 %, podíl rozvedených vzrostl o 1,6 % na 11,4 % obyvatel, podíl ovdovělých obyvatel zůstal víceméně stejný.

**Tabulka 6.2: Rodinný stav obyvatel města Brna**

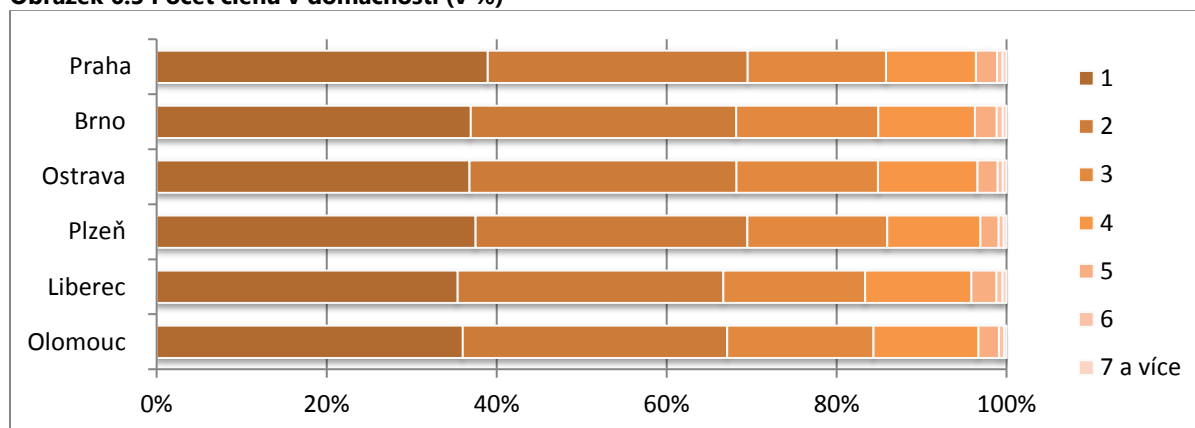
Rodinný stav	Počet		Podíl		
	2001	2011	2001	2011	Změna
svobodný/svobodná	137 798	159 980	36,6%	41,5%	4,8%
ženatý/vdaná	170 259	154 055	45,3%	39,9%	-5,3%
rozvedený/rozvedená	36 792	44 007	9,8%	11,4%	1,6%
vdovec/vdova	28 825	26 941	7,7%	7,0%	-0,7%
nezjištěno	1 239	780	0,3%	0,2%	-0,1%
<b>Celkem</b>	<b>376 192</b>	<b>385 913</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>

Zdroj: ČSÚ, SLDB 2001 a 2011.

Pozn.: V roce 2001 je uvedeno obyvatelstvo úhrnem, které zahrnuje trvalý a dlouhodobý pobyt. V roce 2011 došlo k metodické změně a jsou uváděny údaje o obyvatelích s obvyklým bydlištěm.

V současné době převládá v ČR trend jednočlenných domácností. Členové jednočlenných domácností pocházejí z různých cílových skupin, převážně jsou jimi senioři (vdovy/vdovci) a singles domácnosti. Ve všech vybraných městech je podíl jednočlenných domácností vyšší než 35 %. Druhou nejpočetnější skupinou jsou dvoučlenné domácnosti (více než 30 %).

**Obrázek 6.3 Počet členů v domácnosti (v %)**



Zdroj: ČSÚ, SLDB 2011.

V hl. m. Praze byly ze všech měst nejvíce zastoupeny domácnosti jednotlivců (38,5 %). V české metropoli byly rovněž nejméně zastoupeny úplné rodiny se závislými dětmi (14,9 %) i bez nich (24,1 %). Na druhé straně byl v hl. m. Praze zjištěn výrazně nadprůměrný podíl vícečlenných



nerodinných domácností (8,3 %), což lze vysvětlit **rozšířeným pronajímáním bytů ke spolubydlení více osob**, které v metropoli studují nebo pracují.

Města Olomouc a Liberec se naproti tomu profilovala jako silně pro rodinná, měla nejvyšší zastoupení úplných rodin (nad 44 %). Na druhé straně se v nich vyskytovaly nejnižší podíly domácností jednotlivců (pod 36 %). Počet jednotlivců samostatně hospodařících v bytě zde byl výrazně nižší ve srovnání s počtem úplných rodin, zatímco na opačném pólu bylo hl. m. Praha, kde byly tyto skupiny téměř vyrovnané. Město Plzeň vykazovalo minimum u zastoupení neúplných rodin (12,4 %). Největší výskyt neúplných rodin byl v relativním vyjádření zaznamenán v Ostravě (14,3 %). **Brno v porovnání s Prahou je na tom z hlediska úplných rodin výrazně lépe, ale nedosahuje hodnot Olomouce a Liberce.**

**Tabulka 6.3: Podíl jednotlivých typu domácností na hospodařících domácnostech dle obvyklého pobytu**

	Praha	Brno	Ostrava	Plzeň	Olomouc	Liberec
Podíl domácností jednotlivců	38,5%	36,7%	36,7%	37,2%	35,8%	35,3%
z toho bydlících samostatně	34,1%	32,6%	33,3%	32,9%	32,2%	31,0%
Podíl vícečlenných nerodinných domácností	8,3%	6,9%	5,3%	6,6%	5,4%	5,7%
Podíl rodinných domácností	53,2%	56,4%	58,0%	56,2%	58,8%	59,0%
z toho tvořené 1 rodinou	52,3%	55,3%	57,3%	55,3%	57,8%	58,0%
úplné rodiny celkem	39,0%	41,6%	42,9%	42,9%	44,3%	44,7%
v tom						
úplná rodina bez závislých dětí	24,1%	25,5%	26,1%	27,2%	26,4%	26,7%
úplná rodina se závislými dětmi	14,9%	16,2%	16,8%	15,6%	17,9%	18,0%
neúplné rodiny celkem	13,3%	13,7%	14,3%	12,4%	13,6%	13,3%
v tom						
neúplná rodina v čele muž	2,4%	2,2%	2,3%	2,0%	2,0%	2,3%
neúplná rodina v čele žena	10,9%	11,5%	12,0%	10,4%	11,6%	11,0%
tvořené 2 a více rodinami	0,9%	1,1%	0,8%	0,9%	1,0%	1,0%

Zdroj: ČSÚ, SLDB 2011.

V Brně je dle SLDB 2011 celkem 163 596 bytových domácností<sup>10</sup>, od roku 2001 došlo k nárůstu o 11 872 domácností. V roce 2011 je bytová domácnost v 95,6 % tvořena jednou hospodařící domácností<sup>11</sup>. Pozitivním jevem v letech 2001 až 2011 je snížení společně hospodařících domácností v jednom bytě (2 a více) o 5 149 domácností, tzn., že jedna ze společných bytových domácností získala byt, nebo zanikla. V uvedeném období došlo i k výraznému nárůstu vybavení bytových domácností osobním počítačem s připojením na internet.

**Tabulka 6.4: Bytové domácnosti v Brně**

Bytové domácnosti	Počet			Podíl		
	2001	2011	Změna	2001	2011	Změna
s 1 hospodařící domácností	139 372	156 393	17 021	91,9%	95,6%	3,7%
se 2 a více hosp. domácnostmi	12 352	7 203	-5 149	8,1%	4,4%	-3,7%
<b>Celkem</b>	<b>151 724</b>	<b>163 596</b>	<b>11 872</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>Bytové domácnosti vybavené osobním počítačem</b>	30 993	99 429	68 436	20,4%	60,8%	40,3%
<i>z toho s připojením na internet</i>	12 767	93 741	80 974	9,2%	57,3%	48,1%
<b>Domácnosti jednotlivců bydlících samostatně v bytě</b>	42 510	56 084	13 574	25,3%	32,2%	6,9%

Zdroj: ČSÚ, SLDB 2001 a 2011.

<sup>10</sup> Bytovou domácnost tvoří osoby žijící společně v jednom bytě.

<sup>11</sup> Hospodařící domácnost tvoří osoby, které společně hospodaří, tj. společně hradí výdaje domácnosti, jako je strava, náklady na bydlení aj. Společné hospodaření se vztahuje i na děti, které do příslušné domácnosti patří, i když samy na výdaje domácnosti nepřispívají. Hospodařící domácnost může být rodinná i nerodinná.

**Bytové domácnosti jednotlivců, tj. byty obydlené jednou osobou, vykazují rostoucí trend v Brně obdobně jako v celé České republice.** V roce 2011 tyto domácnosti tvořily v Brně 32,2 % všech bytových domácností, tzn. v každém třetím bytě žil člověk ve věku 15 a více let sám a rovněž i sám hospodařil. Domácnosti jednotlivců zahrnují 2 nejvýznamnější skupiny jednotlivců, a to domácnosti singles a domácnosti jednotlivců – seniorů. Nárůst je spojen se stárnutím populace, ve vyšších věkových skupinách od 65 let se jedná především o domácnosti vdov příp. rozvedených žen. U věkových kategorií 40 až 65 let převládají především rozvedení muži a u věkové kategorie pod 40 let svobodní muži. K 26. 3. 2011 žilo v Brně více než 13 % osob ve věku 20–39 let jako singles, přičemž tento trend je ovlivněn změnou hodnotového systému spojeného s hedonistickým stylem života<sup>12</sup> s důrazem na neochotu se vázat.

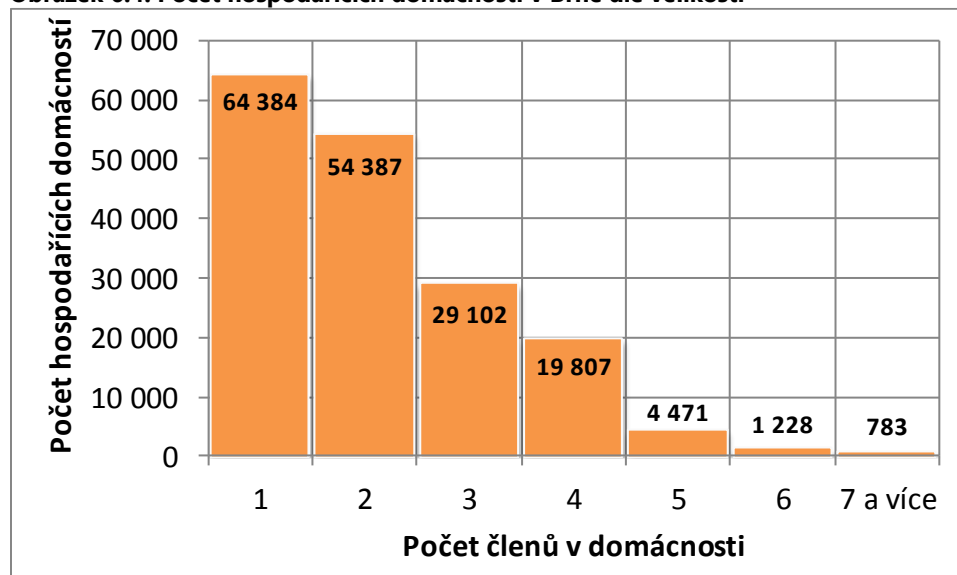
**Tabulka 6.5: Hospodařící domácnosti v Brně**

Hospodařící domácnosti		Počet		Podíl		
		2001	2011	2001	2011	Změna
<b>Celkem</b>		<b>167 740</b>	<b>174 162</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	
Rodinné*	úplné rodiny	80 619	71 995	48,1%	41,3%	-6,7%
	<i>bez závislých dětí</i>	44 816	44 074	26,7%	25,3%	-1,4%
	<i>se závislými dětmi</i>	35 803	27 921	21,3%	16,0%	-5,3%
	neúplné rodiny	26 407	23 743	15,7%	13,6%	-2,1%
	<i>bez závislých dětí</i>	10 481	11 267	6,2%	6,5%	0,2%
	<i>se závislými dětmi</i>	15 926	12 476	9,5%	7,2%	-2,3%
Nerodinné*	vícečlenné domácnosti	4 926	12 205	2,9%	7,0%	4,1%
	domácnosti jednotlivců	55 788	64 384	33,3%	37,0%	3,7%
Dle způsobu bydlení	v bytech		172 260		98,9%	
	mimo byty		1 744		1,0%	
	v zařízeních		158		0,1%	

Zdroj: ČSÚ, SLDB 2001 a 2011.

Pozn. \*Data nejsou plně srovnatelná, jelikož v roce 2011 se jedná o hospodařící domácnosti a v roce 2001 se jedná o cenzovní domácnosti, ale rozdíl 0,78 % v roce 2001 mezi těmito dvěma kategoriemi je zanedbatelný. V roce 2011 je struktura hospodařících rodinných domácností vztahena na domácnosti tvořené jednou rodinou, hospodařících domácností tvořených více rodinami bylo jen 1,88 %.

**Obrázek 6.4: Počet hospodařících domácností v Brně dle velikosti**



Zdroj: ČSÚ, SLDB 2011.

<sup>12</sup> Podle sociologa Alfreda Schultze jsou současní mladí lidé stále více sociálně neukotvení. Často žijí v jednočlenných domácnostech, a přestože mají partnery, nepožijí si dítě. Mají slabou prostorovou vazbu s daným územím a poměrně často se stěhují.

Z hlediska počtu členů úplných rodinných domácností se závislymi dětmi v Brně převládají rodiny s dvěma dětmi (13 955 domácností), pak následují rodiny s jedním dítětem (10 426 domácností). Rodiny s třemi a více dětmi jsou výrazně méně četné, tvoří je pouze 3 459 domácností. U neúplných domácností, zcela převládají ženy samoživitelky s jedním dítětem (12 052 domácností), případně s dvěma dětmi (5 863 domácností).

**Tabulka 6.6: Velikost rodinných domácností v Brně**

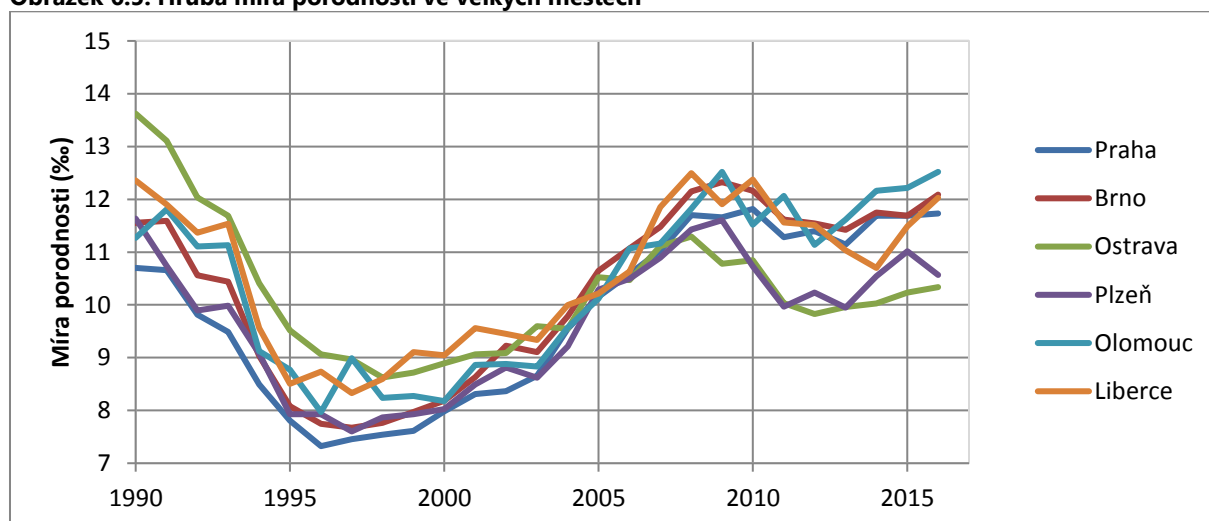
Typ domácnosti		Domácnosti celkem	v tom podle počtu členů domácnosti				
			1	2	3	4	5 a více
rodinné domácnosti		97 109	x	45 510	26 886	18 939	5 774
tvořené 1 rodinou		95 276	x	45 510	26 886	18 252	4 628
úplné rodiny celkem		71 683	x	31 070	19 980	16 625	4 008
v tom	úplná rodina bez závislých dětí	43 843	x	31 070	9 554	2 670	549
	úplná rodina se závislymi dětmi	27 840	x	x	10 426	13 955	3 459
neúplné rodiny celkem		23 593	x	14 440	6 906	1 627	620
v tom	neúplná rodina v čele muž	3 850	x	2 388	1 043	272	147
	neúplná rodina v čele žena	19 743	x	12 052	5 863	1 355	473
tvořené 2 a více rodinami		1 833	x	x	x	687	1 146

Zdroj: ČSÚ, SLDB 2011.

### 6.2.1 Porodnost

Počet živě narozených dětí v ČR se v roce 2016 třetím rokem v řadě meziročně zvýšil. Celkem se živě narodilo 112,7 tisíce dětí, nejvíce za posledních šest let. Meziročně vyšší byl počet prvorozených (54,9 tisíce), druhorozených (41,3 tisíce) i dětí v dalších pořadích (16,4 tisíce).

**Obrázek 6.5: Hrubá míra porodnosti ve velkých městech**

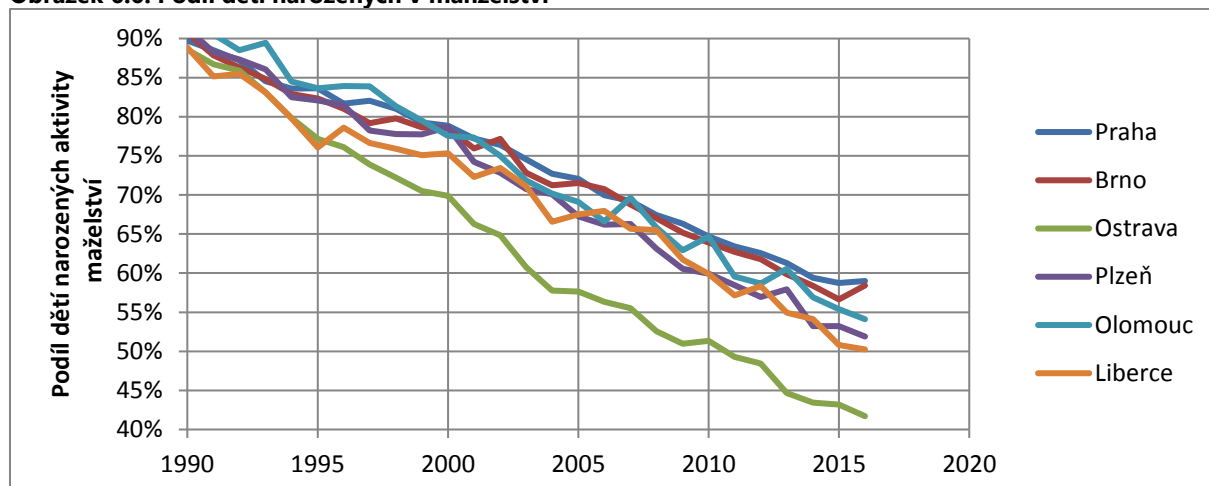


Zdroj: ČSÚ, Demografické ukazatele za vybraná města.

Pozn. Hrubá míra porodnosti na 1000 obyvatel.

Po propadech porodnosti po roce 1990 ve všech velkých městech dochází od roku 1996 k jejímu nárůstu. Ten je ovlivněn především počtem narozených dětí rodičům ze silných populačních ročníků narozených po roce 1971. Pozitivní trend v nárůstu porodnosti je v posledních třech letech především u měst Olomouc, Brno a Liberec.

Obrázek 6.6: Podíl dětí narozených v manželství



Zdroj: ČSÚ, Demografické ukazatele za vybraná města.

Pozn.: Podíl živě narozených dětí.

Vyšší počet živě narozených připadl zejména na ženy v rodinném stavu svobodná, poprvé od roku 2009 se však meziročně snížil ani počet dětí narozených vdaným ženám. Mimo manželství se celkem narodilo 48,6 % dětí (o rok dříve 47,8 %). Nejvíce narozených mělo matku ve věku 31 let, u prvorozených dětí převažovaly matky ve věku 29 let. **V roce 2016 se v Brně zvrátil negativní trend a došlo k výraznějšímu nárůstu podílu dětí narozených v manželství.**

### 6.3 Podpora politiky zdravé rodiny v Brně

Pro úspěšný rozvoj rodinné politiky a realizaci aktivit je nutné zapojit všechny aktéry působící na území města Brna (tj. orgány samosprávy, nestátní neziskové organizace, školy, zaměstnavatele, poskytovatele komerčních služeb, odborníky z akademické sféry).

Město Brno se dlouhodobě věnuje rodinné politice, což se projevilo zřízením **Oddělení prorodinné politiky** v rámci Odboru zdraví MMB. Město Brno je členem evropské sítě Cities for Children, kde pracuje v sekci „soulad rodinného a pracovního života“. Podpora rodinné politiky byla v roce 2007 vyslovena v Deklaraci na podporu rodiny, jež byla schválena Radou města Brna.

Realizace rodinné politiky v městě Brně je koordinována Poradním sborem RMB pro rodinu a Odborem zdraví MMB. Garantem koordinace rodinné politiky města Brna je Odbor zdraví MMB, který poskytuje zázemí pro činnost Poradního sboru RMB pro rodinu<sup>13</sup> (od roku 2007).

#### Vybrané konkrétní aktivity statutárního města Brno v oblasti podpory rodin:

##### A/ Realizování preventivních a osvětových aktivit

Statutární město Brno podporuje akce, pořádané prorodinnými organizacemi (např. Národní týden manželství, Týden pro rodinu).

<sup>13</sup> Poradní sbor Rady města Brna pro rodinu je orgánem zřízeným Radou města Brna na její R5/011. schůzi dne 13. 2. 2007. Jeho úkolem je iniciovat diskusi o potřebách rodin v městě Brně a navrhovat dlouhodobá koncepční i bezprostřední konkrétní opatření, která budou potřeby rodin uspokojovat. Je tvořen skupinou odborníků, politiků, úředníků magistrátu a zástupců pro-rodinných neziskových organizací, jejichž členové jsou do této dobrovolné a neplacené funkce Radou města Brna jmenováni. Poradní sbor RMB pro rodinu má právo k předběžným jednáním s institucemi a organizacemi v tématice jednotlivých opatření pro podporu rodin.

