

# Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR





**Institut pro sociální  
politiku a výzkum, z. s.**



Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky  
*Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic*

© Petr Wija, Pavel Bareš, Jan Žofka

© Institut pro sociální politiku a výzkum, z. s., Praha 2019

ISBN 978-80-907662-2-8



*Publikace vznikla díky finanční podpoře Ministerstva práce a sociálních věcí ČR  
z dotačního programu Podpora veřejně účelných aktivit seniorských a proseniorských  
organizací s celostátní působností.*

# Obsah

<b>1. Úvod</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Vymezení služeb dlouhodobé péče</b> .....	<b>7</b>
2.1 Vymezení služeb dlouhodobé péče.....	7
2.2 Vymezení analyzovaných sociálních služeb .....	10
2.3 Vymezení analyzovaných sociálních dávek.....	13
2.4 Vymezení zdravotnických služeb .....	14
2.5 Charakteristika použitých dat .....	15
<b>3. Potřebnost sociálních a zdravotních služeb v rámci území ČR</b> .....	<b>18</b>
3.1 Předpokládaný demografický vývoj ČR a jednotlivých krajů .....	18
3.1.1 Projekce obyvatelstva ČR do roku 2100 .....	19
3.1.2 Projekce obyvatelstva v krajích ČR do roku 2050.....	20
3.2 Vývoj zdravotního stavu a potřeba dlouhodobé péče .....	22
3.2.1 Zdravotní stav a východiska potřeby dlouhodobé péče .....	22
3.2.2 Vývoj psychiatricky nemocných .....	27
3.2.3 Vývoj úrazovosti podle věku .....	32
3.3 Příjemci sociálních dávek podmíněných zhoršeným zdravotním stavem .....	38
3.3.1 Příjemci příspěvku na péči .....	38
3.3.2 Příjemci příspěvku na mobilitu.....	42
3.3.3 Držitelé průkazů ZTP/P, ZTP a TP.....	43
3.3.4 Příjemci příspěvku na zvláštní pomůcku.....	45
<b>4. Uživatelé terénních a ambulantních sociálních služeb</b> .....	<b>47</b>
4.1 Celková charakteristika uživatelů sociálních služeb v ČR .....	47
4.2 Počet uživatelů sociálního poradenství .....	49
4.3 Počet uživatelů pečovatelské služby .....	52
4.4 Počet uživatelů služeb osobní asistence.....	54
4.5 Počet uživatelů odlehčovacích služeb .....	56
4.6 Počet uživatelů služeb tísňové péče.....	58
4.7 Počet uživatelů sociálně aktivizačních služeb .....	60
4.8 Počet uživatelů denních stacionářů .....	62
<b>5. Uživatelé domácí zdravotní péče</b> .....	<b>64</b>
5.1 Vývoj domácí zdravotní péče .....	64
5.2 Domácí zdravotní péče v krajích .....	66
<b>6. Uživatelé pobytových sociálních služeb</b> .....	<b>72</b>
6.1 Počet uživatelů týdenních stacionářů .....	72
6.2 Počet uživatelů chráněného bydlení .....	74
6.3 Počet uživatelů domovů pro seniory.....	76
6.4 Počet uživatelů domovů se zvláštním režimem .....	78
6.5 Počet uživatelů domovů pro osoby zdravotním postižením .....	80
<b>7. Uživatelé lůžkové dlouhodobé péče ve zdravotnictví</b> .....	<b>82</b>
7.1 Uživatelé následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péče dle druhu poskytovatele.....	82
7.2 Vývoj následné dlouhodobé lůžkové zdravotnické péče v letech 2007-2017 .....	86
7.3 Následná dlouhodobá lůžková zdravotnická péče dle věku a pohlaví .....	90
7.4 Následná dlouhodobá lůžková zdravotnická péče dle kategorie zdravotního stavu pacienta ....	91
<b>8. Poskytovatelé sociálních služeb v krajích</b> .....	<b>94</b>
8.1 Sociální poradenství .....	96

