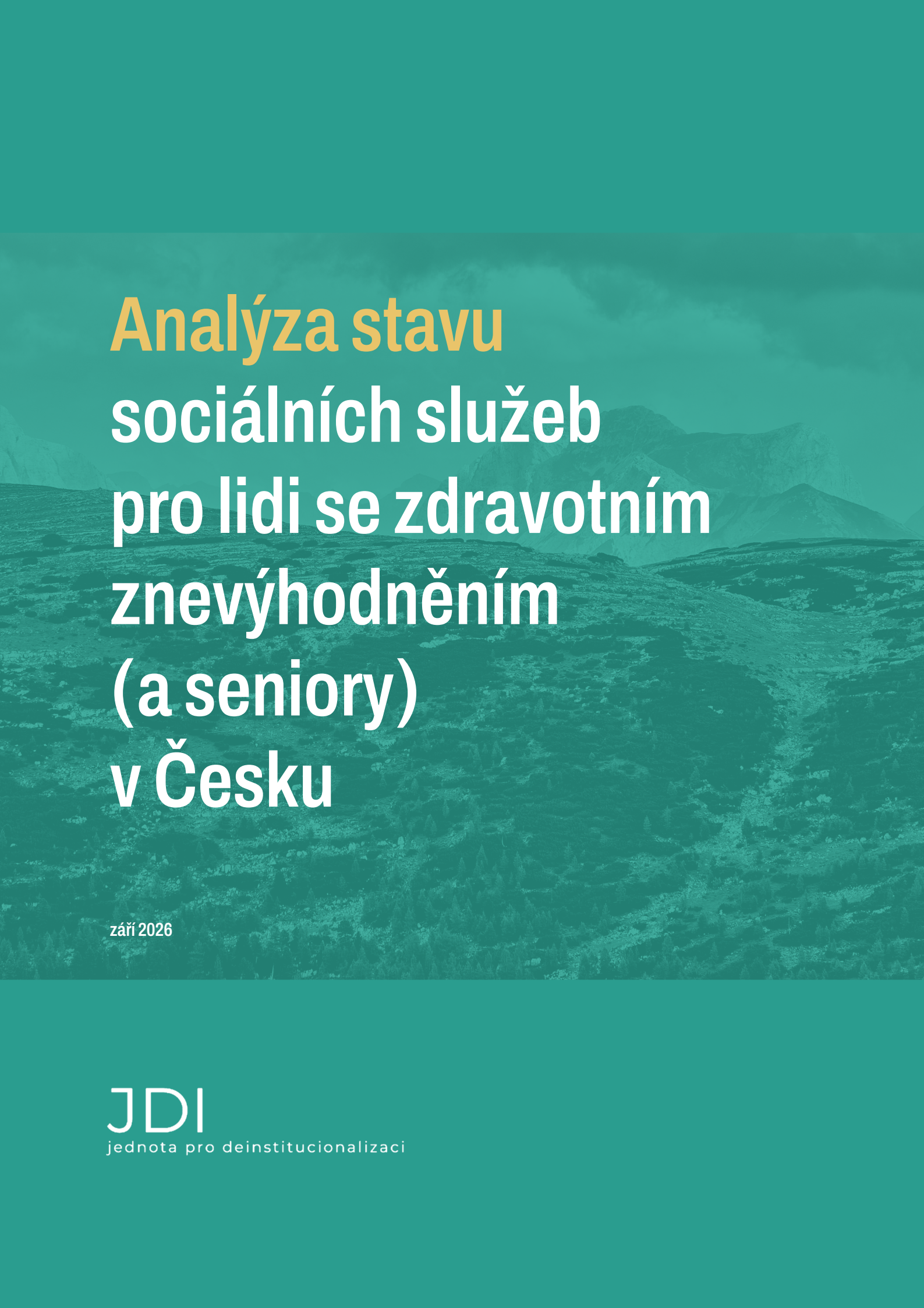




Analýza stavu sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním (a seniory) v Česku

září 2026

JDI

jednota pro deinstitutionalizaci

HLAVNÍ ZÁVĚRY

Analýzy stavu sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním (a seniory) v ČR



1

Kapacity **pobytových** sociálních služeb pro lidi se ZP a seniory **výrazně převažují** nad kapacitami terénních a ambulantních služeb.



2

Kapacity **komunitní dlouhodobé péče** v Česku jsou **výrazně nižší**, než je obvyklé v jiných zemích. Lůžková kapacita dlouhodobé péče dosahuje běžné hodnoty.



3

Mezi kraji panují **výrazné rozdíly** v kapacitě služeb. Lidé se zdravotním znevýhodněním **nemají rovný přístup** k podpoře v přirozeném prostředí.



4

Na terénní a ambulantní služby jde jen menší část prostředků ze státního i krajských rozpočtů. V některých krajích dostávají terénní a ambulantní služby pro lidi se zdrav. znevýhodněním **až 2× vyšší finanční podporu než v jiných**.



5

Dosavadní pokrok v transformaci je **nedostatečný a nerovnoměrný**. Většina z lůžkových kapacit služeb pro lidi se zdrav. postižením v ČR je stále ve velkokapacitních zařízeních.

CO SE DAŘÍ SMĚREM K SOCIÁLNÍMU ZAČLEŇOVÁNÍ

Z dat vyplývá, že rozvoj komunitních služeb je možný.



1 TRANSFORMACE JE MOŽNÁ • KRAJ VYSOČINA

Na Vysočině je již téměř **polovina** pobytových kapacit umístěna v domech v běžné zástavbě. Koncentrace lidí se zdravotním postižením do velkokapacitních ústavů není nutná.



2 AŽ 3× VYŠŠÍ KAPACITA TERÉNNÍCH SLUŽEB PRO LIDI SE ZNEVÝHODNĚNÍM

Liberecký, Karlovarský a Pardubický kraj dokazují, že síť terénních sociálních služeb lze i za **stávajících podmínek navýšit na dvoj- až trojnásobek** hodnoty obvyklé v jiných krajích.



3 ROZVOJ AMBULANTNÍCH SLUŽEB, RESPEKTIVE DENNÍCH STACIONÁŘŮ

V Královéhradeckém kraji a na Vysočině proběhl významný rozvoj denních stacionářů. Jejich kapacity jsou zde mnohonásobně vyšší než v jiných krajích.



4 CÍLENÉ FINANCOVÁNÍ TERÉNNÍCH A AMBULANTNÍCH SLUŽEB

Kraje se silnější sítí terénních a ambulantních služeb přerozdělují ve prospěch těchto služeb významně více financí v přepočtu na jednoho obyvatele než kraje, kde je kapacita služeb nízká. **Vyšší podpora těchto služeb je přitom možná i v rámci běžného fungování a rozpočtu kraje.**



5 REDISTRIBUCE EXISTUJÍCÍCH PROSTŘEDKŮ • KARLOVARSKÝ KRAJ

Cestou nemusí být jen zvyšování rozpočtu. Karlovarský kraj dokazuje, že lze přerozdělit větší část prostředků ve prospěch terénních a ambulantních služeb na místo pobytových.



financoval
Abakus – nadační fond
zakladatelů Avastu

září 2026
Praha

Autoři a přispěvatelé

Hlavní zpracovatel: Mgr. Jan Klusáček, Ph.D.

Odborná konzultantka zadání a zpracování: Mgr. Terezie Hradilková

Další konzultanti: Mgr. Jan Paleček, Mgr. Nela Navrátilová

Poděkování

Ministerstvu práce a sociálních věcí za poskytnutí dat z výkazů vyplňovaných sociálními službami, dat z vyúčtování využívání státní dotace na sociální služby od krajských úřadů a konzultace k této analýze. Bez toho by tato analýza nemohla vzniknout.

Doporučená podoba citace:

KLUSÁČEK, Jan. *Analýza stavu sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním (a seniory) v Česku* [online]. Praha: JDI, z. s., září 2026.

Obsah

Úvod	6
01 Poměr kapacit terénní a ambulantní služby vs. pobytové služby	13
1.1 Poměr kapacit: Terénní vs. pobytové sociální služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory	14
1.2 Poměr kapacit: Služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním vs. služby pro seniory	16
1.3 Rozložení lidských zdrojů	17
1.4 Závěr: Pyramida postavená na hlavu	18
02 Mezinárodní srovnání	19
2.1 Slovo úvodem	20
2.2 Komunitní dlouhodobá péče: Česko vs. svět	21
2.3 Lůžková dlouhodobá péče	22
2.4 Závěr: Silná komunitní dlouhodobá péče je základem systému	23
03 Rovný přístup ke službám	24
3.1 Základní východiska analýzy rovného přístupu k terénním a ambulantním sociálním službám	25
3.2 Dostupnost sociálních služeb zřizovaných hl. m. Praha.	27
3.3 Terénní služby využívané lidmi se zdravotním znevýhodněním	29
3.4 Ambulantní služby využívané lidmi se zdravotním znevýhodněním	41
3.5 Závěr: Nerovný přístup k sociálním službám v ČR	52
04 Financování služeb	53
4.1 Globální pohled: Veřejná podpora všech sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním i seniory	54
4.2 Terénní a ambulantní vs. pobytové služby	55
4.3 Veřejná podpora sociálních služeb: Obce vs. kraje	56
4.4 Financování terénních a ambulantních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním v krajích	57
4.5 (Ne)zbytnost dotování pobytových služeb	59
4.6 Závěr: Všeobecná preference dotování pobytových služeb	60
05 Transformace pobytových služeb pro lidi se zdravotním postižením	61
5.1 Koncentrace lůžkové kapacity	62
5.2 Situace v krajích	63
5.3 Závěr: Nedostatečný a nerovnoměrný pokrok v transformaci	64
Závěr	65
Přílohy	67

Úvod

Jaká je skutečná kapacita terénních sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním (tj. lidi se zdravotním postižením nebo chronickým duševním či somatickým onemocněním) v České republice? V jak velkých zařízeních žijí lidé se zdravotním znevýhodněním? A jak se na financování těchto služeb podílí stát, kraje a obce? Odpovědi přinesla *Analýza základních dat o kapacitách a financování sociálních služeb pro osoby se zdravotním znevýhodněním a seniory v Česku*,¹ kterou zpracovalo JDI, z. s., na základě spolupráce s Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV) (dále jako: „*Analýza základních dat*.“) a která byla zveřejněna v květnu 2026.

Od čísel k souvislostem: Co nám data skutečně říkají?

Surová čísla o tisících úvazků nebo miliardách korun sama o sobě nestačí k tomu, abychom pochopili, jak dobře systém sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním v České republice funguje.

Zpracovatel proto vzal data z *Analýzy základních dat* (například 12 tisíc úvazků v terénních sociálních službách nebo čtyři tisíce v ambulancích), přepočítal je v jednotlivých krajích na tisíc obyvatel, porovnal českou realitu se zahraničím a připravil další výstupy, které jsou součástí této *Analýzy stavu sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním (a seniory) v Česku* (dále jako: „*Analýza stavu*.“).

CÍLE ANALÝZY

Cílem *Analýzy stavu* je poskytnout základní představu o tom:

- 01/ jak vypadá **poměr kapacit** terénních a ambulantních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním (a seniory) oproti kapacitám pobytových služeb;
- 02/ jaké jsou kapacity komunitní i lůžkové dlouhodobé péče v Česku v **porovnání se zahraničím**;
- 03/ jaké jsou podmínky k naplňování práv lidí se zdravotním znevýhodněním na **rovný přístup** ke službám;
- 04/ **financování** sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním (a seniory) ze státního, krajských i obecních rozpočtů;
- 05/ jakého pokroku bylo doposud dosaženo v **transformaci** pobytových sociálních služeb pro lidi se zdravotním postižením (resp. ve snížení míry koncentrace lůžkové kapacity služeb ve velkých objektech).

Tomu odpovídá struktura analýzy.

Analýza stavu pracuje s dostupností na systémové úrovni – na národní úrovni a na úrovni jednotlivých krajů. Sleduje dvě vzájemně související oblasti: objem veřejných prostředků, z nichž jsou sociální služby financovány (ze státního, krajských a obecních rozpočtů), a kapacity sítě sociálních služeb, zejména počet úvazků pracovníků v přímé péči a počet míst v ambulantních a pobytových službách.

Nehodnotí tedy místní či časovou dostupnost ani finanční dostupnost z pohledu konkrétního uživatele. Zejména u služeb sociální péče by takové posouzení vyžadovalo zohlednit také výši příspěvku na péči a dalších prostředků, které má konkrétní člověk k doplacení služby k dispozici, a současně dostupnost potřebné služby v místě, kde žije.

¹ KLUSÁČEK, Jan. *Analýza základních dat o kapacitách a financování sociálních služeb pro osoby se zdravotním znevýhodněním (a seniory) v Česku* [online]. Praha: JDI, z. s., duben 2026. Dostupné z: https://jdicz.eu/wp-content/uploads/Analýza_zakladni_data_soc_sluzby_VFIN_kveten26.pdf

ZAMĚŘENÍ ANALÝZY Z HLEDISKA CÍLOVÝCH SKUPIN

Analýza stavu se zaměřuje především na sociální služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním, případně na služby, které tito lidé běžně využívají. Tam, kde je to potřebné a účelné, zasazuje zjištění také do širšího kontextu celého systému sociálních služeb (včetně služeb určených seniorům). V případě mezinárodního srovnání pracuje analýza – pro zajištění mezinárodní srovnatelnosti – s daty za celou dlouhodobou péči včetně kapacit relevantních zdravotních služeb (pro podrobnosti viz sekci Vymezení pojmů a Přílohy 3 a 4).

DATA

Stejně jako *Analýza základních dat* je i *Analýza stavu* založena na datech za rok 2024 a v případě většiny sledovaných ukazatelů (kapacit, počtu pracovníků a počtu míst) zachycuje stav k 31. 12. 2024. Čtenářům tak poskytuje nejaktuálnější dostupné informace o kapacitách a financování sociálních služeb v České republice; data za rok 2025 budou k dispozici až v srpnu 2026.

Seznam použitých zkratk

ČR	Česká republika
DOZP	domov pro osoby se zdravotním postižením
LDN	léčebna pro dlouhodobě nemocné
mil.	milion
mld.	miliarda
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
tis.	tisíc
OECD	
EU	Evropská unie
hl. m.	hlavní město

Vymezení vybraných pojmů

OSOBY (LIDÉ) SE ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM

Napříč zprávou je používán termín osoby (lidé) se zdravotním znevýhodněním jako souhrnné označení pro následující cílové skupiny (podle terminologie používané ve výkazech MPSV):

- 01/ osoby (lidé) s chronickým duševním onemocněním,
- 02/ osoby (lidé) s chronickým onemocněním,
- 03/ osoby (lidé) se zdravotním postižením (všech typů, viz tabulku 1 níže).

ÚVAZKY V PŘÍMÉ PRÁCI

Pojem „úvazky v přímé práci“ je v tomto dokumentu používán jako označení pro všechny pracovní úvazky zaměstnanců sociálních služeb přepočtené na plný pracovní úvazek, kteří působí na pozici sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách a na dalších pozicích zajišťujících přímou práci s klienty (podrobné vymezení viz Přílohu 2 v *Analýze základních dat*).

VEŘEJNÉ ROZPOČTY

Jde o souhrnné označení zahrnující státní rozpočet, krajské a obecní rozpočty. V případě státního rozpočtu nejsou mezi prostředky z veřejných rozpočtů zahrnovány pouze prostředky z kapitoly MPSV, ale také prostředky z dalších zdrojů, například z rozpočtové kapitoly Ministerstva zdravotnictví.

Mezi prostředky z veřejných rozpočtů nejsou zahrnovány prostředky ze strukturálních fondů EU.

DLOUHODOBÁ PÉČE

Pojem dlouhodobá péče je používán pro označení systému veřejných služeb, které poskytují podporu lidem se zdravotním znevýhodněním a seniorům. Jádrem tohoto systému představují v ČR (i ve většině ostatních zemí) služby sociálního charakteru (v Česku sociální služby). Současně ale dlouhodobá péče zahrnuje i vybrané druhy neakutní zdravotní péče či zdravotně-sociální péče.

KOMUNITNÍ DLOUHODOBÁ PÉČE („LONG-TERM CARE AT HOME“)

Zahrnuje část dlouhodobé péče, která je poskytována v komunitě. V souladu s metodikou OECD² jsou do komunitní dlouhodobé péče počítány kromě terénních sociálních služeb a domácí zdravotní péče také ambulantní sociální služby a malé pobytové služby s kapacitou do dvanácti lůžek. Kapacity (zejména lidské zdroje) ve všech těchto segmentech jsou ve statistikách OECD řazeny mezi tzv. *home-based care*, a to z toho důvodu, že umožňují lidem žít v jejich přirozeném sociálním prostředí nebo v prostředí, které je tomu velmi blízké (malé pobytové služby).

KOMUNITNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBA

Komunitní sociální služby představují spektrum služeb, které umožňují lidem žít v komunitě a dětem vyrůstat v rodinném prostředí namísto instituce. Zahrnují jak specializované služby (osobní asistence, odlehčovací služby...) tak i další běžné služby, například bydlení, zdravotní péči, vzdělávání, zaměstnání, kulturu a volnočasové aktivity, které mají být přístupné všem bez ohledu na jejich znevýhodnění nebo rozsah potřebné podpory.³

V českém kontextu jsou za komunitní sociální služby, respektive služby komunitního charakteru považovány všechny terénní sociální služby a vybrané ambulantní nebo vybrané pobytové sociální služby poskytované tak, aby člověku umožňovaly nezávislý způsob života odpovídající běžnému životu lidí jeho věku a předcházely jeho segregaci. Jejich umístění a kapacita nesmějí vést ke koncentraci lidí z určité cílové skupiny ani k vytváření prostředí odlišného od běžné místní komunity.⁴ Pobytová komunitní služba je proto poskytována v bytě, bytovém nebo rodinném domě v běžné zástavbě obce a musí splňovat vyhláškou stanovené prostorové a kapacitní podmínky (vyhláška).⁵

LŮŽKOVÁ DLOUHODOBÁ PÉČE („LONG-TERM CARE INSTITUTIONS“)

V souladu s metodikou OECD⁶ zahrnuje velkokapacitní pobytové sociální služby a lůžkovou péči, kde lidé žijí dlouhodobě namísto svého přirozeného prostředí. V ČR tvoří 95 % kapacit dlouhodobé lůžkové péče pobytové sociální služby, zejména

² Viz definici OECD, která uvádí, že mezi „*long-term care at home*“ (přeloženo jako „komunitní dlouhodobá péče“) patří také služby, jež poskytují podporu pro setrvání v domácím prostředí – tedy ambulantní služby nebo odlehčovací služby a také chráněné bydlení a další druhy pobytových služeb, které umožňují zachování vysoké míry samostatnosti a kontroly nad vlastním životem.

OECD Health Statistics 2026. Definitions, Sources and Methods. *Long-term care workers: formal sector (Head counts and FTE)* [online].

Dostupné z: https://webfs-els.oecd.org/files/Health-Statistics/HEALTH_LTCR_Long-term-Care/1_1_Long-term-care-workers-in-the-formal-sector.pdf

³ European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care* (str. 27). 2012. Dostupné z: <https://deinstitutionalisation.com/wp-content/uploads/2017/07/guidelines-final-english.pdf>

⁴ § 33a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

⁵ § 36a vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

⁶ Viz OECD Health Statistics 2026. Definitions, Sources and Methods. *Long-term care workers: formal sector (Head counts and FTE)* [online]. Dostupné z: https://webfs-els.oecd.org/files/Health-Statistics/HEALTH_LTCR_Long-term-Care/1_1_Long-term-care-workers-in-the-formal-sector.pdf

domovy pro seniory, domovy pro osoby se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením (zbytek tvoří část kapacit nemocnic následné péče a léčebny dlouhodobě nemocných; viz Přílohu 4 pro podrobnosti).

DOSTUPNOST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Dostupnost sociálních služeb lze posuzovat z několika hledisek:

- **Kapacitní dostupnost** vyjadřuje, zda existují dostatečné kapacity služeb – například počet pracovníků, dostupných hodin podpory nebo míst v ambulantních a pobytových službách.
- **Místní/územní dostupnost** vyjadřuje, zda je potřebná služba dostupná v místě, kde člověk žije, tedy jak na úrovni státu, kraje, konkrétní obce či území.
- **Časová dostupnost** se týká toho, zda lze službu využít v době, kdy ji člověk potřebuje, například ve večerních hodinách nebo o víkendech.
- **Finanční dostupnost** vyjadřuje, zda jsou k dispozici dostatečné finanční prostředky k zajištění potřebného rozsahu podpory. U služeb sociální péče se na financování kromě veřejných prostředků podílejí také uživatelé služby, zejména prostřednictvím příspěvku na péči. Z pohledu konkrétního člověka proto finanční dostupnost souvisí také s tím, jaký rozsah podpory může ze svých prostředků skutečně uhradit.

DOSTUPNOST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ANALÝZE STAVU

Analýza stavu pracuje s dostupností na systémové úrovni – na národní úrovni a na úrovni jednotlivých krajů. Sleduje dvě vzájemně související oblasti: objem veřejných prostředků, z nichž jsou sociální služby financovány (ze státního, krajských a obecních rozpočtů), a kapacity sítě sociálních služeb, zejména počet úvazků pracovníků v přímé péči a počet míst v ambulantních a pobytových službách.

Nehodnotí tedy místní či časovou dostupnost ani finanční dostupnost z pohledu konkrétního uživatele. Zejména u služeb sociální péče by takové posouzení vyžadovalo zohlednit také výši příspěvku na péči a dalších prostředků, které má konkrétní člověk k doplacení služby k dispozici, a současně dostupnost potřebné služby v místě, kde žije.

Zdroje dat a analytické postupy

Primární zdroje dat

Všechny údaje za Českou republiku prezentované v této analýze, které se týkají kapacit a financování sociálních služeb, vycházejí z dat obsažených v publikaci *Analýza základních dat*.

Pro potřeby této analýzy poskytl MPSV zpracovateli data z výkazů, které sociální služby každoročně vyplňují, a také data z vyúčtování krajů dokládajícího, jak bylo naloženo s prostředky ze státního rozpočtu.

Pro účely analýzy byla ze strany MPSV poskytnuta data z následujících výkazů:

- 01/ Výkaz se základními údaji o sociální službě (formy poskytování a další)
- 02/ Výkaz s podrobnějšími údaji o jednotlivých formách poskytování služby
- 03/ Výkaz o budovách (objektech), kterými sociální služba disponuje
- 04/ Výkaz o nákladech na zaměstnance
- 05/ Výkazy o uživatelích (klientech) sociálních služeb
- 06/ Finanční výkazy (zahrnující výnosy z veřejných rozpočtů)

Informace o jednotlivých výkazech včetně šablon všech těchto výkazů jsou k dispozici online.⁷

Primární analytické postupy (jak se pracovalo s výkazy)

ROZČLENĚNÍ KAPACIT MEZI TERÉNNÍ A AMBULANTNÍ FORMU POSKYTOVÁNÍ V PŘÍPADĚ SLUŽEB, KTERÉ JSOU POSKYTOVÁNY VE VÍCERO FORMÁCH SOUČASNĚ

Řada druhů sociálních služeb zahrnutých do analýzy je poskytována současně v terénní i ambulantní formě. Jde například o ranou péči, odlehčovací služby, sociální rehabilitaci a další.

Služby nevykazují kapacitu samostatně podle formy poskytování, tedy zvlášť počet úvazků vyčleněných pro terénní formu a zvlášť pro ambulantní formu. Vykazují pouze celkový počet úvazků. Z výkazů MPSV je nicméně i přesto možné získat poměrně dobrou představu o tom, jaká část z kapacit (úvazků) je v případě služeb, které jsou současně poskytovány jak v terénu, tak ambulantně, využívána pro terén a jaká pro ambulanci. Pro analýzu byly k dispozici i anonymizované výkazy o klientech sociálních služeb, v nichž byl uveden počet hodin poskytované podpory v terénní a v ambulantní formě. Z těchto dat bylo možné dopočítat, jaká část z kapacit služeb je využívána v terénu a jaká ambulantně.

Podrobně je postup rozčlenění kapacit mezi terénní a ambulantní formu (případně i pobytovou v případě odlehčovacích služeb) popsán v *Analýze základních dat*.

⁷ Zde: <https://www.mpsv.cz/provoz-aplikace>

ROZČLENĚNÍ KAPACIT MEZI JEDNOTLIVÉ KRAJE V PŘÍPADĚ SLUŽEB, KTERÉ PŮSOBÍ VE VÍCERO KRAJÍCH SOUČASNĚ (NEBO MAJÍ CELOREPUBLIKOVOU PŮSOBNOST)

U služeb působících ve více krajích pod jedním identifikátorem byla pro přesné geografické rozdělení kapacit zvolena metoda finančního klíče. Kapacity (úvazky) byly krajům připsány proporcionálně podle objemu finančních prostředků, které daný kraj nebo jeho obce do služby investovaly (včetně přerozdělených státních dotací). Tato „finančně navázaná kapacita“ představuje zdroje, jež si konkrétní území fakticky předplácí. Specifickou část tvoří kapacity hrazené z národních dotačních programů MPSV (cca 2,3 mld. Kč v roce 2024), které nelze připsat žádnému kraji, a proto je celková kapacita ČR vyšší než součet kapacit vykazovaných v jednotlivých krajích.

Podrobně je postup rozčlenění kapacit mezi kraje popsán v *Analýze základních dat*.

ROZČLENĚNÍ KAPACITY NA KAPACITU VYUŽÍVANOU LIDMI SE ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM A KAPACITU VYUŽÍVANOU SENIORY

Analýza využila klientské výkazy k rozlišení reálného využití kapacit mezi seniory a osobami se zdravotním znevýhodněním (včetně duševních onemocnění). U služeb s hodinovým vykazováním (např. pečovatelská služba) byl podíl úvazků vypočten z celkového objemu poskytnutých hodin, zatímco u pobytových služeb se vycházelo ze struktury lůžek a klientů. Tento postup umožnil určit, jaká část z celkové kapacity (počtu úvazků v přímé práci či lůžek) je využívána jednotlivými cílovými skupinami.

Podrobně je postup analýzy využívání kapacit jednotlivými cílovými skupinami popsán v *Analýze základních dat*.

ROZČLENĚNÍ LŮŽKOVÉ KAPACITY POBYTOVÝCH SLUŽEB PODLE MÍRY KONCENTRACE MÍST DO JEDNOHO OBJEKTU (NA JEDNU ADRESU)

V této analýze není prezentován celkový počet míst v pobytových službách, ale jejich kapacita v členění podle toho, jaký je celkový počet míst všech sociálních služeb, které jsou poskytovány ve stejné budově (na stejné adrese).

Způsob rozčlenění lůžkové kapacity pobytových služeb popisuje *Analýza základních dat*, z níž tato *Analýza stavu* vychází, následovně (viz stranu 47):

„Níže jsou vůbec poprvé prezentována data o tom, jaká je celková kapacita objektů, kde jsou poskytovány sociální služby. Díky tomu, že byla ve výkazu k dispozici data o počtu míst (lůžek) vyhrazených pro jednotlivé sociální služby v určité budově s jednoznačnou adresou, bylo možné spočítat celkový počet míst v sociálních službách poskytovaných na této adrese. V rámci analýzy tak bylo možné zohlednit, že určitá služba může mít v určité budově na určité adrese vyhrazený určitý počet míst, ale současně ve stejné budově mohou být umístěna další místa využívaná jinou službou.“

Typicky jde například o situace, kdy má služba chráněné bydlení vyhrazeno určitý počet míst (často do šesti míst) ve stejné budově, kde je poskytována služba domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) s kapacitou v řádu desítek míst. Nebo naopak o případy, kdy je vyhrazeno jen několik míst pro DOZP v budově s desítkami míst pro domov pro seniory. Ale vyskytuje se celá řada dalších kombinací. Provedená analýza, která pracuje s úhrnným počtem míst, jimiž disponují sociální služby sídlící na určité adrese (v datech byla k dispozici úplná adresa zahrnující název ulice, číslo popisné i název obce umožňující jednoznačně identifikovat adresní bod), tento problém řeší. Z prezentovaných dat lze tedy získat představu, s kolika dalšími klienty žijí uživatelé sociálních služeb v jedné budově (na stejné adrese).⁸“

⁸ Byť ne zcela přesnou představu, protože lůžková kapacita všech sociálních služeb není stoprocentně naplněná, takže počet zde žijících osob je v některých případech mírně nižší než počet míst.