## **B/ Informovanost**

Město Brno rozvíjí komplexní informovanost v rámci webových stránek „Brno - město pro rodiny“. Vydává katalogy a příručky (např. Katalog služeb pro školy a rodiče v oblasti výchovy a vzdělávání, Katalog prarodinných organizací a služeb ve městě Brně, atd.).

## **C/ Zřizování a rozvoj Family Pointů**

Family Point (dále jen FP) je bezbariérové místo přátelské rodině, které umožňuje pečovat o malé děti a získávat informace pro podporu rodinného života. Hlavním cílem služby FP je zkvalitňování životních podmínek rodin v daném městě. První FP vznikl v květnu 2009 v Brně jako místo, které nabízí možnost péče o děti v důstojném a přátelském prostředí. Ve spolupráci s Magistrátem města Brna a Krajským úřadem JMK rozšířilo Centrum pro rodinu a sociální péči síť FP na 28 základních míst a 1 kontaktní FP v Brně (údaj k 1. 10. 2016). Základní FP (bez přítomnosti pracovnice) je vybaven místem na přebalování a ohřev jídla a kontaktní FP (tj. s přítomností pracovnice), nabízí informační a poradenskou službu o nabídkách pro rodiny ve městě Brně. Kontaktní FP je na Josefské ulici a základní FP jsou ve městských částech na úřadech a v knihovnách. Jedná se o ukázkový příklad spolupráce aktérů, který se rozšiřuje do dalších měst i mimo území Jihomoravského kraje.

## **D/ Odstraňování bariér z veřejného prostoru**

Tato oblast zahrnuje komplexní řešení problematiky přístupnosti a svobodného pohybu po městě pro všechny (rodiče s kočárky, senioři, lidé se sníženou pohyblivostí i smyslovým postižením). Cílem je odstraňování bariér nejen stavebních, ale i technicko-organizačních a vytváření zón přátelských k rodinám ve městě Brně, tj. dobře značených míst, kde je možné nakojit a přebalit dítě, kde jsou dětská hřiště, zařízení a služby pro rodiny včetně bezbariérového řešení vstupu do těchto zařízení.

Pro řešení přístupnosti města Brna a odstraňování bariér Rada města Brna k 1. 3. 2017 zřídila jako svůj poradní a iniciativní orgán „Poradní sbor pro bezbariérové Brno“, který dává podněty na odstraňování bariér všeho typu, vyjadřuje se k výstavbě v oblasti bezbariérovosti a sbírá podněty občanů na odstranění konkrétních bariér v městě Brně.<sup>14</sup>

Pro informování občanů o přístupnosti objektů město Brno zpracovalo a vydalo Atlas přístupnosti centra města Brna pro osoby s omezenou schopností pohybu.<sup>15</sup>

## **E/ Finanční alokace pro oblast podpora rodiny v letech 2013–2016**

V oblasti podpory rodiny jsou poskytovány adresné individuální dotace, dále je zřízen dotační titul na činnosti v oblasti podpory rodiny. Mezi typické podpořené aktivity patří pobytové a příměstské tábory pro děti, příp. pro rodiny s dětmi, provoz školek/dětských klubů/mateřských center, vzdělávací a osvětová činnost na téma zvyšování rodičovských kompetencí.

---

<sup>14</sup> <http://www.brno-prorodiny.cz/statut-poradniho-sboru-rmb-pro-bezbarierove-brno>

<sup>1515</sup> Město vydalo Atlas přístupnosti centra města Brna pro osoby s omezenou schopností pohybu, který obsahuje informace o přístupnosti státních institucí, kulturních památek, muzeí a galerií v plném rozsahu tzn. v mapě jsou zaneseny i v případě, když jsou bariérové. Objekty občanské vybavenosti např. bankomaty, banky, hotely, lékárny, restaurace, kavárny, nákupní pasáže jsou vyznačeny pouze v případě, že jsou bezbariérové či částečně přístupné. Také jsou zde zobrazena parkovací místa, zastávky a linky městské hromadné dopravy. Při tvorbě atlasu byly použity piktogramy, které vytvořila Pražská organizace vozíčkářů a zapůjčila je pro tento atlas. Přístupnost objektů lze vyhledávat také v mapové aplikaci „Mapa přístupnosti Brna“ na stránkách [www.brno.cz/mapa-pristupnosti](http://www.brno.cz/mapa-pristupnosti). aplikace je použitelná na počítačích i v mobilních zařízeních.

**Tabulka 6.7: Finanční alokace pro oblast podpory rodiny v letech 2013–2016**

	Typ podpory	2013	2014	2015	2016	Celkem
Dotace (v tis. Kč)	Adresné individuální dotace	635	635	635	635	2 540
	Dotační titul	740	810	760	1 150	3 460
	Celkem	1 375	1 445	1 395	1 785	6 000
Počet (projektů)	Adresné individuální dotace	1	1	1	1	4
	Dotační titul	26	29	28	37	120
	Celkem	27	30	29	38	124
Průměrná výše dotace (v tis. Kč)	Adresné individuální dotace	635	635	635	635	635
	Dotační titul	28	28	27	31	29
	Celkem	51	48	48	47	48

Zdroj: přehledy MMB převzato z RegioPartner (2017) Evaluace Strategie pro Brno a dalších strategických dokumentů města Brna z oblasti kvality života. Závěrečná evaluační zpráva, str. 66.

Pozn.: V letech 2013 a 2014 byly součástí projektů prarodinné politiky i projekty zaměřené na seniory, neboť samostatný dotační titul v rámci Plánu aktivního stárnutí byl až od roku 2015.

### F/ Zřízení místa koordinátora pro osoby se zrakovým postižením

V roce 2016 bylo zřízeno místo **koordinátora pro osoby se zrakovým postižením** na Odboru zdraví Magistrátu města Brna.<sup>16</sup> Spolupracuje s organizacemi zrakově postižených a pořádá osvětové akce pro veřejnost.

#### 6.3.1 Slučitelnost rodiny a zaměstnání

Cílem je umožnit rodičům lepší slučitelnost jejich rodičovské a profesní role v případě, že nechtějí rezignovat ani na své rodičovství a ani na svou profesní realizaci. Při vytváření podmínek k realizaci lepší slučitelnosti profesních a rodinných rolí je však nutné nejen vyvážené zohlednění zájmů rodičů, ale rovněž i dětí. Předpokladem lepší slučitelnosti profesních a rodinných rolí je zejména existence **opatření pracovníprávní povahy a existence finančně a teritoriálně dostupných služeb péče o děti** (zejména do tří let jejich věku, předškolního a mladšího školního věku dítěte).<sup>17</sup>

**Work-life balance** aneb **Sladování osobního a pracovního života** je snaha o dosažení rovnováhy ve všech oblastech života každého jedince. Sladit svůj osobní a pracovní život je velmi individuální proces, který se odvíjí od potřeb a preferencí každého člověka, ať již je to péče o osobu blízkou, více času pro svého koníčka, práce pro komunitu a podobně. Pro firmy a organizace je zavádění opatření v rámci sladování cestou, jak si **udržet kvalitní pracovní sílu, zefektivnit pracovní výkon, motivovat své zaměstnance** a snížit některé náklady na lidské zdroje<sup>18</sup>.

Národní centrum pro rodinu 2011 zpracovalo pro město Brno informační brožuru o flexibilních pracovních úvazcích s názvem „**Nesnadné neznamená nemožné 2 – Možnosti pečujících rodičů na trhu práce**“. Obsahem jsou rady, pomoc, průvodce v orientaci na trhu práce. Různé podoby zaměstnání, které tato publikace představuje, mohou pečujícím rodičům usnadnit sladění pracovních a rodinných povinností.

#### Flexibilní formy zaměstnání:

1. zkrácený pracovní úvazek,
2. pružná pracovní doba,
3. konto pracovní doby,
4. stlačený pracovní týden,
5. sdílení pracovního místa (jobsharing),
6. práce on-line (home-office, teleworking),
7. práce doma (homeworking),
8. práce na dohodu.

<sup>16</sup> Koordinátor dobře rozumí problematice těchto osob, jelikož je sám zrakově postižený.

<sup>17</sup> <http://www.mpsv.cz/nahled/cs/14472>

<sup>18</sup> <http://www.pracenaalku.cz/work-life-balance>

## 6.4 Výstupy z realizovaných sociologických šetření ve městě Brně

V roce 2017 statutární město Brno nechalo zpracovat „Analýzu situace rodin s předškolními dětmi a rodin se závislým seniorem z perspektivy rodin a klíčových aktérů v oblasti tvorby politik péče a poskytování služeb“<sup>19</sup>. Zpracovatelem byla Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity a Institut pro veřejnou politiku a sociální práci.

Z realizované analýzy vyplynuly **v oblasti péče o děti** níže uvedená doporučení pro zpracování strategického dokumentu:

1. **Propojení agend péče o děti do věku tří let a péče o děti tříleté a starší na úrovni města** - péče o děti do věku tří let v dětských skupinách tvoří na národní úrovni součást agendy Ministerstva práce a sociálních věcí a na úrovni města je součástí politiky v oblasti zdraví, přičemž péče o děti tříleté a starší je v kompetenci školství. Pro lepší koordinaci rozvoje systému péče o děti předškolního věku, mj. také v souvislosti se záměrem umožnit od roku 2020 dvouletým dětem docházku do mateřské školy, by na úrovni města bylo smysluplné tyto agendy propojit.
2. **Zmapování poptávky po službách péče ve městě**, jak z hlediska charakteru služby (veřejná či soukromá zařízení, alternativní formy péče, dětské skupiny), tak především s ohledem na kapacitní uspokojení. Aktuální systém umožňující mnohočetné podání přihlášek do několika mateřských škol tak neumožňuje zmapovat, jak velký je převis poptávky nad nabídkou. Údaj o počtu odmítnutých žádostí tak není zcela přesný, protože dochází k duplicitám.
3. **Významněji posílit kapacity předškolních zařízení v příslušné kvalitě** – finanční nákladnost ve vazbě na výši výdělků a kombinace zkráceného úvazku s docházkou do soukromého zařízení je finančně neudržitelná. Pro mateřské školy je typický velký počet dětí na jednoho učitele/učitelku.
4. **Zohlednění potřeby pružnosti v poskytování služeb péče o děti** z důvodu neprovázanosti designu služeb ve veřejných zařízeních s potřebami rodin. Často je pro rodiče velmi náročné s ohledem na otevírací dobu zvládnout přesuny mezi mateřskou školou a zařízením. Kromě toho bylo také respondenty uvedeno problematické umístění dětí v zařízeních během letních prázdnin.
5. **Potřeba většího počtu učitelů a učitelek s příslušným vzděláním a praxí v práci s nejmenšími dětmi** – ze strany rodičů je poptávka po službách dostupných i pro dvouleté děti, ovšem v takovém standardu, aby vyhovovaly potřebám takto malých dětí.
6. **Zmapování nabídky služeb péče o děti na úrovni města a vytvoření systému hodnocení kvality** – ve městě existuje poměrně velká nabídka různých služeb péče o děti ze strany soukromých subjektů, ale neexistují kritéria, aby bylo možné v široké nabídce rozlišit zařízení, která poskytují kvalitní péči, od těch, která kvalitní péči neposkytují.

---

<sup>19</sup> V oblasti **péče o děti** bylo rámci provedeného šetření dotazováno 15 klíčových aktérů v oblasti tvorby politiky a poskytování péče o děti, z nichž 3 působí čistě jako regulátoři systému, 3 instituce péče o děti financují a zároveň regulují, a 3 zastupují organizace krajské a místní úrovně, které služby péče o děti zřizují či financují pomocí dotačních schémat. Zbývajících 6 dotazovaných byli poskytovatelé péče – 3 pro mladší děti do tří let věku a 3 pro starší děti od tří let věku. Mezi poskytovateli péče pro obě věkové skupiny dětí byl zastoupen 1 soukromý poskytovatel. Dále bylo vybráno 15 rodičů, kteří mají nejmladší dítě ve věku od 0 do 2 let, a 14 rodičů s dětmi ve věku od 3 do 6 let.

V oblasti **péče o seniory** byli do výzkumu zařazeni zástupci MPSV, kraje a města, dále 9 zástupců organizací poskytujících sociálních služby. Realizovány byly také polostrukturované rozhovory a fokusní skupiny s rodinnými pečujícími a seniory.

7. **Posílit komunikace a spolupráce subjektů zapojených do systému péče o předškolní děti** – bylo zjištěno, že městské části nespolupracují se soukromými poskytovateli služeb péče o dítě, kteří by při rozšiřování svých služeb například uvítali možnost pronajmout k tomu vhodný objekt od městské části, případně komunikovat ohledně vytipování vhodné lokality.

Z realizované analýzy vplynuly **v oblasti péče o seniory** níže uvedená doporučení pro zpracování strategického dokumentu:

1. **Podpora domácí péče a rodinných pečovatелů** – významná je z důvodu udržitelnosti systému péče o seniory se sníženou soběstačností a současně jako postup přispívající k naplnění očekávání samotných seniorů, kteří setrvání v domácím prostředí jednoznačně preferují. Z důvodu demografického vývoje je očekávaná zvýšená poptávka v následujících 5 – 10 letech.
2. **Posílení role sociální práce vykonávané na obecní úrovni** - přesněji sociální práce vykonávané pracovníky Magistrátu města Brna, ať už ve vlastní nebo přenesené působnosti, případně zvážit posílení role sociální práce na úrovni městských částí. Právě sociální pracovníci první linie mohou významně přispět k tomu, aby životní situace rodinných pečujících a jejich potřeby byly vnímány jako svébytné oblasti podpory.
3. **Rozvoj sociálních služeb, zejména propojování sociální a zdravotní péče** - především cílené posilování terénních služeb, případně asistenčních služeb.
4. **Posilování participace rodinných pečujících na rozhodování o strategiích a celkovém nastavení systému pomoci ve městě** - přímá účast uživatelů systému přináší zejména jejich jedinečnou osobní zkušenost s potřebami a životní situací např. rodinných pečujících a všech omezení, které tyto situace přinášejí.

V roce 2016 bylo realizováno sociologické šetření s názvem **Mezigenerační vztahy a solidarita**<sup>20</sup>. V oblasti kvality, frekvence a rozsahu mezigeneračních vztahů obyvatel města Brna v mladším a středním věku naprostá většina respondentů (96,1 %) uvedla, že má velmi (60,8 %) nebo spíše (35,3 %) dobré vztahy v rodině. Za velmi nebo spíše špatné označilo vztahy v rodině pouze 3,9 dotázaných. Oproti celkovému průměrnému rozložení četností odpovědí mají častěji velmi dobré vztahy v rodině lidé bez vzdělání nebo se základním vzděláním. Z hlediska ekonomické aktivity hodnotí častěji vztahy v rodině jako velmi dobré podnikatelé, řídicí pracovníci, ale také učitelé, lékaři, výzkumní pracovníci a administrativní zaměstnanci. Z hlediska stavu hodnotí své vztahy v rodině častěji jako velmi nebo spíše dobré oproti celkovému rozložení respondenti žijící v registrovaném partnerství, ovdovělí nebo svobodní. Z hlediska typu partnerského soužití hodnotí své vztahy lépe oproti celkovému rozložení dotázaní v soužití s partnerem nebo partnerkou, která není manželkou nebo manželem. Dále hodnotí své vztahy za velmi dobré častěji respondenti, kteří se zařazují z hlediska společenského statusu do vyšší společenské třídy.

Téměř dvě pětiny respondentů (37,7 %) se domnívají, že mezigenerační vztahy v dnešní době (obecně v české společnosti) rozhodně (7,7 %) nebo spíše (30,0 %) slábnou. Více než polovina dotázaných (51,0 %) uvedla, že mezigenerační vztahy zůstávají stejné. Celkem 7,5 % respondentů se domnívá, že se mezigenerační vztahy spíše (6,0 %) nebo rozhodně (1,5 %) posilují. Necelá čtyři procenta dotázaných (3,8 %) nedokázala na otázku odpovědět.

---

<sup>20</sup> Výzkum je reprezentativní pro cílovou populaci obyvatel Brna ve věku 18 – 45 let, Počet respondentů byl 818. Výzkum byl realizován metodou osobního dotazování. Výzkum realizovala společnost AUGUR Consulting.



Současně se více než polovina respondentů (52,3 %) domnívá, že rozhodně (12,0 %) nebo spíše (40,3 %) slábnou vztahy i v rámci širšího příbuzenstva. Necelé dvě pětiny respondentů (38,5 %) uvedly, že vztahy v rámci širšího příbuzenstva zůstávají stejné. Celkem pět procent respondentů se domnívá, že vztahy v rámci širšího příbuzenstva spíše (4,3 %) nebo rozhodně (0,7 %) posilují. Necelých pět procent dotazovaných nedokázalo na otázku odpovědět.

V rámci sociologického šetření byla zkoumána otázka **závislosti či nezávislosti na rodině, také odpovědnost rodičů vůči dětem a odpovědnost dětí vůči rodičům.**

#### **Závislost na rodině – zásadní poznatky:**

- Čím mladší respondenti jsou, tím vyjadřují větší závislost na rodině.
- Čím lepší vztahy v rodinách jsou (obecně), tím byla identifikována větší závislost respondentů na rodině.
- U respondentů, kteří mají nějakého sourozence, vyplynula větší závislost na rodině, než u tzv. jedináčků.
- Větší míra závislosti na rodině byla identifikována u ženatých/vdaných respondentů a respondentů žijících v registrovaném partnerství.
- Respondenti, kteří nežijí ani s jedním z rodičů ve společné domácnosti, vyjadřují vyšší závislost na rodině, než ti, kteří ve společné domácnosti s rodiči žijí.

#### **Nezávislost na rodině – zásadní poznatky:**

- Čím starší respondenti jsou, tím vyjádřili větší nezávislost na rodině.
- Větší míra nezávislosti na rodině byla identifikována u svobodných a rozvedených respondentů.
- Dotázaní, kteří žijí s oběma rodiči, jsou více nezávislí na rodině.

#### **Odpovědnost dětí vůči rodičům – zásadní poznatky**

- Čím je bydliště rodičů geograficky vzdálenější od bydliště respondentů, tím menší je odpovědnost dětí vůči rodičům.
- Čím lepší vztahy v rodině jsou (obecně), tím je u respondentů větší odpovědnost dětí vůči rodičům.
- Z výsledků analýz vyplynulo, že větší odpovědnost vůči rodičům mají respondenti, kteří mají oba žijící rodiče.
- Dotázaní, kteří mají nějakého sourozence, vyjádřili větší odpovědnost vůči rodičům než tzv. jedináčci.
- Respondenti, kteří se nehlásí k žádnému náboženskému vyznání, mají větší odpovědnost vůči rodičům.

#### **Odpovědnost rodičů vůči dětem – zásadní poznatky:**

- Dotázaní, kteří mají nějakého sourozence, vyjádřili větší odpovědnost vůči dětem.
- Respondenti, kteří se nehlásí k žádnému náboženskému vyznání, mají větší odpovědnost vůči dětem.
- Čím jsou lepší vztahy v rodině (obecně), tím je větší odpovědnost rodičů vůči dětem.

Z analýzy vyplynulo, že ve všech sledovaných oblastech pomoci (finanční výpomoc, pomoc s domácností, sociální výpomoc) je ochotna svým rodičům pomáhat většina respondentů. Odpovědnost vůči rodičům v případě, že by se stali nesoběstačnými, pociťuje většina respondentů (95,8 %). Pouze 4,2 procent respondentů uvedlo, že tuto odpovědnost nepociťují.

## 7 Aktivní a zdravé stárnutí

### 7.1 Východiska aktivního a zdravého stárnutí

Vymezení aktivního stárnutí v dokumentech relevantních institucí a orgánů Aktivní stárnutí je podle pojetí Světové zdravotnické organizace (WHO) „**procesem optimalizace příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečí zaměřeným na zvýšení kvality života v průběhu stárnutí.**“ Závisí na řadě materiálních i sociálních faktorů (ekonomická situace, zdravotní stav, sociální situace, zájmy, životní styl atd.). Tyto faktory a jejich vzájemné vztahy jsou důležité pro to, jak lidé stárnou a jaká je kvalita jejich života. **Koncept aktivního stárnutí respektuje skutečnost, že seniory jako celek nelze považovat za homogenní skupinu a rozdíly mezi nimi navíc s věkem rostou.** Smyslem procesu aktivního stárnutí je vytvořit takové prostředí, které seniorům umožní co nejsamostatnější plnohodnotný život. Pojem aktivní stárnutí je širší než pouhé zdravé stárnutí, protože se netýká pouze zdraví a péče o zdraví. Vychází ze zásad Organizace spojených národů pro seniory, které lze shrnout pod následujícími názvy: nezávislost, účast na životě společnosti, důstojnost, péče a seberealizace. **V pojmu aktivní stárnutí je zahrnuto také respektování práva starších lidí na rovnost příležitostí, jejich zodpovědnost, účast na veřejných rozhodováních a ostatních aspektech komunitního života.** Aktivní stárnutí se zaměřuje na rozšíření zdravého života a kvality života pro všechny včetně seniorů se zdravotními problémy či zdravotním postižením, kteří potřebují péči. **Pojem „zdravé“ odkazuje na fyzickou, duševní a sociální pohodu (jak uvádí definice zdraví WHO).** V rámci aktivního stárnutí jsou tedy politiky a programy, které podporují duševní zdraví a sociální vztahy, stejně důležité jako ty, které zlepšují fyzický zdravotní stav<sup>21</sup>.

Zdravé stárnutí bylo v projektu **EU „Healthy Ageing“**<sup>22</sup> definováno jako „proces maximálního využití všech možností k fyzickému, sociálnímu a duševnímu zdraví, který umožní starším lidem aktivně a bez diskriminace se účastnit společenského dění a mít nezávislý a kvalitní život“.