8.2	Pečovatelská služba.....	99
8.3	Osobní asistence .....	100
8.4	Odlehčovací služby .....	102
8.5	Tísňová péče .....	104
8.6	Sociálně aktivizační služby .....	106
8.7	Denní stacionáře .....	108
8.8	Týdenní stacionáře .....	112
8.9	Chráněné bydlení .....	115
8.10	Domovy pro seniory .....	117
8.11	Domovy se zvláštním režimem .....	120
8.12	Domovy pro osoby se zdravotním postižením.....	124
8.13	Naplněnost pobytových sociálních služeb.....	128
8.14	Neuspokojené žádosti ve vztahu k počtu uživatelů vybraných sociálních služeb.....	132
<b>9.</b>	<b>Poskytovatelé dlouhodobé péče ve zdravotnictví .....</b>	<b>139</b>
9.1	Domácí zdravotní péče .....	141
9.2	Léčebny dlouhodobě nemocných .....	141
9.3	Nemocnice následné péče.....	142
9.4	Psychiatrické léčebny .....	142
9.5	Hospice .....	143
9.6	Rehabilitační ústavy .....	143
9.7	Zařízení pro léčbu drogových závislostí.....	144
9.8	Výdejny zdravotnických prostředků .....	144
<b>10.</b>	<b>Vývoj počtu lůžek následné a dlouhodobé péče dle druhu poskytovatele .....</b>	<b>145</b>
<b>11.</b>	<b>Návaznost sociálních a zdravotních služeb: propuštění pacienti a navazující péče .....</b>	<b>150</b>
<b>12.</b>	<b>Počet zemřelých podle místa úmrtí .....</b>	<b>178</b>
12.1	Zemřelí doma .....	179
12.2	Zemřelí v zařízení sociálních služeb.....	180
12.3	Zemřelí v lůžkových zdravotnických zařízeních.....	180
<b>13.</b>	<b>Vývoj následné a dlouhodobé zdravotní péče v krajích.....</b>	<b>181</b>
13.1	Rozdíly v poskytované a čerpané péči v krajích .....	182
13.2	Rozdíly v dostupnosti péče podle druhu zařízení v krajích.....	185
13.3	Mezikrajská migrace pacientů za péčí .....	187
13.4	Rozdíly v charakteristikách následné a dlouhodobé zdravotní péče v krajích a okresech .....	189
<b>14.</b>	<b>Pracovníci sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče .....</b>	<b>195</b>
14.1	Pracovníci ve zdravotnictví .....	195
14.2	Pracovníci domácí zdravotní péče.....	201
14.3	Pracovníci lůžkové následné a dlouhodobé péče ve zdravotnictví .....	205
14.4	Pracovníci sociálních služeb.....	208
<b>15.</b>	<b>Vývoj výdajů na vybrané dávky podmíněné zdravotním stavem .....</b>	<b>220</b>
15.1	Vývoj výdajů na příspěvek na péči .....	220
15.2	Výdaje na příspěvek na mobilitu.....	222
15.3	Výdaje na příspěvek na zvláštní pomůcku .....	224
<b>16.</b>	<b>Vybrané údaje o výdajích na sociální služby dlouhodobé péče .....</b>	<b>226</b>
16.1	Dotace krajů na sociální služby .....	226
16.1.1	Dotace krajů na pečovatelskou službu a osobní asistenci .....	226
16.1.2	Dotace krajů na denní a týdenní stacionáře .....	228
16.1.3	Dotace krajů na chráněné bydlení, sociální poradenství, odlehčovací služby a sociálně aktivizační služby.....	228

16.1.4 Dotace krajů na domovy pro seniory.....	230
16.1.5 Dotace krajů na domovy se zvláštním režimem.....	231
16.1.6 Dotace krajů na domovy pro osoby se zdravotním postižením .....	231
16.1.7 Celková výše dotací krajů na analyzované sociální služby .....	232
16.1.8 Výše krajských dotací pro jednotlivé sledované sociálních služeb celkem .....	233
16.2 Dotace obcí na sociální služby .....	234
<b>17. Přílohy .....</b>	<b>237</b>
17.1 Klasifikace druhů zdravotnických zařízení .....	237
17.2 Klasifikace způsobu ukončení hospitalizace .....	238
17.3 Klasifikace potřeby další péče po propuštění .....	239
17.4 Kategorie pacienta určující jeho stav a potřebu péče .....	240
17.5 Zkratky .....	240
17.6 Zdroje dat a reference .....	241
<b>18. O autorech.....</b>	<b>243</b>