Další analytické postupy a sekundární zdroje dat

Další analytické postupy a sekundární zdroje dat, uplatněné při přípravě statistik prezentovaných v této analýze, lze shrnout následovně:

- 01/ Pro účely analýzy byla v této publikaci v případě terénních služeb použita standardizovaná kapacita založená na počtech pracovníků v přímé péči v jednotlivých druzích sociálních služeb v krajích ČR (což je přesný údaj). Díky tomu bylo vyloučeno riziko chybovosti způsobené ne zcela přesným a jednotným vykazováním počtu hodin poskytované podpory službami.
- 02/ Standardizace kapacity terénních služeb na počet klientů, kterým je služba schopná poskytnout podporu v rozsahu jedné hodiny denně, byla provedena tak, že na každý úvazek v přímé práci bylo počítáno s výkonem 1 200 hodin přímé podpory na rok. Nejde o arbitrárně stanovenou hodnotu, ale o hodnotu, která odpovídá tomu, jakého výkonu dosáhly v roce 2024 služby osobní asistence, pečovatelská služba a podpora samostatného bydlení, které poskytovaly podporu v průměrné intenzitě 0,75–1,25 hodiny na klienta.
- 03/ Popsaná metoda standardizace kapacit terénních služeb (1 200 hodin na jeden úvazek/rok) byla uplatněna pro porovnání kapacit v krajích i pro mezinárodní srovnání ČR s dalšími zeměmi. Data OECD, na kterých je založeno mezinárodní srovnání kapacit dlouhodobé péče v komunitě, totiž obsahují právě přepočtené úvazky v komunitě („home based“ podle terminologie OECD); jde konkrétně o data v následující tabulce: [Long-term care resources and utilisation - workers](#).⁹ Chybovost způsobená nejednotným vykazováním v různých zemích je tedy tímto omezena i v případě mezinárodního srovnání: v případě všech porovnávaných zemí jsou prezentované kapacity dlouhodobé péče v komunitě založeny na shodném údaji o počtu pracovníků v přímé práci, který byl vynásoben shodným koeficientem 1 200 hodin ročně (a následně přepočten na tisíc obyvatel).
- 04/ V případě České republiky bylo pro účely porovnání kapacity dlouhodobé péče v komunitě s dalšími zeměmi mezi kapacitu péče v komunitě započítáno kromě 12 tisíc úvazků v terénních sociálních službách pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory také: 4,1 tisíce úvazků v ambulantních službách, 4,9 tisíce úvazků v přímé práci v malých pobytových službách pro tuto cílovou skupinu (s kapacitou do 12 míst v budově) a 3,5 tisíce úvazků v rámci domácí zdravotní péče (šlo o nezbytný krok pro zajištění mezinárodní srovnatelnosti dat).
- 05/ Na tisíc obyvatel přepočtené kapacity v jednotlivých krajích byly spočítány na základě informace o počtu obyvatel v jednotlivých krajích v roce 2024 podle [otevřených dat Českého statistického úřadu](#).¹⁰ Počet obyvatel v cizích zemích, použitý pro přepočet kapacit dlouhodobé péče, byl převzat z [databáze OECD](#).¹¹
- 06/ Na tisíc obyvatel přepočtené kapacity dlouhodobé lůžkové péče v zahraničí jsou založené na datech OECD prezentovaných v následující tabulce: [Long-term care resources and utilisation - beds](#).¹²
- 07/ V případě České republiky bylo mezi lůžkovou kapacitu dlouhodobé péče započteno kromě 82 412 lůžek v sociálních službách také 4 523 lůžek ve zdravotních službách zdravotně-sociálního charakteru, poskytujících následnou (ošetřovatelskou) či paliativní péči (šlo o nezbytný krok pro zajištění mezinárodní porovnatelnosti; v případě ostatních porovnávaných zemí je mezi lůžkovou kapacitu dlouhodobé péče také počítána kapacita v obdobných typech zdravotně-sociálních zařízení dlouhodobé péče). Kapacita těchto zdravotně-sociálních služeb v případě ČR byla spočítána na základě [otevřených dat s místy poskytování zdravotních služeb](#).¹³ (zdrojová data pro Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb). Většina z kapacit těchto do porovnání zahrnutých služeb se nacházela v nemocnicích následně (ošetřovatelské) péče a léčebnách pro dlouhodobě nemocné (LDN).

⁹ Dostupné zde: <https://data-viewer.oecd.org/?chartId=e6f31af1-4c65-4134-a89c-e264af28eb8a>

¹⁰ Dostupné zde: <https://csu.gov.cz/produkty/obyvatelstvo-podle-jednotek-veku-a-pohlavi-ve-spravnich-obvodech-obci-s-rozsirenou-pusobnosti>

¹¹ Dostupné zde: <https://data-viewer.oecd.org/?chartId=5df27cbc-f923-4c7d-a0a6-346a9416f0b0>

¹² Dostupné zde: <https://data-viewer.oecd.org/?chartId=a7b32a26-d9b5-4ff0-8a8d-61964e6af9e3>

¹³ Dostupné zde: <https://data.gov.cz/datov%C3%A1-sada?iri=https%3A%2F%2Fdata.gov.cz%2Fzdroj%2Fdatov%C3%A9-sady%2F00024341%2Faa4c99d9f1480cca59807389cf88d4dc>

01 Poměr kapacit terénní a ambulantní služby vs. pobytové služby

V této kapitole jsou představena data, ze kterých vyplývá:

HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ / 1

Kapacity pobytových sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory jsou v Česku dvakrát vyšší než kapacity terénních služeb.

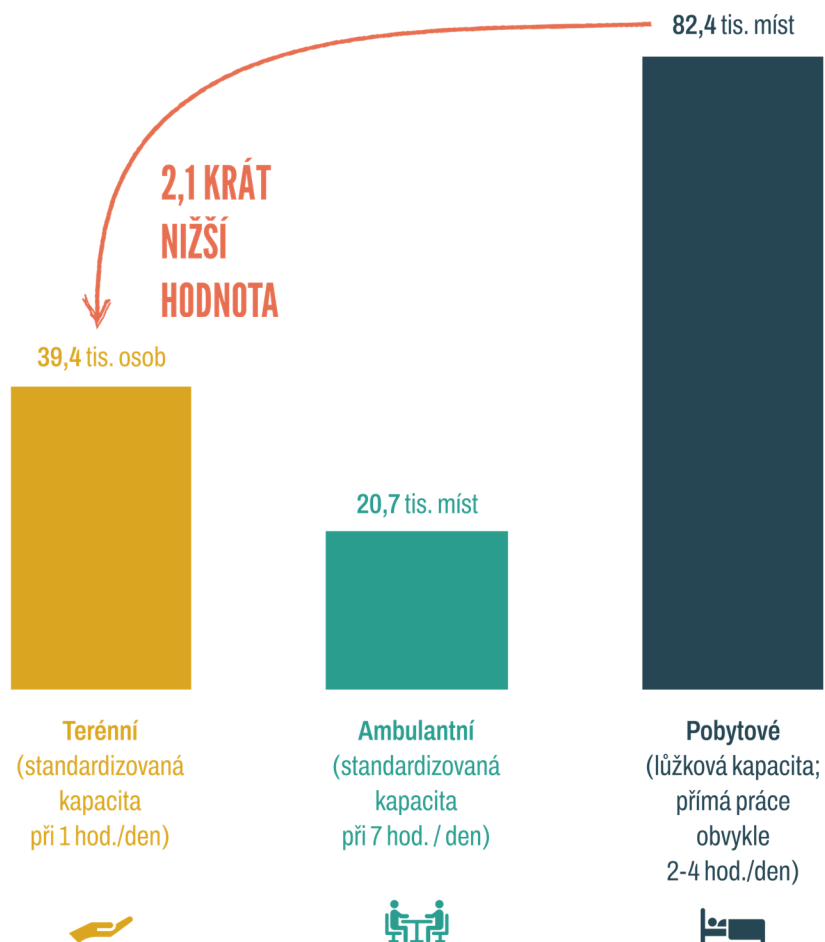
1.1 Poměr kapacit: Terénní vs. pobytové sociální služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory

- 01/ V terénních sociálních službách, které poskytují podporu v přirozeném prostředí lidem se zdravotním znevýhodněním a seniorům v Česku (osobní asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení ad.), působilo podle *Analýzy základních dat* roce 2024 celkem necelých 12 tis. pracovníků (přepočteno na plné úvazky).
- 02/ Pokud terénní sociální služba poskytuje klientovi podporu v rozsahu jedné hodiny denně, představuje to 365 hodin podpory ročně na jednoho klienta. Při běžné roční kapacitě služby kolem 1 200 hodin podpory na jeden úvazek¹⁴ tak může jeden pracovník v této intenzitě podpořit přibližně 3,3 klienta ročně.
- 03/ Z toho vyplývá, že terénní sociální služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním v Česku mají celkovou kapacitu podpořit přibližně 39,5 tis. lidí v rozsahu jedné hodiny denně (12 tis. úvazků * 3,3).
- 04/ Naproti tomu pobytové sociální služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory (domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem ad.) v Česku disponují celkem 82,4 tisíce místy podle *Analýzy základních dat*.
- 05/ Jak je vidět z grafu 1, pobytové sociální služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory mají více než **dva-krát vyšší** kapacitu, než činí kapacita terénních služeb při poskytování podpory v rozsahu jedné hodiny denně. Pobytová kapacita je pak přibližně čtyřikrát vyšší než kapacita terénních služeb při poskytování podpory v rozsahu dvou hodin denně.
- 06/ Kromě toho je k dispozici necelých 21 tisíc míst v ambulantních službách pro lidi se zdravotním znevýhodněním (denní stacionáře, sociálně-terapeutické dílny).¹⁵ Kapacity terénních a ambulantních služeb ale není možné jednoduše sečíst, protože velká část klientů ambulantních služeb (kde tráví část dne) současně potřebuje terénní služby (např. podporu ráno či večer); neplatí tedy, že terénní a ambulantní služby mají kapacitu podpořit celkem 60 tisíc lidí.

¹⁴ Vyplývá ze statistik prezentovaných v *Analýze základních dat*. Pokud je podpora méně intenzivní a klesá pod 0,5 hodiny denně, klesá výkon na přibližně 800 hodin na úvazek a rok, protože pracovník stráví velkou část času přejezdy mezi klienty. Při intenzivnější podpoře je naopak možné dosáhnout vyššího výkonu než 1 200 hodin, přibližně 1 400 hodin při dvou hodinách denně. Maximem (nehledě na počet hodin denně) je 1 600 hodin na úvazek a rok.

¹⁵ Jde o standardizovanou kapacitu, jež není založená na počtu míst, který uvádí ambulantní služby ve výkazech (ten se vyznačuje chybovostí a nejednotností). Namísto toho byly využity hodnoty, jichž dosahují jednotlivé druhy ambulantních služeb v Česku, pokud jde o počet klientů na jeden úvazek. Například pro denní stacionáře platilo, že celkový počet vykázaných klientů v roce 2024 činil 7 751, personální kapacita stacionářů činila 1 634 úvazků (v přímé práci), na jeden úvazek tudíž v průměru připadalo 4,7 klienta. Obdobně byla vypočítána „normalizovaná“ kapacita pro všechny druhy ambulantních služeb. Hodnoty výkonu byly pro hlavní druhy ambulantních služeb, v nichž se soustředí téměř 90 % z personální kapacity, následující: 4,75 klienta na jeden úvazek u denních stacionářů; 5,5 u center denních služeb; 10,9 u sociálně-terapeutických dílen; 20,8 u ambulantní sociální rehabilitace.

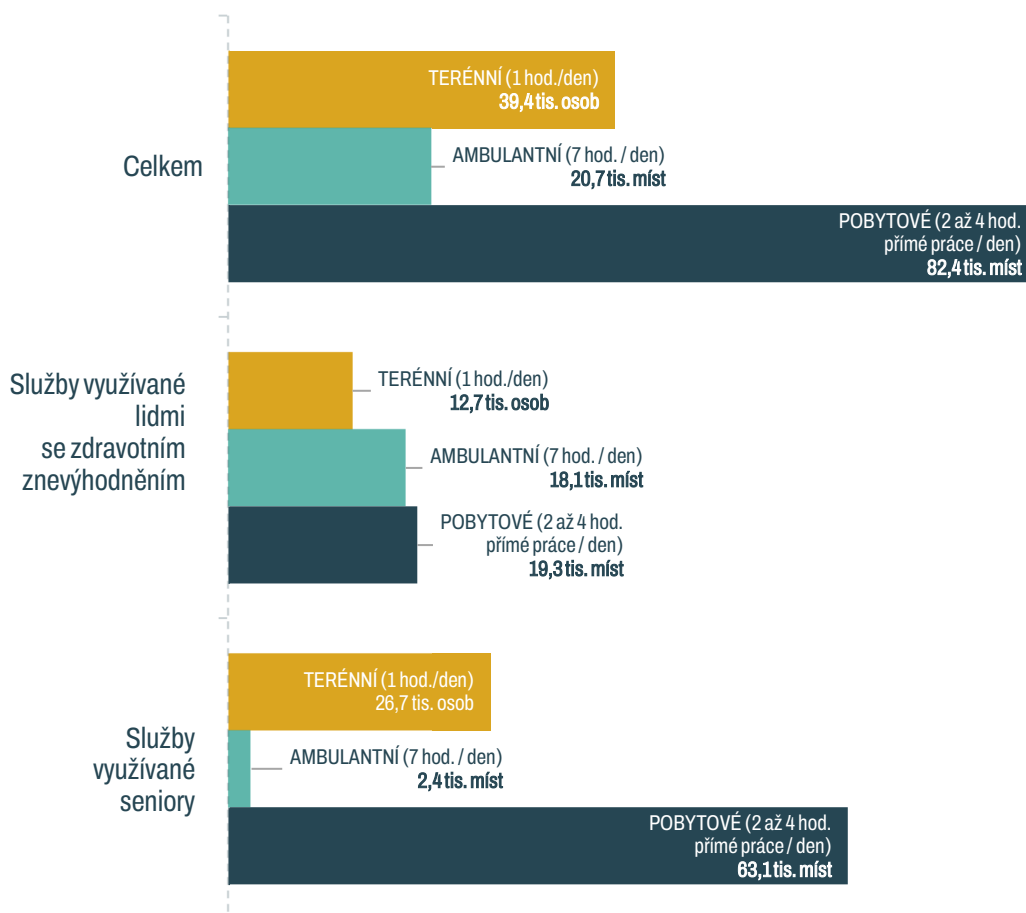
Graf 1: Standardizovaná kapacita terénních, ambulantních a pobytových sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory v ČR v roce 2024



1.2 Poměr kapacit: Služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním vs. služby pro seniory

- 01/ Na základě dostupných zdrojových dat bylo možné porovnat kapacity sociálních služeb, které využívají lidé se zdravotním znevýhodněním, a kapacity služeb, jež využívají seniory.¹⁶
- 02/ Z grafu 2¹⁷ je zřejmé, že lůžková kapacita velmi silně převažuje nad kapacitou v terénu zejména v případě služeb pro seniory. Ale i pro služby využívané lidmi se zdravotním znevýhodněním platí, že počet lůžek je 1,5krát vyšší, než je schopnost systému podpořit lidi se zdravotním znevýhodněním v rozsahu jedné hodiny denně.

Graf 2: Poměr kapacit terénních, ambulantních a pobytových sociálních služeb v Česku podle toho, zda jde o služby využívané lidmi se zdravotním znevýhodněním nebo seniory v roce 2024



¹⁶ V případě pečovatelské služby, osobní asistence a dalších služeb, které jsou využívány jak lidmi se zdravotním znevýhodněním, tak seniory, byla kapacita rozčleněna podle podílů prezentovaných v *Analýze základních dat* (v Příloze 6). Např. pro pečovatelské služby platí, že poskytly 88 % z celkového objemu podpory seniorů, zatímco u osobní asistence to bylo 52 %.

¹⁷ Graf také obsahuje informaci o tom, že pobytové služby typicky poskytují 2 až 4 hod. přímé práce na klienta a den. Jde o výpočet založený na celkové personální kapacitě pobytových služeb pro přímou práci (počet úvazků v přímé práci) vynásobené hodnotou 1 600 hodin na úvazek a rok a vydělenou počtem lůžek. Například domovy pro seniory jsou schopné při celkovém počtu 17 329 úvazků v přímé práci poskytnout 27 mil. 726 tis. hodin přímé práce ročně, což je při 35,5 tisíce lůžek 2,15 hodiny přímé práce na lůžko a den, domovy pro osoby se zdravotním postižením dosahují hodnoty 3,47 hodiny přímé práce na lůžko a den.

1.3 Rozložení lidských zdrojů

- 01/ Graf 3 ukazuje, že personální kapacity v přímé práci jsou v systému sociálních služeb soustředěny především v pobytových službách.
- 02/ Terénní a ambulantní služby tak mají k dispozici výrazně menší část z dostupných personálních kapacit, a to jak u služeb využívaných seniory, tak u služeb využívaných lidmi se zdravotním znevýhodněním.
- 03/ Graf 3 zahrnuje přitom pouze pracovníky v přímé práci. Nezahrnuje další obslužný personál a ostatní pracovníky, jejichž počet je v případě pobytových služeb výrazně vyšší než u terénních a ambulantních služeb. Pokud bychom porovnali celkový počet pracovníků v pobytových službách s celkovým počtem pracovníků v terénních a ambulantních službách, ukázalo by se, že podíl lidských zdrojů v pobytových službách je ještě vyšší (protože zde působí výrazně více obslužného personálu a dalších pracovníků, kteří nejsou v přímé práci než v terénních a ambulantních službách).

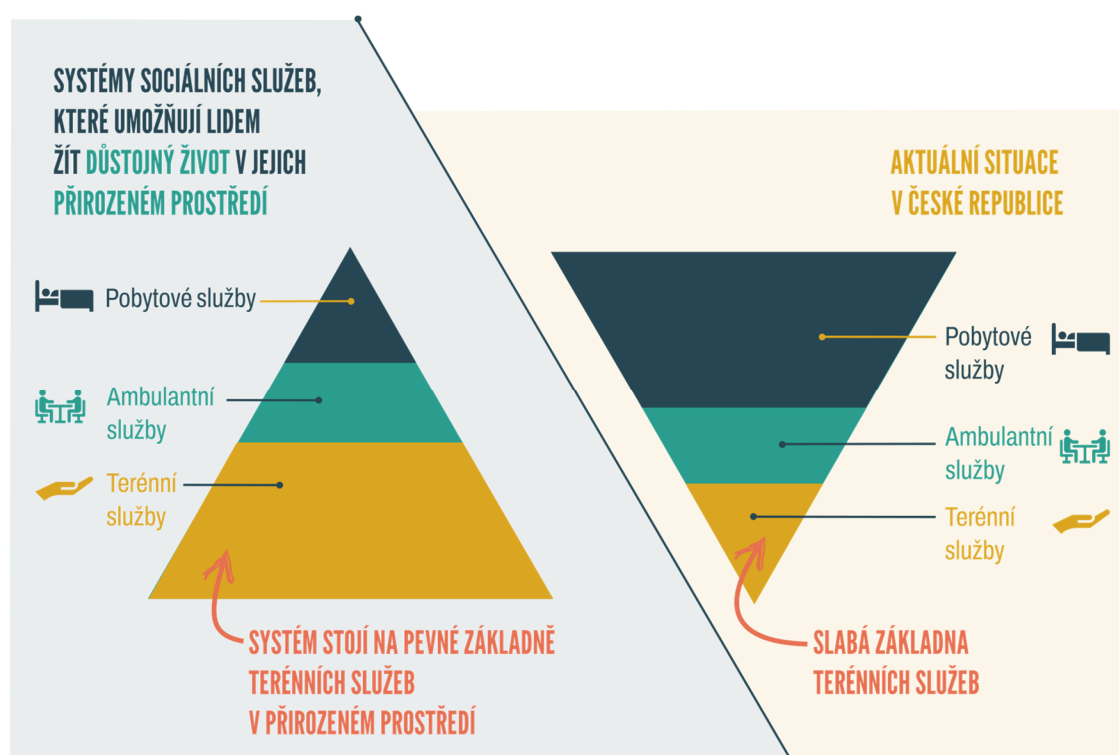
Graf 3: Počet pracovníků v přímé práci v sociálních službách podle formy poskytování služby a cílové skupiny, která službu využívá v roce 2024



1.4 Závěr: Pyramida postavená na hlavu

- 01/ Vyspělé systémy sociálních služeb stavějí na silném základu terénních a ambulantních služeb, které umožňují lidem se zdravotním znevýhodněním i seniorům žít důstojný život v jejich přirozeném prostředí, aniž dochází k přetěžování rodinných pečujících. Jako pyramida s pevným základem v komunitě vypadá systém v řadě vyspělých zemích v Evropě i mimo ni (viz data představená v kapitole 02).
- 02/ Pro Českou republiku naopak platí, jak je zřejmé z dat prezentovaných v této kapitole, že systém sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním (i seniory) vypadá spíše jako pyramida postavená na hlavu.
- 03/ Pobytové služby nestojí na silném základu terénních a ambulantních služeb, ale právě naopak. Kapacita pro podporu v komunitě je výrazně nižší než lůžková kapacita. Systém vypadá jako pyramida obrácená na hlavu.

Obrázek 1: Pyramida služeb: Aktuální situace v České republice vs. systémy, které umožňují důstojný život v přirozeném prostředí



02 Mezinárodní srovnání

V této kapitole jsou představena data, ze kterých vyplývá:

HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ / 2

Kapacity komunitních služeb v Česku jsou výrazně nižší, než je obvyklé v mnoha jiných zemích.

HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ / 3

Lůžková kapacita dlouhodobé péče v ČR dosahuje jinde obvyklé hodnoty.

HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ / 4

Silná komunitní dlouhodobá péče představuje základ systémů sociálních služeb, které umožňují lidem žít důstojný život v jejich přirozeném prostředí.

2.1 Slovo úvodem

MEZINÁRODNÍ SROVNÁNÍ: JAK JINÉ ZEMĚ PŘISTUPUJÍ KE STEJNÝM VÝZVÁM?

Mezinárodní srovnání jakýchkoli systémů veřejných služeb má vždy svá úskalí a je obtížné dosáhnout 100% přesnosti. Platí to i pro podpůrné služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním (a seniory). Přesto má takové srovnání význam: pomáhá zasadit situaci v Česku do širšího kontextu a ukazuje, jak jiné země reagují na obdobné potřeby a systémové výzvy.

Pokud jde o podporu pro lidi se zdravotním znevýhodněním, výzva, které státy čelí, je všude víceméně stejná. Povinností státu (pokud je signatářem Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením jako Česká republika) je zajistit lidem se zdravotním postižením právo na nezávislý život v komunitě nebo na život v původní rodině, aniž by došlo k přetěžování rodinných pečujících a znemožnění jejich pracovní aktivity.

V případě seniorů se situace v jednotlivých zemích může částečně lišit podle demografického vývoje a míry stárnutí populace. Tyto rozdíly se však postupně zmenšují, protože stárnutí populace je společným trendem napříč vyspělými zeměmi.

METODIKA

Nejspolehlivější cestou, jak provést mezinárodní srovnání systému služeb ve vyspělých zemích, je vyjít z dat reportovaných OECD. Databáze OECD zahrnuje data týkající se kapacit dlouhodobé péče, tedy celého systému podpůrných sociálních či zdravotně-sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním i seniory (viz též Vymezení pojmů).

OECD dělí kapacitu dlouhodobé péče na:

- a) kapacitu komunitní dlouhodobé péče („*home based long term care*“ podle terminologie OECD) vyjádřenou počtem pracovníků v přímé práci v přepočtu na plné úvazky,
- b) a lůžkovou kapacitu (lůžkovou dlouhodobou péčí).

Komunitní dlouhodobá péče

Mezi kapacity komunitní dlouhodobé péče jsou zpravidla zahrnovány lidské zdroje jak v terénních, tak v ambulantních službách a v malých pobytových službách s kapacitou do 12 lůžek, a to z toho důvodu, že umožňují lidem žít v jejich přirozeném sociálním prostředí nebo v prostředí, které je tomu velmi blízké (malé pobytové služby). Nejde tedy čistě o kapacitu v terénu. I v případě České republiky proto byli pro účely mezinárodního srovnání mezi kapacity dlouhodobé péče zahrnuti kromě pracovníků v terénních sociálních službách i pracovníci v ambulantních a malých pobytových službách. V případě jiných zemí komunitní dlouhodobá péče typicky zahrnuje i zdravotní, respektive zdravotně-sociální péči poskytovanou v domácím prostředí. Z toho důvodu byli i v případě ČR započítáni mezi kapacity komunitní dlouhodobé péče pracovníci v domácí zdravotní péči.

Základní jednotkou pro mezinárodní srovnání komunitní dlouhodobé péče je tedy počet úvazků v přímé práci. Protože má samotný počet úvazků omezenou vypovídací hodnotu, byl pro účely mezinárodního srovnání spočítán přibližný standardizovaný výkon systému – kolik osob má systém kapacitu podpořit v rozsahu jedné hodiny denně (při výkonu 1 200 hodin na jeden úvazek a rok) v přepočtu na tisíc obyvatel. Tedy kolika obyvatelům z tisíce má systém (hypotetickou) kapacitu poskytovat podporu jednu hodinu denně s ohledem na počet úvazků v komunitní dlouhodobé péči.

Lůžková dlouhodobá péče

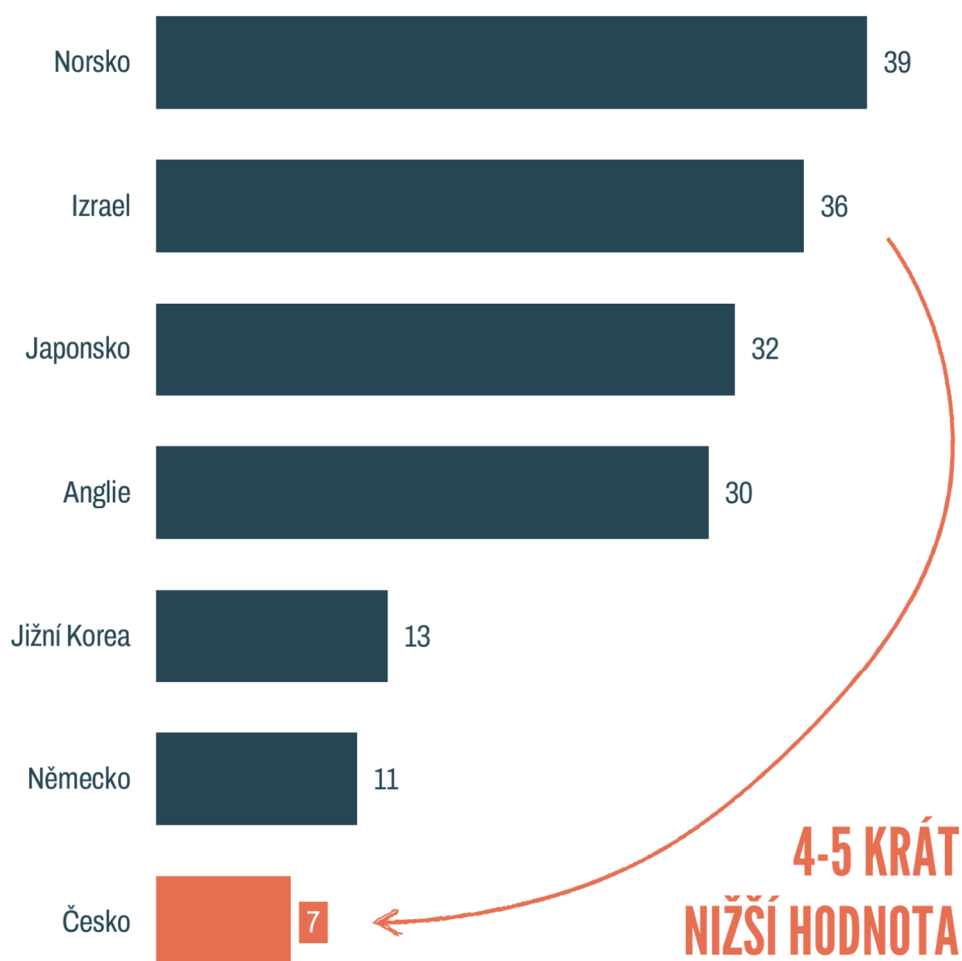
Pokud jde o lůžkovou dlouhodobou péči, ta v zahraničí kromě pobytových sociálních služeb zpravidla zahrnuje i vybrané typy dlouhodobé lůžkové zdravotní péče. Z toho důvodu byly i v případě České republiky zahrnuty kapacity vybraných druhů lůžkové zdravotní péče, konkrétně: nemocnice následné (ošetřovatelské) péče, léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN) a lůžková zařízení hospicového typu (podrobnosti viz Přílohu 4).

2.2 Komunitní dlouhodobá péče: Česko vs. svět

- 01/ Z dat vyplývá, že dlouhodobá péče v komunitě v Česku má kapacitu podpořit v rozsahu jedné hodiny denně sedm obyvatel z 1 000.
- 02/ Jak je vidět z grafu 4, jde o **4–5krát nižší hodnotu, než je obvyklé v mnoha jiných zemích**, kde má dlouhodobá péče v komunitě kapacitu poskytnout podporu v rozsahu jedné hodiny denně 30 až 40 lidem z každého 1 000 obyvatel.

Graf 4: Standardizovaná kapacita dlouhodobé péče v komunitě v přepočtu na 1 000 obyvatel (v roce 2024)

Do porovnání byly zahrnuty vybrané země OECD, pro které jsou dostupná dostatečná kvalitní data. Statistika ukazuje, kolik osob z 1 000 obyvatel dané země má komunitní dlouhodobá péče kapacitu podpořit v rozsahu jedné hodiny denně (při standardizovaném výkonu 1 200 hodin na jeden úvazek).