**Rozdíl mezi střední a zdravou délkou života** činí v ČR cca 8 let u mužů a 10 let u žen. Existuje zde tedy značný prostor pro intervence na poli podpory zdraví, které by měly směřovat především do oblastí, které funkční zdatnost seniorů a jejich zdravotní stav čili celkovou kvalitu života, ovlivňují nejvíce. Jsou to zejména:

- přiměřená pohybová aktivita,
- správná výživa,
- vhodný denní režim vč. vhodných pracovních aktivit,
- mentální aktivita, duševní hygiena,
- sociální aktivita, vztahy,
- prevence úrazů,
- specifická prevence chronických neinfekčních nemocí a jejich časná detekce,
- vhodná prevence infekcí,
- zodpovědný přístup k léčbě existujících onemocnění.

**Součástí zdravého a úspěšného stárnutí je i zvládnutí umění „žít se svou nemocí“**, které zahrnuje zodpovědný přístup k léčbě na jedné straně, na straně druhé pak zachování maximální možné aktivity a kvality života. To vyžaduje respekt k dané nemoci, ale především pozitivní přístup k životu i k sobě samému, odhodlání, optimizmus, sílu i moudrost. Žít hodnotný a spokojený život s často léta trvajícím zdravotním omezením je vrcholný projev pravého umění života.

<sup>21</sup> Plán aktivního stárnutí ve městě Brně 2012.

<sup>22</sup> <http://www.healthyageing.eu>

**Dle Národního akčního plánu pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016–2019 se péče o osoby s demencí stává vzhledem k demografickému vývoji stále významnější prioritou** v mnoha zemích světa, například ve Velké Británii, Francii, Itálii, Švýcarsku, Norsku, Finsku, Belgii, Nizozemí, Lucembursku a Řecku. Také v České republice prognóza populačního vývoje ukazuje, že v nadcházejících letech bude základním rysem vývoje obyvatelstva jeho progresivní stárnutí. Se stárnutím populace vzroste s největší pravděpodobností také počet osob s chronickými, zejména neurodegenerativními onemocněními provázenými demencí. **V říjnu roku 2010 vláda projednala Doporučení Rady vlády pro seniory a stárnutí populace ve věci zpracování koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby.** Demence je podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) syndrom způsobený chorobou mozku obvykle chronické nebo progresivní povahy, kdy dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly sociálního chování nebo motivace. Demence vznikají v průběhu života až po ukončení rozvoje tzv. kognitivních (poznávacích) funkcí. Mezi hlavní příznaky demence patří ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly, problémy s vykonáním běžných činností, problémy s řečí, časová a místní dezorientace, špatný nebo zhoršující se racionální úsudek, problémy s abstraktním myšlením, zakládání věcí na nesprávné místo, změny v náladě nebo chování, změny osobnosti a ztráta iniciativy.

Světová zdravotnická organizace ve spolupráci s Alzheimer's Disease International v roce 2012 uveřejnila zprávu *Dementia: A public health priority* (**Demence: prioritá pro systém zdravotnictví**), která poskytuje globální pohled na problematiku demence. Podle této zprávy byl počet osob žijících s demencí v roce 2010 celosvětově odhadován na 35,6 milionů. Projekční studie předpokládaly zvýšení tohoto počtu na 65,7 milionů osob do roku 2020 a na 115,4 milionů osob do roku 2050. Počet nových případů byl odhadován na téměř 7,7 milionů každý rok.<sup>23</sup>

Aktuální zpráva Alzheimer's Disease International uveřejněná v srpnu 2015 již uvádí, že v roce 2015 žilo na světě 46,8 milionů osob s demencí, přičemž se předpokládá zdvojnásobení tohoto čísla každých 20 let. Podle aktuálních projekčních studií bude v roce 2030 na světě žít 74,7 milionů a v roce 2050 131,5 milionů osob s demencí. V současné době se počet nových případů demence odhaduje na 9,9 milionů za rok. V České republice zatím neexistuje sběr epidemiologických dat, který by otázku prevalence a incidence demencí validně mapoval. Na základě zahraničních prevalenčních studií je však možné odhadnout aktuální počet osob s demencí v ČR na přibližně 150 tisíc, přičemž více než dvě třetiny tohoto počtu ve všech věkových kategoriích tvoří ženy. Prevalenční studie dále naznačují, že hranici 200 tisíc osob s demencí ČR dosáhne v roce 2023 a hranici 300 tisíc v roce 2036. Demencí trpí častěji starší osoby. Výpočty uveřejněné v roce 2014 Českou alzheimerovou společností ukazují, že **demencí v ČR je postižen každý třináctý člověk starší 65 let, každý pátý člověk starší 80 let a každý druhý člověk starší 90 let.**

**Populace v seniorském věku v praxi představuje velmi různorodou skupinu.** Jiné formy prevence jsou vhodné a přístupné pro zdravé a zdatné osoby v období raného stáří, jiné pro osoby ve věku nad 80 let, kdy je nutné preventivně intervenovat proti tzv. stařecké křehkosti, tj. všeobecnému fyzickému i mentálnímu chřadnutí, které nesouvisí s žádnou konkrétní chorobou, a které bývá často klíčovým faktorem náhlého a někdy fatálního zhoršení zdravotního stavu, tzv. propadu, který nastává při další zátěži, např. při běžných onemocněních (respirační viróza apod.).

---

<sup>23</sup> World Health Organization and Alzheimer's Disease International. *Dementia: a public health priority*. 2012; Dostupné z: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/)

## Senioři netvoří jednu homogenní skupinu, ale lze je vymezit dle věku na tyto skupiny<sup>24</sup>:

- **Mladí senioři** (do 74 let) – dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace,
- **Starší senioři** (75–84 let) – je pro ně charakteristická změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob,
- **Velmi staří senioři** (85 let a více) – na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení.

Další vymezení představuje tzv. sociální stáří, tedy proměna sociálních rolí seniora. **Tzv. třetí věk** zhruba odpovídá věku mladých seniorů a vyznačuje se aktivním trávením času, **tzv. čtvrtý věk** je již fází závislosti seniora na pomoci okolí. Zájmy a styl života seniorů se tedy logicky s věkem mění, zejména v závislosti na fyzických i psychických involučních změnách<sup>25</sup>.

**WHO<sup>26</sup> vymezuje osm základních témat, jichž se koncept aktivního stárnutí týká.** Témata byla stanovena na základě výsledků předchozích výzkumů se seniory, které se zaměřovaly na charakteristiky komunit přátelských seniorům. Vymezena byla tato témata:

- venkovní prostory a budovy,
- doprava,
- bydlení,
- respekt a sociální začleňování,
- zapojení do společnosti,
- občanské zapojení a zaměstnanost,
- komunikace a informace,
- komunitní sociální a zdravotní služby.

První tři témata mají značný vliv na mobilitu osob, bezpečnost z hlediska úrazů a kriminality, zdravé chování a sociální participaci. Další tři témata odrážejí různé aspekty společenského prostředí a kultury, které mají vliv na zapojení a duševní pohodu (postoje, chování a hodnocení seniorů jednotlivci a společností; zapojení seniorů do společenského života; aktivní zapojení seniorů do místní komunity). Poslední dvě témata zahrnují determinanty sociálního prostředí a determinanty zdravotních a sociálních služeb. Výše uvedená témata jsou vzájemně provázána.

**Aktivní stárnutí tedy znamená plnohodnotné prožívání života i ve vyšším věku,** odpovědný přístup ke zdraví, život v bezpečí a důstojnosti a s možností účastnit se dění ve společnosti. Týká se celé společnosti, všech věkových skupin. Nejenže roste podíl seniorů na celkovém počtu obyvatel a společnost musí reagovat na tuto novou situaci, ale v budoucnu se bude osobně týkat i stávajících věkově mladších skupin. Aktivní stárnutí je prostředkem zamezení izolace (vyloučení) obyvatel vyššího věku (seniorů) ze společnosti, čímž se posiluje mezigenerační integrace. Je prostředkem integrace seniorů do společnosti na všech úrovních: jako občan, obyvatel dané obce, účastník ekonomických, kulturních a jiných aktivit až po aktivity rodinného charakteru. Z hlediska společnosti se jedná o proces vytváření podmínek pro stárnutí v bezpečí a důstojnosti a tak, aby se staří lidé mohli nadále podílet na všech aktivitách jako plnoprávní občané.

---

<sup>24</sup> Kalvach, Z. a kol.: *Úvod do gerontologie a geriatrie: integrovaný text pro interdisciplinární studium. I. díl, Gerontologie obecná a aplikovaná. Karolinum, Praha, 1997.*

<sup>25</sup> Kalvach, Z. a kol.: *Úvod do gerontologie a geriatrie: integrovaný text pro interdisciplinární studium. I. díl, Gerontologie obecná a aplikovaná. Karolinum, Praha, 1997.*

<sup>26</sup> *Globální města přátelská seniorům: Průvodce. WHO, Ženeva, 2007. Převzato z <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7980/WHO\\_age\\_friendly\\_cities\\_cz.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7980/WHO_age_friendly_cities_cz.pdf)>.*

**Z hlediska jedince se jedná o způsob života, kdy se neprojevují nebo jsou omezovány důsledky vyplývající ze:**

- zhoršujícího se zdravotního stavu seniorů (např. špatná pohyblivost, větší únava, nemoci),
- menších ekonomických a finančních možností seniorů (viz výše důchodu, který je pro většinu seniorů jediným zdrojem příjmů, omezená možnost být ekonomicky aktivní),
- úbytku sociálních kontaktů (což je víceméně důsledkem i výše uvedených vlivů).

### **7.1.1 Plán aktivního stárnutí ve městě Brně 2012**

Město Brno zpracovalo v roce 2012 Plán aktivního stárnutí ve městě Brně s touto vizí:

**„Brno bude městem přátelským k seniorům, v němž bude seniorům umožněn plnohodnotný, aktivní, bezpečný a zdravý způsob života“.**

**Konkrétně byly vymezeny tyto priority:**

**A. Aktivizace seniorů** je zaměřena na podporu zdraví, ekonomické aktivity (zaměstnání, podnikání), zájmové činnosti, dobrovolnické aktivity a účast na charitě, účast na veřejném a politickém životě města. Cílem priority je podpořit aktivní život seniorů (zejména prostřednictvím realizace a propagace akcí, kterých by se mohli zúčastnit, motivací seniorů k účasti na nich, možností zaměstnání atd.) a rozšířit dobrovolnické aktivity seniorů.

**B. Komplexní péče o seniory** se týká vybrané oblasti problematiky zdravotní a sociální péče, podpory rodin se seniory, prevence proti kriminalitě páchané na seniorech, slevových akcí pro seniory, dobrovolnické práce orientované na seniory. Cílem priority je rozvinout zázemí pro plnohodnotný život seniorů prostřednictvím kvalitních a dostupných zdravotních a sociálních služeb a vyšší informovanosti o možnostech jejich využívání, dále pak prostřednictvím realizace různých typů preventivních aktivit, a také zvyšováním finanční dostupnosti různých služeb či akcí.

**C. Prostředí města** zahrnuje problematiku bezbariérovosti např. v dopravě, v budovách a prostranstvích, problematiku „přívětivosti“ veřejných prostranství (vybavenosti městským mobiliářem), a také problematiku rozsahu a kvality bydlení seniorů a jeho adekvátní dostupnosti. Cílem priority je přispět k prodloužení aktivního a plnohodnotného života seniorů vytvářením uživatelsky příznivého prostředí. Především se jedná o rozšiřování bezbariérovosti (veřejných prostranství, veřejných budov, služeb, dopravy) a zvyšování dostupnosti vhodného typu bydlení pro seniory.

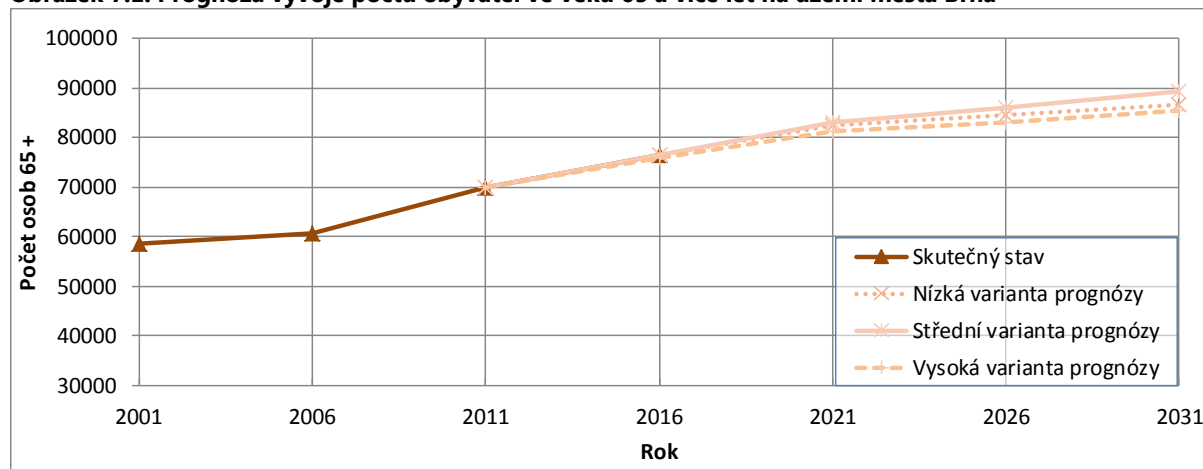
**D. Informovanost a osvěta** se týká hlavních forem poskytování informací, a také požadavků, které jsou na kvalitu informací a jejich šíření kladeny. Předmětem je jak informovanost seniorů, tak i výměna informací mezi organizacemi pracujícími se seniory. Cílem priority je zvýšit informovanost seniorů o veškerých tématech souvisejících s aktivním a zdravým stárnutím (pořádané akce, dostupné služby, příprava na život ve stáří atd.) a nastavit procesy vzájemné informovanosti dotčených organizací (zejména o jejich aktivitách a možnostech spolupráce) a tím přispět k vyšší kvalitě života seniorů i k vyšší úrovni organizacemi poskytovaných služeb.

## **7.2 Analýza seniorů v Brně**

Jeden z nejvýraznějších demografických procesů v 21. století, který ovlivňuje všechny rozvinuté země, je stárnutí obyvatelstva. Dochází k proměně demografické struktury měst, která se této nové situaci musí přizpůsobit. Nárůst počtu seniorů bude pokračovat i v dalších letech ve všech variantách

demografické prognózy<sup>27</sup>. V roce 2031 (dle střední varianty) bude v Brně 89 333 osob starších 65 let a více.

**Obrázek 7.1: Prognóza vývoje počtu obyvatel ve věku 65 a více let na území města Brna**



Zdroj: ČSÚ, Běžná evidence obyvatelstva a Seidenglanz, D. a kol. Prognóza demografického vývoje obyvatelstva města Brna a jeho okolí. Brno: Centrum pro regionální rozvoj, 2013.

Narůstá nejen celkový počet seniorů ale i jejich podíl na obyvatelstvu Brna. Z 15,7 % v roce 2001 vzrostl jejich podíl na 20,2 % v roce 2016, tzn. každá pátá osoba mající trvalý pobyt v Brně je starší 65 let. V roce 2031 se bude jednat skoro o jednu čtvrtinu obyvatel ve městě. Fakt, že obyvatelstvo města Brna se takto promění, je nutno reflektovat a vytvořit podmínky pro život seniorů.

**Tabulka 7.1: Vývoj počtu osob ve věku 65 let a více v Brně**

Rok	Počet osob 65 +				Podíl osob 65 + na celkovém počtu			
	Skutečný stav	Varianta prognózy			Skutečný stav	Varianta prognózy		
		Nízká	Střední	Vysoká		Nízká	Střední	Vysoká
2001	58 717				15,7%			
2006	60 616				16,5%			
2011	69 811	69 811	69 811	69 811	18,4%	18,4%	18,4%	18,4%
2016	76 382	76 472	76 630	75 797	20,2%	20,3%	20,2%	19,9%
2021		82 482	83 134	81 328		22,1%	21,9%	21,3%
2026		84 436	85 908	83 055		23,1%	22,8%	21,8%
2031		86 529	89 333	85 412		24,4%	24,1%	22,4%

Zdroj: ČSÚ, Běžná evidence obyvatelstva, údaje k 1. 1. a Seidenglanz, D. a kol. Prognóza demografického vývoje obyvatelstva města Brna a jeho okolí. Brno: Centrum pro regionální rozvoj, 2013

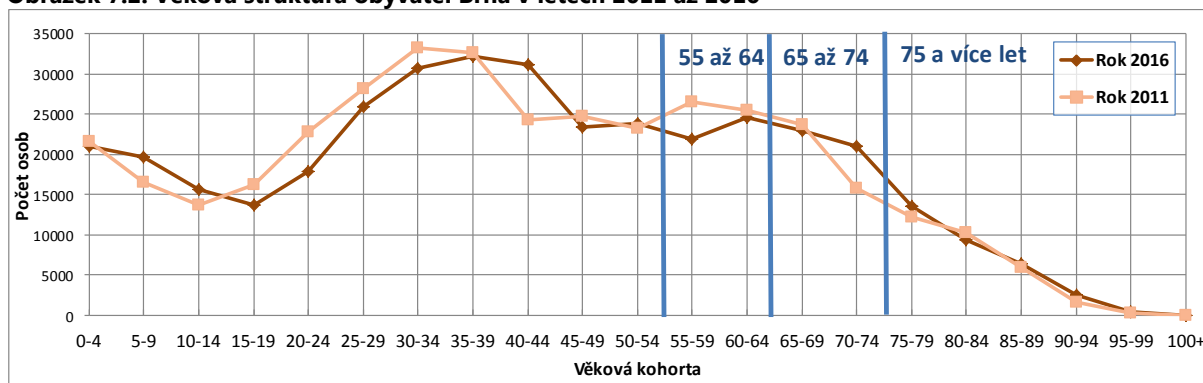
Pozn.: Nízká varianta prognózy je založena na nulovém migračním saldu, v roce 2056 bude míra úhrnné plodnosti 1,51; naděje na dožití u mužů 82,5 roků a u žen 87,0 roků. Střední varianta je založena na kladném migračním saldu 500 osob ročně, v roce 2056 bude míra úhrnné plodnosti 1,65 a naděje na dožití u mužů 84,5 let a u žen 89,5 roků. Vysoká varianta prognózy je založena na postupném zvyšování migračního salda z 500 osob ročně na 1000 osob ročně v roce 2056, přičemž v roce 2056 bude míra úhrnné plodnosti činit 1,75 a naděje na dožití u mužů 86 let a u žen 91,0 let.

Narůstající skupina osob 65+, kterou nazýváme senioři, není homogenní. Rovněž nelze tvrdit, že dovršením 65 let se zcela změní potřeby osob. Na druhou stranu je nutné se na proces stárnutí připravit, aby tento neodvratný přechod byl zvládnutý co nejlépe s ohledem na kvalitu života těchto osob. Z výše uvedených důvodů je nutné pracovat se třemi věkovými kohortami, které mají výrazně rozdílné některé potřeby. Věkové kohorty jsou následující:

1. **Osoby ve věku 55 až 64 let (příprava na stáří),**
2. **Osoby ve věku 65 až 74 let,**
3. **Osoby ve věku 75 let a více let.**

<sup>27</sup> Seidenglanz, D. a kol. Prognóza demografického vývoje obyvatelstva města Brna a jeho okolí. Brno: Centrum pro regionální rozvoj, 2013.

**Obrázek 7.2: Věková struktura obyvatel Brna v letech 2011 až 2016**



Zdroj: ČSÚ, Běžná evidence obyvatelstva, údaje k 31. 12.

**Pokud se zaměříme na velikost těchto 3 věkových kohort, je vždy nejpočetnější skupina osob ve věku 55 až 64,** viz níže uvedená tabulka. V roce 2011 to bylo 51 946 osob, tj. osoby narozené po válce v letech 1947 až 1956, kde byl výrazný nárůst porodnosti. V roce 2016 dochází k poklesu počtu v této věkové kategorii oproti roku 2011 o 3 919, ale narůstá výrazně věková kategorie osob ve věku 65 až 74 let na 5 614 osob, velikostní kategorie osob nad 75 let (tj. osoby narozené před rokem 1941) je stabilní. Tento trend pokračuje i v roce 2021. Do roku 2021 je tento trend stejný, ale nejvíce posiluje skupina osob ve věku 75 a více let. **V roce 2031 vstoupí do věkové skupiny 55 až 64 let, silné populační ročníky narozené roku 1967 až 1976,** tzn., že tato skupina dosáhne 54 651 osob. V nejstarší kohortě se zvýší počet osob na 47 962 tis. (tj. osoby narozené před rokem 1956). Podíl osob ve věku 55 a více let na celkové populaci vzrostl z 32,1 % v roce 2011 na 38,0 % v roce 2031. V tom období podíl osob ve věku 65 a více vzrostl z 18,4 % na 23,6 %. **Z hlediska vývoje počtu obyvatel ve věku 55+ dojde po roce 2021 k největšímu nárůstu u osob starších 75 a více let.**

**Tabulka 7.2: Vývoj vybraných věkových kohort seniorů v Brně – střední varianta prognózy**

Rok	Celkový počet osob	Počet osob ve věku			Změna počtu osob ve věkové kohortě oproti předchozímu období			Podíl osob ve věku na celkovém počtu	
		55 - 64 let	65 až 74 let	75 a více let	55 - 64 let	65 až 74 let	75 a více let	55 a více let	65 a více let
2011	378 965	51 946	39 489	30 322				32,1%	18,4%
2016	380 171	48 027	45 103	31 527	↓ -3 919	↑ 5 614	⇒ 1 205	32,9%	20,2%
2021	379 372	45 706	45 577	37 557	↓ -2 321	⇒ 474	↑ 6 030	34,0%	21,9%
2026	375 986	46 705	42 721	43 189	⇒ 999	↓ -2 856	↑ 5 632	35,0%	22,7%
2031	370 373	54 651	41 371	47 962	↑ 7 946	↓ -1 350	↑ 4 773	38,0%	23,6%

Zdroj: ČSÚ, Běžná evidence obyvatelstva, údaje k 1. 1. a Seidenglanz, D. a kol. Prognóza demografického vývoje obyvatelstva města Brna a jeho okolí. Brno: Centrum pro regionální rozvoj, 2013

### 7.3 Vývoj podpory seniorů v Brně

Město Brno se věnuje podpoře seniorů. Od roku 2007 probíhá činnost **Poradního sboru Rady města Brna pro rodinu**, jehož součástí jsou zástupci seniorských organizací. **Oddělení prorodinné politiky** Odboru zdraví MMB zajišťuje realizaci a komplexní koordinaci programu Plán aktivního stárnutí ve městě Brně včetně jeho organizačního, technického, provozního a personálního zajištění v oblastech priorit tohoto programu. Na Oddělení prorodinné politiky je zřízena pracovní pozice referenta, který je zaměřen na řešení otázek seniorů.