## 1. Úvod

Oblast dlouhodobé péče narůstá na významu v souvislosti se stárnutím populace a růstem počtu osob s potřebou podpory v důsledku snížené soběstačnosti a potřebou zdravotní péče. Dlouhodobá péče s větší či menší mírou potřeby kvalifikované zdravotní péče je poskytována jak v zařízeních sociálních služeb, tak ve zdravotnických zařízeních. Součástí péče o osoby s komplexními potřebami je osobní péče („*personal care*“), respektive „přímá péče“, která je většinou chápána jako sociální služba, a ošetrovatelská, paliativní a další zdravotní péče. V realitě je tak dlouhodobá péče multiprofesní a mezioborová. Na významu přitom nenarůstá jenom „integrace“ zdravotní péče a sociálních služeb, ale také integrace péče a podpory zdraví („*public health*“).

S potřebou poskytování sociálních a zdravotních služeb ve vzájemné synergii a návaznosti roste i potřeba plánování, koordinace a monitorování těchto služeb, včetně zohledňování kapacit a zdrojů napříč jednotlivými službami a poskytovateli. Tato analýza proto mapuje kapacity, služby a zdroje v sociálních a zdravotních službách v regionální a územní perspektivě s důrazem na diferenciaci na úrovni krajů, v dílčích případech i na úrovni obcí s rozšířenou působností.

Mezi hlavní priority v oblasti dlouhodobé péče („*long-term care*“) patří dostupnost potřebného spektra služeb dlouhodobé péče, které zahrnují různé druhy sociálních a zdravotních služeb. Pro uspokojení rostoucí potřeby „formální“ i „neformální“ dlouhodobé péče hraje významnou roli vývoj zdravotního stavu a demografický vývoj, stabilní a udržitelné financování a dostatek kvalifikovaných pracovníků. Demografický vývoj hraje dvojí roli, a to jednak jako faktor poptávky po dlouhodobé péči, tak jako faktor jejího uspokojení (nabídky), a to jak prostřednictvím neformální péče (rodiny) a její dostupnosti, tak prostřednictvím profesionální péče (rostoucí role migrace v některých sektorech a profesích zdravotních a sociálních služeb v Evropské unii).

Publikace se proto zaměřuje na analýzu vývoje a trendů **v pěti klíčových oblastech**: 1) Demografický vývoj a zdravotní stav, 2) Dávky podmíněné zdravotním stavem (příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, průkazy osob se zdravotním postižením, příspěvek na zvláštní pomůcku), 3) Poskyvatelé a kapacity sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče (pečovatelská služba, osobní asistence, domácí zdravotní péče, pobytové sociální a zdravotní služby atd.), včetně výdajů na vybrané sociální služby, 4) Uživatelé sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče a 5) Vybrané profese dlouhodobé péče.

Předkládaná publikace v úvodu shrnuje základní charakteristiky demografického vývoje a nabízí vybrané údaje o zdravotním stavu. Stěžejním ukazatelem potřebnosti dlouhodobé péče je míra disability a potřeba péče a podpory v každodenním životě. Tu odrážejí zejména dávky podmíněné zhoršeným zdravotním stavem, kterými jsou vedle pojistných dávek (zejména invalidní důchody) nepojistné dávky, které jsou financovány ze státního rozpočtu. Jedná se hlavně o příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, průkazy osob se zdravotním postižením nebo příspěvek na zvláštní pomůcku.

Další kapitoly, jak bylo naznačeno výše, se zaměřují na analýzu využívání jednotlivých sociálních a zdravotních služeb, jejich kapacity a naplněnost. V přílohách pak čtenář nalezne podrobnější vysvětlení a specifikaci zdrojů dat, zejména v rámci Národního informačního zdravotnického systému (NZIS), tj. klasifikace zdravotnických dat a zařízení, na které se publikace zaměřuje.

Publikace tak představuje pokus o ucelenou sondu a deskripci klíčových služeb dlouhodobé péče v integrovaném pojetí zahrnujícím „dlouhodobou péči“ poskytovanou v systému sociálních služeb i zdravotnictví.