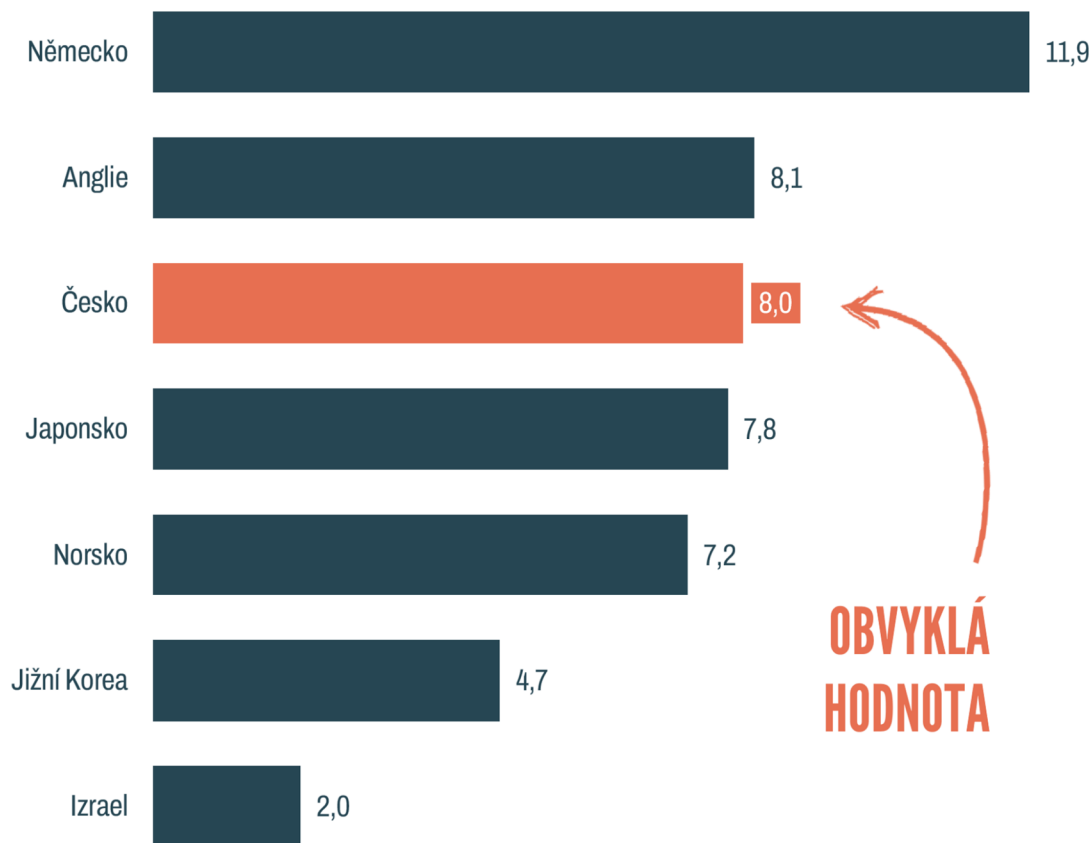


2.3 Lůžková dlouhodobá péče

- 01/ Z dat OECD je možné vyčíst i lůžkovou kapacitu dlouhodobé péče pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory.
- 02/ Celková kapacita dlouhodobé péče v ČR činí necelých 87 tisíc lůžek (82,5 tisíce, tedy 95 % z toho jsou místa v pobytových sociálních službách, zbylých 5 % léčebny pro dlouhodobě nemocné a další vybraná zdravotnická zařízení – viz Přílohu 4 pro podrobnosti).
- 03/ Z grafu 5 vyplývá, že lůžková kapacita dlouhodobé péče v Česku není ve srovnání s vybranými zeměmi OECD nízká. Naopak: Česká republika má přibližně osm míst dlouhodobé lůžkové péče na 1 000 obyvatel, tedy o něco více než Japonsko, přestože Japonsko má výrazně starší populaci. Český systém je ve vztahu k velikosti a věkové struktuře populace relativně silně orientován na lůžkovou dlouhodobou péči.

Graf 5: Lůžková kapacita dlouhodobé péče v přepočtu na tisíc obyvatel (v roce 2024)

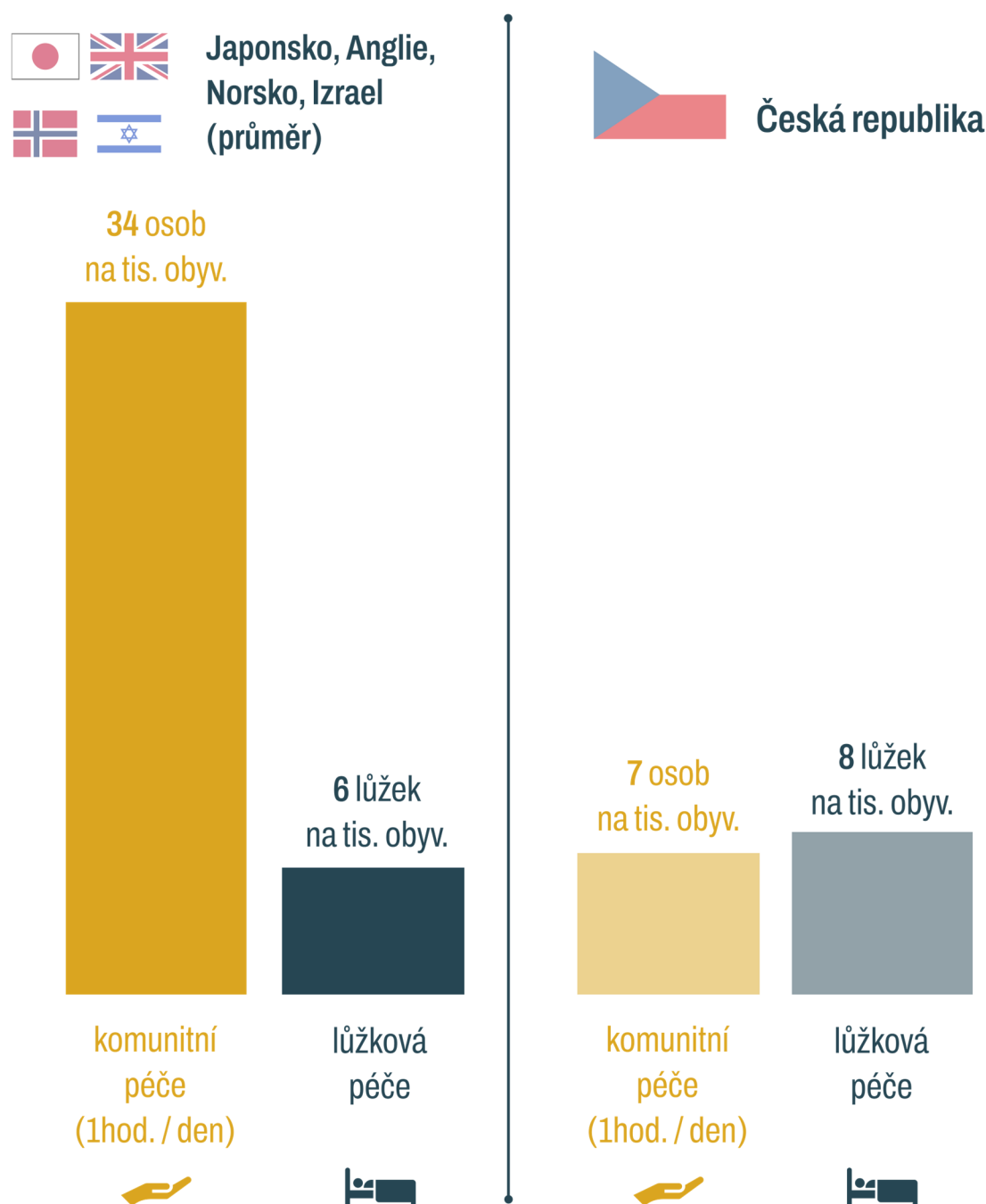
Do porovnání byly zahrnuty vybrané země OECD, za které jsou dostupná dostatečná kvalitní data.



2.4 Závěr: Silná komunitní dlouhodobá péče je základem systému

- 01/ V Japonsku, Anglii, Norsku a Izraeli má komunitní dlouhodobá péče v průměru kapacitu poskytnout podporu v přirozeném prostředí v rozsahu jedné hodiny denně 34 osobám na každých tisíc obyvatel.
- 02/ Jedná se o 5–6krát vyšší hodnotu, než činí lůžková kapacita dlouhodobé péče v těchto zemích.

Graf 6: Porovnání obvyklých kapacit komunitních služeb a kapacit lůžkové péče ve vybraných zemích s hodnotami v ČR (v roce 2024)



03 Rovný přístup ke službám

V této kapitole jsou představena data, z kterých vyplývá:

HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ / 6

Mezi kraji panují výrazné rozdíly v kapacitě terénních i ambulantních služeb.

Lidé se zdravotním znevýhodněním z různých krajů nemají rovný přístup ke komunitním službám.

3.1 Základní východiska analýzy rovného přístupu k terénním a ambulantním sociálním službám

Analýza rovného přístupu lidí se zdravotním znevýhodněním (a jejich rodin) k terénním a ambulantním službám je primárně založená na porovnání kapacit služeb v jednotlivých krajích v přepočtu na tisíc obyvatel kraje.

Zde výjimku, ale velmi významnou, hraje hlavní město Praha: ve zdrojových datech kraje hlavního města Prahy je uváděna kapacita služeb, kterou hlavní město Praha má k dispozici, ale nikoliv zda a v jakém rozsahu jsou na území kraje. Tím vzniká značné zkreslení interpretace uvedených dat ke kraji Praha, protože nejsou vázány na místní, respektive krajskou dostupnost. Týká se to zejména pobytových velkokapacitních služeb, které Praha provozuje převážně v jiných krajích. Toto téma je blíže rozebráno v této kapitole, v podkapitole Dostupnost sociálních služeb zřizovaných hl. m. Praha.

Kapacita přepočtená na tisíc obyvatel kraje sice neposkytuje informaci o tom, pro jak velkou část cílové skupiny jsou služby dostupné (např. zda pro 10 % nebo 70 %), ale pro účely posouzení rovného přístupu ke službám je zcela relevantní z následujících důvodů:

- 01/ Největší část z lidí se zdravotním znevýhodněním představují lidé se zdravotním postižením. Jejich počet (v přepočtu na tisíc obyvatel) je ve všech krajích obdobný (na rozdíl např. od velikosti populace žijící v sociálním vyloučení, která je v některých krajích výrazně větší než v jiných). Stejně je tomu i u chronických duševních (či somatických) onemocnění – jejich výskyt je taktéž všude srovnatelný. Obdobná by tedy měla být i kapacita podpůrných služeb v přepočtu na tisíc obyvatel kraje.
- 02/ Pokud existují mírné rozdíly v kapacitě služeb v jednotlivých krajích, může to být částečně dáno odlišnou poptávkou po službách v daných regionech (byť ani ta se nebude dramaticky lišit).
- 03/ Pokud je ovšem kapacita některého druhu služeb přepočtená na tisíc obyvatel v jednom kraji 1,5krát nebo i vícekrát (2–3krát) nižší než v kraji jiném, jde už o tak výrazný rozdíl, že to zcela jistě není důsledek nižší potřeby (či nižší poptávky) v daném kraji. Důvodem je to, že síť služeb v kraji s nízkou hodnotou nebyla doposud rozvinuta tak jako v krajích s vyšší přepočtenou kapacitou. **Pokud jsou kapacity služeb přepočtené na tisíc obyvatel v některých krajích dvakrát nebo i vícekrát nižší než v jiných krajích, je zřejmé, že lidé se zdravotním znevýhodněním v Česku nemají rovný přístup ke službám.**

BOX 1: METODICKÉ POZNÁMKY K ANALÝZE ROVNÉHO PŘÍSTUPU KE SLUŽBÁM**Přiřazení kapacity k jednotlivým krajům**

U každého z krajů je prezentována kapacita, která je z daného kraje financována – buď z prostředků ze státního rozpočtu, jež ve prospěch služby přerozdělil daný kraj, nebo z krajského rozpočtu tohoto kraje, anebo z obecních rozpočtů obcí nacházejících se na území daného kraje (vysvětlení viz kapitulu Zdroje dat a analytické postupy). U každého kraje je uvedena kapacita služeb financovaná z veřejných zdrojů vztahujících se k danému kraji. Jde o kapacity hrazené buď z prostředků státního rozpočtu přerozdělených krajem, z rozpočtu daného kraje, nebo z rozpočtů obcí na jeho území (podrobněji viz kapitulu Zdroje dat a analytické postupy). V některých krajích může být celková kapacita některých druhů služeb (nejvíce se to týká rané péče) mírně vyšší, protože v nich působí služba financovaná z národních dotačních programů. Tyto služby však zpravidla nemají působnost omezenou na kraj, kde sídlí, ale mají celostátní působnost.

Využívání standardizované kapacity

Pro porovnání kapacit terénních a ambulantních sociálních služeb v krajích byla kalkulována standardizovaná (normalizovaná) kapacita na základě počtu úvazků v přímé práci.

U terénních služeb se primárně pracuje se standardizovanou kapacitou při výkonu 1 200 hodin na úvazek ročně (což odpovídá výkonu, kterého dosahují služby podporující klienty v průměru v rozsahu jedné hodiny denně).

U ambulantních služeb se vychází z průměrného výkonu měřeného počtem klientů na jeden úvazek, kterého dosahují jednotlivé druhy služeb (viz poznámky k jednotlivým grafům).

Tento přístup má určité limity (např. mírnou nepřesnost u terénních služeb, kde se může výkon drobně lišit v závislosti na regionu, byť data to příliš nepotvrzují), ale přináší významné výhody:

- a) eliminuje nejednotnost ve vykazování hodin podpory v případě jednotlivých služeb,
- b) eliminuje chybovost ve vykazování hodin podpory (či počtu klientů).

To je velmi podstatné, protože analýza prezentuje kapacity jednotlivých druhů služeb v konkrétních krajích. V některých krajích působí pouze jednotky služeb určitého druhu, takže chyba ve výkaznictví i jediné organizace by mohla výsledky za celý kraj výrazně zkreslit.

Částečná vzájemná nahraditelnost služeb

Zpracovatel reflektuje skutečnost, že některé druhy sociálních služeb mohou plnit obdobné funkce a jsou částečně vzájemně nahraditelné. To se může týkat zejména pečovatelské služby a osobní asistence, a částečně také terénních odlehčovacích služeb, které mohou plnit obdobnou roli v podpoře lidí se zdravotním znevýhodněním (a jejich rodin).

Samostatné porovnání kapacit osobní asistence či pečovatelské služby by proto mohlo mít omezenou vypovídací hodnotu – například pokud se jeden kraj rozhodl zajistit terénní podporu pro lidi se zdravotním znevýhodněním prakticky výhradně skrze osobní asistenci, zatímco jiný kraj počítá s tím, že ti lidé jsou podporováni i pečovatelskou službou. Z toho důvodu jsou jako primární indikátor rovného přístupu ke službám prezentovány celkové kapacity terénních služeb a celkové kapacity ambulantních služeb jako celku.

Hodnota za Českou republiku (celkem)

V grafech je zahrnuta hodnota označená „*Česká republika (celkem)*“. Jedná se o hodnotu, která představuje výsledek za Českou republiku jako celek. Nejedná se tedy o průměr hodnot za jednotlivé kraje, ale o hodnotu, ke které dojdeme, pokud přepočteme celkovou (standardizovanou) kapacitu služeb v ČR na tisíc obyvatel ČR (například u terénních služeb činí celková standardizovaná kapacita 10 985 osob, při 10,90 mil. obyvatelích tedy vychází kapacita terénních služeb za Českou republiku (celkem) na 1,01 osob. na tisíc obyvatel.

3.2 Dostupnost sociálních služeb zřizovaných hl. m. Praha

Hlavní město Praha jako jediný kraj v České republice zřizuje a provozuje značnou část sociálních služeb pro lidi s postižením (zejména pobytových) mimo své administrativní území.

Na základě dat z výkazu o budovách, ve kterých jsou poskytovány sociální služby, bylo možné přesně kvantifikovat, jaká část z lůžkové kapacity Prahou zřizovaných pobytových sociálních služeb se nachází mimo Prahu.

Jak je vidět z tabulky 1, na území hlavního města Prahy se nachází pouze 55 % z lůžkové kapacity pobytových sociálních služeb pro lidi se zdravotním postižením a chronickým duševním onemocněním, které zřizuje či financuje hlavní město Praha. Je to primárně způsobeno tím, že mimo Prahu se nachází polovina z míst v pražských pobytových službách pro lidi se zdravotním postižením (služby pro lidi s chronickým duševním onemocněním jsou častěji v Praze).

Tabulka 1: Pobytové sociální služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním zřizované (či financované) hl. m. Praha podle cílové skupiny a kraje umístění zařízení

Kraj umístění zařízení	Celkem služby pro lidi se zdravotním postižením a pro lidi s chronickým duševním onemocněním		Služby pro lidi se zdravotním postižením		Služby pro lidi s chronickým duševním onemocněním	
	Celkový počet míst	Podíl míst	Počet míst	Podíl míst	Celkový počet míst	Podíl míst
Hlavní město Praha	881	55 %	679	50 %	200	88 %
Karlovarský kraj	55	3 %	55	4 %	0	0 %
Královéhradecký kraj	29	2 %	29	2 %	0	0 %
Liberecký kraj	69	4 %	48	4 %	16	7 %
Plzeňský kraj	64	4 %	64	5 %	0	0 %
Středočeský kraj	332	21 %	313	23 %	12	5 %
Ústecký kraj	167	10 %	167	12 %	0	0 %
Celkem	1 597	100 %	1 355	100 %	228	100 %

Hlavním důvodem, proč se nachází tak velká část z kapacit pražských pobytových služeb pro lidi se zdravotním postižením mimo Prahu, je to, že mimo Prahu je umístěno 55 % z lůžkové kapacity pražských domovů pro osoby se zdravotním postižením (viz tabulku 2).

Tabulka 2: Pobytové sociální služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním zřizované (či financované) hl. m. Prahou podle typu služby a kraje umístění zařízení

Kraj umístění zařízení	Služby pro lidi se zdravotním postižením			Služby pro lidi s chronickým duševním onemocněním	
	domovy pro osoby se zdravotním postižením	chráněné bydlení	domovy se zvláštním režimem	chráněné bydlení	domovy se zvláštním režimem
Hlavní město Praha	473	204	2	191	9
Karlovarský kraj	55				
Královéhradecký kraj	29				
Liberecký kraj	34	9	5	8	8
Plzeňský kraj	64				
Středočeský kraj	260	46	7	12	
Ústecký kraj	134	33			
Celkem	1 049	292	14	211	17

Touto situací sociálních služeb pro občany hl. m. Prahy se detailně zabýval veřejný ochránce práv na základě podnětu JDI., ZS.

Podle stanoviska zástupce veřejného ochránce práv z roku 2026 poskytuje sociální služby mimo území hlavního města **14 z 28 příspěvkových organizací zřizovaných Prahou**, a to v šesti krajích.¹⁸ V roce 2022 bylo 77 % lůžkové kapacity příspěvkových organizací mimo Prahu (11 zařízení z celkových 14, 1 154 lůžek z 1 504 lůžek)¹⁹

Podrobný přehled ombudsmana ukazuje, že ve **12 z těchto organizací** jsou mimo Prahu poskytovány pobytové služby pro lidi se zdravotním postižením. Zbývající dvě organizace – domovy Hortenzie a Dobřichovice – poskytují mimo Prahu služby především seniorům.²⁰

Mezi dvanáct poskytovatelů pobytových služeb pro lidi se zdravotním postižením mimo území Prahy patří Centrum komunitních služeb Pro život, Domov se zvláštním režimem Krásná Lípa, Domov Terežín, Domov pro osoby se zdravotním postižením Kytlice, Domov Rudné u Nejdku, Domov Maxov, Integrované centrum pro osoby se zdravotním postižením Horní Poustevna, Domov pro osoby se zdravotním postižením Leontýn, Domov pro osoby se zdravotním postižením Lochovice, Integrované centrum sociálních služeb Odlochovice, Domov Zvíkovecká kyticka a domov se zvláštním režimem v Heřmanově Městci.²¹ Některé z těchto organizací přitom provozují služby na více adresách, takže nejde pouze o dvanáct jednotlivých budov či pracovišť.

Rozsah územní nedostupnosti je ještě zřetelnější při porovnání kapacity služeb. U poskytovatelů zřizovaných hlavním městem Prahou a zařazených do pražské krajské sítě se mimo území Prahy nachází:

- 542 z celkových 823 míst v domovech pro osoby se zdravotním postižením, tedy přibližně 66 % kapacity,
- 399 z celkových 884 míst v domovech se zvláštním režimem, tedy přibližně 45 % kapacity,
- 109 z celkových 121 míst v chráněném bydlení, tedy přibližně 90 % kapacity.²²

¹⁸ Stanovisko k územní dostupnosti pobytových sociálních služeb zřizovaných hlavním městem Prahou (str 25).

Stanovisko je dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/OZP_56_25_DST.pdf

¹⁹ Zápis z jednání komise rady hmp pro rozvoj komunitní péče (str. 2). 2022. Dostupné z: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/3462931_zapis_komise_rhmp_pro_rozvoj_komunitni_pece_12_4_2022%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/3462931_zapis_komise_rhmp_pro_rozvoj_komunitni_pece_12_4_2022%20(1).pdf)

²⁰ Stanovisko k územní dostupnosti pobytových sociálních služeb zřizovaných hlavním městem Prahou (str 14–20, 25). Stanovisko je dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/OZP_56_25_DST.pdf

²¹ Stanovisko k územní dostupnosti pobytových sociálních služeb zřizovaných hlavním městem Prahou (str 14).

²² Stanovisko k územní dostupnosti pobytových sociálních služeb zřizovaných hlavním městem Prahou (str 25).

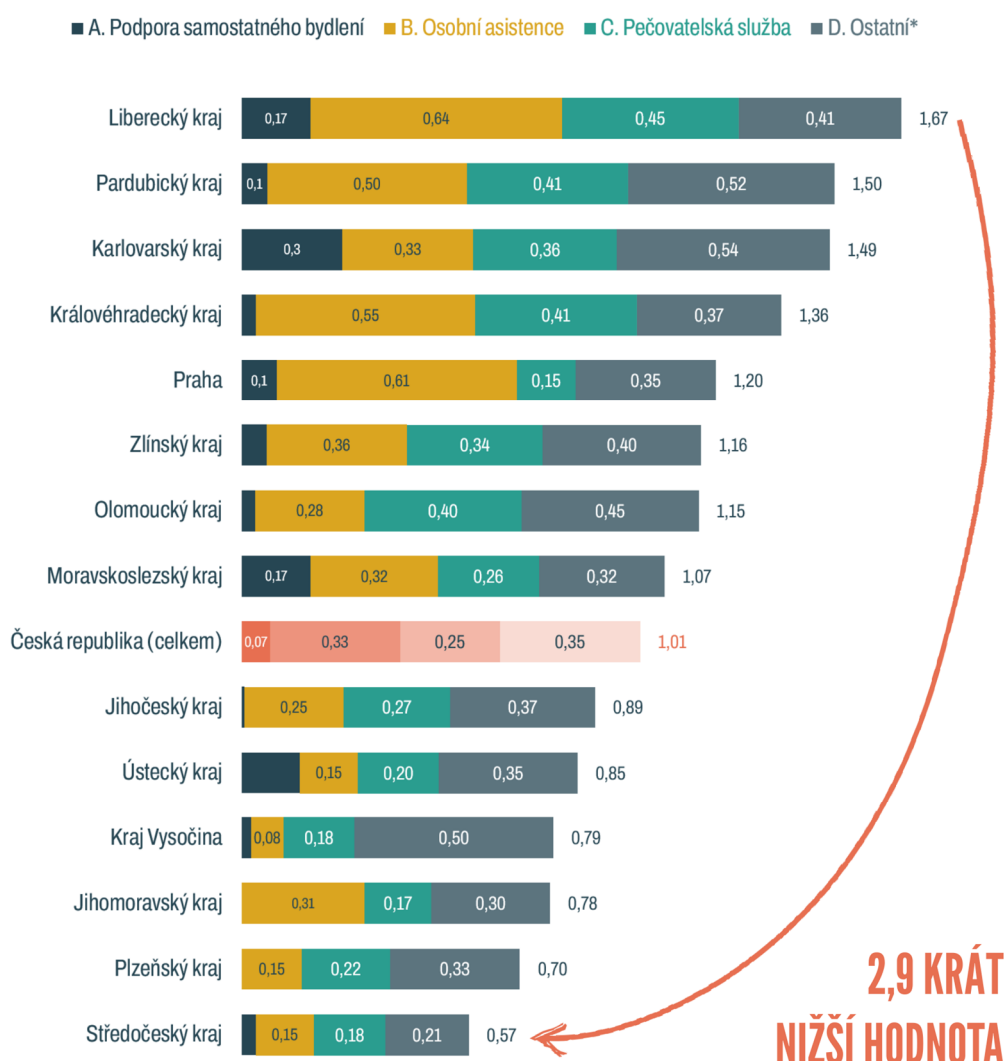
3.3 Terénní služby využívané lidmi se zdravotním znevýhodněním

SOUHRNNÁ KAPACITA TERÉNNÍCH SLUŽEB

- 01/ Z dat vyplývá, že mezi jednotlivými kraji ČR existují **významné rozdíly v kapacitách terénních sociálních služeb využívaných lidmi se zdravotním znevýhodněním přepočtených na tisíc obyvatel kraje**, přestože výskyt osob se zdravotním znevýhodněním je ve všech krajích obdobný.
- 02/ Z grafu 7 je vidět, že Liberecký kraj má v přepočtu na 1 000 obyvatel 2,9krát vyšší standardizovanou kapacitu terénních služeb využívaných lidmi se zdravotním znevýhodněním než Středočeský kraj.

Graf 7: Standardizovaná kapacita terénních sociálních služeb pro osoby se zdravotním znevýhodněním, financovaná jednotlivými kraji v přepočtu na tisíc obyvatel kraje v roce 2024

Počet klientů, které mají služby kapacitu podpořit v rozsahu jedné hodiny denně (na tisíc obyvatel kraje). V grafu není zachycena celková kapacita služeb, ale pouze kapacita využívaná lidmi se zdravotním znevýhodněním.

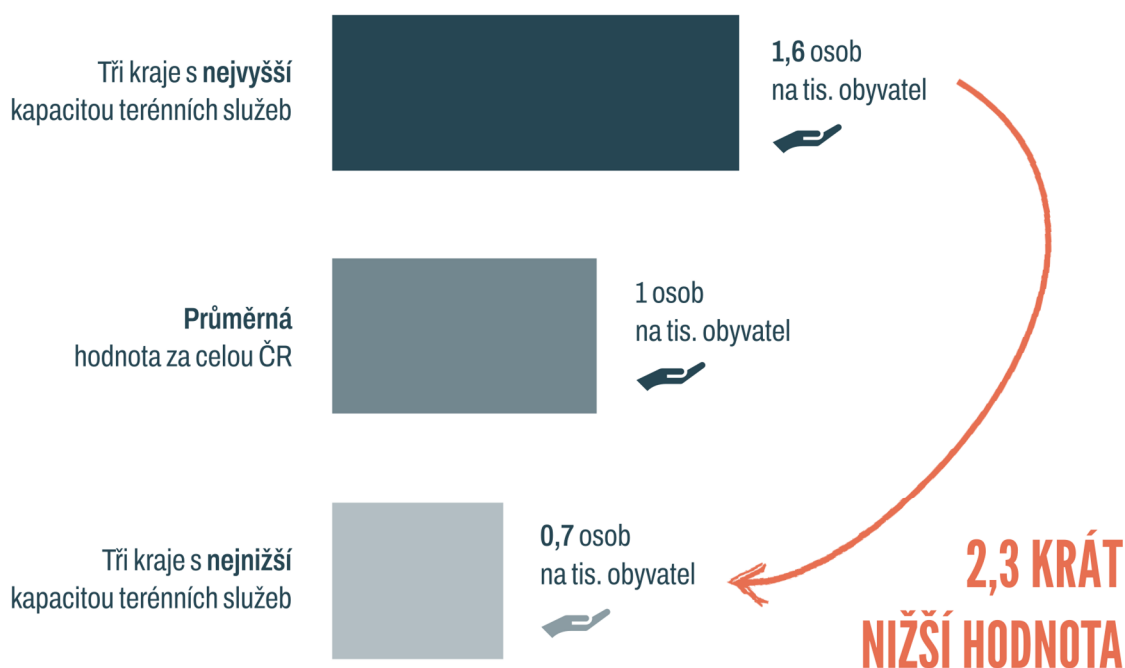


* zahrnuje data za terénní formu následujících druhů služeb: raná péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (pouze služby pro rodiny, které mají dítě se zdravotním postižením) odlehčovací služby, sociální rehabilitace, soc. aktivizační služby pro seniory a OZP, průvodcovské a předčitatelské služby, tlumočnické služby, odborné sociální poradenství (pouze služby specializované na lidi se zdravotním znevýhodněním)

- 03/ Neplatí přitom, že by velký rozdíl v kapacitě terénních sociálních služeb využívaných lidmi se zdravotním znevýhodněním panoval pouze mezi krajem s nejvyšší kapacitou a krajem s nejnižší kapacitou. **Nejde o problém jednoho kraje, ale o systémový problém.**
- 04/ Ve třech krajích s nejvyšší kapacitou jsou terénní služby využívány lidmi se zdravotním znevýhodněním (např. osobní asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení a další terénní služby) v přepočtu na 1 000 obyvatel dostupné 2,3krát více než ve třech krajích s nejnižší kapacitou.

Graf 8: Standardizovaná kapacita terénních sociálních služeb pro osoby se zdravotním znevýhodněním v krajích ČR v přepočtu na tisíc obyvatel kraje v roce 2024
– porovnání tří krajů s nejvyšší a s nejnižší kapacitou

Počet klientů, které mají služby kapacitu podpořit v rozsahu jedné hodiny denně (na tisíc obyvatel kraje). V grafu není zachycena celková kapacita služeb, ale pouze kapacita využívaná lidmi se zdravotním znevýhodněním.