#### **Vybrané konkrétní aktivity statutárního města Brno v oblasti podpory seniorů:**

**A/ Realizování preventivních a osvětových aktivit** – podpora aktivit pořádaných seniorskými organizacemi (např. Brněnské dny pro seniory, Den pro seniory – se Spokojený senior – KLAS; Výstava „Vážíme si svých vrásek“)

## B/ Realizace Plánu aktivního stárnutí

Plán aktivního stárnutí byl schválen v roce 2014, v následujícím roce byl vyhlášen dotační titul na jeho realizaci. Jedná se především o projekty v oblasti:

- podpora aktivního života seniorů (podpora zdraví, ekonomické aktivity, zájmové, sportovní a dobrovolnické činnosti, podpora mezigeneračních aktivit, účast na veřejném a politickém životě města),
- podpora péče o seniory (preventivní programy zaměřené na bezpečnost seniorů, kurzy péče o nesoběstačné seniory, podpora vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti přístupu k seniorům),
- podpora zvyšování informovanosti seniorů (zvyšování informovanosti seniorů o službách, akcích na podporu přípravy života ve stáří, činnosti organizací, poradenství).

**Tabulka 7.3: Finanční alokace pro oblast podpory seniorů v letech 2015–2016**

	2015	2016	Celkem
Dotace v tis. Kč	500	1 250	1 750
Počet projektů	13	20	33
Průměrná výše dotace v tis. Kč	38	63	53

Zdroj: přehledy MMB převzato z RegioPartner (2017) *Evaluace Strategie pro Brno a dalších strategických dokumentů města Brna z oblasti kvality života. Závěrečná evaluační zpráva, str. 66.*

Pozn.: V letech 2013 a 2014 byly projekty zaměřené na seniory součástí dotačního programu prorodinné politiky.

## C/ Informovanost

Pro informovanost seniorů slouží síť Senior Pointů, dále město Brno vydává informační materiály např. **Adresář seniorských organizací ve městě Brně**, který je dostupný i na webu města. Za účelem provázanosti zdravotních a sociálních služeb město buduje Socio Point (viz kapitola 5.6).

## D/ Spolupráce s městskými částmi při realizaci aktivit pro seniory

Magistrát města Brna se na aktivitách pro seniory částečně podílí. Velké množství aktivit pro seniory je realizováno jednotlivými městskými částmi (např. Kluby seniorů, koncerty, zájezdy, přednášky, výstavy, bezpečnostně preventivní akce, pohybové kurzy apod.).

## 7.4 Potřeby osob pečujících o osobu blízkou ve městě Brně – neformální pečovatelé

S nárůstem počtu seniorů se do popředí dostává také problematika osob pečujících o osobu blízkou. Poskytování péče je fyzicky, psychicky náročná činnost, po všech stránkách vyčerpávající, a přitom se lidem, kteří svým rodinným příslušníkům takovou péči poskytují, málokdy dostává podpory, kterou potřebují a výcviku a nábídky dovedností, které si situace vyžaduje. **Z této situace vyplývají následující rizika:**

### A/Dopady na zdravotní stav pečovatelů

Dlouhodobé poskytování péče je zdrojem stresu a napětí, plynoucích z nároků této situace, zdravotních obtíží v důsledku nedostatku spánku až spánková deprivace, únavy, fyzického i emocionálního vyčerpání, s tím souvisejících úzkostí, depresí apod. U velké části neformálních pečovatelů, kteří poskytují poměrně intenzivní péči, se v průběhu času objeví a rozvíjí zdravotní potíže, jako jsou bolesti zad a další fyzické potíže. Podle některých výzkumů vykazuje 50–60 % pečovatelů známky klinické deprese.

### B/Ztráta zaměstnání a finanční potíže

Zajištění dlouhodobé péče prostřednictvím pečujících rodin, i když s sebou nese snížení zátěže na veřejné systémy sociální péče, má dopady na tyto rodinné pečovatele i na ekonomiku – jedná se zejména o fakt, že rodinní pečovatelé jsou často vytlačeni z pracovního trhu. To znamená, že rodinní pečovatelé, od nichž se očekává pravidelná, časově náročná péče, ve velké většině případů jsou dříve či



později nuceni vzdát se svého placeného zaměstnání či svoje pracovní aktivity výrazně omezit, případně přijmout méně náročné, ale tím většinou také méně atraktivní a hůře placené pracovní místo.

### **C/ Riziko sociálního vyloučení**

Někteří autoři, kteří se zabývají problematikou intenzivní neformální péče poskytované zejména rodinnými příslušníky, hovoří o riziku sociálního vyloučení pečovatelů či celých pečujících rodin. K sociálnímu vyloučení může dojít jednak proto, že pečující osoba nemá kvůli nárokům spojeným s péčí možnost účastnit se v obvyklé míře běžných společenských aktivit, a dále také neochotou sociálního prostředí tyto pečující rodiny přijmout.

**Problematika životní situace lidí pečujících o blízkou osobu** tvoří relativně novou oblast zájmu sociálních služeb, která doprovází rozvoj rodinné péče a tzv. neinstitucionalizovaných služeb poskytovaných rodinnými příslušníky a dalšími signifikantními druhými. V tomto rámci se v posledních letech otevírá řada specifických problémů, kterým je v Brně věnována pozornost. Za jeden z problémů **neformálních pečovatelů** je považována např. harmonizace pasivní podpory (tzv. příspěvek na péči) a aktivního poskytování sociálních, zdravotních a psychologických služeb. Dalším problémem je souvislost přímé (domácí) péče o blízkou osobu a postavení neformálních pečovatelů na trhu práce a v zaměstnaneckém systému.

S nárůstem počtu osob pečujících o sobu blízkou město Brno od roku 2016 zřídilo dotační program „*Dotace na aktivity v oblasti podpory neformálních pečovatelů*“, který je zaměřen na:

- podporu poradenství pro neformální pečovatele,
- podporu odlehčovacích služeb,
- pomoc a podporu vytváření sdružení neformálních pečovatelů s cílem výměny zkušeností,
- školení pečovatelů i školení odborné veřejnosti,
- mapování potřeb pečovatelů,
- vytváření koncepčních dokumentů v této oblasti.

Dotační program byl vytvořen na základě **studie Problematika lidí pečujících o blízkou osobu v městě Brně**<sup>28</sup> z roku 2013, v jejímž závěru jsou následující **klíčová doporučení pro Brno**:

**1/ Rozšíření nabídky odlehčovacích služeb.** Tento požadavek vzešel od pečujících o osoby v seniorském věku, a to zejména pro ty, kteří mají těžší stupeň postižení. Pečující by přivítali, kdyby se odlehčovací služby vyznačovaly větší časovou flexibilitou, a postrádají rovněž možnost dopravy do a ze zařízení do domácnosti, v níž příjemce péče žije. Pro respondenty byla také důležitá finanční dostupnost tohoto typu služeb. Na nutnosti zřízení odlehčovacích služeb pro osoby s psychiatrickou diagnózou (respondenti opět kladli důraz na nemožnost umístění osoby s těžší formou onemocnění, popř. s projevy agresivity nebo problémovým chováním) se shodovali jak respondenti z řad neformálních pečovatelů, tak sociální pracovníci z ÚP a zástupci poskytovatelů sociálních služeb z města Brna.

**2/ Multidisciplinární tým navštěvující domácnosti.** Na základě výsledků výzkumu bylo navrženo zavedení multidisciplinárního týmu ve složení lékař, sociální pracovník obce a pracovník pečovatelské služby (toto složení by bylo možné modifikovat podle individuálních okolností), kteří by přímo v domácnostech příjemců péče posuzovali životní situaci celého rodinného systému (respektive všech osob zainteresovaných do péče včetně příjemce péče). Volba lékaře a pečovatelské služby by přitom byla v kompetenci příjemce péče.

---

<sup>28</sup> DOHNALOVÁ, Z. HUBÍKOVÁ, O. (2013) *Problematika lidí pečujících o blízkou osobu v městě Brně*. Brno: Masarykova univerzita. Studie byla vytvořena v rámci projektu *Podpora komunitního plánování sociálních služeb v Brně*

**3/ Finančně dostupný specializovaný právní servis pro pečující.** Nemělo by jít o pouhé sociálně právní poradenství, ale o plnohodnotnou a kvalifikovanou právní pomoc pro řešení právních problémů, které nastaly v souvislosti s poskytováním péče, např.:

- dědictví a nakládání s majetkem a penězi po smrti pečujících tak, aby člověk s mentálním postižením či jiným postižením, které narušilo jeho kognitivní schopnosti či vedlo k omezení způsobilosti k právním úkonům apod., mohl dědit bez rizika ztráty majetku, případně že zděděné prostředky nebudou využity k zajištění jeho péče,
- diskriminace ze strany zaměstnavatelů či jiných institucí,
- porušení zákona ze strany zdravotnických zařízení, která např. propustí psychiatrické pacienty, aniž by si ověřili, že má péči o ně kdo převzít,
- řešení sporu se zdravotními pojišťovnami,
- odvolání proti rozhodnutí týkajícímu se příspěvku na péči.

Kvalifikovaná právní pomoc pro pečující by nepředstavovala jen individuální pomoc pro jednotlivé pečující osoby v situacích, kterým bez takové pomoci mají malou šanci sami čelit. Úspěšné vyřešení podobných případů ve prospěch pečujících by vedlo k vytvoření precedentů, které by mohly postupně přispět k celkové změně přístupu k neformálním pečovatelům ze strany různých institucí.

**4/ Školení, výcviky pro pečující.** Pečující o osoby postrádají informace a praktické dovednosti týkající se poskytování péče. Potřebují školení, popř. výcviky, kde by se mohli dozvědět a naučit teoretické i praktické poznatky potřebné k zvládnutí péče v domácím prostředí. Tuto službu částečně nahrazují svépomocné skupiny, popř. neziskové organizace, v nichž se např. matky dětí s mentálním postižením sdružují. **Zejména pečující o osoby v seniorském věku potřebují školení pojednávající o zásadách poskytování první péče seniorovi v případě akutního zhoršení jejich zdravotního stavu.**

**5/ Rodinná terapie.** Poskytování péče znamená značnou fyzickou, ale i psychickou zátěž zasahující do celého rodinného systému. Zejména pečující o osoby s psychiatrickou diagnózou a rodiče dětí s mentálním postižením by měli mít možnost absolvování specializované rodinné terapie zaměřené na saturaci potřeb těchto rodin. V případě osob se získaným poškozením míchy by bylo vhodné nabízet v době po sdělení diagnózy poradenství a terapii nejen pro samotné osoby s tělesným postižením, ale rovněž pro členy jejich rodin, neboť i oni se dostávají do situace potenciálně vyvolávající krizový stav negativně ovlivňující kvalitu jejich životů.

**6/ Návazná péče pro děti a dospívající s mentálním postižením opouštějícími školní zařízení.** Osoby s mentálním postižením nemají po opuštění vzdělávacího systému zajištěnou žádnou formu návazné péče. Rodiče těchto osob by potřebovali aktivity, které by vhodným způsobem pomáhaly naplňovat denní režim osob s mentálním postižením. S tím souvisí doporučení ohledně vytvoření nových pracovních míst pro osoby s mentálním postižením. Toto opatření by bylo přínosné rovněž pro pečující o osoby s psychiatrickou diagnózou.

**7/ Školení pro lékaře komunikujícími s lidmi s postižením.** Řada lékařských odborníků není připravena na jednání s osobami s mentálním postižením a psychiatrickou diagnózou, proto je potřebné organizování specializovaných školení pro lékaře a zdravotnický personál, pojednávající o zásadách správné komunikace s lidmi s postižením. Tato školení by mohla zahrnout také zásady komunikace s osobami s tělesným handicapem, neboť i oni se setkávají s tím, že ačkoliv jejich intelekt není postižením nijak ovlivněn, lékař komunikuje obvykle s jejich doprovodem, nikoliv s nimi samotnými.

**8/ Care Friendly Organization.** Návrh programu, který by zajistil mezi různými typy brněnských zaměstnavatelů a také mezi pracovníky příslušných referátů kontaktních pracovišť ÚP v Brně zvýšení povědomí o tom, co to rodinná péče je, jaké s sebou nese nároky a proč má smysl tento typ péče

(a tím zejména lidi, kteří ji poskytují) podporovat. Většina pečujících osob v produktivním věku, obvykle žen, musela rezignovat na svá zaměstnání, často právě kvůli nedostatku vstřícnosti ze strany zaměstnavatelů, či se setkala s jejich nepochopením. Na druhou stranu existuje řada sociálně citlivých zaměstnavatelů, kteří jsou ochotni zaměstnávat za vhodných podmínek např. matky malých dětí, lidi zdravotně handicapované, vytvářet pracovní místa pro starší zaměstnance, kteří patří k ohroženým skupinám na pracovním trhu, apod. Lze proto očekávat, že je možné stejným způsobem zviditelnit pro sociálně vnímavé zaměstnavatele i problematiku neformální péče a pečovatелů tak, aby potřeby rodinných pečovatелů na úpravu pracovní doby, toleranci absencí a další úlevy byly v očích zaměstnavatelů, ale i kolegů pečujících osob, vnímány jako legitimní.

**9/ Osvěta týkající se příspěvku na péči.** Existuje zásadní neinformovanost pečujících o možnosti příspěvku na péči včetně existence nepravdivých mýtů.

#### **10/ Poskytování informací pečujícím prostřednictvím sociálních pracovníků kontaktních pracovišť**

**ÚP.** V rámci řízení o poskytnutí příspěvku na péči, sociální pracovníci KoP ÚP vykonávají s každou podanou žádostí sociální šetření, tzn. i s těmi, které jsou nakonec neúspěšné. Dostávají se do kontaktu s velkým počtem pečujících a s každým žadatelem o příspěvek. Často jsou jediným profesionálem, se kterým se pečující rodina či žadatel setká. Mnohdy jsou od nich žádány informace týkající se sociálních služeb a dalších možností ulehčení péče, přičemž sociální pracovníci těmito informacemi obvykle nedisponují, odkazují na získání informací na internetu, ačkoli mnoho lidí zejména z řad seniorů přístup na internet nemá. Ve spolupráci s ÚP by bylo možno zajistit distribuci základních informací týkajících se sociálních služeb a další pomoci a podpory dostupné v Brně pečovatелům, seznam důležitých kontaktů a další informace, které by pomohly pečujícím zorientovat se nejen v nabídce služeb, ale také například se navázat na svépomocná sdružení a organizace.

**11/ Podpora integrace a snaha o inkluzi dětí s mentálním postižením a PAS<sup>29</sup>.** Úsilí o inkluzi je dlouhodobá záležitost, která vyžaduje změnu celého společenského klimatu vůči lidem s postižením, např. není možné najít vhodnou lokalitu pro vybudování chráněného bydlení pro lidi s autismem a mentálním postižením či jiným handicapem, kvůli odmítání ze strany obyvatel dané lokality. Podporu integrace lze realizovat v krátkodobější časové perspektivě a začít i od menších projektů. Jednou z možností integrace dětí s mentálním postižením a/či PAS je jejich začlenění do běžných volnočasových aktivit organizovaných v Brně, např. aktivity střediska volného času Lužánky.

**12/ Chráněné bydlení pro starší osoby s mentálním postižením a psychiatrickou diagnózou.** Je nutno vytvořit specializovaná chráněná bydlení určené pro starší osoby s mentálním postižením a psychiatrickou diagnózou. Existence těchto typů zařízení by ulehčilo pečujícím osobám nelehkou situaci v souvislosti s jejich vlastním stárnutím a s tím spojenými omezeními v poskytování péče.

---

<sup>29</sup> Porucha autistického spektra je závažná vývojová porucha, která se projevuje především zhoršením schopnosti verbální i neverbální komunikace, představitivosti, stereotypním repertoárem zájmů a aktivit.

## 8 Problematika domácího násilí

### 8.1 Východiska pro řešení domácího násilí

Fenomén domácího násilí je významným rizikovým patologickým sociálním jevem, který se vyskytuje ve všech společnostech napříč časem a kulturami. V českém prostředí patřilo domácí násilí mezi dlouho tabuizovaná témata, teprve v posledních deseti letech se tomuto problému začíná věnovat odpovídající pozornost jak mezi odbornou, tak i laickou veřejností.

Dle Topinky<sup>30</sup> je stále nesjednocená terminologie vztahující se k problematice domácího násilí, kdy je možné se setkat s pojmy násilí v rodině, násilí na ženách, násilí v intimních vztazích, partnerské násilí (násilí mezi partnery). Samostatně bývá vyčleňováno násilí na dětech, způsobující syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte (Child Abuse and Neglect, syndrom CAN). Vágnerová definuje domácí násilí jako „zneužití postavení moci, kterou pachatel v rodině má. Projevuje se nepřiměřenými požadavky, vynucováním podřízenosti oběti a kontroly nad jejím životem. Toto je dosahováno násilím, eventuálně vyhrožováním a využíváním strachu z další újmy“. Popisovaný jev domácího násilí musí naplňovat společné znaky, kterými jsou:

- **opakovanost** – tyto incidenty se opakují, násilné jednání má svůj vývoj, nejedná se tedy o ojedinělý nebo jednorázový konflikt,
- **eskalace** – násilné incidenty mají vzrůstající intenzitu, agresor zpravidla zpočátku podrobuje oběť psychickému násilí, následuje fyzické násilí, kdy útoky směřují proti lidské důstojnosti oběti, proti jejímu zdraví, vyústit mohou i v útoky proti životu,
- **asymetričnost vztahu** – v domácnosti je zřejmá jasná diferenciací rodinných rolí na násilnou a ohroženou osobu (pachatel a oběť), role se nezaměňují, mají jasný profil (nejedná se například o takzvaná italská manželství),
- **soukromí** – k násilí dochází zpravidla beze svědků, v soukromí společného obydlí násilníka a jeho oběti, jednotlivé incidenty se však mohou odehrávat i mimo tento privátní prostor. Násilí může být na oběti páčáno různě intenzivně a různými formami, jen výjimečně se vyskytuje jeden druh násilí izolovaně. Mezi základní formy domácího násilí je řazeno násilí fyzické, psychické, sociální, ekonomické a sexuální.

#### 8.1.1 Dokumenty a nástroje z mezinárodní úrovně související s domácím násilím

Mezi dokumenty přijaté na mezinárodní úrovni, které se vztahují k domácímu násilí, se řadí lidskoprávní úmluvy a strategické dokumenty v oblasti rovnosti žen a mužů, dále dokumenty obsahující specifická doporučení v oblasti prevence a potírání domácího a genderově podmíněného násilí. Za relevantní lze považovat následující dokumenty:

- Úmluva OSN o odstranění všech forem diskriminace žen a Všeobecné doporučení Výboru OSN pro odstranění diskriminace žen č. 19;
- Pekingská deklarace a akční platforma přijatá na 5. světové konferenci o ženách v roce 1995;
- Rezoluce Valného shromáždění OSN ze dne 31. ledna 2001 k odstranění všech forem násilí na ženách (A/RES/55/68);
- Rezoluce Valného shromáždění OSN ze dne 20. prosince 2004 k odstranění všech forem násilí na ženách (A/RES/59/167);
- Rezoluce Valného shromáždění OSN ze dne 18. prosince 2007 k odstranění znásilnění a všech ostatních forem sexuálního násilí a jejich projevů, včetně konfliktních a souvisejících situací (A/RES/62/134);
- Konsensuální závěry Komise OSN pro postavení žen ze dne 15. března 2013 k odstranění a prevenci všech forem násilí na ženách a dívkách;
- Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy Rec(2002)5 k ochraně žen před násilím;

---

<sup>30</sup> Topinka, D. a kol. (2016) *Domácí násilí s perspektiv aplikovaného výzkumu. Základní fakta a výsledky*. Ostrava: SOCIOFAKTOR.

- Závěry Rady EU k prevenci a potírání všech forem násilí na ženách a dívkách, včetně ženské obřízky ze dne 5. a 6. června 2014.

### 8.1.2 Istanbulská úmluva

**Klíčovým dokumentem je Istanbulská úmluva, tj. Úmluva Rady Evropy o prevenci a potírání násilí vůči ženám a domácího násilí** (Úmluva CETS č. 210 přijatá výborem ministrů členských států Rady Evropy 7. dubna 2011 v Istanbulu), která vstoupila v platnost 1. srpna 2014 poté, co ji ratifikovalo 22 států a 41 států ji podepsalo, včetně České republiky<sup>31</sup>.

#### Cíle úmluvy:

- a) chránit ženy před veškerými formami násilí a dosáhnout prevence, stíhání a potlačení násilí vůči ženám a domácího násilí;
- b) přispět k eliminaci veškerých forem diskriminace žen a podpořit skutečné zrovnoprávnění žen s muži také posílením pravomocí žen,
- c) navrhnout zevrubný rámec, strategie a opatření pro ochranu a pomoc veškerým obětem násilí vůči ženám a domácího násilí,
- d) podpořit mezinárodní spolupráci ve snaze o eliminaci násilí vůči ženám a domácího násilí,
- e) poskytnout podporu a pomoc organizacím a složkám účastným na prosazování zákonnosti, aby mohly efektivně spolupracovat a dohodnout se na integrovaném postupu při eliminaci násilí vůči ženám a domácího násilí.

„Ratifikace a uplatňování Istanbulské úmluvy není otázkou udělení zvláštních práv ženám. Jedná se o nápravu existujících nespravedlností a prevenci dalšího porušování práv žen“.