## 2. Vymezení služeb dlouhodobé péče

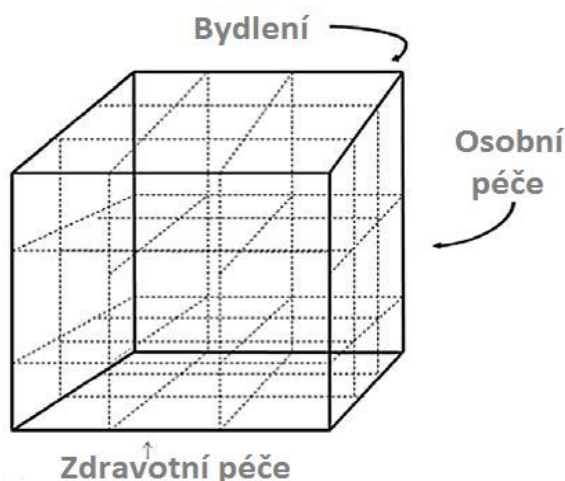
### 2.1 Vymezení služeb dlouhodobé péče

Cílem dlouhodobé péče je „... zachování co nejvyšší možné kvality života v souladu s individuálními preferencemi a co nejvyšší míry nezávislosti, autonomie, participace, osobního naplnění a důstojnosti“ (WHO, 2002). Dlouhodobá péče („*long-term care*“ – LTC) je definována jako soubor služeb určený osobám se sníženou mírou funkční, fyzické nebo kognitivní, kapacity, které jsou po delší časové období závislé na pomoci se základními činnostmi každodenního života („*activities of daily living*“, ADL). Tato „osobní“ složka péče je často poskytována v kombinaci se základní zdravotní péčí, která zahrnuje „ošetřovatelskou péči“ (např. ošetřování ran, léčba bolesti, předepisování a podávání léků, monitorování zdravotního stavu) a také prevencí, rehabilitací nebo paliativní péčí.

**Schéma: Kontinuum forem péče a služeb (domácí, ambulantní, pobytová, sociální, zdravotní atd.)**

Forma / systém	Domácí (terénní)	Ambulantní	Pobytové
<b>Sociální</b>	Pečovatelská služba Osobní asistence Odlehčovací služby Tísňová péče Podpora samostatného bydlení Sociálně aktivizační služby atd.	Denní stacionář Odlehčovací služby Sociálně aktivizační služby	Týdenní stacionáře Domovy pro seniory Odlehčovací služby Chráněné bydlení Domovy se zvláštním režimem Domovy pro osoby se ZP apod.
<b>Zdravotní</b>	Domácí péče	Ambulantní péče (psychiatrie, chirurgie, geriatrie atd.)	LDN, psychiatrické léčebny, hospice atd.

**Schéma: Koncepční model dlouhodobé péče**



Zdroj: Kane, L. R. *The Gerontologist*, 2015

Vedle osobní péče mohou služby dlouhodobé péče zahrnovat také pomoc s dalšími aktivitami nezbytnými pro zajištění soběstačnosti jako je pomoc v péči o domácnost nebo pomoc s tzv. instrumentálními aktivitami denního života („*instrumental activities of daily living*“, IADL) (OECD, 2005, 2011, 2013).

Integrální součástí dlouhodobé péče je bydlení v přirozené komunitě, nebo bydlení poskytované v rámci residenční péče (Kane, 2015)<sup>1</sup>. Poskytování dlouhodobé péče vyžaduje spojení bydlení (ubytování a strava), osobní péče a lékařské péče, většinou léčbu chronických nemocí. Každý příjemce péče může být definován jedinečnou pozicí v této matici (viz schéma níže). Tento „balíček“ služeb by měl být přizpůsoben

preferencím a osobním hodnotám příjemce péče. Tyto tři prvky či pilíře dlouhodobé péče mohou být financovány odlišným způsobem a zahrnovat různou míru solidarity a finanční „spoluúčasti“ (přímých

<sup>1</sup> Robert L. Kane; A New Long-Term Care Manifesto, *The Gerontologist*, Volume 55, Issue 2, 1 April 2015, Pages 296–301, <https://doi.org/10.1093/geront/gnv010>

plateb příjemce péče). Otázku financování nelze přehlížet, nicméně je v modelu péče modifikujícím faktorem, spíše než hlavním tématem.