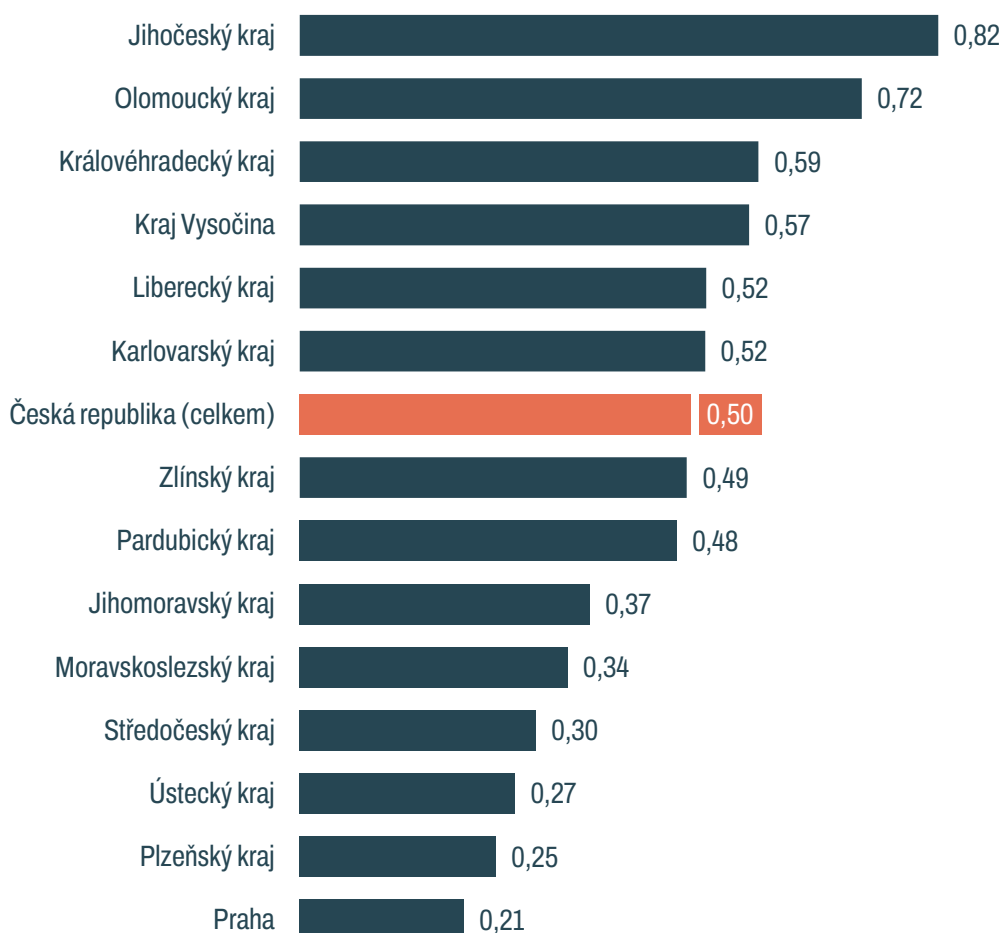
Kapacita jednotlivých druhů terénních služeb

RANÁ PÉČE (TERÉNNÍ FORMA POSKYTOVÁNÍ)

- 01/ Z grafu 9 vyplývá, že mezi kraji existují velmi velké rozdíly v kapacitách rané péče (terénní formy poskytování) v přepočtu na tisíc obyvatel.
- 02/ Zatímco v některých krajích (jako v Jihočeském či Olomouckém) má raná péče kapacitu podpořit 0,7 až 0,8 osoby na tisíc obyvatel, v řadě jiných regionů (v Praze, Plzeňském, Ústeckém či Středočeském kraji) je to 3–4krát méně. A to přesto, že jde o preventivní službu, jejímiž příjemci jsou rodiny s dětmi, u kterých je výskyt zdravotního postižení či jiného znevýhodnění napříč všemi kraji ČR přibližně stejný. Kapacita služby by proto měla být v celé republice srovnatelná.²³

Graf 9: Standardizovaná kapacita terénní formy rané péče (počet rodin, které má raná péče kapacitu podpořit) v členění podle kraje, z kterého je služba financována, v přepočtu na tisíc obyvatel v roce 2024

Graf 9 zachycuje počet rodin, které má terénní forma rané péče kapacitu podpořit (při průměrném výkonu 22 rodin na jeden úvazek) v přepočtu na tisíc obyvatel kraje.



²³ V případě rané péče panuje specifická situace v tom ohledu, že 50 z celkových 300 úvazků (tj. 16 %) nebylo finančně navázáno na žádný kraj, ale byly podporovány z národních dotačních programů, a to i přestože některé z národních programů dotovaných služeb nemají celostátní působnost, ale působí jen v některých krajích. V těch krajích, kde působí tyto služby financované z národních dotačních programů, jsou tedy kapacity rané péče fakticky vyšší, než je zachyceno v grafu 9 a tabulce 1. Data prezentovaná v této analýze jsou i přesto relevantní, protože ukazují, jakou kapacitu rané péče financují jednotlivé kraje (a obce, které se v jednotlivých krajích nacházejí).

- 03/ Tabulka 3 zachycuje úvazky rané péče financované z jednotlivých krajů v absolutních číslech i v přepočtu na 100 tisíc obyvatel kraje.
- 04/ Ve třech krajích ČR, které nejvíce podporují rozvoj rané péče (Jihočeském, Olomouckém a Královéhradeckém kraji), je z kraje v průměru financováno 3,2 úvazku na 100 tisíc obyvatel kraje.
- 05/ Pro to, aby mohlo dojít k rozvoji rané péče na stejnou úroveň i v ostatních krajích ČR, je nezbytné, aby v těchto krajích byly posíleny kapacity rané péče o jednotky úvazků, v případě Prahy, Středočeského a Jihomoravského kraje jde o 15 až 30 úvazků.
- 06/ Z prezentovaných dat ovšem nevyplývá, že po vyrovnaní kapacit rané péče na průměrnou hodnotu za tři kraje, kde došlo doposud k relativně největšímu rozvoji rané péče, budou kapacity rané péče ve všech krajích dostačující. Došlo by tím pouze k narovnání kapacit rané péče na úroveň krajů, kde doposud došlo k relativně nejvyššímu rozvoji.

Tabulka 3: Personální kapacity terénní formy rané péče financované z jednotlivých krajů v roce 2024

Tabulka 3 zachycuje personální kapacitu služeb v jednotlivých krajích. V případě služeb, které působí současně ve více krajích, tabulka 1 zachycuje poměrnou část personální kapacity, která je financovaná z jednotlivých krajů (viz Primární analytické postupy pro popis metodiky).

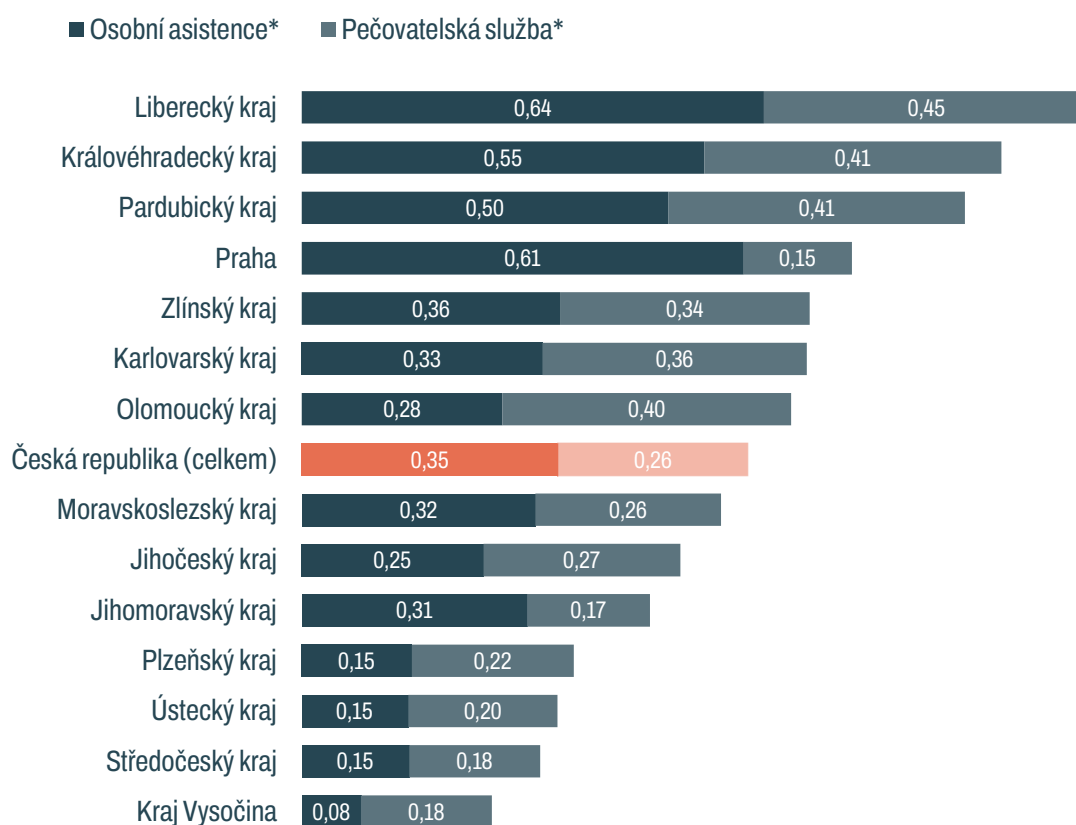
Kraj	Úvazky rané péče, které jsou financované z kraje	Počet obyvatel kraje (k 31. 12. 2024)	Počet z kraje financovaných úvazků na 100 tis. obyvatel	Počet úvazků odpovídající průměru za 3 kraje, kde je raná péče nejvíce podporována	Existující úvazky vs. hodnota odpovídající průměru za 3 kraje, kde je raná péče nejvíce podporována
Praha	13,3	1 397 880	1,0	44,9	-31,6
Středočeský kraj	20,1	1 466 215	1,4	47,1	-27,0
Jihočeský kraj	24,2	653 227	3,7	21,0	3,2
Plzeňský kraj	7	614 640	1,1	19,7	-12,7
Karlovarský kraj	6,9	293 195	2,4	9,4	-2,5
Ústecký kraj	10,1	808 356	1,2	25,9	-15,8
Liberecký kraj	10,6	449 494	2,4	14,4	-3,8
Královéhradecký kraj	14,8	555 923	2,7	17,8	-3,0
Pardubický kraj	11,6	530 469	2,2	17,0	-5,4
Kraj Vysočina	13,5	517 647	2,6	16,6	-3,1
Jihomoravský kraj	20,7	1 229 343	1,7	39,5	-18,8
Olomoucký kraj	20,6	631 500	3,3	20,3	0,3
Zlínský kraj	13	578 998	2,2	18,6	-5,6
Moravskoslezský kraj	18,4	1 182 613	1,6	38,0	-19,6

OSOBNÍ ASISTENCE A PEČOVATELSKÁ SLUŽBA

- 01/ V případě osobní asistence a pečovatelské služby jsou prezentovány kapacity společně, protože tyto dva druhy služeb do určité míry mohou plnit obdobné role. Z dat je zřejmé, že v některých krajích nestojí terénní podpora lidí se zdravotním znevýhodněním výhradně na osobní asistenci, ale významnou roli hrají pečovatelské služby (a proto je vhodné pracovat se souhrnnou kapacitou těchto dvou druhů služeb, kterou využívají lidé se zdravotním znevýhodněním).
- 02/ Z grafu 10 je zřejmé, že souhrnná kapacita osobní asistence a pečovatelské služby je v některých krajích třikrát vyšší než v jiných. Pokud se podíváme pouze na kapacity osobní asistence, v Libereckém kraji dosahuje dokonce šestkrát vyšší hodnoty než v Kraji Vysočina.

Graf 10: Standardizovaná kapacita osobní asistence a pečovatelské služby podpořit klienty v rozsahu jedné hodiny denně v členění podle kraje, ze kterého je služba financována, v přepočtu na tisíc obyvatel v roce 2024

Graf 10 zachycuje, kolik osob se zdravotním znevýhodněním mají osobní asistence a pečovatelská služba kapacitu podpořit v rozsahu jedné hodiny denně z každého tisíce obyvatel kraje (při výkonu 1 200 hodin ročně na jeden úvazek v přímé práci).



* V grafu 10 je zachycena část z celkové kapacity osobní asistence a pečovatelské služby, která je využívána lidmi se zdravotním znevýhodněním.

- 03/ Tabulka 4 zachycuje úvazky osobní asistence a pečovatelské služby financované z jednotlivých krajů v absolutních číslech i v přepočtu na 100 tisíc obyvatel kraje (poměrnou část kapacit využívanou lidmi se zdravotním znevýhodněním).
- 04/ Ve třech krajích ČR, které nejvíce podporují osobní asistenci a pečovatelskou službu pro lidi se zdravotním znevýhodněním (Libereckém, Královéhradeckém a Pardubickém kraji), je z kraje v průměru financováno 30 úvazků na 100 tisíc obyvatel kraje.
- 05/ Pro to, aby mohlo dojít k rozvoji osobní asistence a pečovatelské služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním na stejnou úroveň i v ostatních krajích ČR, je nezbytné, aby v těchto krajích byly posíleny kapacity osobní asistence a pečovatelské služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním o desítky úvazků, v případě Středočeského, Jihomoravského a Ústeckého kraje o 150 až 300 úvazků.
- 06/ Stejně jako v případě rané péče z prezentovaných dat ovšem nevyplyvá, že po vyrovnání kapacit osobní asistence a pečovatelské služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním na průměrnou hodnotu za tři kraje, kde došlo doposud k relativně největšímu rozvoji těchto služeb, budou kapacity osobní asistence a pečovatelské služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním ve všech krajích dostačující. Došlo by tím pouze k narovnání podpory na úroveň krajů, kde doposud došlo k relativně nejvyššímu rozvoji osobní asistence a pečovatelské služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním.

Tabulka 4: Personální kapacity osobní asistence a pečovatelské služby financované z jednotlivých krajů (pouze poměrná část kapacity využívaná lidmi se zdravotním znevýhodněním) v roce 2024

Tabulka 4 zachycuje personální kapacitu služeb v jednotlivých krajích. V případě služeb, které působí současně ve více krajích, tabulka 1 zachycuje poměrnou část personální kapacity, která je financovaná z jednotlivých krajů (viz Primární analytické postupy pro popis metodiky).

Kraj	Úvazky osobní asistence, které jsou financované z kraje*	Úvazky pečovatelské služby, které jsou financované z kraje*	Celkem úvazky osobní asistence a pečovatelské služby*	Počet obyvatel kraje (k 31. 12. 2024)	Počet z kraje financovaných úvazků na 100 tis. obyvatel*	Počet úvazků odpovídající průměru za 3 kraje, kde je osobní asistence a peč. služba nejvíce podporována*	Existující úvazky vs. hodnota odpovídající průměru za 3 kraje, kde je osobní asistence a peč. služba nejvíce podporována*
Praha	258	63	322	1 397 880	23	402	-81
Středočeský kraj	66	80	146	1 466 215	10	449	-303
Jihočeský kraj	50	54	103	653 227	16	199	-96
Plzeňský kraj	28	42	70	614 640	11	190	-120
Karlovarský kraj	30	32	62	293 195	21	89	-28
Ústecký kraj	36	50	86	808 356	11	249	-163
Liberecký kraj	87	61	148	449 494	33	134	14
Královéhradecký kraj	94	69	163	555 923	29	167	-4
Pardubický kraj	81	66	147	530 469	28	160	-12
Kraj Vysočina	13	28	41	517 647	8	163	-122
Jihomoravský kraj	116	63	179	1 229 343	15	364	-185
Olomoucký kraj	53	76	129	631 500	20	195	-66
Zlínský kraj	63	60	123	578 998	21	176	-53
Moravskoslezský kraj	116	92	207	1 182 613	18	356	-148

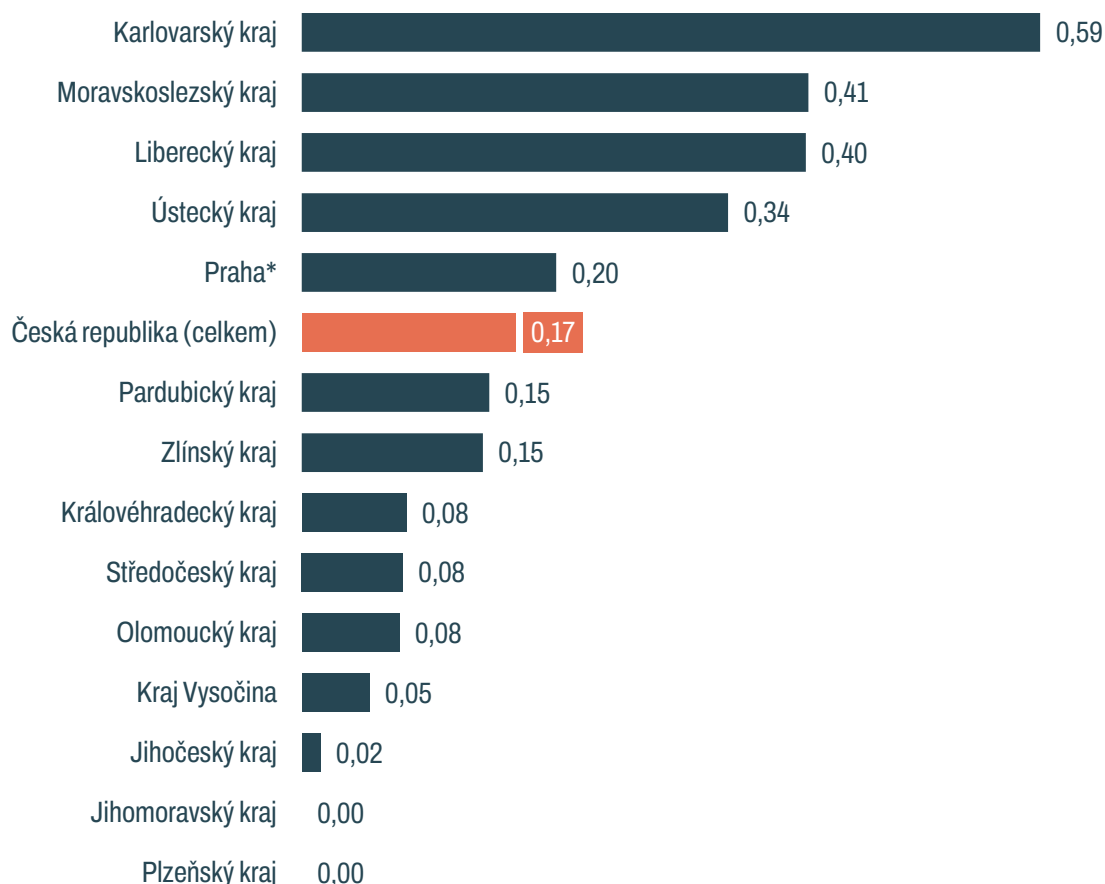
* V tabulce 2 je zachycena pouze poměrná část z celkové kapacity osobní asistence a pečovatelské služby, která je využívána lidmi se zdravotním znevýhodněním (nikoliv celková kapacita).

PODPORA SAMOSTATNÉHO BYDLENÍ

- 01/ Podpora samostatného bydlení má v systému sociálních služeb specifické místo vzhledem k tomu, že na rozdíl od osobní asistence či pečovatelské služby je jejím primárním důrazem podpora nezávislého života v komunitě skrze aktivizaci, rozvoj dovedností a zvýšení kompetencí (uschopňování a zplnomocňování) klientů.
- 02/ V případě podpory samostatného bydlení je intenzita podpory obvykle výrazně nižší než u osobní asistence nebo u jiných druhů služeb, v grafu 11 je proto prezentováno, kolik osob má podpora samostatného bydlení kapacitu podpořit v rozsahu dvou hodin týdně v přepočtu na tisíc obyvatel kraje.
- 03/ Z grafu 11 je vidět, že i v případě podpory samostatného bydlení panují mezi kraji velmi velké rozdíly v kapacitě. Jsou ještě vyšší než v případě jiných druhů služeb, zejména protože v polovině krajů ČR jsou kapacity podpory samostatného bydlení zcela minimální.

Graf 11: Standardizovaná kapacita podpory samostatného bydlení podpořit klienty v rozsahu dvou hodin týdně v členění podle kraje, ze kterého je služba financována, v přepočtu na tisíc obyvatel v roce 2024

Graf 11 zachycuje, kolik osob se zdravotním znevýhodněním má podpora samostatného bydlení kapacitu podpořit v rozsahu dvou hodin týdně z každého tisíce obyvatel kraje (při výkonu 800 hodin ročně na jeden úvazek v přímé práci). Část z kapacity financované Prahou mohou tvořit služby, které jsou poskytovány mimo území hlavního města.



* Praha financuje služby podpory samostatného bydlení, které fungují mimo území hl. m. Prahy.

- 04/ Tabulka 5 zachycuje úvazky služby podpory samostatného bydlení financované z jednotlivých krajů v absolutních číslech i v přepočtu na 100 tisíc obyvatel kraje.
- 05/ Ve třech krajích ČR, které nejvíce podporují rozvoj služeb podpory samostatného bydlení (Karlovarském, Libereckém a Moravskoslezském kraji), je z kraje v průměru financováno 6,1 úvazku na 100 tisíc obyvatel kraje.
- 06/ Pro to, aby mohlo dojít k rozvoji podpory samostatného bydlení na stejnou úroveň i v ostatních krajích ČR, je nezbytné, aby v těchto krajích byly posíleny kapacity podpory samostatného bydlení o desítky úvazků.
- 07/ Stejně jako v případě ostatních služeb z prezentovaných dat ovšem nevyplývá, že po vyrovnání kapacit podpory samostatného bydlení na průměrnou hodnotu za tři kraje, kde došlo doposud k relativně největšímu rozvoji těchto služeb, budou kapacity podpory samostatného bydlení ve všech krajích dostačující. Došlo by tím pouze k narovnání podpory na úroveň krajů, kde doposud nastal relativně nejvyšší rozvoj podpory samostatného bydlení.

Tabulka 5: Personální kapacity podpory samostatného bydlení, financované z jednotlivých krajů v roce 2024

Tabulka 5 zachycuje personální kapacitu služeb v jednotlivých krajích. V případě služeb, které působí současně ve více krajích, tabulka 3 zachycuje poměrnou část personální kapacity, jež je financovaná z jednotlivých krajů (viz Primární analytické postupy pro popis metodiky).

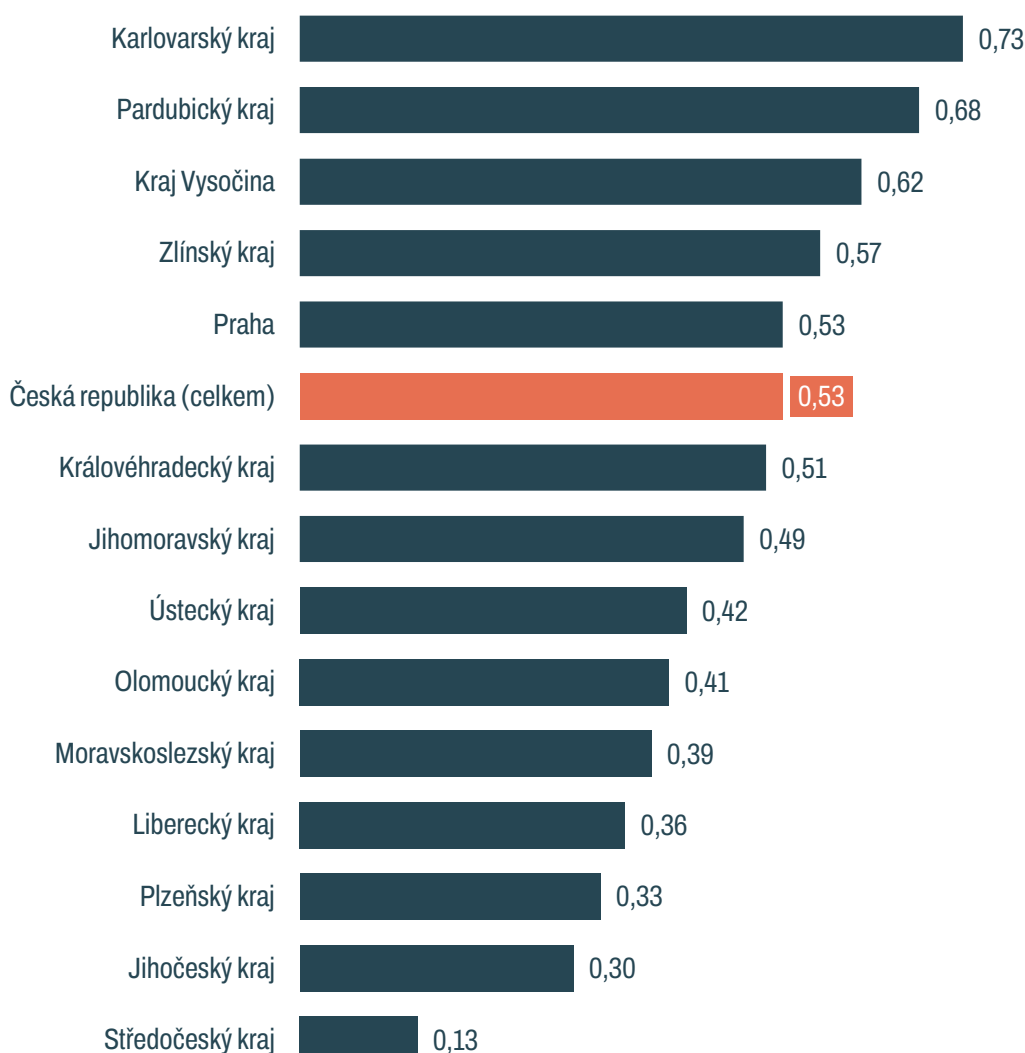
Kraj	Úvazky podpory samostatného bydlení, které jsou financované z kraje	Počet obyvatel kraje (k 31. 12. 2024)	Počet z kraje financovaných úvazků na 100 tis. obyvatel	Počet úvazků odpovídající průměru za 3 kraje, kde je podpora sam. bydlení nejvíce podporována	Existující úvazky vs. hodnota odpovídající průměru za 3 kraje, kde je PSB nejvíce podporována
Praha	37,2	1 397 880	2,7	85,2	-48,0
Středočeský kraj	15,5	1 466 215	1,1	89,4	-73,9
Jihočeský kraj	1,3	653 227	0,2	39,8	-38,5
Plzeňský kraj	0,0	614 640	0,0	37,5	-37,5
Karlovarský kraj	22,6	293 195	7,7	17,9	4,8
Ústecký kraj	36,0	808 356	4,5	49,3	-13,3
Liberecký kraj	23,7	449 494	5,3	27,4	-3,7
Královéhradecký kraj	6,1	555 923	1,1	33,9	-27,8
Pardubický kraj	10,4	530 469	2,0	32,3	-21,9
Kraj Vysočina	3,7	517 647	0,7	31,6	-27,9
Jihomoravský kraj	0,0	1 229 343	0,0	75,0	-75,0
Olomoucký kraj	6,4	631 500	1,0	38,5	-32,1
Zlínský kraj	11,0	578 998	1,9	35,3	-24,3
Moravskoslezský kraj	62,7	1 182 613	5,3	72,1	-9,4

TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ REHABILITACE

- 01/ Služby sociální rehabilitace mají obdobně jako podpora samostatného bydlení odlišnou, ale neméně důležitou roli (než například osobní asistence) se zaměřením na aktivizaci a rozvoj klientů.
- 02/ Stejně jako u podpory samostatného bydlení byla kalkulována standardizovaná kapacita terénní formy sociální rehabilitace podpořit klienty v rozsahu dvou hodin týdně.
- 03/ Rozdíly mezi jednotlivými kraji v kapacitě přepočtené na tisíc obyvatel jsou i v případě terénní sociální rehabilitace významné (přestože jsou menší než u některých jiných druhů služeb).

Graf 12: Standardizovaná kapacita terénní formy sociální rehabilitace podpořit klienty v rozsahu dvou hodin týdně v členění podle kraje, z kterého je služba financována, v přepočtu na tisíc obyvatel (kapacita využívaná lidmi se zdravotním znevýhodněním) v roce 2024

Graf 12 zachycuje, kolik osob se zdravotním znevýhodněním má sociální rehabilitace (pro lidi se zdravotním znevýhodněním) kapacitu podpořit v rozsahu dvou hodin týdně z každého tisíce obyvatel kraje (při výkonu 800 hodin ročně na jeden úvazek v přímé práci).



- 04/ Tabulka 6 zachycuje úvazky sociální rehabilitace financované z jednotlivých krajů v absolutních číslech i v přepočtu na 100 tisíc obyvatel kraje (poměrnou část kapacit využívanou lidmi se zdravotním znevýhodněním).
- 05/ Ve třech krajích ČR, které nejvíce podporují rozvoj služeb sociální rehabilitace (Karlovarském, Libereckém a Moravskoslezském kraji), je z kraje v průměru financováno 8,8 úvazku na 100 tisíc obyvatel kraje.
- 06/ Pro to, aby mohlo dojít k rozvoji sociální rehabilitace na stejnou úroveň i v ostatních krajích ČR, je nezbytné, aby v těchto krajích byly posíleny kapacity sociální rehabilitace o desítky úvazků.
- 07/ Stejně jako v případě ostatních služeb z prezentovaných dat ovšem nevyplývá, že po vyrovnaní kapacit sociální rehabilitace na průměrnou hodnotu za tři kraje, kde došlo doposud k relativně největšímu rozvoji těchto služeb, budou kapacity sociální rehabilitace ve všech krajích dostačující. Došlo by tím pouze k narovnání podpory na úroveň krajů, kde doposud nastal relativně nejvyšší rozvoj sociální rehabilitace (v terénní formě).

Tabulka 6: Personální kapacity terénní formy sociální rehabilitace, financované z jednotlivých krajů (kapacity využívané lidmi se zdravotním znevýhodněním) v roce 2024

Tabulka 6 zachycuje personální kapacitu služeb v jednotlivých krajích. V případě služeb, které působí současně ve více krajích, tabulka 4 zachycuje poměrnou část personální kapacity, jež je financovaná z jednotlivých krajů (viz Primární analytické postupy pro popis metodiky).