### 8.1.3 Akční plán prevence domácího a genderově podmíněného násilí na léta 2015–2018

**Akční plán navazuje na oblast Lidská práva a rovné příležitosti** Programového prohlášení vlády ČR z února 2014, ve kterém se vláda ČR mj. zavázala k potlačování genderově podmíněného násilí, a na Vládní strategii pro rovnost žen a mužů v České republice (dále jako „Strategie rovnosti žen a mužů“), schválenou usnesením vlády ČR ze dne 12. listopadu 2014 č. 931.

**Účelem Akčního plánu** je formulovat, implementovat a koordinovat komplexní systém opatření na úrovni vlády ČR pro oblast prevence a potírání domácího a genderově podmíněného násilí, a tím přispět ke snížení výskytu těchto forem násilí v české společnosti a pomoci osobám ohroženým i násilným.

Realizací opatření uvedených v Akčním plánu by mělo dojít zejména ke zlepšení současné úrovně ochrany osob ohrožených domácím a genderově podmíněným násilím (včetně dětí žijících v rodině s výskytem domácího a genderově podmíněného násilí), zefektivnění prevence tohoto násilí, k rozvoji vzdělávání příslušných profesí v oblasti domácího a genderově podmíněného násilí a k podpoře systémové práce s osobami násilnými.

#### Řešené oblasti v úkolové části Akčního plánu:

- 1) podpora osob ohrožených domácím a genderově podmíněným násilím,
- 2) děti ohrožené domácím a genderově podmíněným násilím,
- 3) práce s násilnými osobami,
- 4) vzdělávání a interdisciplinární spolupráce,
- 5) společnost a domácí a genderově podmíněné násilí,
- 6) analýzy, studie a sběr dat,
- 7) legislativa.

<sup>31</sup> Vláda ČR. Česká republika podepsala Istanbulskou úmluvu proti násilí na ženách. [online]. [cit. 2017-08-30]. <https://www.vlada.cz/cz/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/aktuality/ceska-republika-podepsala-istanbulskou-umluvu-proti-nasili-na-zenach--143594/>

## 8.2 Analýza vývoje domácího násilí

### 8.2.1 Vývoj domácího násilí v ČR

Domácí násilí vykazuje **vysokou míru latence**. Podle reprezentativního výzkumu partnerského násilí v ČR v roce 2013<sup>32</sup> považovalo více než 40 % žen, které se setkaly s násilným chováním ze strany partnera, tento incident za „něco, co se prostě stává“. Za trestný čin jej považovala necelá pětina žen a 30 % respondentek uvedlo, že to bylo „porušení práva, ale ne trestný čin“. Z dat je dále patrná určitá nejistota žen v hodnocení toho, zda šlo o trestný čin či nikoli, projevující se ve zvýšených podílech odpovědí „nevím“ – to se ukázalo zejména v porovnání s předchozím subjektivním vnímáním vážnosti situace. Tento fakt naznačuje jakousi „nepřipravenost“, nezvyk či neochotu žen uvažovat o násilí ze strany vlastního partnera v termínech porušení práva, respektive právní závažnosti.<sup>33</sup> **Od roku 2003 do roku 2013 vzrostlo zastoupení napadených žen, které ohlásily incident na policii z 8 % na téměř 12 %.** „Širší společenské změny posledních deseti let podpořené mj. i legislativními úpravami (zákon č. 135/2006 Sb.), vedly v některých aspektech k proměnám názorů obětí partnerského násilí, zejména v oblasti určitého zvýšení důvěry v institucionální řešení případů partnerského násilí (v podobě vyššího zastoupení těch, které incident ohlásily na policii)“.<sup>34</sup> Další výsledky jsou z reprezentativního výzkumu domácího násilí v ČR realizovaném v roce 2015<sup>35</sup>.

**Tabulka 8.1: Porovnání formy násilí mezi oběťmi domácího a partnerského násilí**

Formy násilí	Oběti domácího násilí celkem	Z toho oběti partnerského násilí
Fyzická a psychická	30,6%	29,4%
Pouze psychická	28,3%	24,7%
Pouze fyzická	13,2%	14,7%
Fyzická, psychická a ekonomická	7,8%	6,5%
Fyzická, psychická a sexuální	6,4%	7,6%
Psychická a ekonomická	5,5%	7,1%
Psychická a sexuální	2,3%	2,4%
Všechny formy	2,3%	2,9%
Pouze sexuální	1,8%	2,4%
Pouze ekonomická	0,5%	0,6%
Fyzická a sexuální	0,5%	0,6%
Fyzická a ekonomická	0,5%	0,6%
Sexuální a ekonomická	0,3%	0,5%

Zdroj: Topinka a kol. 2016, str. 57.

Pozn.: Podsoubory respondentů: oběti domácího násilí N = 219; oběti partnerského násilí N = 170.

**Tabulka 8.2: Porovnání délky trvání projevů domácího násilí mezi oběťmi domácího a partnerského násilí**

Doba	Oběti domácího násilí celkem	Z toho oběti partnerského násilí
Kratší dobu než 1 rok	24,7%	27,6%
1 – 3 roky	24,7%	25,3%
Více než 3 roky	44,7%	40,6%
Nevím	5,9%	6,5%

Zdroj: Topinka a kol. 2016, str. 58.

Pozn.: podsoubory respondentů: oběti domácího násilí N = 219; oběti partnerského násilí N = 170.

<sup>32</sup> Pikálková, S., Podaná, Z., Buriánek, J. Ženy jako oběti partnerského násilí: sociologická perspektiva. Praha: SLON, 2015. Popsaný reprezentativní výzkum partnerského násilí byl realizován v roce 2013 (velikost výběrového vzorku bylo 1502 respondentů).

<sup>33</sup> Tamtéž str. 125.

<sup>34</sup> Tamtéž str. 126.

<sup>35</sup> TOPINKA, D. a kol. (2016) Domácí násilí z perspektiv aplikovaného výzkumu. Základní fakta a výsledky. Ostrava: SOCIOFAKTOR. Dotazníkové šetření bylo realizováno v průběhu července až srpna 2015 na reprezentativním výběrovém souboru (1435 respondentů) populace ČR starší 15 let věku. Reprezentativita byla zajištěna vzhledem k velikosti místa bydliště, pohlaví, věku, dosaženému vzdělání a kraji. Respondenti byli vybíráni kvótně. Metodou sběru dat bylo osobní dotazování s využitím papírových formulářů dotazníků (PAPI).

**Tabulka 8.3: Porovnání toho, zda docházelo ke stupňování domácího násilí, mezi oběťmi domácího a partnerského násilí**

	Oběti domácího násilí celkem	Z toho oběti partnerského násilí
Ano	56,4%	57,9%
Ne	35,5%	34,5%
Nevím	8,1%	7,6%

Zdroj: Topinka a kol. 2016, str. 59.

Pozn.: Podsoubory respondentů: oběti domácího násilí N = 220; oběti partnerského násilí N = 171.

**Tabulka 8.4: Porovnání přítomnosti dětí u projevů partnerského násilí mezi oběťmi domácího a partnerského násilí**

	Oběti domácího násilí celkem	Z toho oběti partnerského násilí
Ano	50,7%	52,1%
Ne	41,2%	42,9%
Nevím	8,1%	5,0%

Zdroj: Topinka a kol. 2016, str. 60.

Pozn.: Podsoubory respondentů: oběti domácího násilí N = 136; oběti partnerského násilí N = 119

**Tabulka 8.5: Porovnání materiálního zajištění rodin, v nichž docházelo k projevům domácího a partnerského násilí**

	Oběti domácího násilí celkem	Z toho oběti partnerského násilí
Velmi podprůměrné	2,3%	2,9%
Spíše podprůměrné	16,4%	15,3%
Průměrné	52,1%	52,9%
Spíše nadprůměrné	19,2%	17,6%
Velmi nadprůměrné	3,7%	4,1%
Nevím	6,3%	7,2%

Zdroj: Topinka a kol. 2016, str. 61.

Pozn.: Podsoubory respondentů: oběti domácího násilí N = 219; oběti partnerského násilí N = 170.

**Tabulka 8.6: Osoby násilné, které vícekrát použily vůči svému současnému/poslednímu partnerovi některou z násilných praktik**

Násilné praktiky	Počet			Podíl		
	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy
Hrubé nadávání	84	55	29	6,0%	8,3%	3,9%
Kontrola SMS zpráv, emailů, dopisů	82	46	36	5,8%	7,0%	4,8%
Vyhrožování rozchodem, rozvodem či sebevraždou	70	34	36	5,0%	5,1%	4,8%
Přehnané kritizování, sekýrování	66	30	36	4,7%	4,5%	4,8%
Fackování	44	27	17	3,1%	4,1%	2,3%
Kontrola toho, co ten druhý dělá, kam chodí, co si obléká	42	23	19	3,0%	3,5%	2,5%
Vyhrožování ublížením na zdraví	34	22	12	2,4%	3,3%	1,6%
Kontrola všech příjmů a výdajů	32	17	15	2,3%	2,6%	2,0%
Bolestivé tahání za vlasy, sevření, kroucení rukou	28	17	11	2,0%	2,6%	1,5%
Ponižování, zesměšňování před cizími lidmi	20	9	11	1,4%	1,4%	1,5%
Bití (za použití rukou nebo předmětu), kopance	18	10	8	1,3%	1,5%	1,1%
Bránění v kontaktu s rodinou, přáteli	16	8	8	1,1%	1,2%	1,1%
Znemožnění přístupu k rodinným příjmům	10	7	3	0,7%	1,1%	0,4%
Vynucený sexuální styk nebo pokus o něj	8	7	1	0,6%	1,1%	0,1%
Nucení k nepříjemným sexuálním praktikám	6	4	2	0,4%	0,6%	0,3%
Donucení ke sledování pornografie	4	4	0	0,3%	0,6%	0,0%
Odepírání spánku nebo jídla	3	3	0	0,2%	0,5%	0,0%
Použití zbraně (nůž, pistole atd.)	2	2	0	0,1%	0,3%	0,0%
Topení, pálení, opaření	2	2	0	0,1%	0,3%	0,0%
Zakazování jakékoli výdělečné činnosti	2	1	1	0,1%	0,2%	0,1%
Přinucení k pohlavnímu styku za přítomnosti jiných osob	1	1	0	0,1%	0,2%	0,0%
Celkový počet respondentů, kteří odpověděli na otázku	1411	661	750	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Topinka a kol. 2016, str. 63.

**Tabulka 8.7: Osoby ohrožené, které vícekrát strpěly od svého současného/posledního partnera některou z násilných praktik**

Násilné praktiky	Počet			Podíl		
	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy
Přehnané kritizování, sekýrování	219	99	120	15,5%	15,0%	16,0%
Hrubé nadávání	177	64	113	12,5%	9,7%	15,1%
Kontrola toho, co ten druhý dělá, kam chodí, co si obléká	177	66	111	12,5%	10,0%	14,8%
Kontrola SMS zpráv, emailů, dopisů	172	83	89	12,2%	12,6%	11,9%
Vyhrožování rozchodem, rozvodem či sebevraždou	143	65	78	10,1%	9,8%	10,4%
Ponižování, zesměšňování před cizími lidmi	104	42	62	7,4%	6,4%	8,3%
Fackování	102	34	68	7,2%	5,1%	9,1%
Vyhrožování ublížením na zdraví	100	29	71	7,1%	4,4%	9,5%
Bránění v kontaktu s rodinou, přáteli	82	28	54	5,8%	4,2%	7,2%
Bolestivé tahání za vlasy, sevření, kroucení rukou	79	16	63	5,6%	2,4%	8,4%
Bití (za použití rukou nebo předmětu), kopance	73	16	57	5,2%	2,4%	7,6%
Kontrola všech příjmů a výdajů	64	24	40	4,5%	3,6%	5,3%
Vynucený sexuální styk nebo pokus o něj	57	6	51	4,0%	0,9%	6,8%
Znemožnění přístupu k rodinným příjmům	35	5	30	2,5%	0,8%	4,0%
Nucení k nepříjemným sexuálním praktikám	28	5	23	2,0%	0,8%	3,1%
Odepírání spánku nebo jídla	26	8	18	1,8%	1,2%	2,4%
Zakazování jakékoli výdělečné činnosti	19	5	14	1,3%	0,8%	1,9%
Použití zbraně (nůž, pistole atd.)	18	4	14	1,3%	0,6%	1,9%
Donucení ke sledování pornografie	6	3	3	0,4%	0,5%	0,4%
Přinucení k pohlavnímu styku za přítomnosti jiných osob	5	1	4	0,4%	0,2%	0,5%
Topení, pálení, opaření	4	0	4	0,3%	0,0%	0,5%
Celkový počet respondentů, kteří odpověděli na otázku	1 411	661	750	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Topinka a kol. 2016, str. 65.

### 8.2.2 Vývoj domácího násilí v Brně

Jak již bylo uvedeno, domácí násilí je velmi často skryté. Pro zmapování vývoje v Brně, případně v Jihomoravském kraji, jsou použity statistiky Policie ČR, tj. konkrétní zjištěné násilné trestné činy dle trestního zákoníku č. 40/2009 Sb., v platném znění §199 Týrání osoby žijící ve spol. obydlí, dále počet vykázaní a údaje z Intervenčního centra Brna o vývoji klientů s indikací domácího násilí. Z důvodů velké latence všechny tyto statistiky jen částečně indikují vývojové trendy.

#### A/Vývoj trestné činnosti spojené s domácím násilím

**Trestní zákoník č. 40/2009 Sb., v platném znění** definuje § 199 Týrání osoby žijící ve společném obydlí následujícím způsobem:

(1) Kdo týrá osobu blízkou nebo jinou osobu žijící s ním ve společném obydlí, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až na čtyři léta.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 zvláště surovým nebo trýznivým způsobem,

b) způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví,

c) spáchá-li takový čin nejméně na dvou osobách, nebo

d) páchá-li takový čin po delší dobu.

(3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1

a) těžkou újmu na zdraví nejméně dvou osob, nebo

b) smrt.

**Týráním soudní praxe rozumí** zlé nakládání s osobou, vyznačující se vyšším stupněm hrubosti a bezcitnosti a určitou trvalostí, které tato osoba pocítuje jako těžké příkoří (může jít o bití, pálení či jiné tělesné poškozování, ale i psychické a sexuální násilí, vydírání nebo zneužívání, vyhrožování, nucení



k ponižujícím úsluhám, k žebrotě nebo činnostem, které týranou osobu neúměrně fyzicky nebo psychicky zatěžují apod.).

**Za společné obydlí je považován byt nebo jiný prostor sloužící k bydlení a prostory (příslušenství) k nim náležející** – byty, ale i rodinné domky, obytné chaty, hotelové domy, ubytovny, vysokoškolské koleje apod., tedy veškeré prostory sloužící k bydlení, tzn. neklade důraz na vedení společné domácnosti, ale jen na faktický stav společného bydlení, ať už jeho důvodem je jakýkoli titul – vlastnictví nemovitosti, nájemní či podnájemní vztah i faktické společné bydlení na základě rodinných i jiných vztahů.

**Tabulka 8.8: Násilné trestné činy dle §199 Týrání osoby žijící ve spol. obydlí**

Rok	Počet			Podíl	
	ČR	JMK	Brno	JMK na ČR	Brno na JMK
2010	568	80		14,1%	
2011	661	107		16,2%	
2012	603	107		17,7%	
2013	572	79	22	13,8%	27,8%
2014	541	80	25	14,8%	31,3%
2015	525	78	20	14,9%	25,6%
2016*	499	66	20	13,2%	

Zdroj: PČR, *Statistické přehledy kriminality a Mapa kriminality*, Městské ředitelství policie Brno.

Pozn.: \* Údaj jen za období 1.1. - 30. 11.

Na základě analýzy statistik Policie ČR lze poukázat na mírný pokles počtu zjištěných trestných činů. U této trestné činnosti převažuje mezi pachateli vysoký podíl mužů (nad 96 %). Je zde i vysoká recidiva, která se v České republice pohybuje od 40 do 50 %, v Jihomoravském kraji (s výjimkou roku 2011) je nad 35 % a v posledních dvou letech dosahuje 49 %.

## **B/ Vývoj vykázaní v Jihomoravském kraji**

Vykázání v ČR je upraveno s platností od 1. 1. 2009 v zákonu č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky, konkrétně v §§ 44 až 47 „Oprávnění vykázat z bytu nebo domu i z jeho bezprostředního okolí“. Policie ČR poskytuje ohrožené osobě současně vždy personální i teritoriální ochranu (dříve byla pouze ochrana teritoriální). Oznamovací povinnost Policie ČR, tzn. předání kopie úředního záznamu o vykázaní na následující instituce: Intervenční centrum, OSPOD (jsou-li přítomny děti), nově i příslušnému civilnímu soudu – to vše do 24 hodin od vstupu do společně obývaného bytu nebo domu. Kontrola dodržování povinností vykázané osoby ze strany Policie ČR: Do tří dnů od vykázaní.<sup>36</sup>

### **Povinnost vykázané osoby:**

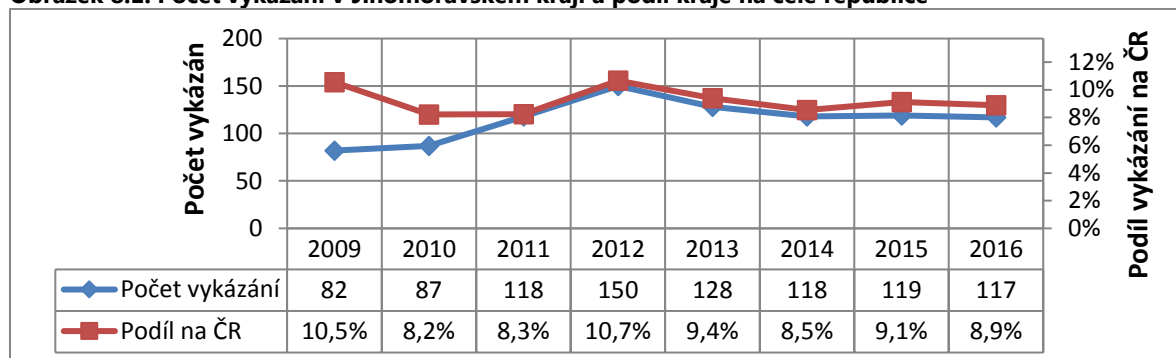
- zákaz vstupu do vymezeného prostoru,
- zákaz navazování styku nebo kontaktu s ohroženou osobou,
- odevzdat na místě všechny klíče od společného obydlí, které drží.

### **Právo vykázané osoby:**

- vzít si věci osobní potřeby, osobní cennosti a osobní doklady před odchodem,
- vzít si věci nezbytné pro podnikání nebo výkon povolání, pouze jedenkrát v průběhu desetidenního vykázaní a jen v přítomnosti policisty,
- být policistou poučen o právech a povinnostech, o možnostech dalšího ubytování,
- sdělit adresu pro doručování,
- ověřit vykázaní na tísňové lince 158,
- vyzvednout si kopii úředního záznamu o vykázaní.

<sup>36</sup> Bílý kruh bezpečí, <https://www.bkb.cz/pomoc-obetem/domaci-nasili/aktualni-informace-v-oblasti-domaciho-nasili-k-1-1-2009/>.

**Obrázek 8.1: Počet vykázaní v Jihomoravském kraji a podíl kraje na celé republice**



Zdroj: Bílý kruh bezpečí, Statistika vykazování.

Poslední legislativní úprava vykázaní v ČR byla k 1. 1. 2009. Po této úpravě došlo k nárůstu počtu vykázaní v Jihomoravském kraji na 150, rovněž od roku 2010 rostl podíl kraje na ČR. **Od roku 2012 v Jihomoravském kraji dochází k poklesu počtu vykázaní, rovněž klesá i podíl kraje na počtu vykázaní v celé České republice.**

### **C/Vývoj klientů s indikací domácího násilí v Brně**

Na základě údajů a informací z Intervenčního centra Brna lze odhadovat tyto trendy:

- **Vztahy mezi ohroženou osobu a násilnou osobu.** V průběhu působnosti Intervenčního centra se výrazně nemění poměr mezi jednotlivými vztahy. Nejčastějším vztahem mezi ohroženou osobu a násilnou osobu je manželství či partnerství, a to zhruba v 60 % (sečtena kategorie manželé, partneři, druh/družka). Dalším častěji zastoupeným vztahem mezi ohroženou osobu a násilnou osobu je rodič/zletilé dítě, přibližně cca 20 %. Zde se dá odhadnout, že ve většině těchto případů se jedná o ohrožené osoby v seniorském věku. Zbýlých 20 % připadá na vztahy jiné – sourozenci, nezletilé dítě/rodič (cca 6 %), jiné rodinné vztahy – tchán/zetě.
- **Vývoj forem násilí.** Formy násilí jsou chápány jako psychické násilí (ve 100 % případů), fyzické násilí (dojde k němu asi v 80 % případů po psychickém násilí), dále rozlišujeme sexuální násilí, ekonomickou a sociální izolaci (tyto doprovází psychické a fyzické násilí). Vždy se jedná o více forem násilí v jednom případě. Podoby násilí se ve sledovaném čase nijak významně nemění, zastoupení poměrů je přibližně stejné.
- **U klientů dochází ke snižování délky časového období mezi projevem domácího násilí a jeho řešením v intervenčním centru, tzn. snižuje se doba latence domácího násilí.**

**V souladu s republikovými trendy ve statistikách Intervenčního centra Brno** výrazně převažují ženy. Z hlediska vývoje dochází od roku 2012 k mírnému snížení počtu klientů. Jedním z faktorů je i využívání institutu vykázaní, který byl nejčastěji použit v roce 2012. Vliv na počet klientů mají i komunikační kampaně, v roce 2013 byl vytvořen spot zaměřený na seniory a handicapované, po kampani bylo více oznámených případů, kde byly ohroženými osobami seniory.