### **Od prevence k rehabilitaci, od péče ke zdraví**

Dlouhodobá péče jako činnost je inherentní a nedělitelnou součástí řady zdravotních a sociálních služeb a je tak poskytována v různých zařízeních napříč sociálním a zdravotním systémem (a mimo tento systém, tj. zejména v rámci rodinných a mezigeneračních vztahů a vazeb). Na široké pojetí „dlouhodobé péče“, jako oblasti sociální a zdravotní politiky poukazuje také definice Světové zdravotnické organizace (WHO), podle které „*dlouhodobá péče zahrnuje širokou škálu komunitních služeb – podporu a ochranu zdraví („public health“), primární péči, domácí péči, rehabilitační služby a paliativní péči a také pobytovou (residenční) péči v ošetrovatelských domovech („nursing homes“) a hospicích. Vztahuje se také k terapii, která zastavuje vznik nemoci a disability nebo vede k navrácení zdraví.*“ (WHO 2002).

Téma dlouhodobé péče je datově obtížně uchopitelné, protože zahrnuje služby a péči poskytovanou v různých druzích zařízení a služeb ve zdravotnictví, sociálních službách a v rámci rodiny a dalších blízkých vztahů. Z hlediska mezinárodního vychází data o uživatelích, pracovnících, službách a výdajích na dlouhodobou péči z metodiky a definic vymezených v systému zdravotnických účtů („*System of Health Accounts*“, *SHA*)<sup>2</sup> v revizi z roku 2011. Tyto definice jsou využívány také v rámci zdravotnické statistiky a publikací OECD k dlouhodobé péči (*OECD health data*).<sup>3</sup> V ČR byly vybrané výstupy a definice OECD zveřejněny v publikaci „*Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD*“ (ÚZIS 2012).<sup>4</sup> Data o systému zdravotnických účtů, včetně oblasti dlouhodobé péče v souladu s touto metodikou publikuje Český statistický úřad na základě příslušných resortních dat (viz *Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010 – 2017*)<sup>5</sup>. Metodika definuje dlouhodobou péči „domácí“ i „ústavní“, péči formální i neformální (viz níže).

**Formální péči** je dle metodiky (ČSÚ 2019) myšlena dlouhodobá odborná ošetrovatelská péče poskytovaná ve specializovaných ústavech či přímo domácnostech uživatelů. Formální péče je založena na nakupování služeb.

**Neformální péče** není zajišťována žádným zvláštním zařízením, ale je poskytována především příbuznými či osobami blízkými. Tato kategorie je neplacená, avšak osoba, která neformální péči poskytuje, může dostávat peníze formou státních příspěvků pro poskytovatele neformální péče nebo přímo od osoby, které je péče poskytnuta. Pro ilustraci průniku formální a neformální péče pro účely statistiky zdravotnických účtů uvádíme níže.

<sup>2</sup> Viz OECD, Eurostat, WHO (2011), *A System of Health Accounts*, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264116016-en, <https://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf>

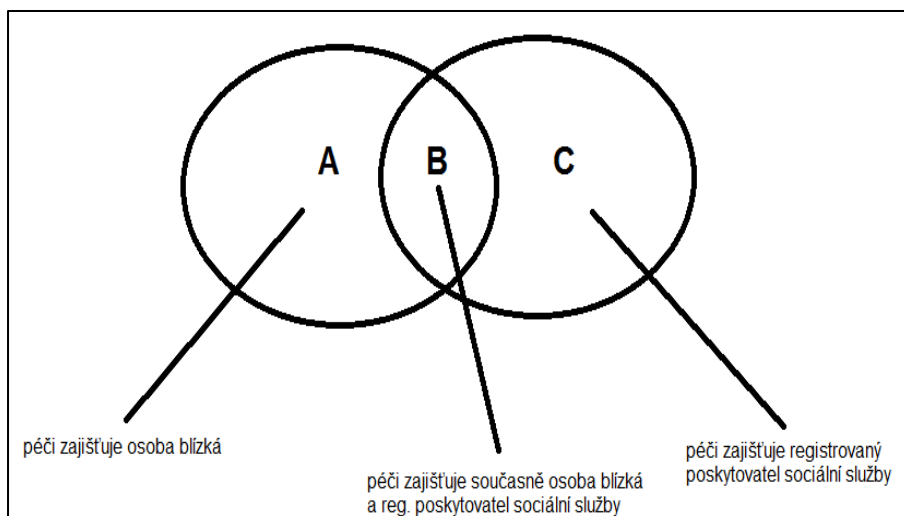
<sup>3</sup> Viz údaje a publikace o dlouhodobé péči na stránkách OECD, <https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>