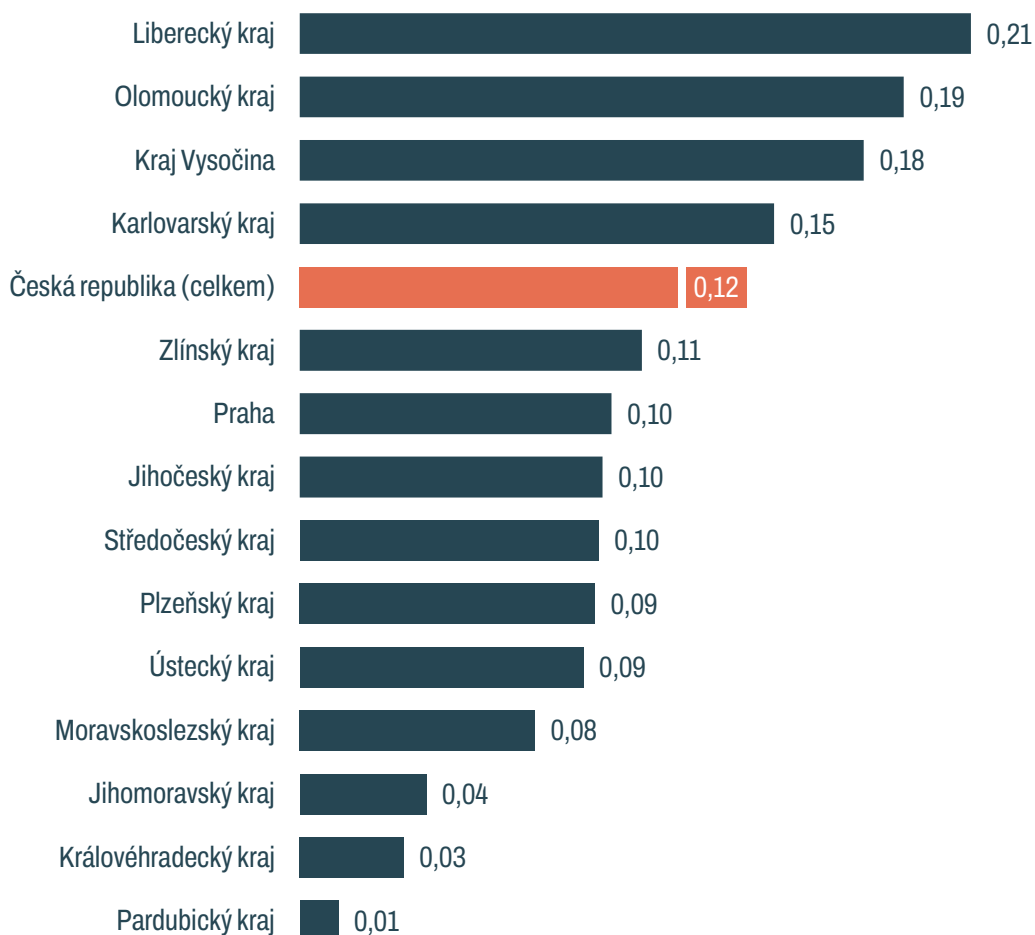
Kraj	Úvazky terénní sociální rehabilitace, které jsou financované z kraje	Počet obyvatel kraje (k 31. 12. 2024)	Počet z kraje financovaných úvazků na 100 tis. obyvatel	Počet úvazků odpovídající průměru za 3 kraje, kde je terénní sociální rehabilitace nejvíce podporována	Existující úvazky vs. hodnota odpovídající průměru za 3 kraje, kde je sociální rehabilitace nejvíce podporována
Praha	96,6	1 397 880	6,9	123,0	-26,4
Středočeský kraj	24,7	1 466 215	1,7	129,0	-104,2
Jihočeský kraj	25,6	653 227	3,9	57,5	-31,9
Plzeňský kraj	26,4	614 640	4,3	54,1	-27,6
Karlovarský kraj	27,8	293 195	9,5	25,8	2,0
Ústecký kraj	44,7	808 356	5,5	71,1	-26,4
Liberecký kraj	20,9	449 494	4,7	39,5	-18,6
Královéhradecký kraj	37,1	555 923	6,7	48,9	-11,8
Pardubický kraj	47,0	530 469	8,9	46,7	0,3
Kraj Vysočina	41,6	517 647	8,0	45,5	-3,9
Jihomoravský kraj	78,1	1 229 343	6,4	108,1	-30,1
Olomoucký kraj	33,4	631 500	5,3	55,6	-22,2
Zlínský kraj	43,1	578 998	7,4	50,9	-7,8
Moravskoslezský kraj	59,5	1 182 613	5,0	104,0	-44,5

TERÉNNÍ ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

- 01/ Terénní odlehčovací služby představují důležitou formu podpory pro rodiny pečující o člověka se zdravotním znevýhodněním, protože umožňují zajistit odlehčení přímo v domácím prostředí. Pobytová forma odlehčovacích služeb je vhodná jen u části klientů – tam, kde je pobyt mimo domov možný a přiměřený. Terénní odlehčovací služby proto v podpůrném systému plní nezastupitelnou roli.
- 02/ V případě terénních odlehčovacích služeb byla kalkulována standardizovaná kapacita poskytnout podporu v rozsahu čtyř hodin týdně.
- 03/ Jak je vidět z grafu 13, přestože se kapacita terénních odlehčovacích služeb v řadě krajů pohybuje kolem hodnoty 0,1 osoby na tisíc obyvatel, v některých krajích je dvojnásobná, zatímco v jiných poloviční.

Graf 13: Standardizovaná kapacita terénní formy odlehčovacích služeb podpořit klienty v rozsahu čtyř hodin týdně v členění podle kraje, ze kterého je služba financována, v přepočtu na tisíc obyvatel (kapacita využívání lidmi se zdravotním znevýhodněním) v roce 2024

Graf 13 zachycuje, kolik osob se zdravotním znevýhodněním mají terénní odlehčovací služby (pro lidi se zdravotním znevýhodněním) kapacitu podpořit v rozsahu čtyř hodin týdně z každého tisíce obyvatel kraje (při výkonu 1 200 hodin ročně na jeden úvazek v přímé práci).



- 04/ Tabulka 7 zachycuje úvazky terénních odlehčovacích služeb financované z jednotlivých krajů v absolutních číslech i v přepočtu na 100 tisíc obyvatel kraje (poměrnou část kapacit využívanou lidmi se zdravotním znevýhodněním).
- 05/ Ve třech krajích ČR, které nejvíce podporují rozvoj terénních odlehčovacích služeb (Libereckém kraji, Olomouckém kraji a Kraji Vysočina), je z kraje v průměru financováno 3,4 úvazku na 100 tisíc obyvatel kraje.
- 06/ Pro to, aby mohlo dojít k rozvoji terénních odlehčovacích služeb na stejnou úroveň i v ostatních krajích ČR, je nezbytné, aby v těchto krajích byly posíleny kapacity terénních odlehčovacích služeb o 10 až 30 úvazků.
- 07/ Stejně jako v případě ostatních služeb z prezentovaných dat ovšem nevyplyvá, že po vyrovnání kapacit terénních odlehčovacích služeb na průměrnou hodnotu za tři kraje, kde došlo doposud k relativně největšímu rozvoji těchto služeb, budou kapacity terénních odlehčovacích služeb ve všech krajích dostačující. Došlo by tím pouze k narovnání podpory na úroveň krajů, kde doposud nastal relativně nejvyšší rozvoj terénních odlehčovacích služeb (v terénní formě).

Tabulka 7: Personální kapacity terénní formy odlehčovacích služeb, financované z jednotlivých krajů (kapacity využívané lidmi se zdravotním znevýhodněním) v roce 2024

Tabulka 7 zachycuje personální kapacitu služeb v jednotlivých krajích. V případě služeb, které působí současně ve více krajích, tabulka 5 zachycuje poměrnou část personální kapacity, která je financovaná z jednotlivých krajů (viz Primární analytické postupy pro popis metodiky).

Kraj	Úvazky terénních odlehč. služeb, které jsou financované z kraje	Počet obyvatel kraje (k 31. 12. 2024)	Počet z kraje financovaných úvazků na 100 tis. obyvatel	Počet úvazků odpovídající průměru za 3 kraje, kde jsou terénní odlehč. služby nejvíce podporovány	Existující úvazky vs. hodnota odpovídající průměru za 3 kraje, kde jsou terénní odlehč. služby nejvíce podporovány
Praha	24,3	1 397 880	1,7	47,7	-23,4
Středočeský kraj	24,4	1 466 215	1,7	50,0	-25,6
Jihočeský kraj	11,0	653 227	1,7	22,3	-11,3
Plzeňský kraj	10,1	614 640	1,6	21,0	-10,9
Karlovarský kraj	7,7	293 195	2,6	10,0	-2,3
Ústecký kraj	12,8	808 356	1,6	27,6	-14,8
Liberecký kraj	16,8	449 494	3,7	15,3	1,5
Královéhradecký kraj	3,2	555 923	0,6	19,0	-15,7
Pardubický kraj	1,1	530 469	0,2	18,1	-17,0
Kraj Vysočina	16,3	517 647	3,1	17,7	-1,4
Jihomoravský kraj	8,7	1 229 343	0,7	41,9	-33,3
Olomoucký kraj	21,2	631 500	3,4	21,5	-0,3
Zlínský kraj	11,0	578 998	1,9	19,8	-8,7
Moravskoslezský kraj	15,5	1 182 613	1,3	40,3	-24,9

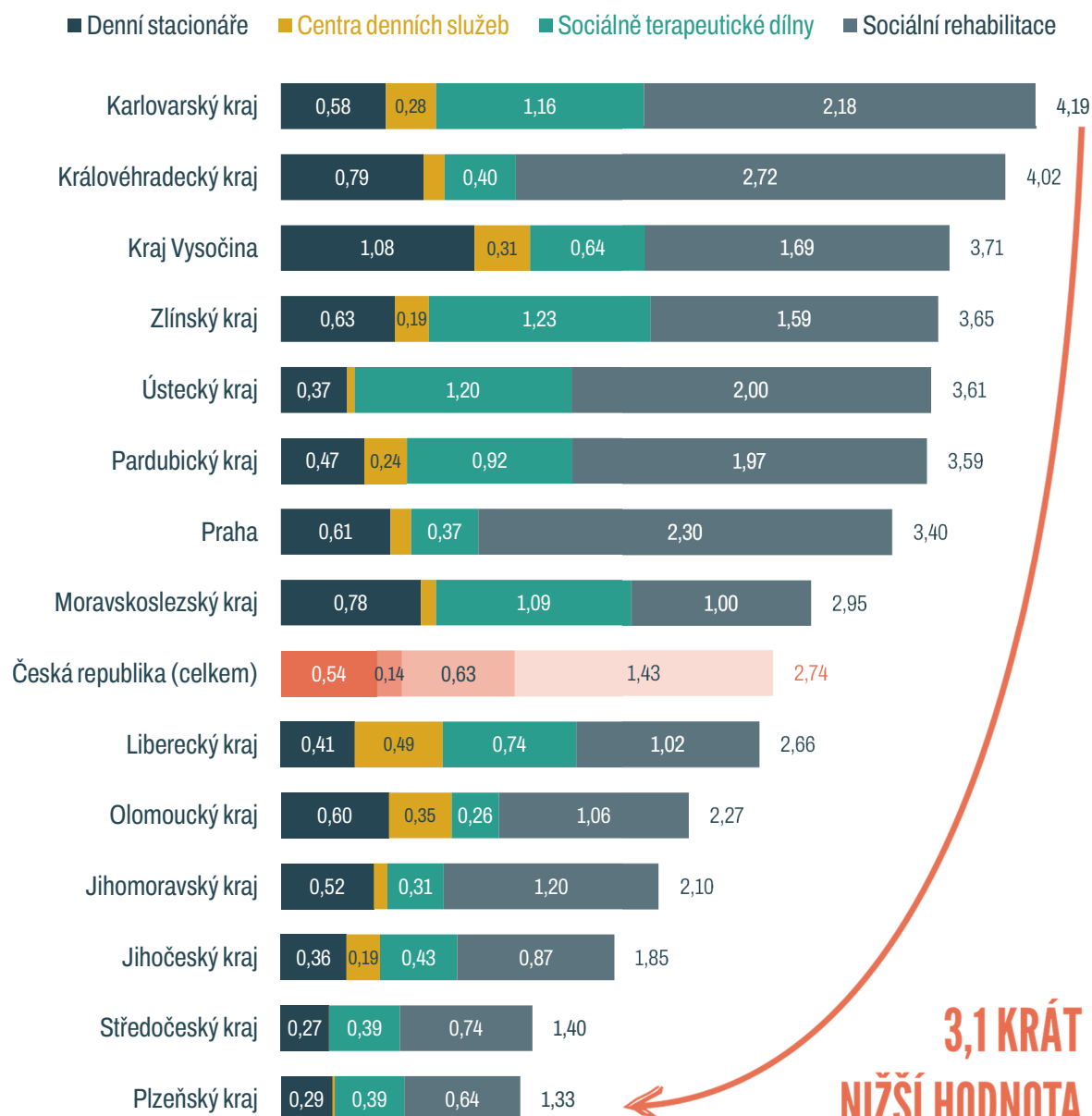
3.4 Ambulantní služby využívané lidmi se zdravotním znevýhodněním

SOUHRNNÁ KAPACITA AMBULANTNÍCH SLUŽEB

- 01/ I u ambulantních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním panují výrazné rozdíly mezi kraji ve standardizované kapacitě.
- 02/ 90 % z kapacity ambulantních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním je soustředěno v rámci těchto čtyř druhů služeb: denní stacionáře, centra denních služeb, sociálně terapeutické dílny a sociální rehabilitace.
- 03/ Na tisíc obyvatel přepočtená normalizovaná kapacita těchto služeb je v Karlovarském kraji 3,1krát vyšší než v kraji Plzeňském.

Graf 14: Normalizovaná kapacita vybraných druhů ambulantních sociálních služeb pro osoby se zdravotním znevýhodněním, financovaná jednotlivými kraji, přepočtená na tisíc obyvatel v roce 2024

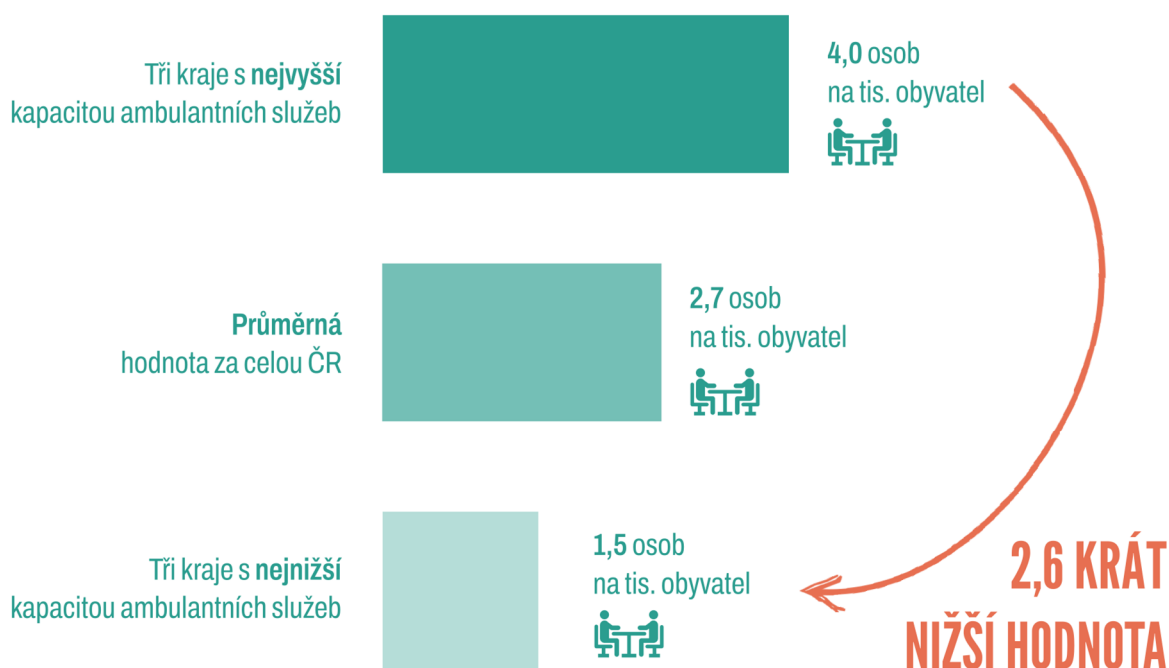
Počet klientů, které mají služby kapacitu podpořit na základě průměrného výkonu na jeden úvazek v přímé práci v přepočtu na tisíc obyvatel kraje (4,75 klienta na jeden úvazek u denních stacionářů; 5,5 u center denních služeb; 10,9 u sociálně-terapeutických dílen; 20,8 u ambulantní sociální rehabilitace). V grafu není zachycena celková kapacita služeb, ale pouze kapacita využívaná lidmi se zdravotním znevýhodněním.



- 04/ Stejně jako v případě terénních služeb přitom neplatí, že by šlo o problém jednoho kraje, ale jde o systémový problém.
- 05/ Na tisíc obyvatel přepočtená kapacita ambulantních sociálních služeb využívaná lidmi se zdravotním znevýhodněním je ve třech krajích s nejvyšší kapacitou 2,6krát vyšší než ve třech krajích s nejnižší kapacitou.

Graf 15: Normalizovaná kapacita vybraných druhů ambulantních sociálních služeb pro osoby se zdravotním znevýhodněním v krajích ČR, přepočtená na tisíc obyvatel v roce 2024
– porovnání tří krajů s nejvyšší a s nejnižší kapacitou

Počet klientů, které mají služby kapacitu podpořit na základě průměrného výkonu na jeden úvazek v přímé práci v přepočtu na tisíc obyvatel kraje (4,75 klienta na jeden úvazek u denních stacionářů; 5,5 u center denních služeb; 10,9 u sociálně-terapeutických dílen; 20,8 u ambulantní sociální rehabilitace). V grafu není zachycena celková kapacita služeb, ale pouze kapacita využívaná lidmi se zdravotním znevýhodněním.



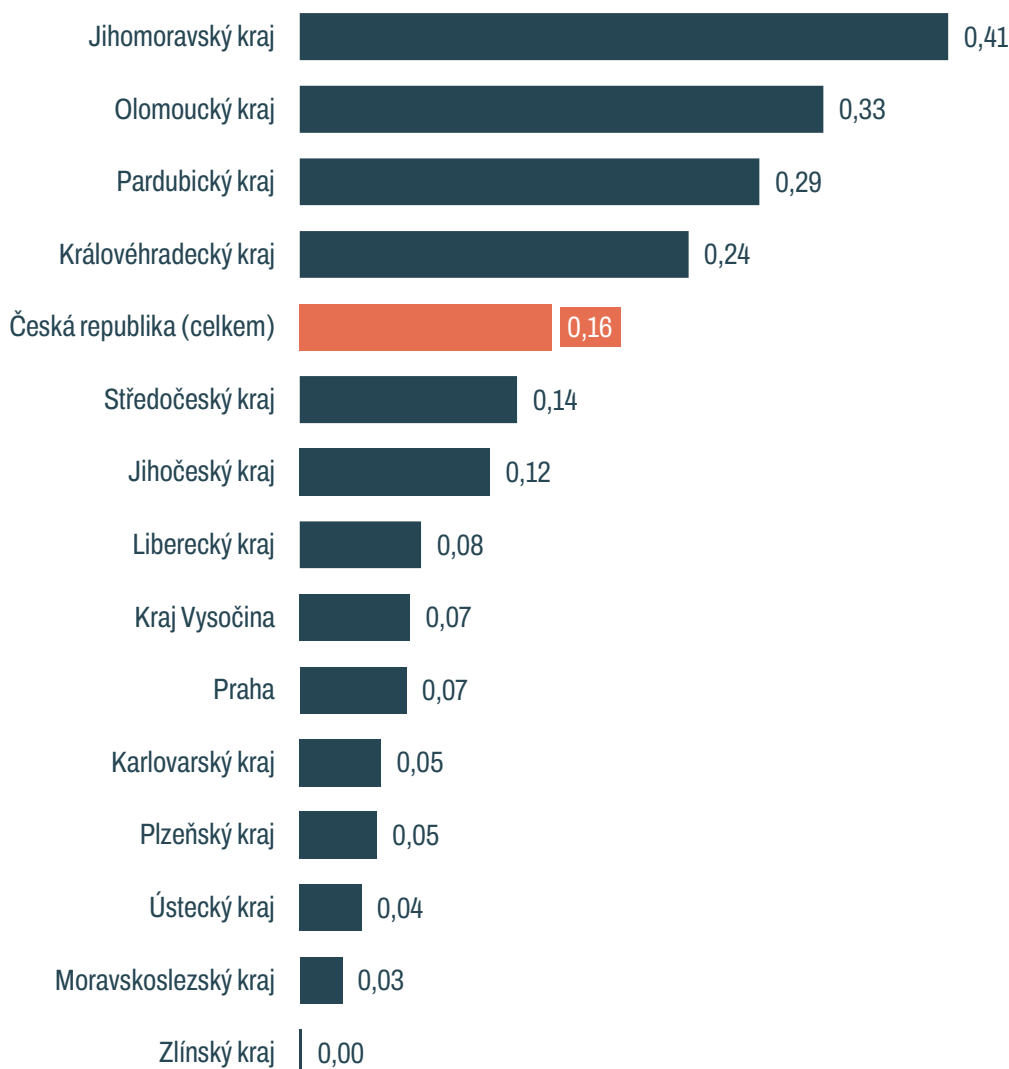
Kapacita jednotlivých druhů ambulantních služeb

RANÁ PÉČE (AMBULANTNÍ FORMA)

- 01/ Z grafu 16 je vidět, že mezi kraji existují velmi velké rozdíly v kapacitách ambulantní formy rané péče v přepočtu na tisíc obyvatel.
- 02/ Zatímco v některých krajích (jako Jihomoravském či Olomouckém) má raná péče v ambulantní formě kapacitu podpořit 0,3 až 0,4 osoby na tisíc obyvatel, v řadě jiných krajů raná péče ambulantně téměř není poskytována.²⁴

Graf 16: Standardizovaná kapacita ambulantní formy rané péče (počet rodin, které má raná péče kapacitu podpořit) v členění podle kraje, z něhož je služba financována, v přepočtu na tisíc obyvatel v roce 2024

Graf 16 zachycuje počet rodin, které má terénní forma rané péče kapacitu podpořit (při průměrném výkonu 33 rodin na jeden úvazek) v přepočtu na tisíc obyvatel kraje.



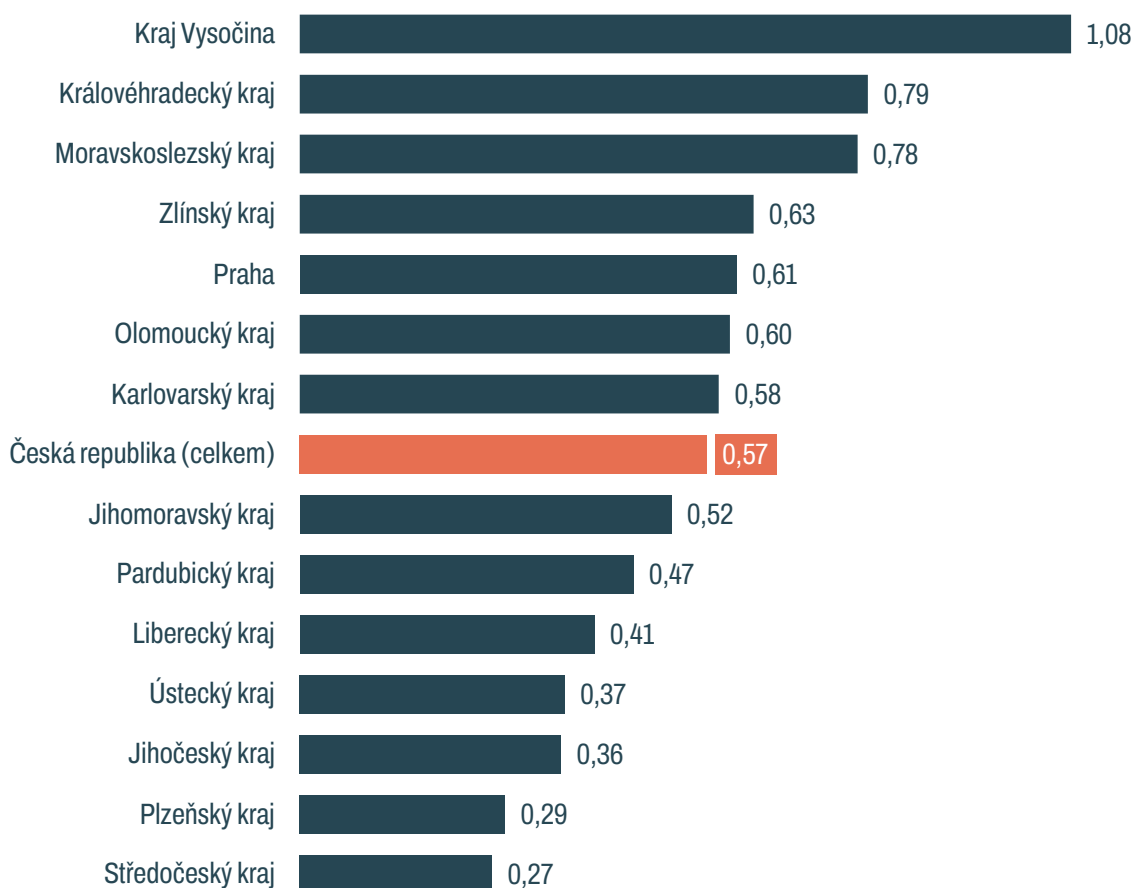
²⁴ Na rozdíl, od minimální kapacity jiných druhů služeb nemusí jít nutně o závažný nedostatek, pokud absenci ambulantní formy poskytování vyvažuje terénní kapacita (proto není v případě ambulantní rané péče kalkulováno, jaká by měla mít kapacitu, aby došlo k narovnání na stejnou úroveň jako ve třech krajích s nejvíce rozvinutou ambulantní ranou péčí).

DENNÍ STACIONÁŘE

- 01/ Denní stacionáře jsou klíčovou ambulantní službou pro lidi s vysokou mírou potřebné podpory (typicky s vážným zdravotním postižením).
- 02/ Jak je vidět z grafu 17, mezi jednotlivými kraji ČR panují velké rozdíly v kapacitě denních stacionářů v přepočtu na tisíc obyvatel. Ta je v Ústeckém, Jihočeském, Plzeňském a Středočeském kraji 3–4krát nižší než v Kraji Vysočina, kde došlo k nejvýznamnějšímu rozvoji denních stacionářů, a 2–3krát nižší než v Královéhradeckém a Moravskoslezském kraji.

Graf 17: Standardizovaná kapacita denních stacionářů (počet klientů, pro které je k dispozici místo ve stacionáři) v krajích v přepočtu na tisíc obyvatel kraje v roce 2024

Graf 17 zachycuje počet klientů (v přepočtu na tisíc obyvatel kraje), kterým mají denní stacionáře v kraji kapacitu poskytnout podporu při standardizovaném výkonu 4,75 klienta na jeden úvazek v přímé práci. V grafu je zachycena kapacita využívaná lidmi se zdravotním znevýhodněním (menší část kapacity využívají senioři).



- 03/ Tabulka 8 zachycuje úvazky denních stacionářů, financované z jednotlivých krajů v absolutních číslech i v přepočtu na 100 tisíc obyvatel kraje (poměrnou část kapacit využívanou lidmi se zdravotním znevýhodněním).
- 04/ Ve třech krajích ČR, které nejvíce podporují rozvoj denních stacionářů (Kraji Vysočina, Královéhradeckém a Moravskoslezském kraji), je z kraje v průměru financováno 18,6 úvazku na 100 tisíc obyvatel kraje.
- 05/ Pro to, aby mohlo dojít k rozvoji denních stacionářů na stejnou úroveň i v ostatních krajích ČR, je nezbytné, aby v těchto krajích byly posíleny kapacity denních stacionářů o desítky úvazků.
- 06/ Stejně jako v případě ostatních služeb z prezentovaných dat ovšem nevyplývá, že po vyrovnaní kapacit denních stacionářů na průměrnou hodnotu za tři kraje, kde došlo doposud k relativně největšímu rozvoji těchto služeb, budou kapacity denních stacionářů ve všech krajích dostačující. Došlo by tím pouze k narovnání podpory na úroveň krajů, kde doposud nastal relativně nejvyšší rozvoj denních stacionářů.

Tabulka 8: Personální kapacity denních stacionářů, financované z jednotlivých krajů (kapacity využívané lidmi se zdravotním znevýhodněním) v roce 2024

Tabulka 6 zachycuje personální kapacitu služeb v jednotlivých krajích. V případě služeb, které působí současně ve více krajích, tabulka 6 zachycuje poměrnou část personální kapacity, jež je financovaná z jednotlivých krajů (viz Primární analytické postupy pro popis metodiky).