**Tabulka 8.9: Vývoj klientů s indikací domácího násilí v Brně**

Rok	Klienti celkem			z toho klienti z Brna				Podíl klientů z Brna		
	Celkem	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Senioři	Celkem	Ženy	Muži
2012	689	588	101	263	225	38	38	38,2%	38,3%	37,6%
2013	613	522	91	221	182	39	35	36,1%	34,9%	42,9%
2014	620	536	84	156	135	21	24	25,2%	25,2%	25,0%
2015	609	499	110	225	190	35	26	36,9%	38,1%	31,8%
2016	598	485	113	199	167	32	21	33,3%	34,4%	28,3%

Zdroj: Spondea, o.p.s. Brno, statistické údaje Intervenčního centra Brna.

Pozn.: Údaje ohledně věku a lokalizace klientů nejsou zcela přesné, jelikož u nízkoprahových klientů je věk odhadován, a je neznámá lokalizace početných anonymních klientů řešící kontakt telefonicky (tzn. nezjišťuje se, odkud bylo voláno).

### Co je úspěšná intervence v případech týrání seniorů:

- pojmenování neadekvátnosti chování násilné osoby vůči ohrožené osobě s uvědoměním toho, že senior (každý člověk) má právo na slušné zacházení, důstojné prožití života atd.
- poukázání na to, že senior nenese zodpovědnost za chování dalšího dospělého člověka, byť jej vychoval,
- respekt k tempu, rozhodovacímu procesu ohrožené osoby,
- úspěch v intervenci se seniorem spočívá také ve zmapování sociální sítě okolo daného klienta, "nalezení či pojmenování" konkrétní osoby, která by klientovi mohla být v jeho blízkosti oporou,
- poukázání na to, že přehlížení nebo omlouvání násilí "není výchovné", násilné osobě ve výsledku nepomůže, může vést např. k uvěznění násilné osoby

### 8.3 Oblast prevence a řešení případů domácího násilí v Brně

Odbor zdraví MMB ve spolupráci s Interdisciplinárním týmem města Brna (2015) vydal informační brožuru: „**Nezavíráme oči před domácím násilím – Pomoc osobám ohroženým domácím násilím ve statutárním městě Brně**“, která nabízí přehled o orgánech a institucích zabývajících se domácím násilím v Brně.

#### Struktura organizací v oblasti prevence a řešení případů domácího násilí v Brně:

##### 1/Přestupková oddělení a přestupkové komise MMB a ÚMČ Brno:

- V případech domácího násilí jde zejména o přestupky proti občanskému soužití (vulgární nadávky, schválnosti, fyzické napadání aj.) nebo o přestupky proti majetku.
- Přestupková oddělení či přestupkové komise jsou zřízeny na Magistrátu města Brna (MMB) a na téměř každém Úřadu městské části Brno (ÚMČ).
- Oznámení o přestupcích může učinit kterýkoli občan.

##### V případech domácího násilí:

- Provedou šetření případu, a prokáže-li se pachateli vina, je mu uložena pokuta.
- Žijí-li v rodině děti, uvědomí pracovníci o incidentu orgán sociálně – právní ochrany dětí příslušného úřadu.
- Poskytnou informace o místech pomoci osobám ohroženým domácím násilím (poradny, krizová centra, telefonní linky apod.).

##### 2/Policie České republiky

- Poskytne okamžitou pomoc: přerušení fyzického násilí, ohrožování apod.
- Může omezit osobní svobodu násilné osoby – má oprávnění rozhodnout o vykázání násilné osoby ze společného obydlí a zakázat vstup do něj po dobu 10 dnů, včetně zajištění bezpečnosti okolí a zákazu navazování kontaktu s ohroženou osobou.

- Přijme trestní oznámení na pachatele – ústně či písemně (trestní oznámení je možné podat i na Městském státním zastupitelství v Brně).
- Poskytne informace o místech pomoci.
- Je vytvořena skupina domácí násilí, Služby kriminální policie a vyšetřování PČR, Městské ředitelství Brno.

### **3/Městská policie Brno**

- Poskytne okamžitou pomoc: přerušení fyzického násilí, ohrožování dětí, ničení majetku apod. strážníci zastaví útok agresora a zajistí bezpečnost osob.
- Poskytne informace o místech pomoci osobám ohroženým domácím násilím (poradny, krizová centra a linky apod.) a doporučení k ochraně osob a majetku (bezpečnostní plán).

**4/Výkon sociálně – právní ochrany dětí orgány sociálně právní ochrany dětí (OSPOD) poskytují** pomoc dětem v různých sociálních situacích, které ohrožují jejich život a příznivý vývoj. K těmto situacím patří nejen případy týrání a zneužívání dětí, ale i případy kdy je dítě svědkem násilí mezi svými rodiči. Oznamující osoby jsou chráněny anonymitou. Oznámení je možné provést telefonicky a písemně, nejlépe však osobně.

OSPOD: poskytnou rady a informace ve věcech právních. Vstoupí v jednání s dalšími institucemi (policie, soudy aj.), pomáhají rodičům při řešení problémů souvisejících s výchovou a péčí o dítě (např. pomoc při zprostředkování bezpečného ubytování), ve městě Brně zabezpečují sociálně právní ochranu dětí.

### **5/Manželské a rodinné poradny**

Na území města Brna jsou 4 manželské a rodinné poradny, které nabízí všem občanům, bez ohledu na věk a místo bydliště tyto bezplatné služby:

- krizovou intervenci v oblastech osobních a rodinných,
- diagnostiku partnerských vztahů,
- psychologické poradenství a terapii (individuální, párovou, rodinnou, skupinovou),
- sociálně právní poradenství,
- informační a zprostředkovatelskou službu.

### **6/Azylová zařízení**

- Slouží osobám ohroženým domácím násilím bez věkového omezení a jejich cílem je zajistit především bezpečné místo.
- Jsou to zařízení s celoročním provozem a úhrada za poskytované služby zahrnuje pouze základní režijní náklady.
- Zařízení poskytují: ubytování, nezbytnou materiální pomoc, doprovod na úřady, policii, soudy a podporu sebevědomí a samostatnosti klientů.

### **Na území města Brna je těchto 12 zařízení:**

- a) o.s. Magdalenium – pomoc obětem domácího násilí (AD a zařízení s utajenou adresou):
  - a. AD – zařízení Helena
  - b. AD Magdalenium
- b) Domov sv. Markéty,
- c) Ubytovna pro přechodný pobyt (pro matky i otce s dětmi),
- d) Armáda spásy,
- e) Na počátku (pro těhotné),
- f) Azylový dům pro cizince,

- g) Chovánek – dětské centrum rodinného typu, p.o. (zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc),
- h) Fond ohrožených dětí, Klokánek,
- i) Centrum sociálních služeb, p.o. Azylový dům,
- j) AD Dům sociální prevence,
- k) Domov pro matky s dětmi Společná cesta.

#### **7/Krizová centra:**

- na krizové centrum se může obrátit každý občan bez ohledu na věk a místo bydliště, který se ocitl ve vážné životní situaci, včetně případů domácího násilí,
- k návštěvě není nutné doporučení, je respektována anonymita klientů,
- nabízí služby jako krizová telefonická linka, krizová lůžka, hygienické zázemí, diskrétní přístup, pomoc při sestavení krizového plánu a pomoc psychologickou, psychiatrickou a poradenskou.

#### **Na území města Brna jsou 3 krizová centra:**

- a) Spondea, Krizová pomoc pro děti a mladé lidi, Sýpka 25, Brno,
- b) Krizové centrum při FN Brno-Bohunice, Jihlavská 20, Brno,
- c) Krizové centrum pro děti a dospívající, Hapalova 4, Brno.

#### **8/Specializované poradny:**

- poskytují specializované služby osobám ohroženým domácím násilím,
- na tyto organizace se může obrátit každý občan, který je sám ohrožen, nebo který je svědkem domácího násilí,
- kontakt je umožněn osobně, telefonicky, písemně nebo e-mailem,
- bezplatně poskytují tyto služby: psychologické, sociální a právní poradenství, telefonickou krizovou pomoc, zprostředkování kontaktu a dalších navazujících služeb.

#### **Na území města působí:**

- a) Intervenční centrum Brno - Spondea, o.p.s,
- b) Persefona z. s.,
- c) Občanská poradna Brno,
- d) Bílý kruh bezpečí.

#### **9/Další instituce**

##### **a/Pomoc osobám nevládající agresi:**

- pomoc těm, kteří se chtějí naučit zvládat svůj vztek a přestat ubližovat svým blízkým.
- pomoc je nabízena formou individuální i skupinové terapie.

Spondea, o.p.s

Persefona z. s.

##### **b/Zdravotnická zařízení**

Lékařská služba první pomoci, Psychiatrická nemocnice Brno a další nemocnice na území města Brna

##### **c/Telefonická poradenská pomoc**

##### **d/Tísňové linky**

#### **8.3.1 Dlouhodobá finanční podpora města Brna v oblasti řešení domácího násilí**

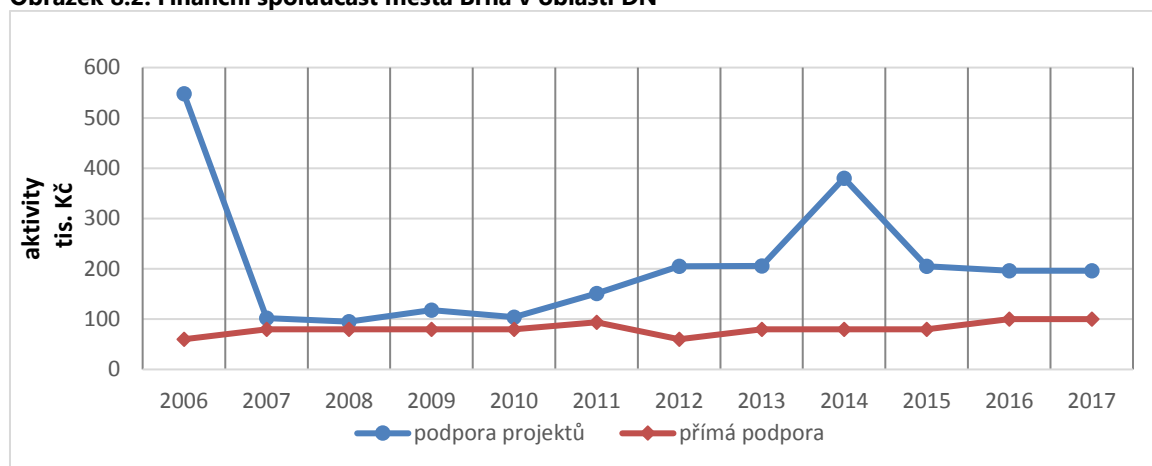
Město Brno dlouhodobě podporuje projekty realizované v oblasti prevence a řešení případů domácího násilí. Od roku 2006 mírně roste přímá podpora, a to až na současných 100 tis. Kč. Podpora projektů v této oblasti vykazuje větší variabilitu, nejvyšší podpora byla v roce 2006 a v roce 2014. Od roku 2006 bylo v této oblasti profinancováno 3,48 mil. Kč. **S ohledem na závažnost problematiky a velikost latence, je nutné stabilně udržovat již vytvořenou síť, která pomáhá tuto problematiku řešit.**

**Tabulka 8.10: Finanční spoluúčast města Brna na projektech realizovaných v oblasti prevence a řešení případů domácího násilí (v Kč)**

Kalendářní rok	Podpora projektů	Přímá podpora	Celkem
2006	548 000	60 000	608 000
2007	102 400	80 000	182 400
2008	95 000	80 000	175 000
2009	117 801	80 000	197 801
2010	104 000	80 000	184 000
2011	151 376	94 000	245 376
2012	205 278	60 000	265 278
2013	205 848	80 000	285 848
2014	379 846	80 000	459 846
2015	204 974	80 000	284 974
2016	195 649	100 000	295 649
2017	195 649	100 000	295 649
CELKEM	2 505 821	974 000	3 479 821

Zdroj: MMB, Odbor zdraví, údaj k 16. 8. 2017.

**Obrázek 8.2: Finanční spoluúčast města Brna v oblasti DN**



Zdroj: MMB, Odbor zdraví, Iva Koudelková, údaj k 16.8.2017.

## 9 Závěr analytické části

### 9.1 A/Politika a rozvoj zdravotnických služeb a prevence

#### 9.1.1 SWOT analýza

Silné stránky	Slabé stránky
Koncentrace zdravotnických služeb lůžkových i ambulantních od základních po vysoce specializované a tím místní dostupnost pro obyvatele města.	Nedostatečná časová dostupnost pro obyvatele města v některých oblastech zdravotnických služeb (dlouhé objednací lhůty).
Návaznost zdravotnických zařízení na výukovou a výzkumnou základnu díky významnému zastoupení vysokého a středního školství.	Špatná provázanost zdravotní a sociální péče (tj. neprovázanost legislativy, nedokonalá koordinace těchto služeb a nedostatečná návaznost na pobytové sociální služby způsobují např. blokaci lůžek následné péče).
Poměrně značná stabilita sítě zdravotnických zařízení státních, městských i privátních.	Odosobněnost zdravotnických služeb.
Existence základní „záchytné“ sítě městských zdravotnických zařízení, částečně pokrývající základní potřeby v oblasti lůžkové a ambulantní včetně domácí ošetrovatelské péče.	Špatný stav některých objektů, v nichž jsou umístěna městská zdravotnická zařízení lůžková i ambulantní.
Zajištění pohotovostních služeb včetně lékařské služby první pomoci pro děti i dospělé a lékárenské pohotovostní služby.	Slabé postavení města Brna při jednáních o zajištění zdravotnických služeb – město nemá prakticky žádné pravomoci ani vůči státním zařízením (zde je má MZČR) ani vůči privátním – u nich má určité pravomoci kraj, hlavní slovo ale mají zdravotní pojišťovny.
Integrovaný záchranný systém – je plně funkčním spojením jednotlivých složek – záchranná služba, hasičský záchranný sbor, policie a městská policie, jednotlivá zdravotnická zařízení.	Relativně slabší postavení městských zařízení vůči zdravotním pojišťovnám i vůči dodavatelům – dáno velikostí těchto zařízení.
Tradiční postavení městských zdravotnických organizací v povědomí veřejnosti – tradice místa i služeb.	Nutnost finančních vstupů města Brna směrem k vlastním příspěvkovým organizacím nejen v oblasti investiční ale i v oblasti tzv. provozních výdajů.
Schopnost městských zdravotnických organizací reagovat na aktuální potřeby „v obecném zájmu“.	Absence dlouhodobých aktivit zaměřených na prevenci zejména civilizačních chorob u různých cílových skupin.
Dostatečná kapacita lůžek následné péče typu LDN (významný podíl v Nemocnici Milosrdných bratří), ale bez dostatečné návaznosti na pobytová zařízení sociálních služeb.	Nedostatečná komunikace mezi zdravotnickými pracovníky, pacienty a jejich rodinami.
Vyhledávání TBC u zdravotně-ohrožených skupin obyvatelstva a zajištění zdravotní péče.	Nedostatečná zdravotnická gramotnost obyvatel města Brna (odpovědnost za vlastní zdraví, orientace ve zdravotnickém systému, relevantní a dostupné informace o chorobách a lécích).
Realizace programů a aktivit na podporu zdraví v rámci mezinárodního projektu WHO „Brno - Zdravé město“.	Nedostatečná kapacita zařízení pro osoby s demencí.

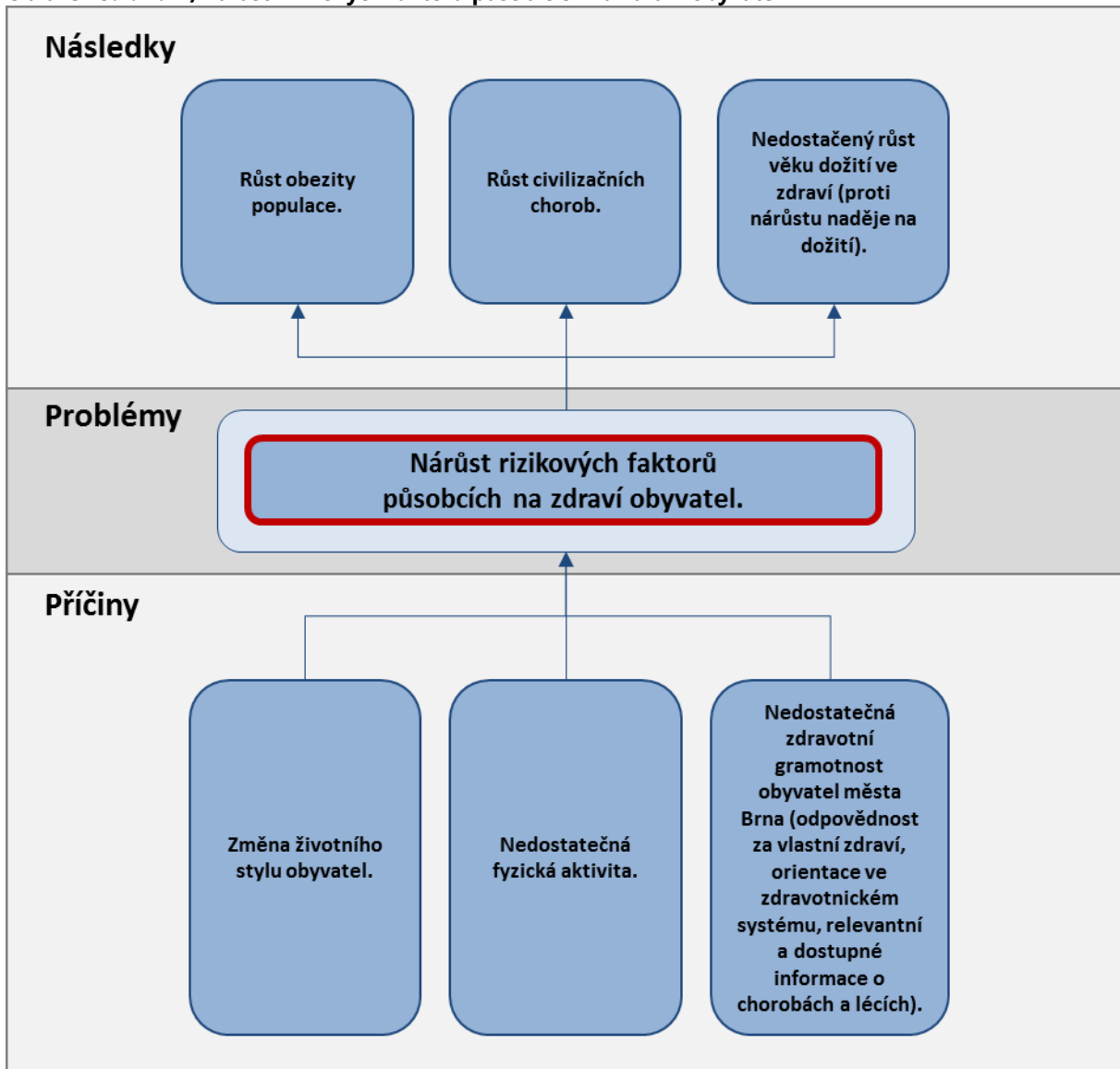
Silné stránky	Slabé stránky
Vysoká naděje na dožití, především u žen.	Nedostatečná podpora sekundárního klienta – pečujícího.
Dotační program na podporu neformálních pečovatelů.	Nekoncepční financování pomáhajících organizací – nestabilita neziskových organizací.
Navázaná spolupráce s neziskovými organizacemi v oblasti podpory neformálních pečovatelů v rámci práce Poradního sboru pro rodinu.	Úhradový systém zdravotní péče.
Vytváření koncepce zajištění včasné diagnostiky a adekvátní terapie osob s demencí (se zvláštním zaměřením na Alzheimerovu nemoc).	Zdravotnická legislativa (např. lékařská pohotovostní služba, systém vzdělávání zdravotnických pracovníků).

Příležitosti (P)	Hrozby (H)
Lékové poradenství pro optimalizaci farmakoterapie a zlepšení informovanosti pacientů.	Ztráta lidského potenciálu absolventů vysokých i středních škol – potenciálních zaměstnanců zdravotnických zařízení.
Úzká spolupráce s praktickými lékaři v oblasti prevence a léčby civilizačních chorob.	Nárůst obezity dětí (např. nedostatek fyzické aktivity a nesprávné stravovací návyky)
Vytvoření funkčního systému „komunitní“ péče, v níž bude propojena péče zdravotní a sociální se zapojením rodin, nestátních organizací i organizací městských a zdravotnických zařízení státních.	Desinformace o zdraví a zdravotních službách v kyberprostoru.
Vybudování sociálně zdravotního komplexu Červený kopec.	Nárůst socio-patologických závislostí s negativním dopadem na zdraví a kvalitu života obyvatel.
Stavební i přístrojové investice do městských zdravotních zařízení.	Neúčinné preventivní akce
Vytvoření systémů preventivních akcí včetně měření zpětné vazby a dopadu.	Stárnutí obyvatelstva a růst počtu obyvatel se závažnými, věkem podmíněnými zdravotními problémy, kteří budou potřebovat specificky zaměřené zdravotní služby.
Ovlivnění zdravého životního stylu dětí ve školách a předškolních zařízeních.	Neschopnost a neochota rodin zvládat zvýšené nároky na péči spojené s nárůstem osob v seniorském věku.
Spolupráce s vědecko-výzkumnými organizacemi v oblasti zdraví.	
Uzavření memoranda o spolupráci v oblasti neformálních pečovatelů.	
Realizace edukativních, osvětových a informačních aktivit.	
Prevence civilizačních chorob v rámci realizace projektu „Longitudinální monitoring zdravotních modulů pro město Brno“.	