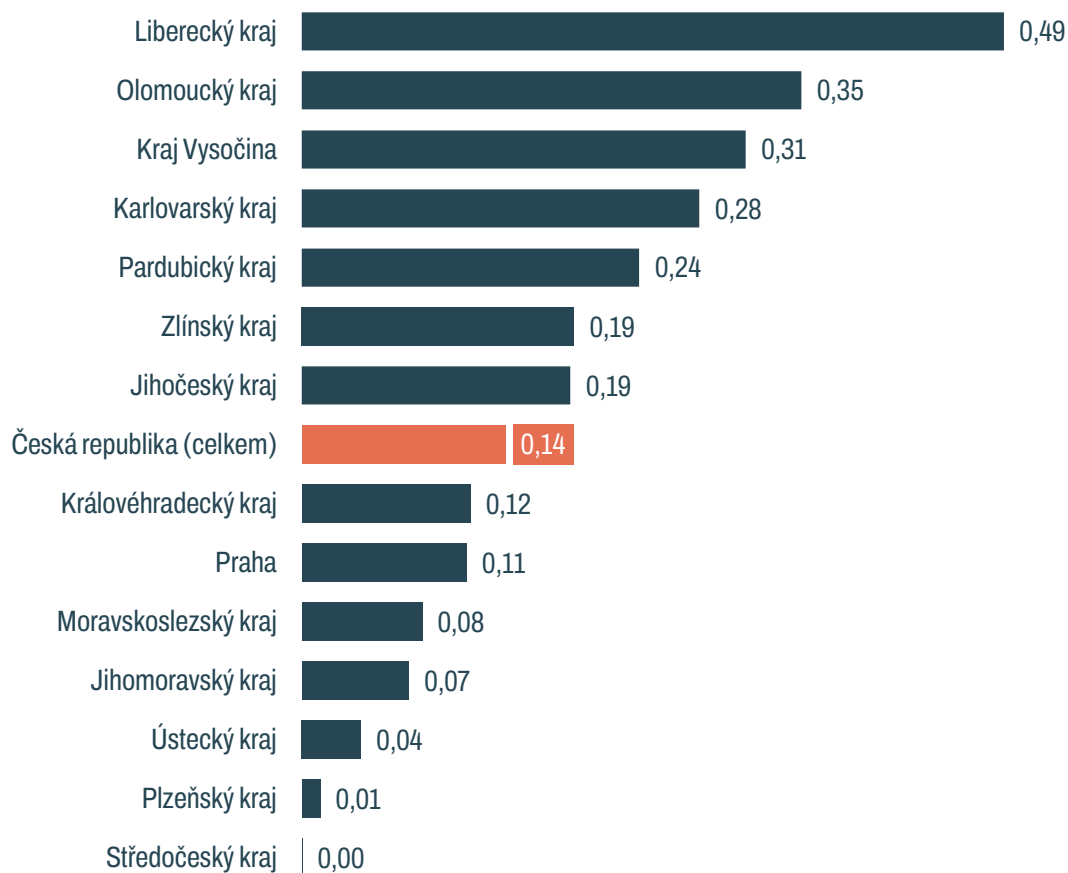
Kraj	Úvazky denních stacionářů, které jsou financované z kraje	Počet obyvatel kraje (k 31. 12. 2024)	Počet z kraje financovaných úvazků na 100 tis. obyvatel	Počet úvazků odpovídající průměru za 3 kraje, kde jsou denní stacionáře nejvíce podporovány	Existující úvazky vs. hodnota odpovídající průměru za 3 kraje, kde jsou denní stacionáře nejvíce podporovány
Praha	179,7	1 397 880	12,9	260,1	-80,4
Středočeský kraj	82,8	1 466 215	5,7	272,8	-190,0
Jihočeský kraj	50,3	653 227	7,7	121,5	-71,3
Plzeňský kraj	37,2	614 640	6,0	114,4	-77,2
Karlovarský kraj	36,2	293 195	12,3	54,6	-18,4
Ústecký kraj	63,0	808 356	7,8	150,4	-87,4
Liberecký kraj	39,0	449 494	8,7	83,6	-44,7
Královéhradecký kraj	92,9	555 923	16,7	103,4	-10,5
Pardubický kraj	52,1	530 469	9,8	98,7	-46,6
Kraj Vysočina	117,5	517 647	22,7	96,3	21,1
Jihomoravský kraj	134,3	1 229 343	10,9	228,7	-94,4
Olomoucký kraj	80,0	631 500	12,7	117,5	-37,5
Zlínský kraj	77,3	578 998	13,4	107,7	-30,4
Moravskoslezský kraj	194,1	1 182 613	16,4	220,0	-26,0

CENTRA DENNÍCH SLUŽEB

- 01/ Jiným významným druhem ambulantních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním jsou centra denních služeb.
- 02/ Jak je vidět z grafu 18, i pro centra denních služeb platí, že rozdíly mezi kraji v jejich standardizované kapacitě jsou velmi velké. V řadě krajů existuje jen minimální kapacita center denních služeb (využívaná lidmi se zdravotním znevýhodněním).

Graf 18: Standardizovaná kapacita center denních služeb (počet klientů, pro které je k dispozici místo v centru) v krajích v přepočtu na tisíc obyvatel kraje v roce 2024

Graf 18 zachycuje počet klientů (v přepočtu na tisíc obyvatel kraje), kterým mají centra denních služeb v kraji kapacitu poskytnout podporu při standardizovaném výkonu 5,5 klienta na jeden úvazek v přímé práci. V grafu je zachycena kapacita využívaná lidmi se zdravotním znevýhodněním (menší část kapacity využívají senioři).



- 03/ Tabulka 9 zachycuje úvazky v centrech denních služeb, financované z jednotlivých krajů v absolutních číslech i v přepočtu na 100 tisíc obyvatel kraje (poměrnou část kapacit využívanou lidmi se zdravotním znevýhodněním).
- 04/ Ve třech krajích ČR, které nejvíce podporují rozvoj center denních služeb (Libereckém kraji, Kraji Vysočina a Olomouckém kraji), je z kraje v průměru financováno sedm úvazků na 100 tisíc obyvatel kraje.
- 05/ Pro to, aby mohlo dojít k rozvoji v centrech denních služeb na stejnou úroveň i v ostatních krajích ČR, je nezbytné, aby v těchto krajích byly posíleny kapacity center denních služeb o desítky úvazků.
- 06/ Stejně jako v případě ostatních služeb z prezentovaných dat ovšem nevyplývá, že po vyrovnání kapacit v centrech denních služeb na průměrnou hodnotu za tři kraje, kde došlo doposud k relativně největšímu rozvoji těchto služeb, budou kapacity v centrech denních služeb ve všech krajích dostačující. Došlo by tím pouze k narovnání podpory na úroveň krajů, kde doposud nastal relativně nejvyšší rozvoj center denních služeb.

Tabulka 9: Personální kapacity center denních služeb, financované z jednotlivých krajů (kapacity využívané lidmi se zdravotním znevýhodněním) v roce 2024

Tabulka 9 zachycuje personální kapacitu služeb v jednotlivých krajích. V případě služeb, které působí současně ve více krajích, tabulka 7 zachycuje poměrnou část personální kapacity, která je financovaná z jednotlivých krajů (viz Primární analytické postupy pro popis metodiky).

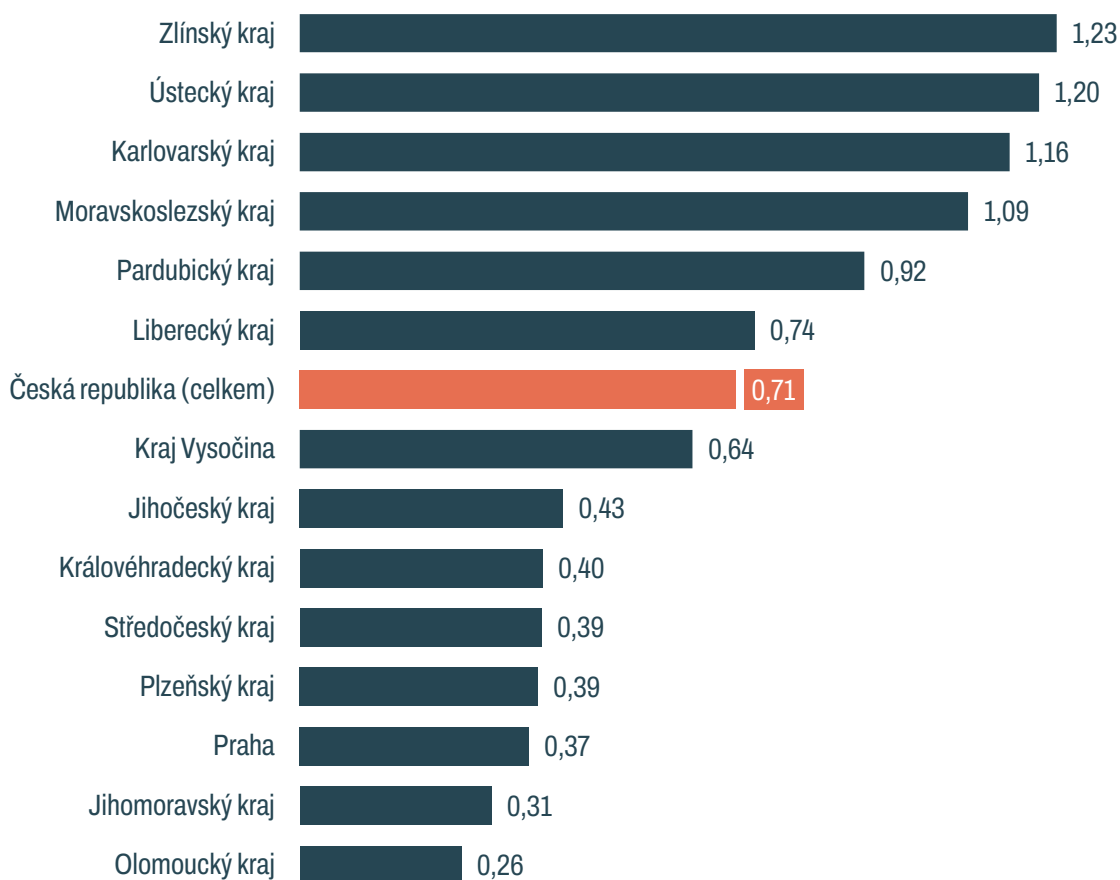
Kraj	Úvazky center denních služeb, které jsou financované z kraje	Počet obyvatel kraje (k 31. 12. 2024)	Počet z kraje financovaných úvazků na 100 tis. obyvatel	Počet úvazků odpovídající průměru za 3 kraje, kde jsou centra denních služeb nejvíce podporovány	Existující úvazky vs. hodnota odpovídající průměru za 3 kraje, kde jsou centra denních služeb nejvíce podporovány
Praha	29,4	1 397 880	2,1	97,9	-68,5
Středočeský kraj	0,1	1 466 215	0,0	102,7	-102,6
Jihočeský kraj	22,4	653 227	3,4	45,7	-23,4
Plzeňský kraj	1,5	614 640	0,2	43,0	-41,6
Karlovarský kraj	14,9	293 195	5,1	20,5	-5,6
Ústecký kraj	6,1	808 356	0,8	56,6	-50,5
Liberecký kraj	40,3	449 494	9,0	31,5	8,8
Královéhradecký kraj	12,0	555 923	2,2	38,9	-27,0
Pardubický kraj	22,9	530 469	4,3	37,2	-14,3
Kraj Vysočina	29,3	517 647	5,7	36,3	-6,9
Jihomoravský kraj	16,8	1 229 343	1,4	86,1	-69,3
Olomoucký kraj	40,3	631 500	6,4	44,2	-4,0
Zlínský kraj	20,1	578 998	3,5	40,5	-20,4
Moravskoslezský kraj	18,2	1 182 613	1,5	82,8	-64,6

SOCIÁLNĚ-TERAPEUTICKÉ DÍLNY

- 01/ Sociálně-terapeutické dílny představují významný druh ambulantní sociální služby především pro lidi s mírně nižší potřebnou mírou podpory (méně závažným zdravotním postižením).
- 02/ Jak je vidět z grafu 19, i pro sociálně-terapeutické dílny platí, že rozdíly mezi kraji v jejich standardizované kapacitě jsou velmi velké. Kapacita ve Zlínském, Ústeckém a Karlovarském kraji je třikrát až čtyřikrát vyšší než v mnoha jiných krajích, které se nacházejí ve spodní části grafu od Jihočeského po Olomoucký.

Graf 19: Standardizovaná kapacita sociálně-terapeutických dílen (počet klientů, pro které je k dispozici místo v dílně) v krajích v přepočtu na tisíc obyvatel kraje v roce 2024

Graf 19 zachycuje počet klientů (v přepočtu na tisíc obyvatel kraje), kterým mají denní stacionáře v kraji kapacitu poskytnout podporu při standardizovaném výkonu 10,9 klienta na jeden úvazek v přímé práci.



- 03/ Tabulka 10 zachycuje úvazky v sociálně-terapeutických dílnách, financované z jednotlivých krajů v absolutních číslech i v přepočtu na 100 tisíc obyvatel kraje.
- 04/ Ve třech krajích ČR, které nejvíce podporují rozvoj sociálně-terapeutických dílen (Karlovarském, Ústeckém a Zlínském kraji), je z kraje v průměru financováno 11 úvazků na 100 tisíc obyvatel kraje.
- 05/ Pro to, aby mohlo dojít k rozvoji sociálně-terapeutických dílen na stejnou úroveň i v ostatních krajích ČR, je nezbytné, aby v těchto krajích byly posíleny kapacity sociálně-terapeutických dílen o desítky úvazků (v Praze, Středočeském a Jihomoravském kraji dokonce o 100).
- 06/ Stejně jako v případě ostatních služeb z prezentovaných dat ovšem nevyplyvá, že po vyrovnání kapacit sociálně-terapeutických dílen na průměrnou hodnotu za tři kraje, kde došlo doposud k relativně největšímu rozvoji těchto služeb, budou kapacity sociálně-terapeutických dílen ve všech krajích dostačující. Došlo by tím pouze k narovnání podpory na úroveň krajů, kde doposud nastal relativně nejvyšší rozvoj sociálně-terapeutických dílen.

Tabulka 10: Personální kapacity sociálně-terapeutických dílen, financované z jednotlivých krajů v roce 2024

Tabulka 10 zachycuje personální kapacitu služeb v jednotlivých krajích. V případě služeb, které působí současně ve více krajích, tabulka 8 zachycuje poměrnou část personální kapacity, jež je financovaná z jednotlivých krajů (viz Primární analytické postupy pro popis metodiky).

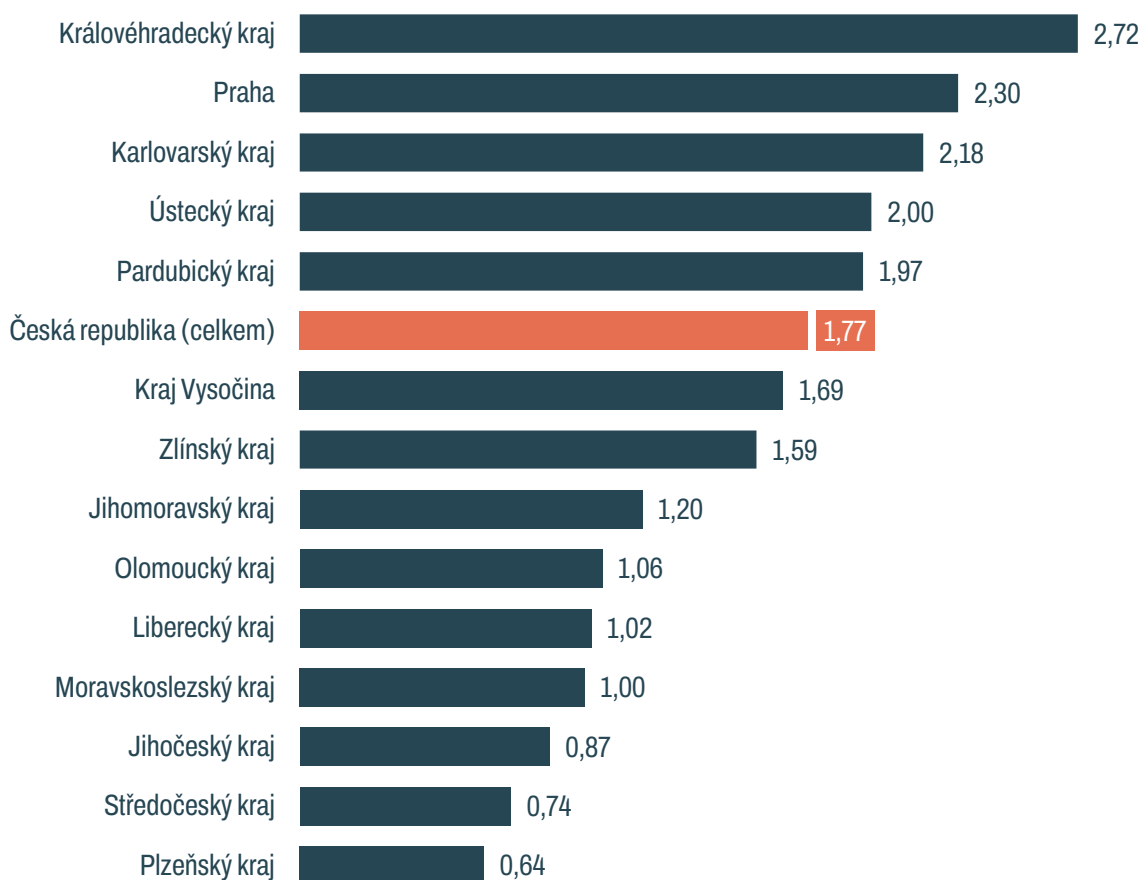
Kraj	Úvazky soc.-ter. dílen, které jsou financované z kraje	Počet obyvatel kraje (k 31. 12. 2024)	Počet z kraje financovaných úvazků na 100 tis. obyvatel	Počet úvazků odpovídající průměru za 3 kraje, kde jsou soc.-ter. dílny nejvíce podporovány	Existující úvazky vs. hodnota odpovídající průměru za 3 kraje, kde jsou soc.-ter. dílny nejvíce podporovány
Praha	47,9	1 397 880	3,4	153,7	-105,8
Středočeský kraj	53,0	1 466 215	3,6	161,2	-108,2
Jihočeský kraj	25,7	653 227	3,9	71,8	-46,1
Plzeňský kraj	21,9	614 640	3,6	67,6	-45,7
Karlovarský kraj	31,1	293 195	10,6	32,2	-1,1
Ústecký kraj	89,4	808 356	11,1	88,9	0,5
Liberecký kraj	30,6	449 494	6,8	49,4	-18,9
Královéhradecký kraj	20,2	555 923	3,6	61,1	-41,0
Pardubický kraj	44,8	530 469	8,4	58,3	-13,5
Kraj Vysočina	30,4	517 647	5,9	56,9	-26,5
Jihomoravský kraj	35,2	1 229 343	2,9	135,2	-100,0
Olomoucký kraj	15,3	631 500	2,4	69,5	-54,2
Zlínský kraj	65,5	578 998	11,3	63,7	1,9
Moravskoslezský kraj	118,2	1 182 613	10,0	130,1	-11,8

AMBULANTNÍ SOCIÁLNÍ REHABILITACE

- 01/ Sociální rehabilitace poskytovaná v ambulantní formě plní (stejně jako v případě terénní formy) odlišné role než denní stacionáře a další druhy ambulantních služeb (důraz je na rozvíjení kompetencí lidí se zdravotním znevýhodněním či pečujících osob) a taktéž má důležité místo v systému služeb.
- 02/ Ovšem i pro ambulantní sociální rehabilitaci platí stejně jako pro všechny ostatní druhy terénních i ambulantních služeb, že mezi kraji existují velké rozdíly v její kapacitě. Například v Královéhradeckém kraji má ambulantní sociální rehabilitace čtyřikrát až pětkrát vyšší kapacitu než v Jihočeském, Středočeském a Plzeňském kraji.

Graf 20: Standardizovaná kapacita ambulantní formy sociální rehabilitace (při 21 klientech na jeden úvazek) v krajích v přepočtu na tisíc obyvatel kraje v roce 2024 (kapacita využívaná lidmi se zdravotním znevýhodněním)

Graf 20 zachycuje počet klientů (v přepočtu na tisíc obyvatel kraje), kterým mají služby sociální rehabilitace kapacitu poskytnout podporu ambulantní formou při standardizovaném výkonu 21 klientů na jeden úvazek v přímé práci.



- 03/ Tabulka 11 zachycuje úvazky v ambulantní sociální rehabilitaci, financované z jednotlivých krajů v absolutních číslech i v přepočtu na 100 tisíc obyvatel kraje.
- 04/ Ve třech krajích ČR, které nejvíce podporují rozvoj v ambulantní sociální rehabilitaci (Praze, Karlovarském a Královéhradeckém kraji), je z kraje v průměru financováno 11,5 úvazku na 100 tisíc obyvatel kraje.
- 05/ Pro to, aby mohlo dojít k rozvoji ambulantní sociální rehabilitace na stejnou úroveň i v ostatních krajích ČR, je nezbytné, aby v těchto krajích byly posíleny kapacity ambulantní sociální rehabilitace o desítky úvazků (ve Středočeském kraji dokonce o více než 100).
- 06/ Stejně jako v případě ostatních služeb ovšem z prezentovaných dat nevyplývá, že po vyrovnání kapacit ambulantní sociální rehabilitace na průměrnou hodnotu za tři kraje, kde došlo doposud k relativně největšímu rozvoji těchto služeb, budou kapacity ambulantní sociální rehabilitace ve všech krajích dostačující. Došlo by tím pouze k narovnání podpory na úroveň krajů, kde doposud nastal relativně nejvyšší rozvoj ambulantní sociální rehabilitace.

Tabulka 11: Personální kapacity ambulantní sociální rehabilitace, financované z jednotlivých krajů v roce 2024 (kapacita využívaná lidmi se zdravotním znevýhodněním)

Tabulka 11 zachycuje personální kapacitu služeb v jednotlivých krajích. V případě služeb, které působí současně ve více krajích, tabulka 11 zachycuje poměrnou část personální kapacity, která je financovaná z jednotlivých krajů (viz Primární analytické postupy pro popis metodiky).

Kraj	Úvazky ambulantní soc. rehabilitace, které jsou financované z kraje	Počet obyvatel kraje (k 31. 12. 2024)	Počet z kraje financovaných úvazků na 100 tis. obyvatel	Počet úvazků odpovídající průměru za 3 kraje, kde je ambulantní soc. rehabilitace nejvíce podporována	Existující úvazky vs. hodnota odpovídající průměru za 3 kraje, kde je ambulantní soc. rehabilitace nejvíce podporována
Praha	154,2	1 397 880	11,0	160,9	-6,6
Středočeský kraj	51,8	1 466 215	3,5	168,7	-116,9
Jihočeský kraj	27,4	653 227	4,2	75,2	-47,8
Plzeňský kraj	19,0	614 640	3,1	70,7	-51,7
Karlovarský kraj	30,6	293 195	10,4	33,7	-3,1
Ústecký kraj	77,4	808 356	9,6	93,0	-15,6
Liberecký kraj	22,0	449 494	4,9	51,7	-29,7
Královéhradecký kraj	72,5	555 923	13,0	64,0	8,5
Pardubický kraj	50,1	530 469	9,4	61,0	-11,0
Kraj Vysočina	41,9	517 647	8,1	59,6	-17,7
Jihomoravský kraj	70,6	1 229 343	5,7	141,5	-70,8
Olomoucký kraj	32,0	631 500	5,1	72,7	-40,6
Zlínský kraj	44,3	578 998	7,7	66,6	-22,3
Moravskoslezský kraj	56,5	1 182 613	4,8	136,1	-79,6

3.5 Závěr: Nerovný přístup k sociálním službám v ČR

- 01/ Mezi kraji mohou panovat drobné rozdíly ve výskytu zdravotního znevýhodnění. V žádném případě ale neplatí, že by jeho výskyt byl v některých krajích například 1,5krát, nebo dokonce dvakrát či třikrát vyšší než v jiných. Největší část lidí se zdravotním znevýhodněním, která potřebuje nejvíce podpory, tvoří lidé se zdravotním postižením (a jejich rodiny). Je velmi nepravděpodobné, aby regionální variace v prevalenci zdravotního postižení přesáhla $\pm 20\%$. Z toho titulu můžeme říci, že kapacity sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu by měly být ve všech krajích přibližně obdobné (na rozdíl např. od kapacit služeb pro lidi v sociálním vyloučení, jehož míra se regionálně výrazně liší).
- 02/ Jinou věcí jsou rozdíly v zájmu lidí se zdravotním znevýhodněním (a jejich rodin) o terénní a ambulantní sociální služby, které mohou mezi kraji panovat a teoreticky odůvodnit nižší kapacitu služeb v některých regionech. Skutečnost, že mohou existovat určité regionální rozdíly v poptávce, ovšem rozhodně neznamená, že odlišnosti ve standardizované kapacitě těchto služeb můžeme automaticky označit za nepodstatné či irelevantní.
- 03/ Pokud kapacity terénních služeb poskytujících podporu lidem se zdravotním znevýhodněním a jejich rodinám dosahují v některých krajích o desítky úvazků nižších hodnot než v jiných nebo pokud jsou kapacity ambulantních služeb někde o desítky (či dokonce stovky) míst nižší než jinde, mohli bychom takovou situaci označit za bezproblémovou pouze tehdy, pokud by kraje s výrazně slabší sítí prokazatelně doložily, že u nich by vyšší kapacity nenašly využití.
- 04/ Z provedené analýzy dat se navíc ukázalo, že rozdíly mezi kraji jsou obrovské. Kraje, které se v posledních dvaceti letech věnovaly rozvoji terénních a ambulantních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním, mají v tuto chvíli již náskok v řádu desítek až stovek úvazků (či míst v ambulantních službách) před těmi, kde byl rozvoj výrazně slabší. Kapacity přepočtené na tisíc obyvatel jsou v nich třikrát až šestkrát vyšší. **Je velmi nepravděpodobné, že by v krajích se 3–6krát slabší sítí služeb (než jakou disponují jiné kraje) vyšší kapacity služeb nenašly využití** (tedy že by se nenašli lidé se zdravotním znevýhodněním a jejich rodiny, kteří by měli o služby zájem).
- 05/ **Přístup ke službám evidentně není rovný. Lidé se zdravotním znevýhodněním (a jejich rodiny), kteří měli to štěstí, že žijí ve správném kraji, mají prokazatelně lepší přístup ke službám než lidé v krajích, kde došlo k významné slabšímu rozvoji.**
- 06/ Z dat je zároveň zřejmá jistá „náhodnost“ v rozvoji služeb. Neplatí totiž, že by v jednom či několika krajích došlo ke všeobecnému rozvoji většiny podpůrných služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním a jejich rodiny. Například Kraj Vysočina má výrazně silnější síť denních stacionářů než velká část ostatních krajů, ale síť řady terénních služeb má naopak jednu z nejslabších. Došlo k tomu, že se v některých krajích rozvinul jeden určitý druh služeb na výrazně vyšší úroveň než ve zbytku Česka, zatímco v jiných krajích se rozvinul zase jiný typ služeb.
- 07/ Jediným regionem, kde konzistentně (napříč druhy služeb) vychází jedna z nejnižších kapacit v přepočtu na tisíc obyvatel, je Středočeský kraj. Určitou roli zde sice může hrát rychlý nárůst počtu obyvatel – ten za posledních dvacet let (mezi lety 2005 a 2025) stoupl o 27 % (z 1 milionu 158 tisíc na 1 milion 477 tisíc obyvatel). Ovšem kapacita řady druhů terénních i ambulantních služeb přepočtená na tisíc obyvatel je ve Středočeském kraji třikrát až šestkrát nižší než v některých jiných krajích. Tato nízká relativní kapacita evidentně není primárně důsledkem populačního růstu, ale toho, že v tomto kraji nedošlo k odpovídajícímu rozvoji služeb poskytujících podporu lidem se zdravotním znevýhodněním a jejich rodinám.²⁵ Navíc je potřeba vzít v potaz, že spolu s růstem počtu obyvatel současně dochází k navyšování příjmů kraje i obcí z rozpočtového určení daní (RUD). Výnosy Středočeského kraje z RUD stouply mezi lety 2015 a 2025 o 12 miliard Kč (ze 7,3 na 19,3 miliard Kč).²⁶
- 08/ Výraznou ilustrací nerovného přístupu ke službám je hlavní město Praha, která jako jediný kraj v České republice zřizuje a provozuje značnou část sociálních služeb pro lidi s postižením (zejména pobytových) mimo své administrativní území v jiných krajích. Tuto situaci vyhodnotil ve svém stanovisku ombudsman jako odporující zákonu o sociálních službách: „Tím Praha porušuje povinnost zajišťovat dostupnost sociálních služeb, kterou krajům ukládá zákon o sociálních službách.“²⁷

²⁵ Nárůst počtu obyvatel ve Středočeském kraji by musel činit 300–600 %, nikoli 27 %, aby byl důvodem, proč je v tomto kraji kapacita u řady druhů služeb o 300–600 % nižší než v jiných krajích.

²⁶ Viz data z Monitoru státní pokladny. Vývoj výnosů krajů z RUD v letech 2012 až 2025 je k dispozici v reportu přístupném pod tímto odkazem: https://monitor.statnipokladna.gov.cz/analyza/#query=uq_aef27694-61e6-478e-aa3c-5709ccd7d5b0.

²⁷ Podle § 95 písm. g) zákona o sociálních službách.

04 **Financování** služeb

V této kapitole jsou představena data, ze kterých vyplývá:

HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ / 7

Na podporu terénních a ambulantních služeb směřuje pouze menší část prostředků určených na sociální služby, a to jak ze státního rozpočtu, tak z rozpočtů krajů.

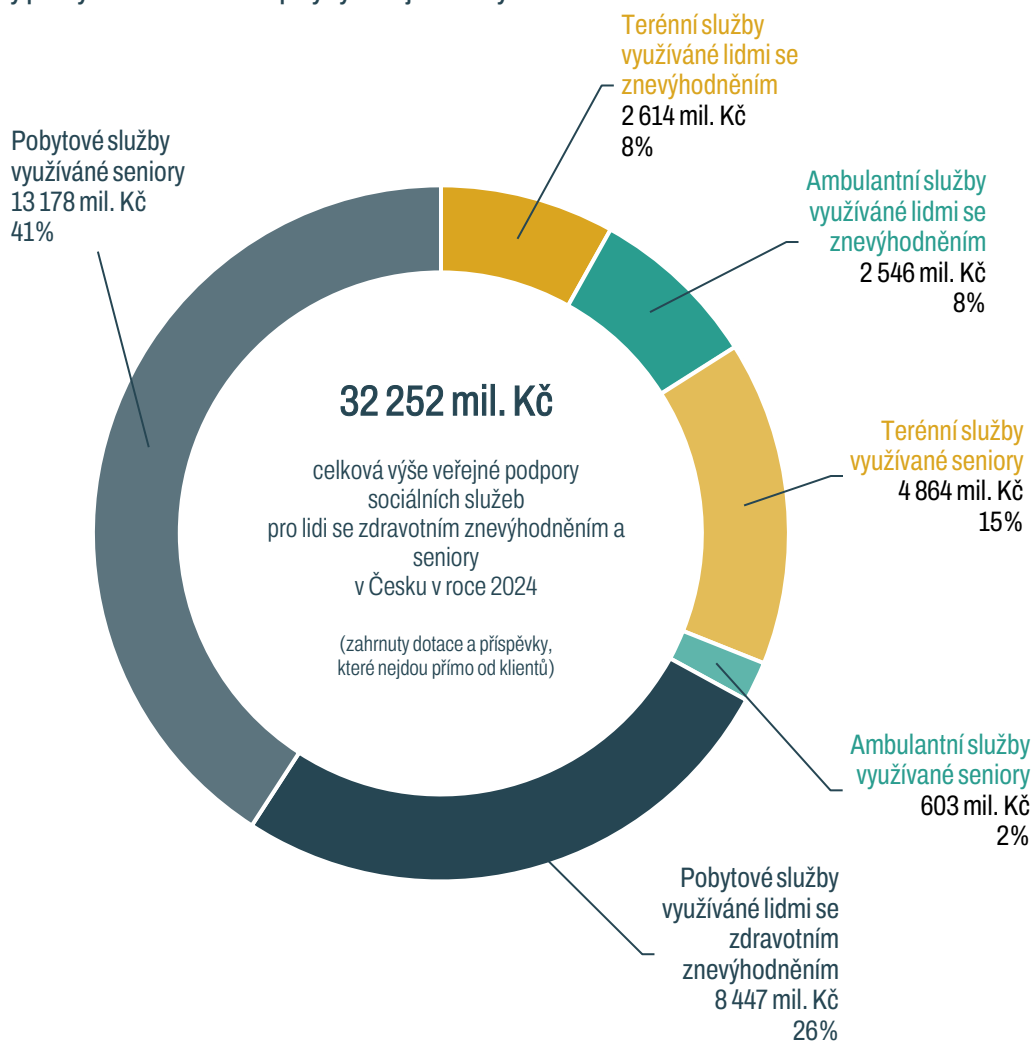
HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ / 8

V některých krajích terénní a ambulantní sociální služby využívané lidmi se zdravotním znevýhodněním dostávají až dvakrát vyšší finanční podporu než v jiných.

4.1 Globální pohled: Veřejná podpora všech sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním i seniory

- 01/ Celková výše veřejné podpory sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory v Česku v roce 2024 činila 32,25 mld. Kč. To představovalo 84 % celkové veřejné podpory všech sociálních služeb v ČR, která činila 38,28 mld. Kč. Dotace a příspěvky ve prospěch sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory činily 85 až 87 % z celkového objemu podpory v případě státního rozpočtu (přerozdělovaného kraji), kraj-
ských i obecních rozpočtů.
- 02/ Jak je patrné z grafu 21, největší část veřejné podpory sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory směřovala ve prospěch pobytových služeb pro seniory a pro lidi se zdravotním znevýhodněním (většina z nich slouží lidem se zdravotním postižením).
- 03/ Veřejná finanční podpora terénních a ambulantních služeb využívaných lidmi se zdravotním znevýhodněním či-
nila celkem 16 % z 32,25 mld. Kč. Graf 21 zároveň ukazuje, že větší část z celkového objemu veřejné podpory
směřovala na služby využívané seniory (58 %).
- 04/ Z grafu 21 je patrné, že financování je výrazně koncentrováno do pobytových služeb pro seniory. Objem podpory
těchto služeb představoval 41 % celkové veřejné podpory, tedy téměř stejně jako **všechny služby využívané lidmi
se zdravotním znevýhodněním** dohromady. Na ty připadlo 42 % celkového objemu prostředků.

Graf 21: Veřejná podpora sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory v ČR v roce 2024 podle formy poskytování a cílové skupiny využívající služby



4.2 Terénní a ambulantní vs. pobytové služby

- 01/ **Dvě třetiny** z celkového objemu dotací a příspěvků na sociální služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory ze státního rozpočtu, krajských i obecních rozpočtů plynou ve prospěch **pobytových služeb**.
- 02/ V případě sociálních služeb využívaných seniory jsou pobytové služby příjemcem dokonce 71 % z celkového objemu veřejné podpory.
- 03/ Ale i pro služby využívané lidmi se zdravotním znevýhodněním platí, že do podpory terénních a ambulantních služeb směřuje jen menší část z dotací a příspěvků.

Graf 22: Veřejná podpora sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory v ČR v roce 2024 podle cílové skupiny využívající služby a formy poskytování služby

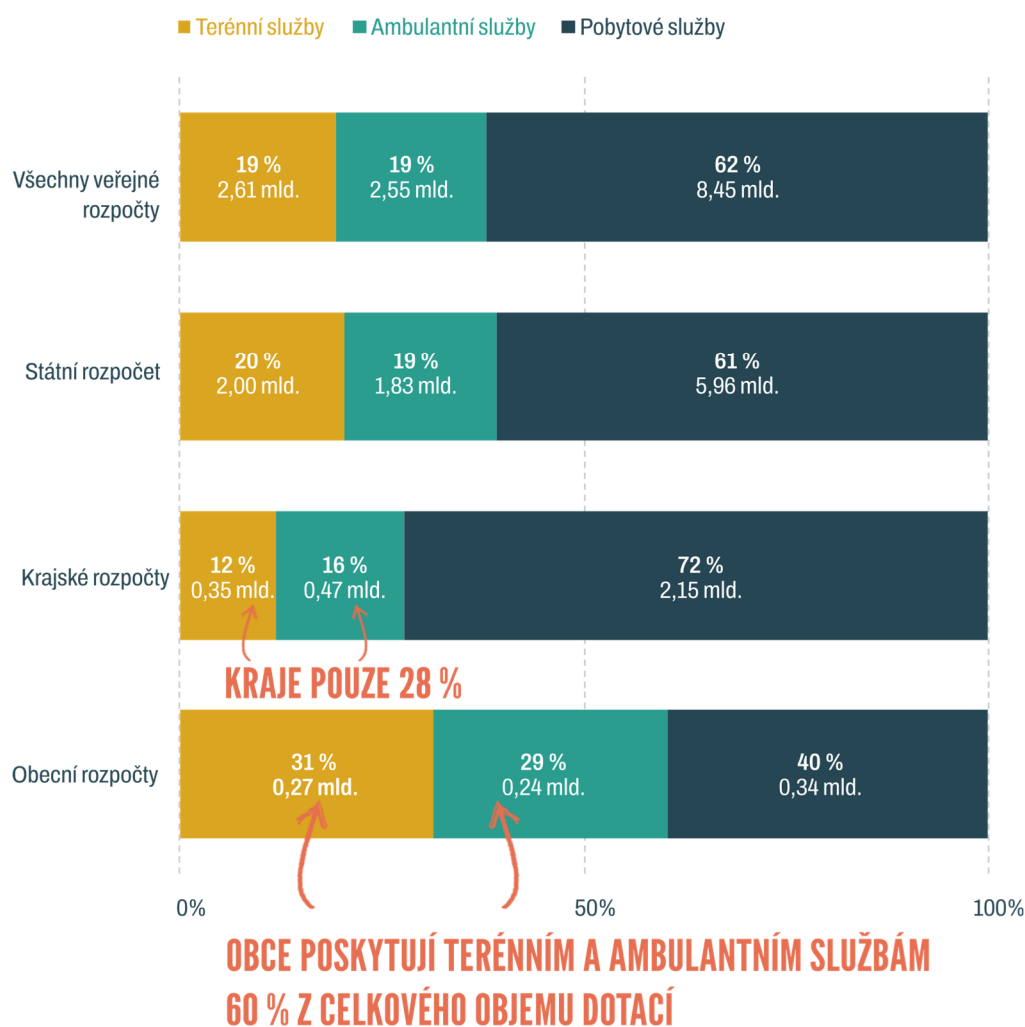
V grafu je zachycen celkový objem dotací a příspěvků ve prospěch sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory ze státního rozpočtu, krajských rozpočtů a obecních rozpočtů



4.3 Veřejná podpora sociálních služeb: Obce vs. kraje

- 01/ Mezi obcemi a kraji existují rozdíly v tom, jakou část z finančních prostředků vynakládáných na podporu sociálních služeb využíváných lidmi se zdravotním znevýhodněním přerozdělují ve prospěch terénních a ambulantních služeb, a jakou část ve prospěch služeb pobytových.
- 02/ Zatímco **obce poskytly ze svých rozpočtů 60 % dotací terénním a ambulantním službám, kraje na tyto služby vynaložily pouze 28 %**.
- 03/ Preference pobytových služeb před terénními a ambulantními formami podpory je patrná i v rozdělení prostředků ze státního rozpočtu. Přestože jde o státní dotace, jejich přerozdělení je z velké části svěřeno krajům, které rozhodují o podpoře jednotlivých druhů sociálních služeb. V roce 2024 proto směřovalo 61 % státních dotací určených na sociální služby využívané lidmi se zdravotním znevýhodněním do pobytových služeb. To ukazuje, že krajské nastavení priorit se promítá i do využití státních prostředků a dále posiluje převahu pobytových služeb nad podporou v terénní a ambulantní formě.²⁸

Graf 23: Veřejná podpora sociálních služeb, které jsou využívány lidmi se zdravotním znevýhodněním podle typu rozpočtu a formy poskytování služby v roce 2024



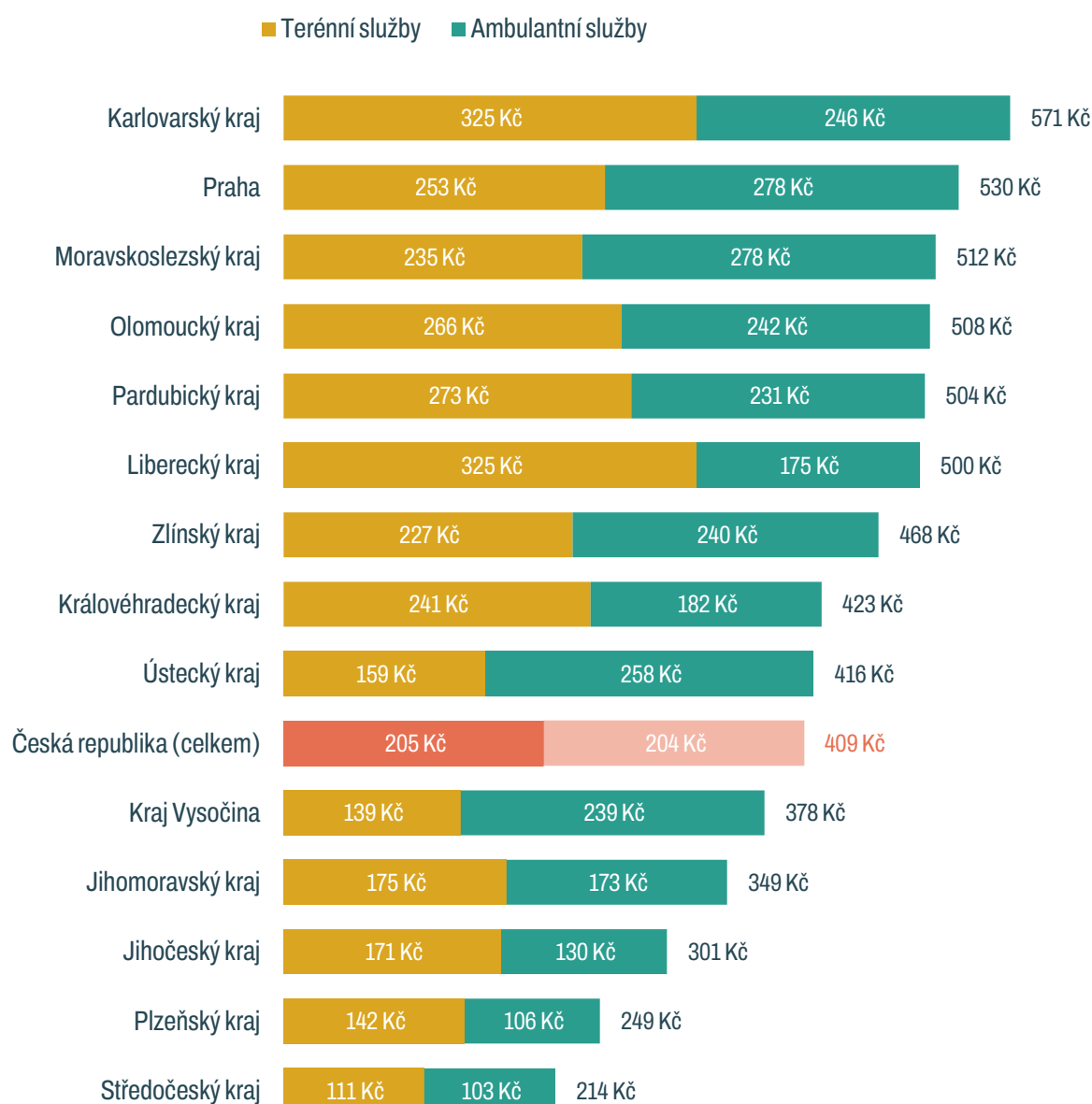
²⁸ Pokud se podíváme na to, jak kraje naložily s 21 mld. Kč ze státního rozpočtu, které přerozdělovaly v roce 2024 mezi sociální služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory, ukáže se, že ve prospěch pobytových služeb přerozdělily dokonce 69 % z celkového objemu prostředků ze státního rozpočtu (což je dáno tím, že v případě seniorů podporují kraje terénní a ambulantní služby ještě v menší míře než v případě lidí se zdravotním znevýhodněním).

4.4 Financování terénních a ambulantních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním v krajích

- 01/ Situace není ve všech krajích stejná.
- 02/ Pokud přepočteme finanční podporu terénních a ambulantních služeb v jednotlivých krajích ČR na jednoho obyvatele a rok, ukáže se, že v některých krajích terénní a ambulantní sociální služby využívané lidmi se zdravotním znevýhodněním dostávají **až dvakrát vyšší finanční podporu** než v jiných.

Graf 24: Veřejná podpora terénních a ambulantních služeb využívaných lidmi se zdravotním znevýhodněním v krajích v přepočtu na jednoho obyvatele v roce 2024

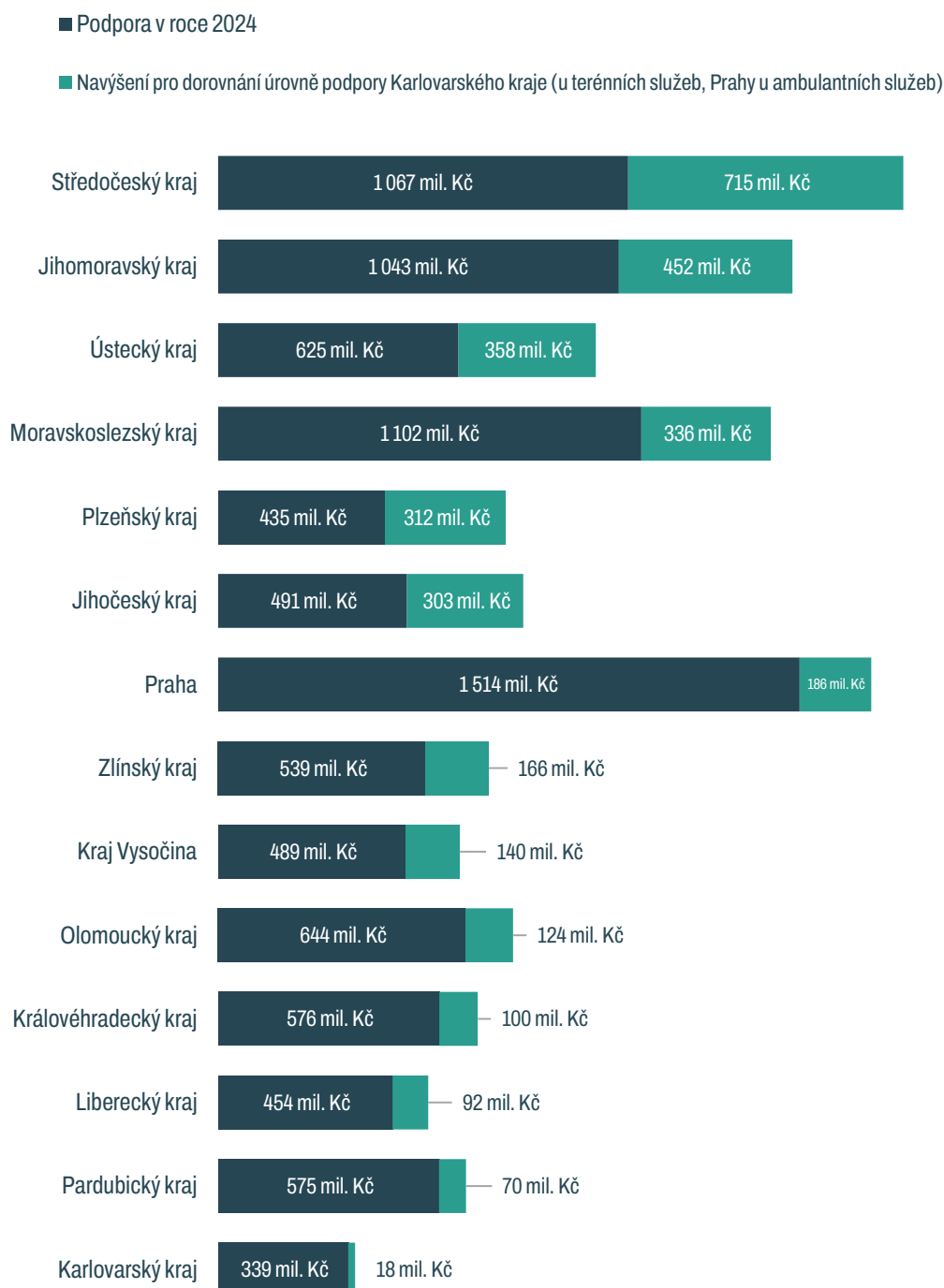
V grafu je zachycen úhrn prostředků poskytnutých terénním a ambulantním službám v roce 2024 ze všech prostředků, o kterých rozhoduje kraj (dotace ze státního rozpočtu podle zákona 106 a krajský rozpočet) a z obecních rozpočtů obcí na území kraje v přepočtu na jednoho obyvatele kraje (prostředky vynaložené na podporu pouze části z celkové kapacity služeb, kterou využívají lidé se zdravotním znevýhodněním, v případě služeb sloužících více cílovým skupinám).



- 04/ Z dat o veřejné podpoře terénních a ambulantních služeb využívaných lidmi se zdravotním znevýhodněním v přepočtu na jednoho obyvatele kraje je možné spočítat, jaká by měla být celková výše podpory těchto služeb v jednotlivých krajích, pokud by všechny regiony chtěly dosáhnout stejné částky v přepočtu na jednoho obyvatele jako Karlovarský kraj v případě terénních služeb (tj. 325 Kč na obyvatele a rok) a stejné částky jako Praha a Moravskoslezský kraj v případě ambulantních služeb (278 Kč na obyvatele a rok).
- 05/ Jak je patrné z grafu 25, v případě řady průměrně velkých krajů ve spodní části grafu (od Zlínského po Pardubický) by šlo o částky pohybující se kolem 100 mil. Kč. Nezbytné navýšení by dosahovalo přibližně 300 mil. Kč v případě Jihočeského a Plzeňského kraje – ty sice nepatří mezi největší kraje, ale terénní a ambulantní služby využívané lidmi se zdravotním znevýhodněním podporují relativně nejméně (viz graf 24) – a také v Moravskoslezském a Ústeckém kraji, které jsou lidnaté. Zdaleka nejvíce (o 700 mil. Kč) by měla být podpora navýšena ve Středočeském kraji, což není překvapivé vzhledem k tomu, že jde o velký kraj, který zároveň podporuje terénní a ambulantní služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním relativně nejméně ze všech krajů ČR.

Graf 25: Veřejná podpora terénních a ambulantních služeb v roce 2024 v krajích a navýšení podpory nezbytné pro to, aby se dostala na úroveň Karlovarského kraje (v případě terénních služeb) a Prahy a Moravskoslezského kraje (v případě ambulantních služeb)

Graf 25 zachycuje, o kolik by měla být navýšena podpora, aby se dostala na úroveň Karlovarského kraje v případě terénních služeb, tj. částku 864 Kč/rok na obyvatele), na úroveň Prahy v případě ambulantních služeb, tj. částku 532 Kč/rok na obyvatele

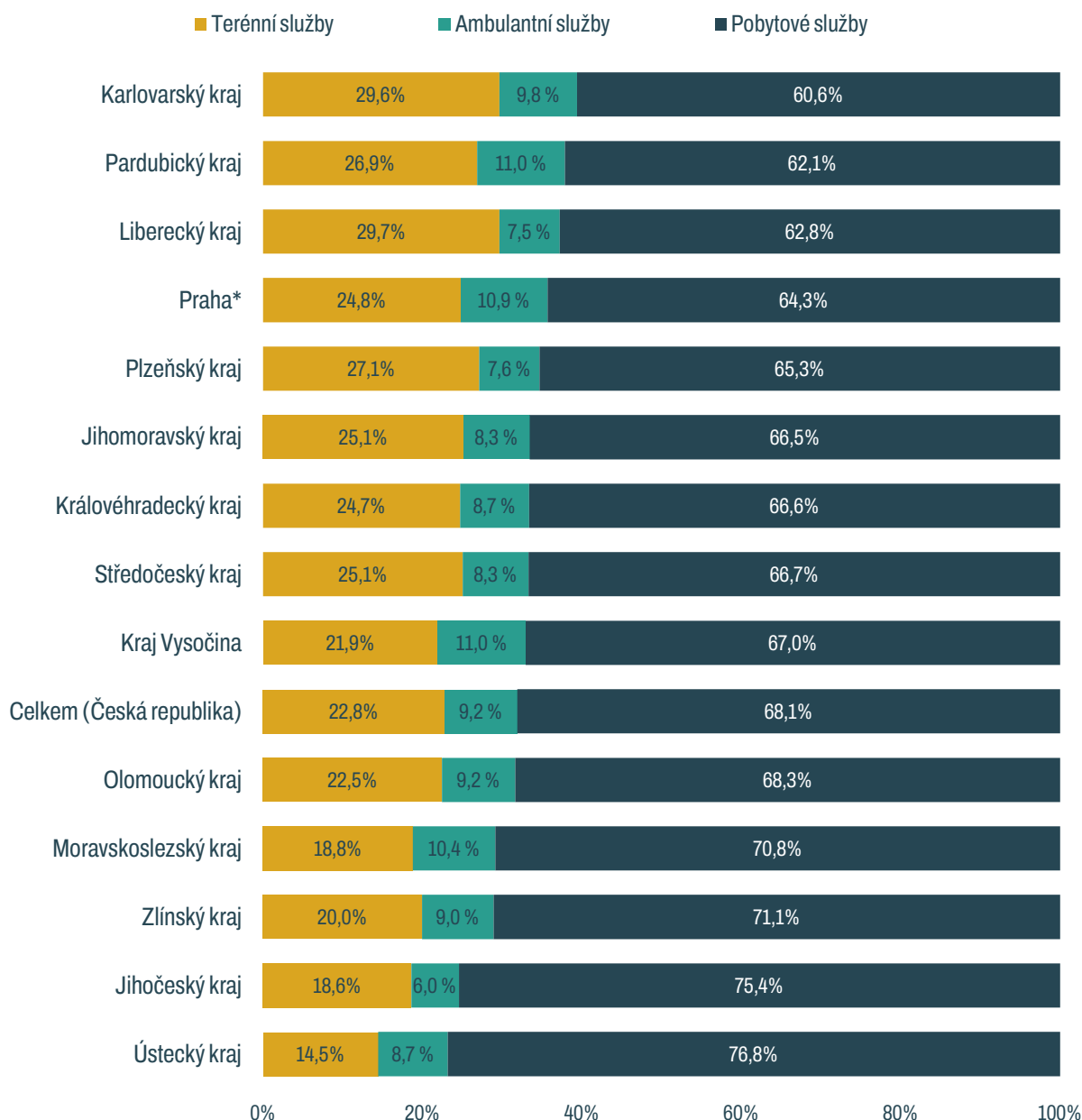


4.5 (Ne)zbytnost dotování pobytových služeb

- 01/ Z dat zveřejněných v *Analýze základních dat* je také možné spočítat, jaká část veřejné podpory sociálních služeb v jednotlivých krajích směřuje ve prospěch terénních a ambulantních služeb a jaká část ve prospěch služeb pobytových.
- 02/ Z grafu 26 je patrné, že mezi kraji existují i v tomto ohledu poměrně významné rozdíly. Zatímco v Karlovarském a Pardubickém kraji šlo na dotování pobytových služeb 61 % z celkového objemu dotací a příspěvků pro sociální služby pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory, v Jihočeském a Ústeckém kraji to bylo 75 až 77 %.
- 03/ Relativně nejvyšší podpora terénních služeb v Karlovarském kraji tedy není dána jen tím, že by celková míra podpory sociálních služeb v tomto kraji byla vysoká, ale tím, že v Karlovarském kraji směřuje větší část prostředků ve prospěch terénních a ambulantních služeb než v jiných krajích (v přepočtu na jednoho obyvatele kraje).

Graf 26: Veřejná podpora sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory v krajích v členění podle formy poskytování služby v roce 2024

Graf 26 zachycuje dotace ze státního rozpočtu přerozdělované mezi služby kraji a dotace a příspěvky z krajských a obecních rozpočtů (z obcí na území kraje) ve prospěch sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory v členění podle formy poskytování služby.



* Část z kapacity pobytových služeb financovaných Prahou se nachází mimo území hl.m. Praha.

4.6 Závěr: Všeobecná preference dotování pobytových služeb, ale velké rozdíly mezi kraji v podpoře terénních a ambulantních služeb

DOTOVÁNÍ POBYTOVÝCH SLUŽEB STÁLE NA PRVNÍM MÍSTĚ

- 01/ Z dat je zřejmé, že v rámci financování sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory převažuje dotování pobytových služeb.
- 02/ To platí zejména pro finanční prostředky, o kterých rozhodují kraje – tedy pro prostředky ze státního rozpočtu, které kraje přerozdělují mezi jednotlivé služby, a ještě výrazněji pro prostředky z krajských rozpočtů.
- 03/ Obce sice v případě sociálních služeb využívaných lidmi se zdravotním znevýhodněním podporují o něco více terénní a ambulantní služby než služby pobytové (v poměru 60 % vs. 40 % ve prospěch terénních a ambulantních), dotace a příspěvky z obecních rozpočtů ovšem představují pouze 6 % z celkového objemu veřejné podpory ve prospěch sociálních služeb využívaných lidmi se zdravotním znevýhodněním (0,85 miliardy z celkových 13,6 mld. Kč v roce 2024).

VELKÉ ROZDÍLY MEZI KRAJI V PODPOŘE TERÉNNÍCH A AMBULANTNÍCH SLUŽEB, KTERÉ VYUŽÍVAJÍ LIDÉ SE ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM (A JEJICH RODINY)

- 01/ Přestože dotování pobytových služeb převažuje nad podporou terénních a ambulantních služeb ve všech krajích ČR – včetně Karlovarského, kde je podpora terénních a ambulantních služeb relativně nejvyšší – ukázalo se, že mezi kraji panují významné rozdíly v tom, jaká podpora je těmto službám v přepočtu na jednoho obyvatele poskytována.
- 02/ Zatímco v Karlovarském kraji je to 571 Kč na obyvatele a rok, ve Středočeském kraji pouze 214 Kč na obyvatele a rok.
- 03/ Z dat je zřejmé, že podpora terénních a ambulantních služeb využívaných lidmi se zdravotním znevýhodněním v přepočtu na jednoho obyvatele nevychází v některých regionech jako výrazně nižší jen proto, že jde o lidnaté kraje, jakým je Středočeský. Obdobně nízkých hodnot jako Středočeský kraj dosahují například i Jihočeský a Plzeňský kraj, které velikostí nijak nevybočují a mají obvyklých 600–650 tisíc obyvatel.
- 04/ A naopak, jedné z nejvyšších hodnot podpory terénních a ambulantních služeb v přepočtu na obyvatele dosahuje Moravskoslezský kraj, který je druhým nejlidnatějším krajem v Česku (nepočítáme-li Prahu) a má téměř dvakrát více obyvatel než Jihočeský či Plzeňský kraj.
- 05/ Hlavním faktorem je evidentně to, že v některých krajích má podpora terénních a ambulantních služeb využívaných lidmi se zdravotním znevýhodněním (a jejich rodinami) větší prioritu než v jiných.