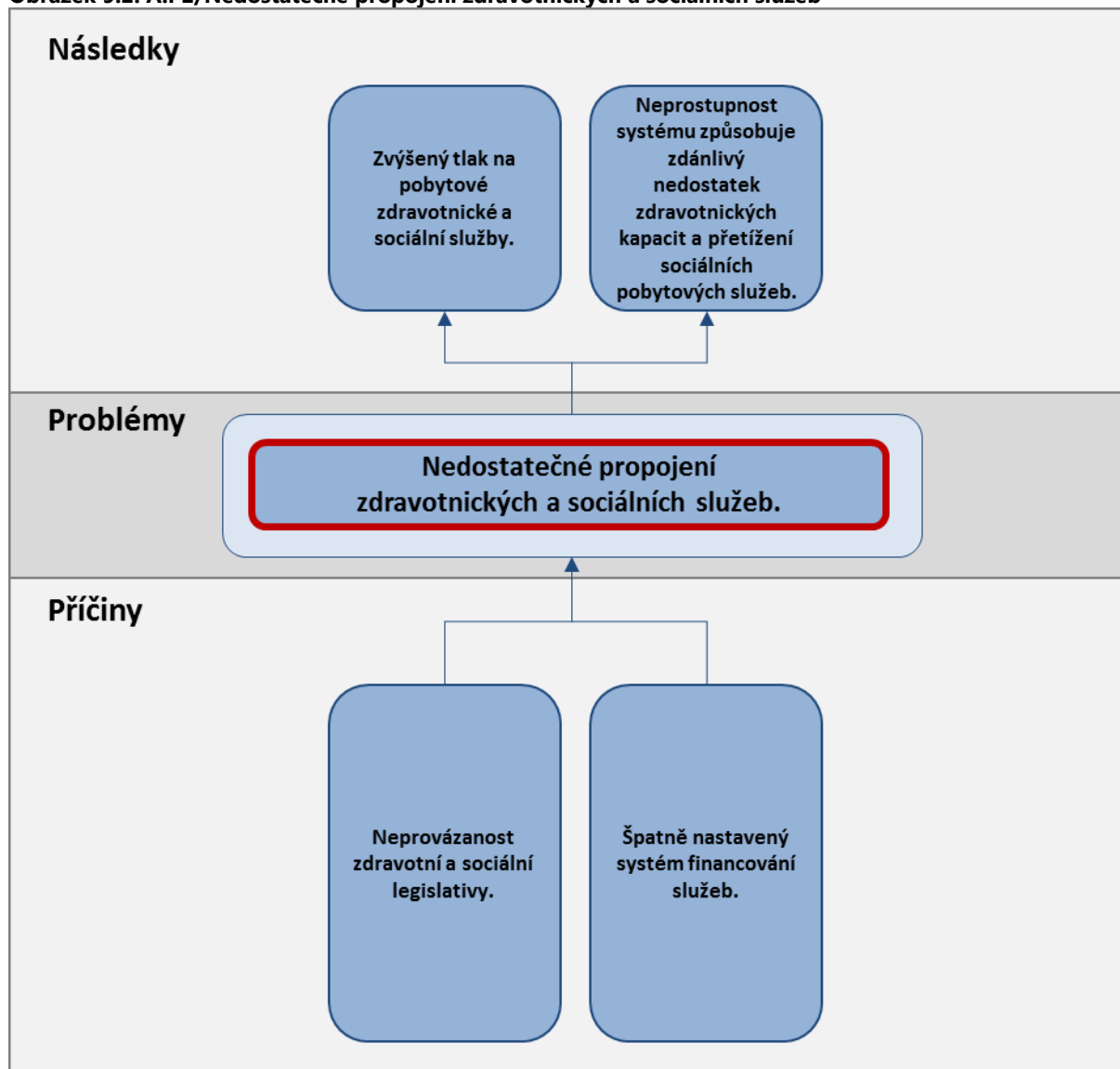


### 9.1.2 Stromy problémů

Obrázek 9.1: A.P1/Nárůst rizikových faktorů působících na zdraví obyvatel



Obrázek 9.2: A.P2/Nedostatečné propojení zdravotnických a sociálních služeb



## 9.2 B/Politika zdravé rodiny

### 9.2.1 SWOT analýza

Silné stránky	Slabé stránky
Institucionální zakotvení rodinné politiky ve městě Brně (Poradní sbor pro rodinu, samostatné Oddělení prorodinné politiky MMB, koncepce rodinné politiky).	Obecné oslabení funkce rodiny ve společnosti.
Město Brno má od roku 2008 zřízen dotační titul na projekty v oblasti podpory rodiny.	Dlouhé čekací doby na služby pedagogicko-psychologických poraden i manželských a rodinných poraden.
Existující síť služeb podporující funkci a soudržnost rodiny na území města, která je podporována městem.	Nedostatečná kapacita sociálních služeb k pokrytí potřeb ohrožených rodin (např. sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi) včetně navazujících podpůrných služeb (např. otevřená skupina rodičů).

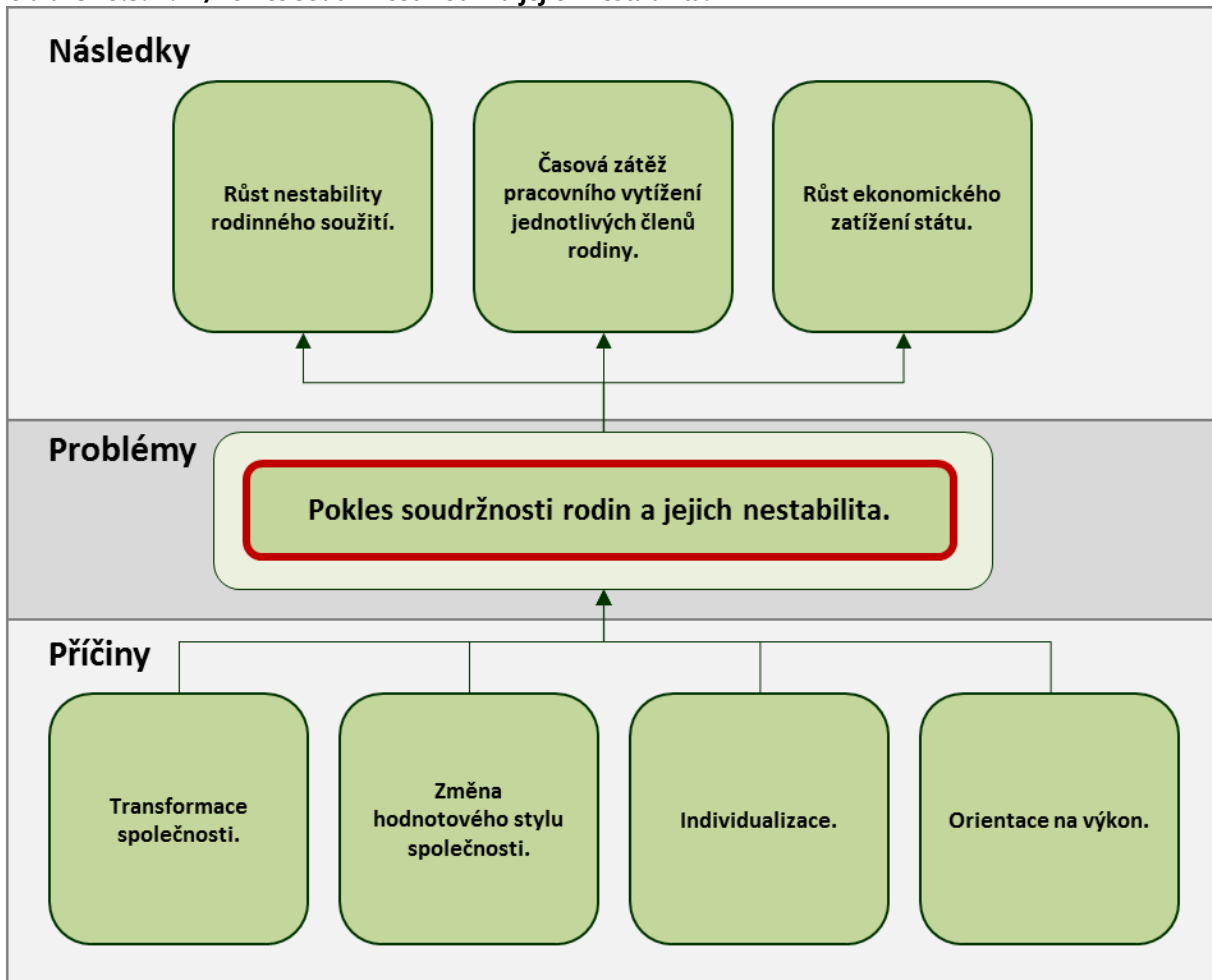
Silné stránky	Slabé stránky
Město Brno aktivně řeší problematiku zpřístupňování prostředí a bezbariérovosti objektů a dopravy.	Obtížná finanční dostupnost bydlení pro mladé a vícečetné rodiny, samoživitele, rodiny se závislým členem.
Dostatek dětských a mezigeneračních hřišť na území města Brna.	Nerovnoměrné zastoupení volnočasových aktivit dětí a mládež na území města Brna, omezená finanční dostupnost pro některé skupiny obyvatel.
Vytváření konceptu bytové politiky s přihlédnutím k potřebám rodin.	Děti se specifickými potřebami – omezené možnosti integrace (neochota/nepřípravenost škol především personální, a to z důvodu nedostatku finančních prostředků).
Stabilní síť sociálních služeb na území města Brna, dlouhodobé komunitní plánování.	Vysoké náklady na využití alternativních forem nerodičovské péče o děti předškolního a školního věku (např. chůvy, alternativní formy předškolních a školních zařízení).
Široká síť FAMILY POINTŮ na území města Brna.	Trend sandwichové generace.
Dětské skupiny zřizované městem Brnem.	
Široká nabídka programů volnočasových aktivit dětí a mládeže.	
Nabídka slev pro rodiny – projekt rodinné pasy, zvýhodněná cena MHD pro rodiny s dětmi, rodinné vstupné v městských organizacích.	
Široká síť pedagogicko-psychologických poraden i manželských a rodinných poraden	
Od roku 2011 došlo v Brně k výraznějšímu nárůstu míry sňatečnosti.	
Aktivní podpora vytváření prorodinného klimatu ve společnosti – osvětová a propagační činnost (např. zapojování do plošných kampaní.)	

Příležitosti (P)	Hrozby (H)
Možnosti využití a rozšíření nabídek dostupných bytů pro rodiny (byty pro mladé rodiny, startovacích bytů, popř. sociálních bytů).	Hodnotový styl společnosti, individualizace, orientace na výkon, časová zátěž pracovního vytížení jednotlivých členů rodiny, pokles soudržnosti rodin, další růst nestability rodinného soužití.
Rozšíření kapacity služeb pedagogicko-psychologických poraden i manželských a rodinných poraden.	Nedostatečná pozornost věnovaná demografickým změnám ve společnosti.
Rozšíření spektra služeb neinstitucionální péče o dítě (např. profesionální chůvy, trojlístek).	Tendence snižujících se příjmů rodiny se zvyšujícím se počtem dětí v rodině.
Dobrá příprava mladých na trh práce jako významný faktor při volbě povolání.	Zhoršení ekonomické situace rodin v případě ekonomické recese v ČR.

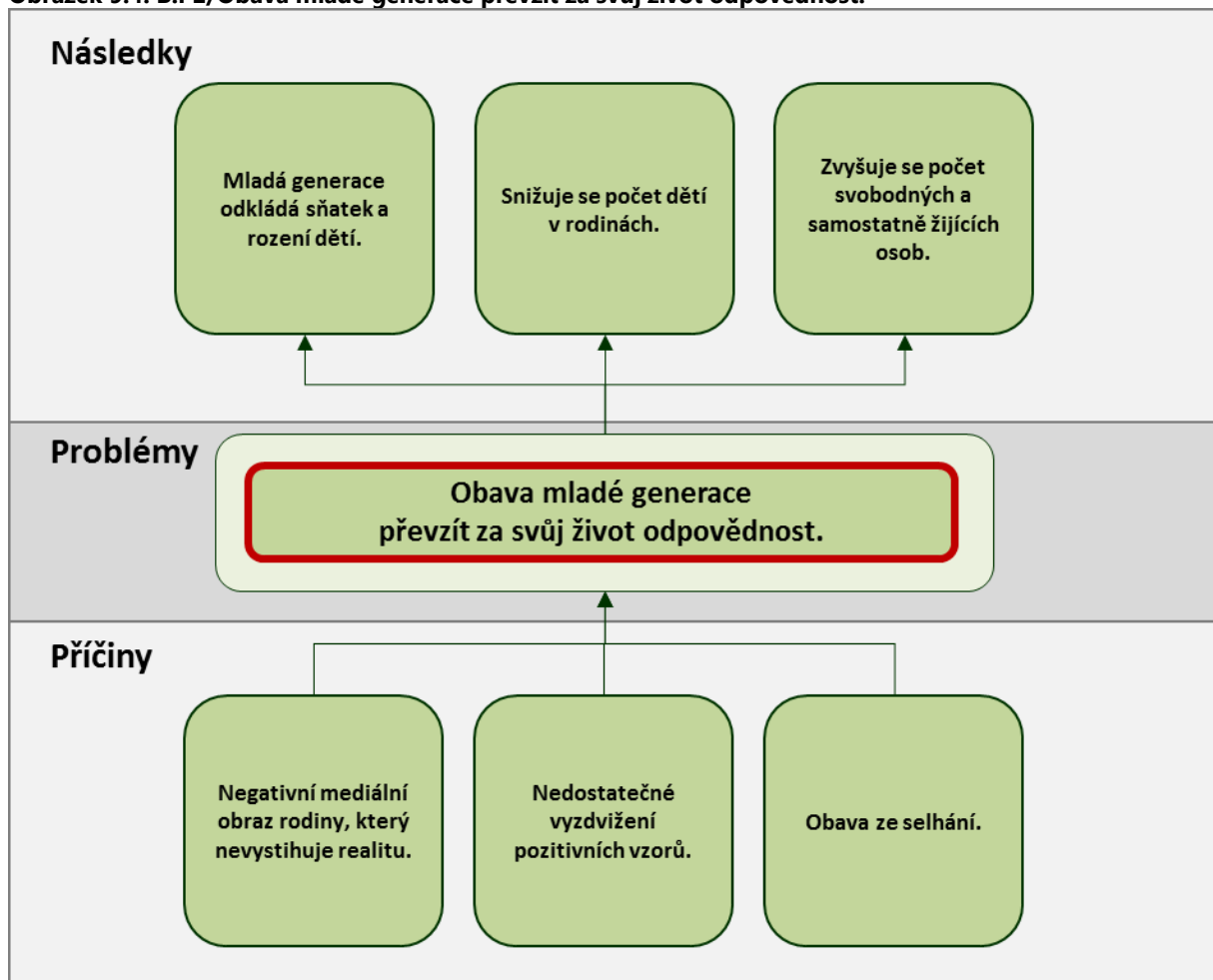
Příležitosti (P)	Hrozby (H)
Programy pro společné trávení volného času rodin – úprava veřejného prostoru, oddělených cyklistických stezek, rozšiřování mezigeneračních hřišť, akce pořádané organizacemi. Vytváření relaxačních zón.	Riziko mezigeneračního konfliktu, ztráta dialogu.
Zapojení seniorů do podpory mezigeneračního soužití a rodinného života.	Rizika negativních dopadů kyberprostoru (kyberšikana, závislost na ICT, ztráta autenticity prožitku).
Projekty podporující sladování pracovního a rodinného života a projekty podporující zaměstnání rodičů po mateřské či rodičovské dovolené.	Obava mladé generace převzít za svůj život odpovědnost, obava ze selhání.
Podpora projektů zaměřených na osoby pečující o závislého člena rodiny.	Negativní mediální obraz rodiny a nedostatek pozitivních případů.
Upozorňovat na výchovnou funkci rodiny v médiích.	Zhoršený fyzický stav mladé generace, nedostatek pohybových aktivit.
Podpora dostupnosti preventivních programů směřujících ke stabilitě rodinného systému (např. manželské večery, rozvoj rodičovských a partnerských kompetencí).	Nebudou řešeny problémy rodin starajících se o závislou osobu (senioři i zdravotně postižení).
Výzkum potřeb a situací rodin (trendový výzkum).	Nárůst počtu rodin se seniory se specifickými potřebami s nedostatečným řešením rodinné situace.
Zlepšení komunikace včetně zapojení rodin a dostupnosti informací z oblasti aktivit a služeb pro rodinu, podpora participativního přístupu.	
Podpora komunitních aktivit včetně komunitních center.	

## 9.2.2 Stromy problémů

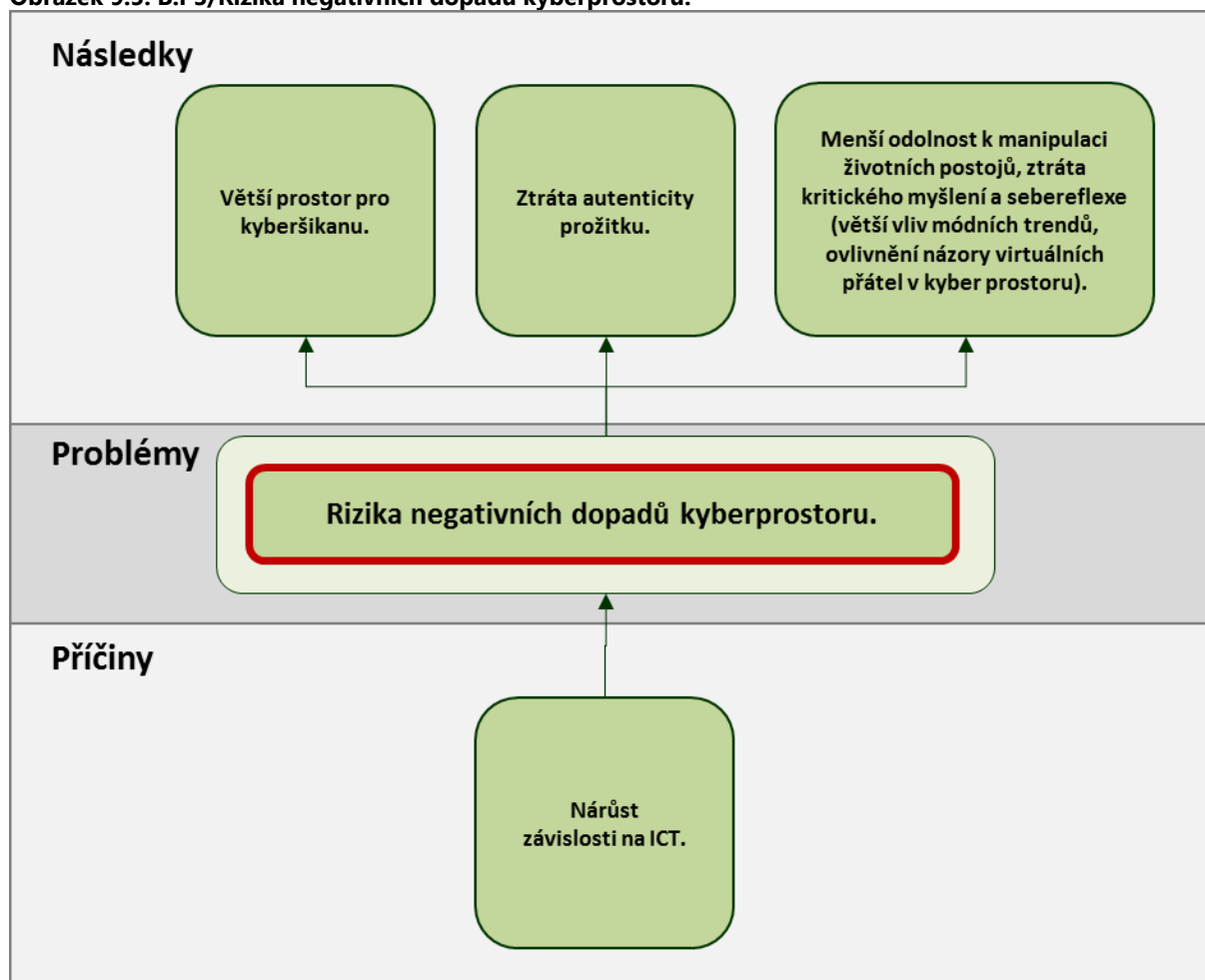
Obrázek 9.3: B.P1/Pokles soudržnosti rodin a jejich nestabilita.



Obrázek 9.4: B.P2/Obava mladé generace převzít za svůj život odpovědnost.



Obrázek 9.5: B.P3/Rizika negativních dopadů kyberprostoru.



### 9.3 C/Aktivní a zdravé stárnutí

#### 9.3.1 SWOT analýza

Silné stránky	Slabé stránky
Řešení bytové otázky seniorů (snaha o zajištění dostupnosti nájemního bydlení pro seniory, výstavba domů s pečovatelskou službou). Podrobněji zpracováno v Konceptci bydlení.	Řešení bytové otázky seniorů (neochota seniorů řešit včas svou bytovou situaci). Následně vysoké náklady na bydlení, zatěžující seniory více než jiné skupiny obyvatel, a to i z důvodu jejich častějšího bydlení v jednočlenných domácnostech.
Zavedení senior programu téměř ve všech městských částech Brna.	Nevyužívání nabídky sociální podpory některými skupinami seniorů.
Existence Senior pointů, které slouží jako informační a poradenská místa (financováno z dotací JMK).	Mýty o nepotřebných a neschopných seniorech ve společnosti ovlivňují mezigenerační vztahy (Ageismus).
Město Brno aktivně řeší problematiku zpřístupňování prostředí a bezbariérovosti objektů a dopravy.	Nedostatečná kapacita sociálních a zdravotně-sociálních služeb, nepropojenost obou systémů.