05 Transformace pobytových služeb pro lidi se zdravotním postižením

V této kapitole jsou představena data, ze kterých vyplývá:

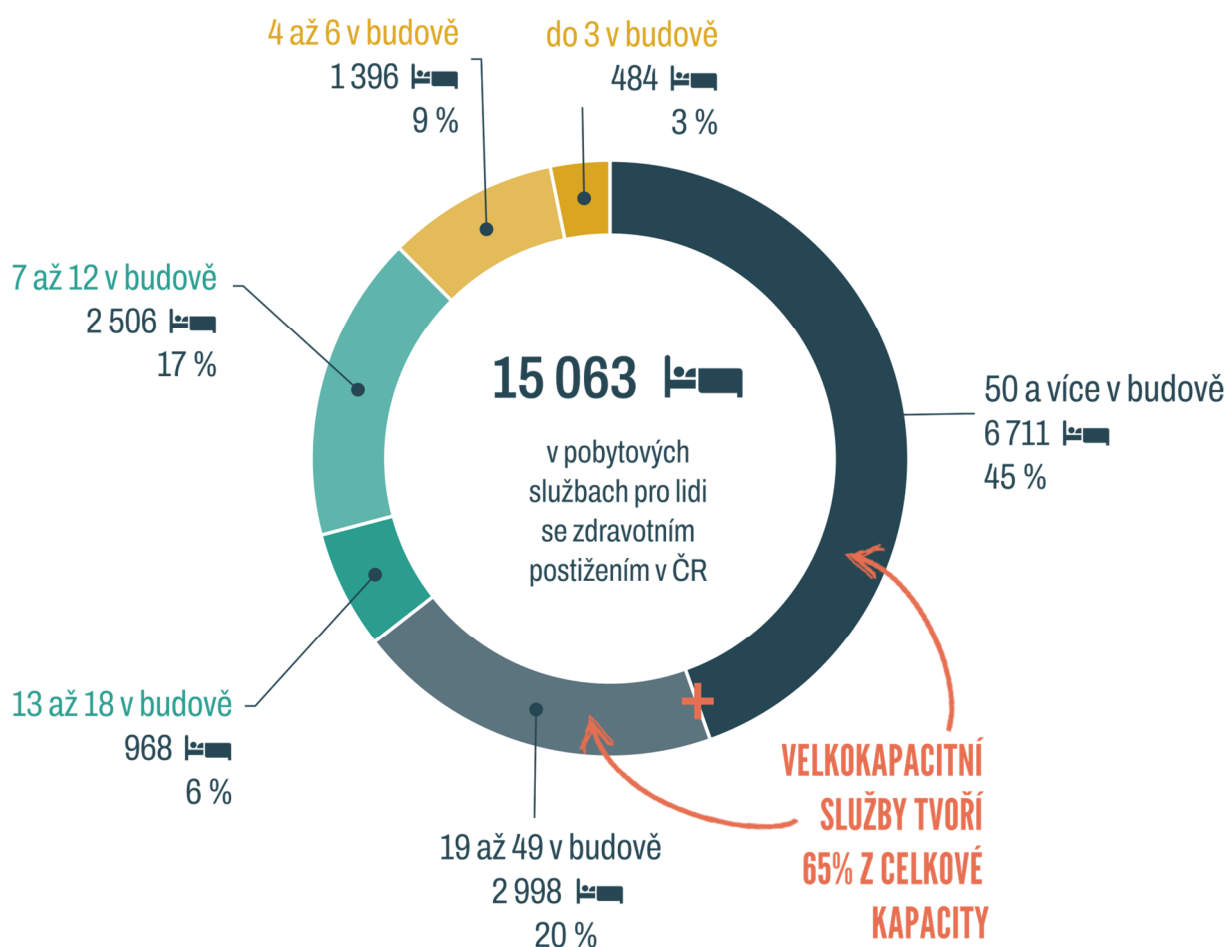
HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ / 5

Většinu z lůžkové kapacity pobytových služeb pro lidi se zdravotním postižením v ČR stále tvoří velkokapacitní zařízení.

5.1 Koncentrace lůžkové kapacity

- 01/ V *Analýze základních dat* je prezentována i lůžková kapacita pobytových sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory v členění podle toho, kolik lůžek se nachází v jedné budově (na stejné adrese). Z těchto dat je možné získat odpověď na otázku, do jaké míry dochází v rámci pobytových služeb ke koncentraci desítek klientů do jednoho objektu, a také přibližnou představu o tom, jakého pokroku se podařilo doposud dosáhnout v transformaci péče – tedy v přesunu kapacit z velkokapacitních zařízení ústavního typu do malých pobytových služeb v komunitě (běžné zástavbě).
- 02/ Pokrok v transformaci péče je důležité sledovat zejména v případě pobytových služeb pro lidi se zdravotním postižením s ohledem na práva, která jim garantuje Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, již je Česká republika signatářem.
- 03/ Celková lůžková kapacita pobytových služeb pro lidi se zdravotním postižením činí 15 tisíc míst (z toho více než 11 tisíc je v domovech pro osoby se zdravotním postižením a necelé čtyři tisíce v chráněném bydlení).
- 04/ Z dat vyplývá, že **dvě třetiny z této kapacity** jsou stále soustředěny do objektů, kde spolu žijí desítky až stovky klientů. V bytech v běžných bytových domech nebo v rodinných domech v běžné zástavbě (tedy v budovách, kde spolu žije maximálně šest klientů na stejné adrese) se nachází zatím **stále jen 12 % z celkové kapacity** pobytových služeb pro lidi se zdravotním postižením.

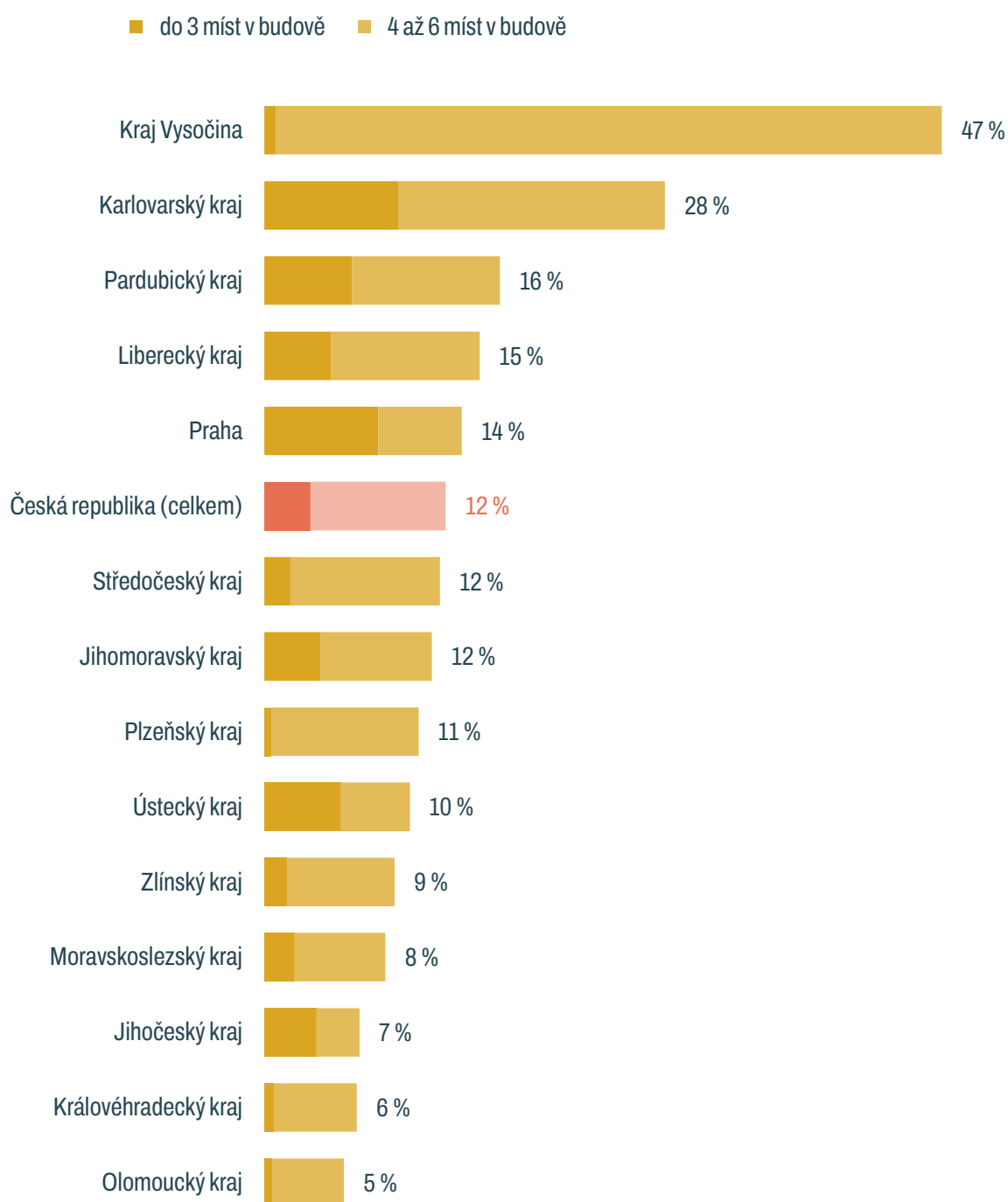
Graf 27: Kapacita pobytových sociálních služeb pro lidi se zdravotním postižením v ČR v členění podle toho, kde se nacházejí – zda jde o budovy (adresy), kde se koncentrují desítky míst, nebo jde o objekty s menší kapacitou, v roce 2024



5.2 Situace v krajích

- 01/ Mezi kraji existují velké rozdíly v tom, jak daleko pokročila transformace, respektive přesun kapacit do objektů, pro které platí, že na stejné adrese se nachází maximálně šest míst.
- 02/ Jak je vidět z grafu 28, zatímco v kraji Vysočina se nachází v malých objektech (typicky rodinných domech) **téměř polovina** z celkové lůžkové kapacity pobytových služeb pro lidi se zdravotním postižením, ve velké části z ostatních krajů je to pouze kolem 10 %, v některých dokonce jenom 5–7 %.

Graf 28: Podíl míst v pobytových sociálních službách pro lidi se zdravotním postižením v krajích, pro která platí, že na stejné adrese se nachází maximálně šest míst, na celkovém počtu míst v pobytových službách pro lidi se zdravotním postižením v kraji v roce 2024



5.3 Závěr: Nedostatečný a nerovnoměrný pokrok v transformaci

- 01/ Z prezentovaných statistik o tom, jaká část kapacit pobytových sociálních služeb pro lidi se zdravotním postižením byla přesunuta do objektů s menší lůžkovou kapacitou, nemůžeme získat komplexní ani zcela přesný obrázek o pokroku v transformaci (natož pak o pokroku v deinstitucionalizaci, která kromě přesunu kapacit z velkých zařízení zahrnuje také odklon od ústavní kultury poskytování služeb). Základní přibližnou představu však z těchto dat získat můžeme.
- 02/ Z dat je na první pohled zřejmé, že dosavadní pokrok v transformaci je:
- nedostatečný, většina klientů stále žije ve velkých objektech, pro které platí, že na jedné adrese jsou koncentrovány desítky lidí se zdravotním postižením;
 - značně nerovnoměrný, zatímco v některých krajích byla přesunuta do komunity (do běžné zástavby) významná část z kapacit, v jiných jen minimum.

Závěr

Zpráva o stavu sociální politiky a sociálních služeb ve vztahu k naplňování práva na nezávislý způsob života lidí se zdravotním znevýhodněním v ČR (Stále na začátku) došla k závěru, že „... stát i kraje nadále masivně podporují pobytové služby včetně ústavních“ a „i po 17 letech a několika desítkách miliard korun [je] česká transformace stále na začátku.“²⁹

K žádnému jinému závěru není možné dojít ani na základě dat prezentovaných v této analýze. Jak je vidět z tabulky 12, která shrnuje odpovědi na otázky, jež si kladla tato analýza, pro všech pět z pěti zkoumaných oblastí platí, že výsledky jsou pro Česko značně nelichotivé.

Tabulka 12: Hlavní závěry Analýzy stavu sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním (a seniory) v Česku

	Otázka	Co vyplynulo z analýzy dat
01	Jak vypadá poměr kapacit terénních a ambulantních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním (a seniory) oproti kapacitám pobytových služeb?	Kapacity pobytových sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním a seniory výrazně převažují nad kapacitami terénních a ambulantních služeb.
02	Jaké jsou kapacity komunitní i lůžkové dlouhodobé péče v Česku v porovnání se zahraničím ?	Kapacity komunitní dlouhodobé péče v Česku jsou výrazně nižší , než je obvyklé v mnoha jiných zemích. Lůžková kapacita dlouhodobé péče v ČR dosahuje jinde obvyklé hodnoty.
03	Jak je naplňováno právo lidí se zdravotním znevýhodněním na rovný přístup ke službám?	Mezi kraji panují výrazné rozdíly v kapacitě terénních i ambulantních služeb. Lidé se zdravotním znevýhodněním nemají rovný přístup ke komunitním službám.
04	Jak vypadá financování sociálních služeb pro lidi se zdravotním znevýhodněním (a seniory)?	Na podporu terénních a ambulantních služeb jde jen menší část z prostředků na sociální služby ze státního rozpočtu i z krajských rozpočtů. V některých krajích terénní a ambulantní sociální služby využívané lidmi se zdravotním znevýhodněním dostávají až dvakrát vyšší finanční podporu než v jiných .
05	Jakého pokroku bylo doposud dosaženo v transformaci pobytových sociálních služeb pro lidi se zdravotním postižením?	Dosavadní pokrok v transformaci je nedostatečný (většinu z lůžkové kapacity pobytových služeb pro lidi se zdravotním postižením v ČR stále tvoří velkokapacitní zařízení) a nerovnoměrný .

Na druhou stranu ale z analýzy zároveň vyplynulo, že **zdaleka všechno není tak černé**, jak by se mohlo zdát z tabulky s hlavními závěry.

Ukázalo, že **existují nejen malé ostrůvky, ale celé ostrovy pozitivní deviace**.

Z dat je zřejmé, že:

- 01/ Není nutné, aby pokračovala koncentrace lidí se zdravotním postižením do velkokapacitních zařízení. **V Kraji Vysočina** je již téměř **polovina** z celkové kapacity pobytových služeb pro lidi se zdravotním postižením v domech v **běžné zástavbě**.
- 02/ **Některým krajům**, jako například Libereckému, Karlovarskému či Pardubickému, se **podařilo rozvinout síť terénních sociálních služeb** využívaných lidmi se zdravotním znevýhodněním do té míry, že má dvakrát až třikrát vyšší kapacity než v jiných regionech. Přestože z toho nevyplývá, že by kapacita terénních služeb v těchto třech krajích byla již dostačující, je z toho patrné, že i za současných podmínek je možné v krajích s nízkými kapacitami dosáhnout jejich významného navýšení, a to na dvojnásobek až trojnásobek. Došlo by tím pouze k narovnání na úroveň, které již kraje se silnější sítí dosahují.

²⁹ PALEČEK, Jan, KOCMAN, David, VALIANOVÁ, Lada. Stále na začátku. Zpráva o stavu sociální politiky a sociálních služeb ve vztahu k naplňování práva na nezávislý způsob života lidí se zdravotním znevýhodněním v ČR [online]. (strana 9)
Praha: TUDYTAM. Dostupné z: https://abakus.cz/file/ke-stazeni/Stale_na_zacatku_Zprava_o_stavu_socialni_politiky_a_sluzeb_v_CR.pdf

- 03 / V jiných krajích zase nastal výrazný rozvoj ambulantních služeb, takže jejich kapacita je zde mnohokrát větší než jinde – příkladem může být Kraj Vysočina nebo Královéhradecký kraj v případě denních stacionářů.
- 04 / Nestalo se to náhodou. Je to dáno tím, že kraje se silnější sítí služeb přerozdělují ve prospěch terénních a ambulantních forem významně více finančních prostředků v přepočtu na jednoho obyvatele než kraje, kde jsou kapacity nízké. Ukazuje se, že **je možné poskytovat podstatně vyšší finanční podporu terénním a ambulantním službám, které využívají lidé se zdravotním znevýhodněním a jejich rodiny, než jaká je obvyklá v krajích se slabou sítí, aniž tím jsou ohroženy jiné funkce kraje.**
- 05 / **Cestou** přitom nemusí být jen navýšení celkové výše finanční podpory sociálních služeb (byť i to je nezbytné), ale je možné také **přerozdělit větší část existujících prostředků ve prospěch terénních a ambulantních služeb** na úkor služeb pobytových (jak to dělá např. Karlovarský kraj).

Přílohy

Příloha 1: Další zdroje dat (převzato z Analýzy základních dat)

VYÚČTOVÁNÍ DOTACE ZE STÁTNÍHO ROZPOČTU

Pro účely analýzy bylo ze strany MPSV zpracovateli poskytnuto vyúčtování toho, jak všechny kraje v ČR využily dotaci ze státního rozpočtu na poskytování sociálních služeb, tj. jakým způsobem v roce 2024 přerozdělily prostředky ze státního rozpočtu na poskytování sociálních služeb mezi jednotlivé sociální služby.

Toto vyúčtování bylo hlavním podkladem pro výpočet přesné výše podpory ze státního rozpočtu (dále „vyúčtování“), která není zatížena chybami, jež byla zaznamenána v případě dat o výnosech uváděných sociálními službami ve výkazu pro MPSV. Z analýzy dat z finančních výkazů, které vyplňují jednotlivé sociální služby a odevzdávají je MPSV, vyplynulo, že sociální služby poměrně často chybně vykazují prostředky ze státního rozpočtu přerozdělené v jejich prospěch krajským úřadem jako prostředky z krajského rozpočtu. Z porovnání dat z finančních výkazů MPSV a vyúčtování se ukázalo, že jde v úhrnu o více než 2,2 mld. Kč, které některé sociální služby chybně vykazují jako prostředky z krajského rozpočtu, přestože jde o prostředky ze státního rozpočtu přerozdělené v jejich prospěch krajem.

Díky tomu, že pro zpracování analýzy bylo k dispozici vyúčtování, bylo možné určit jak přesnou výši prostředků ze státního rozpočtu alokovaných ve prospěch sociálních služeb, tak správnou (opravenou) výši dotace z krajského rozpočtu.³⁰

TRANSAKČNÍ DATA Z MONITORU STÁTNÍ POKLADNY

Za účelem triangulace (ověření správnosti dat) byla využita transakční data z Monitoru státní pokladny. Ta zahrnují mimo jiné i informaci o tom, kolik prostředků věnovaly kraje ze svých (krajských) rozpočtů ve prospěch jednotlivých druhů sociálních služeb. Díky tomu bylo možné ověřit, že výše popsaná náprava chybného rozdělení prostředků ze státního a krajského rozpočtu některými sociálními službami a výpočet správné výše dotace z krajského rozpočtu byl proveden správně, jelikož opravená výše prostředků z krajského rozpočtu odpovídá částce, kterou poskytly sociálním službám kraje ze svého rozpočtu podle Monitoru státní pokladny.

ZÁKLADNÍ SÍŤ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB JEDNOTLIVÝCH KRAJŮ

Z analýzy dat z výkazu o budovách pobytových služeb vyplynulo, že některé služby duplicitně uvádějí kapacitu míst (lůžkovou kapacitu) v případě jedné budovy. Pro stanovení správné hodnoty kapacity pobytových služeb byla v některých případech využita informace o tom, jaká je celková lůžková kapacita jednotlivých služeb zahrnutých do základní sítě sociálních služeb v kraji (dále „základní síť“), kde se služba nachází (viz přílohu 3).

³⁰ Díky datům z vyúčtování bylo možné kalkulovat výši prostředků z krajského rozpočtu, která bude velmi pravděpodobně správná, protože pro data z finančních výnosů bude v 99 % případů platit následující: službou uváděná úhrnná výše dotace ze státního a krajského rozpočtu bude správná, chybavost nastává prakticky výhradně v otázce rozdělení prostředků mezi státní a krajský rozpočet, jelikož služby dostávají přerozdělené prostředky ze státního rozpočtu od kraje, a tudíž některé z nich (nepřekvapivě) chybně vykážou tyto prostředky jako krajské (služby nevykazují např. chybně státní rozpočet jako obecní nebo krajský jako obecní apod.). Správnou výši prostředků je tedy možné spočítat tak, že od celkové výše prostředků ze státního a krajského rozpočtu uváděné službou odečteme skutečnou (správnou) výši prostředků ze státního rozpočtu, kterou ve prospěch služby přerozdělil kraj (kterou známe z vyúčtování). Pokud např. služba uvedla, že obdržela 22 mil. Kč z krajského rozpočtu a 0 Kč ze státního rozpočtu, ale z vyúčtování dotace ze státního rozpočtu poskytnutého krajem víme, že kraj ve prospěch této služby přerozdělil 18 mil. Kč, můžeme se dopočítat k tomu, že ve skutečnosti služba obdržela ze státního rozpočtu 18 mil. Kč a z krajského rozpočtu 4 mil. Kč (rozdíl oproti službou uváděným 22 mil. Kč).

REGISTR POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Informace o kapacitě pobytové služby z Registru poskytovatelů sociálních služeb (dále „registr“) byla využita obdobně jako informace o základní síti. Tedy jako doplňkový zdroj dat pro stanovení přesné hodnoty kapacity míst, resp. lůžkové kapacity, jednotlivých budov v případech, kdy nebylo možné vycházet z údajů uvedených ve výkazu o budovách.

Příloha 2: Omezení a zátěž nepřesností (převzato z *Analýzy základních dat*)

Na rozdíl od analýz založených na výběrových šetřeních, která mají k dispozici data jen za část ze sociálních služeb (a to zpravidla poměrně malou), tato analýza netrpí omezenou reprezentativitou, respektive možnostmi zevšeobecňovat závěry.

Analýza je chybovostí ve výkaznictví zatížena pouze omezeně, protože hlavní zvolené ukazatele kapacity, tedy počet přepočtených úvazků v přímé práci a počet míst u pobytových služeb patří mezi indikátory s relativně nízkým rizikem chybného vykazování.

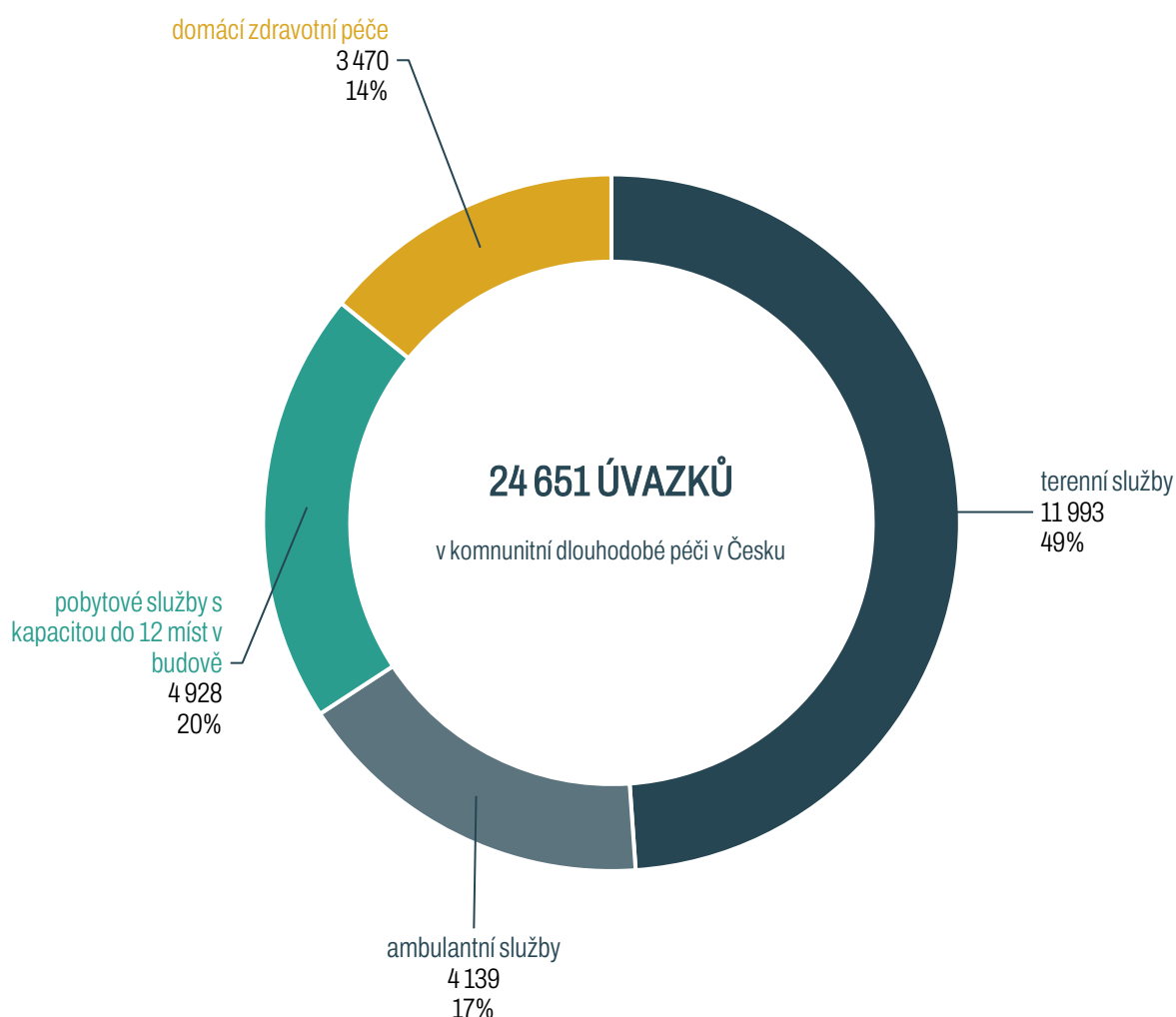
V případě finančních dat byla poměrně vysoká míra chybovosti ve vykazování výnosů ošetřena skrze využití dat z vyúčtování dotace poskytnuté kraji a triangulaci skrze Monitor státní pokladny. Je možné, že částky uvedené v kategorii „ostatní finance ze státního rozpočtu“ nezahrnují všechny platby ze sektoru zdravotnictví ve prospěch sociálních služeb (např. za výkony zdravotních sester v zařízeních). Tuto skutečnost je třeba vzít v potaz, byť v tomto případě nejde o financování sociálních služeb jako takových, ale o financování zdravotní péče v rámci sociálně-zdravotních služeb.

Dále mohou být zatížené určitou mírou nepřesnosti statistiky týkající se **počtu hodin poskytované podpory** (i z toho důvodu byl uplatněn jako primární indikátor kapacity počet úvazků v přímé práci). Současně je nicméně z tabulek prezentovaných v kapitolách 1.2 a 1.3 zřejmé, že mezi jednotlivými kraji nepanují (až na výjimky) výrazné rozdíly v průměrném počtu hodin poskytované podpory připadajících na jednoho klienta, z čehož vyplývá, že nepřesnost v počtu vykazovaných hodin pravděpodobně nebude kritická.

Příloha 3: Do mezinárodního srovnání zahrnuté kapacity komunitní dlouhodobé péče v Česku

- 01/ Jak je vidět z grafu 29, celková personální kapacita započítaná v rámci mezinárodního srovnání mezi kapacity komunitní dlouhodobé péče v Česku činila 24 651 úvazků.
- 02/ Pouze polovinu z toho tvořily kapacity terénních sociálních služeb, jak je vidět z grafu. Kromě pracovníků v ambulantních službách a domácí zdravotní péče byli také zahrnuti pracovníci v pobytových službách s kapacitou do dvanácti míst v budově. To bylo nezbytné pro zajištění mezinárodní srovnatelnosti dat, protože podle metodiky OECD jsou mezi komunitní dlouhodobou péčí („*home based long term care*“) počítány i kapacity v pobytových službách s kapacitou do 12 lůžek.

Graf 29: Personální kapacity (počty plných úvazků) komunitní dlouhodobé péče v ČR zahrnuté do mezinárodního srovnání (v roce 2024)



Příloha 4: Do mezinárodního srovnání zahrnuté kapacity lůžkové dlouhodobé péče v ČR

- 01/ Do mezinárodního srovnání bylo mezi kapacitu dlouhodobé lůžkové péče v ČR započítáno celkem 86 978 lůžek. Z toho 95 % (82 455) tvoří lůžková kapacita sociálních služeb.
- 02/ Největší část představují lůžka v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem.
- 03/ Z lůžkové kapacity zdravotních služeb započítané mezi dlouhodobou péčí tvoří největší část kapacita v nemocnicích následné (ošetřovatelské) péče následovaná léčebnami dlouhodobě nemocných.

Tabulka 13: Do mezinárodního srovnání zahrnuté kapacity lůžkové dlouhodobé péče v ČR v rámci systému sociálních služeb

Typ služby	Počet lůžek	Podíl
domovy pro osoby se zdravotním postižením	11 291	13,7 %
domovy pro seniory	35 257	42,8 %
domovy se zvláštním režimem	26 953	32,7 %
chráněné bydlení	4 563	5,5 %
odlehčovací služby	2 093	2,5 %
sociální rehabilitace	216	0,3 %
sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče	1 434	1,7 %
týdenní stacionáře	648	0,8 %
Celkem	82 455	100,0 %

Tabulka 14: Do mezinárodního srovnání zahrnuté kapacity lůžkové dlouhodobé péče v ČR v resortu zdravotnictví

Typ zdravotnického zařízení	Počet lůžek	Podíl
Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)	1 569	34,7 %
Nemocnice následné (ošetřovatelské) péče	2 425	53,6 %
LZ hospicového typu poskytující paliativní péči	529	11,7 %
Celkem	4 523	100,0 %

Zdroj: Vlastní analýza otevřených dat poskytovaných Ústavem pro zdravotnické informace a statistiky. Zdrojová data jsou dostupná zde: <https://data.gov.cz/datov%C3%A1-sada?iri=https%3A%2F%2Fdata.gov.cz%2Fzdroj%2Fdatov%C3%A9-sady%2F00024341%2Faa4c99d9f1480cca59807389cf88d4dc>

Jednota pro deinstitucionalizaci – JDI, z. s., září 2026

Vznik této publikace podpořil Abakus – Nadační fond zakladatelů Avastu