Silné stránky	Slabé stránky
Město Brno zajišťuje informovanost seniorů prostřednictvím publikací, webu atd.	Přes existenci velkého množství informačních materiálů, webových stránek, existuje u části seniorů pocit nedostatečné informovanosti (potřeba ucelených informací).
Realizace řady kvalitních preventivních akcí zaměřených na bezpečnost zvyšující pocit bezpečí seniorů.	Nízká schopnost zdravotníků, úředníků podat informace seniorům vhodnou formou.
Široká škála služeb DPMB určených konkrétně pro seniory (existence asistenční služby pro cestování, zvýhodněného předplatného jízdného MHD pro důchodce, doprava zdarma pro osoby nad 70 let, senior bus atd.).	Zhoršení ekonomického postavení seniorů po odchodu z trhu práce.
Velmi dobrá místní dostupnost lékařské péče a lékáren, včetně specializovaných pracovišť, podmíněná velikostí a významem města Brna.	Malý zájem seniorů zapojit se do dobrovolnických aktivit.
Široká nabídka vzdělávacích, kulturních a sportovních aktivit pro seniory.	Nedostatečné uchopení a řešení situace neformálních pečovatелů v ČR (neexistence legislativního zakotvení neformálních pečovatелů, nedostatečná podpora osoby, která pečuje, nesnadný návrat na trh práce, nedostatečné společenské uznání jako profese, nedostatečná kompenzace).
Existence řady organizací věnujících se dlouhodobě seniorům (výhradně i jako jedné z cílových skupin) a jejich aktivitám.	Nedostatečné finanční a právní povědomí některých skupin seniorů.
Rozsáhlá nabídka a vysoká míra využívání slevových systémů pro seniory (např. Senior pas) u řady institucí a služeb.	Absence péče o pozůstalé seniory (vdovy, vdovectví).
Podpora neformálních pečovatелů (existence dotačního programu, navázaná spolupráce s organizacemi pomáhajícími neformálním pečovatелům)	V koncepčních a strategických materiálech chybí tematizace LGBT (tj. lesby, gaye, bisexuály a transgender osoby) seniorů a etnických menšin a plány jejich inkluze.

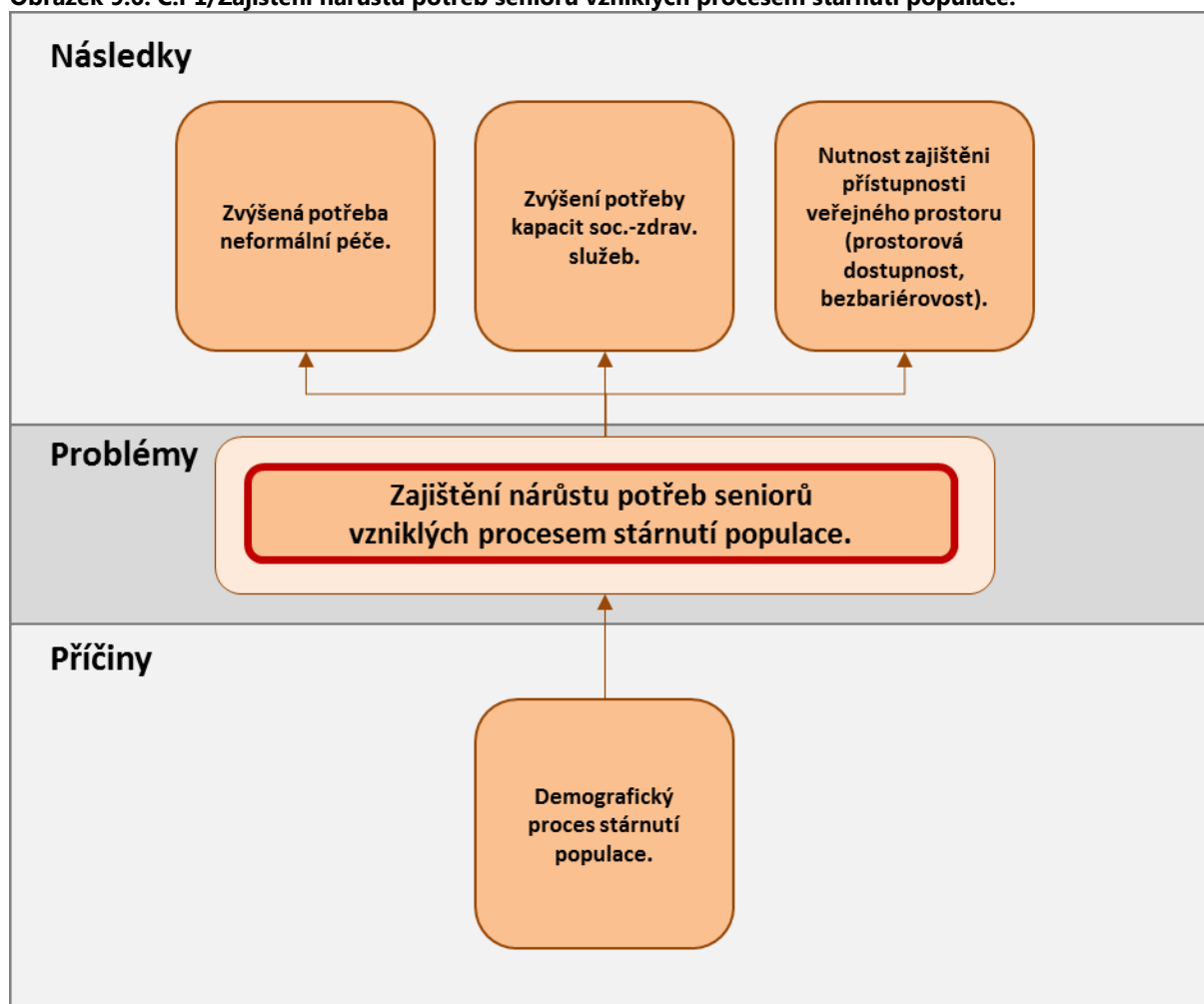
Příležitosti	Hrozby
Vytvořit programy na zvýšení schopnosti sebereflexe a seberealizace seniorů v oblasti řešení budoucí životní situace (bydlení, pracovní příležitosti, volný čas) se zaměřením na fázi přechodu do důchodu.	Nebezpečí neschopnosti držet krok s nárůstem potřeb seniorů (včetně zvýšené potřeby neformálních pečovatелů) v souvislosti s procesem demografického stárnutí obyvatel.
Změnit postoj společnosti ke stárnutí a k seniorům.	Zhoršení mezigeneračních vztahů a prohloubení Ageismu (snížení počtu soc. kontaktů vede k osamělosti až k sociální izolaci hlavně seniorů vyšších věkových skupin a imobilních osob).
Posílit mezigenerační vazby v rámci komunity i rodiny, posílit funkci rodiny a vztahy ve veřejném prostoru.	Zhoršení kvality života seniorů v kontextu prodloužování délky života, ale zhoršování zdravotního stavu a sociálního statutu.



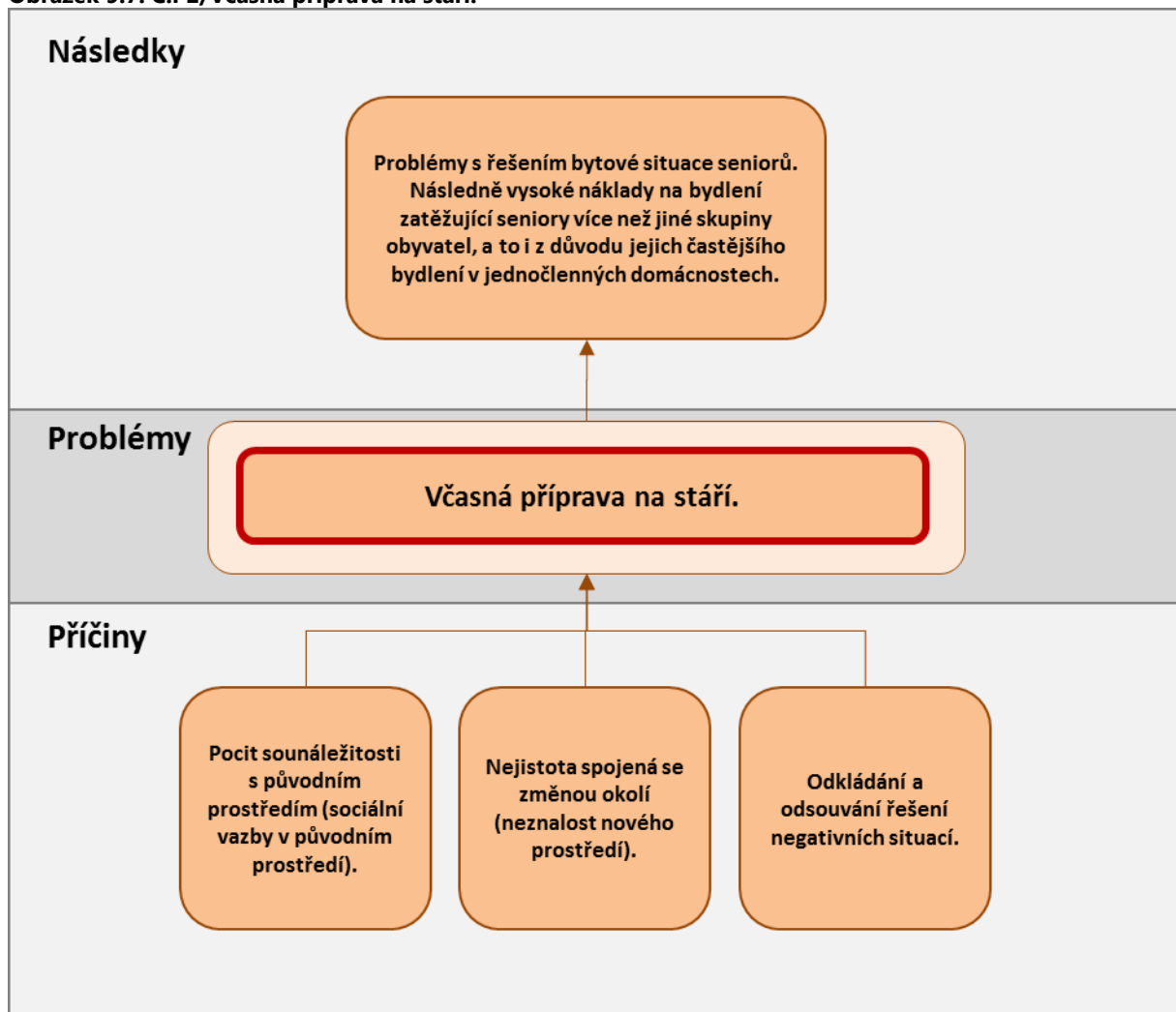
Příležitosti	Hrozby
Usilovat o propojení systému zdrav.-soc. služeb.	Zhoršení ekonomické situace seniorů v případě ekonomické recese v ČR.
Zacílit aktivity podle potřeb jednotlivých věkových skupin seniorů (příp. dalších specifických skupin).	Změna politické podpory řešení problematiky seniorů (včetně zajištění financování).
Vytváření prostoru a aktivit pro setkávání v neformálních skupinách, boj proti osamění a sociální izolaci.	Přetrvávající legislativní nedořešení systémové podpory rodinné péče o seniory.
Zadání výzkumných studií za účelem zjišťování preference informačních zdrojů u různých skupin seniorů.	
Využití potenciálu seniorů v neformálním vzdělávání, a podpora dobrovolnictví seniorů pro seniory.	
Otevřít dialog řešení situace neformálních pečovatелů (usilovat o politickou podporu).	
Zapojení seniorů do rozhodovacích a plánovacích procesů (např. veřejný prostor).	

### 9.3.2 Stromy problémů

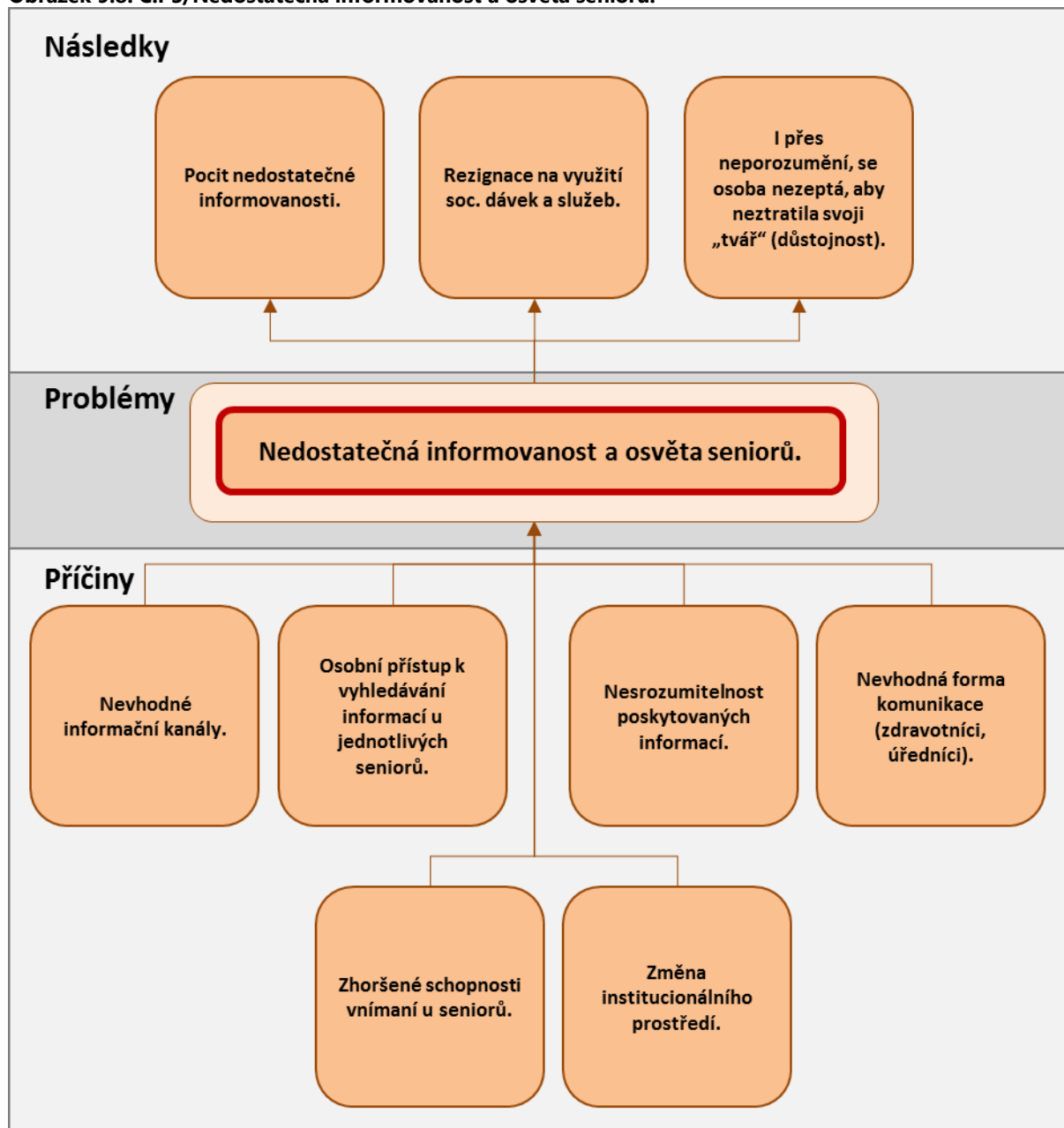
**Obrázek 9.6: C.P1/Zajištění nárůstu potřeb seniorů vzniklých procesem stárnutí populace.**



Obrázek 9.7: C.P2/Včasná příprava na stáří.



Obrázek 9.8: C.P3/Nedostatečná informovanost a osvěta seniorů.



## 9.4 D/Prevence násilí v rodině – problematika domácího násilí

### 9.4.1 SWOT analýza

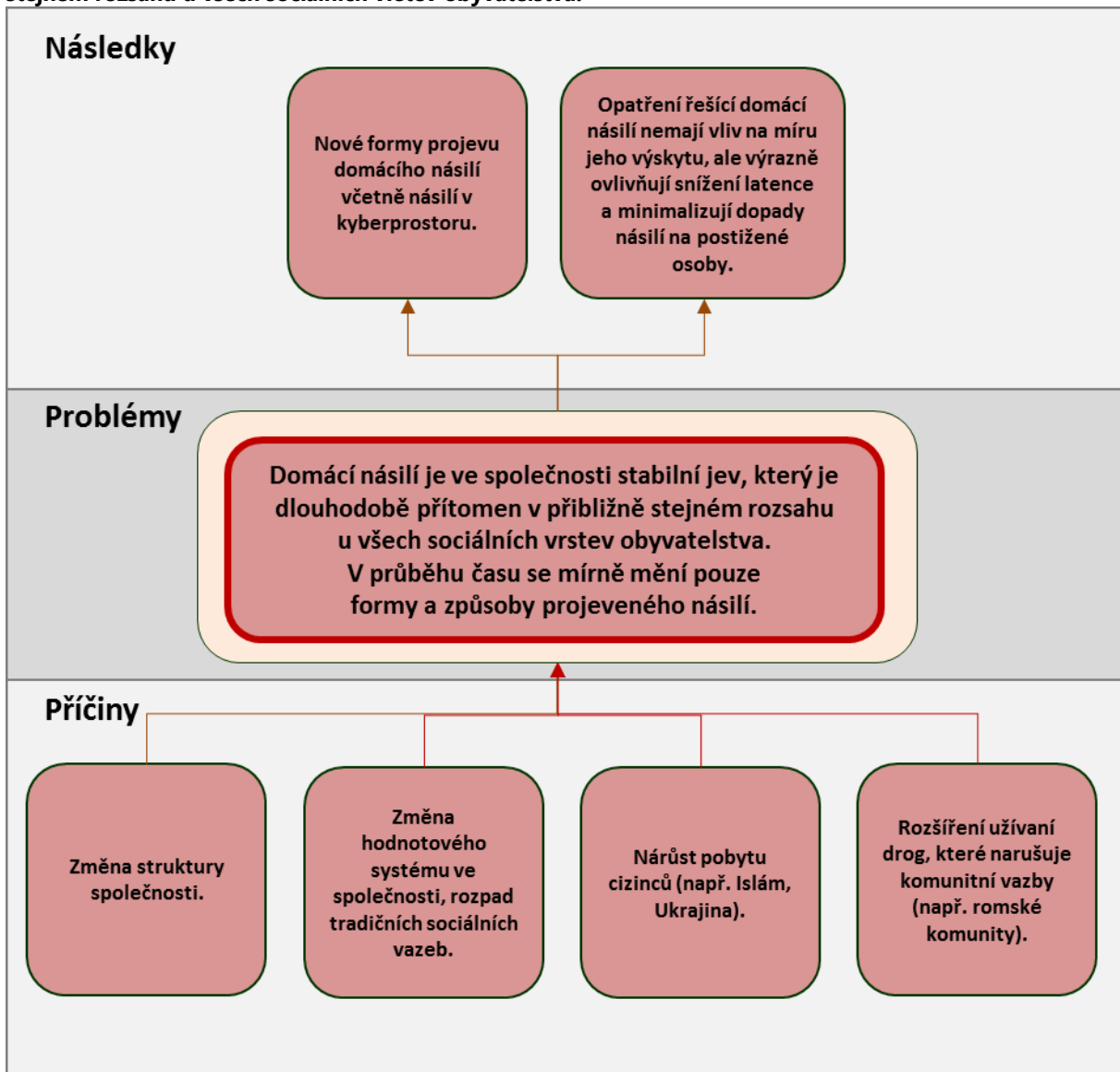
Silné stránky	Slabé stránky
Působení specialistů na domácí násilí v městě Brně (PČR, městské státní zastupitelství, OSPOD, neziskové organizace atd.).	Nekoncepční financování poskytovatelů služeb řešících problematiku domácího násilí.

Silné stránky	Slabé stránky
Interdisciplinární spolupráce zaštitěná městem v rámci vytvořeného Interdisciplinárního týmu města Brna pro oblast domácího násilí.	Chybí právní ukotvení systému práce Interdisciplinárního týmu města Brna pro oblast domácího násilí v dokumentech jednotlivých organizací (praxe je založena na osobních vazbách, neexistují závazné smlouvy mezi aktéry, které by byly včleněny do vnitřních řádů organizací a zaručovaly tak dlouhodobou působnost).
Plošná dostupnost informací a osvěta veřejnosti o problematice domácího násilí.	Absence potřebných specialistů v oblasti domácího násilí a sexuálního násilí, kteří by v rámci prvotního kontaktu dokázali zajistit stopy násilí jako důkaz pro následující vyšetřování a zároveň profesionálně a citlivě reagovat na potřeby obětí, aby nedošlo k jejich traumatizaci.
Zapojení specialistů na domácí násilí do proškolení profesních skupin pracujících s ohroženými osobami, s oběťmi domácího násilí i s násilnými osobami.	
Hustá síť poskytovatelů služeb řešících domácí násilí.	
Zaměření intervencí pokrývajících rodinu zasaženou násilím komplexně.	
Snížení latence domácího násilí, díky informování veřejnosti a nabídce služeb vytvářející možnosti řešení pro osoby ohrožené domácím násilím (např. institut vykazání).	

Příležitosti	Hrozby
Zapojení akademické obce (zapojení studentů do výzkumů a praxe se stanovením podmínek praxe a poskytnutím grantu organizacím, u kterých by praxi vykonávali).	Dezinformace o domácím násilí šířící se v kyberprostoru, vyvolávající bagatelizaci a nepochopení problematice domácího násilí ve společnosti (je nutno pracovat s relevantními informacemi od specialistů).
Informování veřejnosti o informačních hrozbách v kyberprostoru.	Nedostatek policistů v přímém výkonu služby ve městě Brně, nedostatečně obsazené služby.
Vytvoření týmu specialistů z oblasti zdravotnických služeb (lékaři, zdravotní sestry a další ošetrovatelský personál).	V případě obměny týmu nemusí být zajištěna osobní zainteresovanost nových odborníků i členů interdisciplinární spolupráce.
Zapojení komunitních center a organizací pracujících s cizinci do Interdisciplinárního týmu města Brna pro oblast domácího násilí.	Nárůst míry odlišností multikulturních vzorců v rodině a v partnerských vztazích (Islám, Ukrajina, Romové...).
	Nárůst domácího násilí jako důsledek nárůstu zneužívání nelegálních drog.
	Zneužití domácího násilí v rozvodových řízeních a majetkových a partnerských sporech.

### 9.4.2 Stromy problémů

Obrázek 9.9: D.P1/Domácí násilí je ve společnosti stabilní jev, který je dlouhodobě přítomen v přibližně stejném rozsahu u všech sociálních vrstev obyvatelstva.



Obrázek 9.10: D.P2/Nezakotvenost domácího násilí ve strategických dokumentech a vnitřních předpisech jednotlivých organizací.