<sup>4</sup> Viz Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD <http://uzis.cz/autori/Wija%20Petr/Dom%C3%A1c%C3%AD-zdravotn%C3%AD-p%C3%A9%C4%8De>

<sup>5</sup> Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010 – 2017, online <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-7luhzp32ax>



### Schéma: Průnik mezi formální a neformální péčí<sup>6</sup>



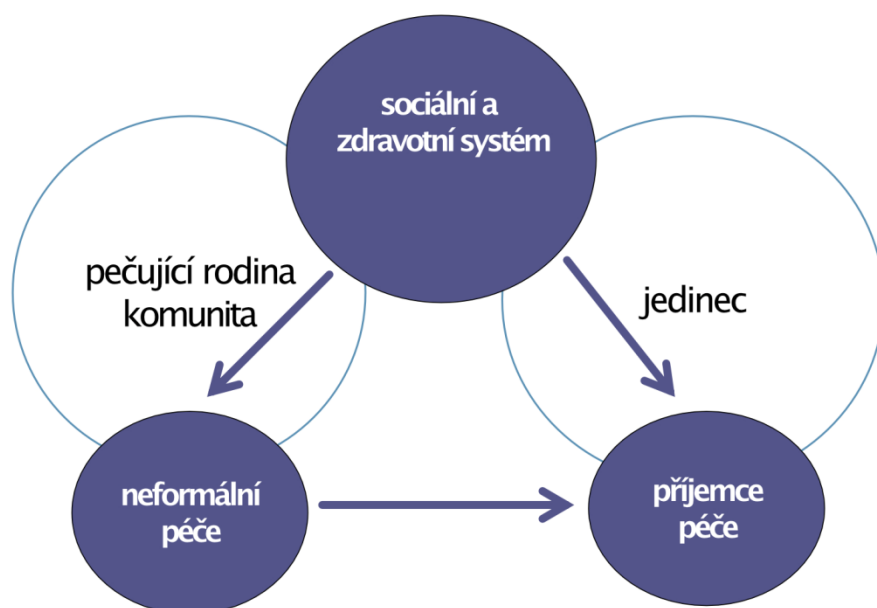
Pro správné vykazování výdajů na příspěvek na péči v manuálu SHA 2011 představují jednotlivé množiny a jejich průnik:

- Množina „A“ – průnik „B“ = péče je zajišťována výhradně osobou blízkou (v domácnosti příjemce příspěvku),
- Množina „C“ – průnik „B“ = péče je zajišťována výhradně registrovaným poskytovatelem sociální služby (zpravidla v zařízení sociálních služeb),
- Průnik „B“ – současné poskytování péče osobou blízkou i registrovaným poskytovatelem sociálních služeb (zpravidla v domácnosti příjemce příspěvku). U této kombinace však není sledováno (není po příjemcích vyžadováno) proporční rozdělení výše vyplaceného příspěvku (nebo rozsahu poskytované péče) mezi jednotlivé způsoby využití.

Výše uvedené ukazuje obtížnost datového vymezení široké problematiky dlouhodobé péče a jejich klíčových aspektů (financování, kapacity, pracovníci atd.) vzhledem k prolínání formální a neformální péče a souběžného využívání sociální a zdravotní péče osobami s potřebou „dlouhodobé péče“. V následujících kapitolách proto uvádíme vymezení dlouhodobé péče a jednotlivých sociálních a zdravotních služeb analyzovaných v této publikaci a vymezení dostupných zdrojů dat, které byly za tímto účelem využity, včetně vymezení dlouhodobé péče v systému zdravotnických služeb. Vymezení „dlouhodobé péče“ v rámci současných resortních zdravotnických a sociálních statistik je nutně selektivní a aproximativní z důvodu fakticky kontinuálního a intermitentního poskytování akutní, následné a dlouhodobé péče a neostrých přechodů a mobility pacientů mezi jednotlivými segmenty a druhy zdravotní péče a sociálních služeb.

<sup>6</sup> ČSÚ (2016) Základní rozdíly mezi původní metodikou SHA 1.0 a novou metodikou SHA 2011. Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010-2015 (Revize) <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2010-2015-revize>

## Schéma: Kvalita a poskytování formální a neformální péče



Zdroj: Wija (2012)

### 2.2 Vymezení analyzovaných sociálních služeb

V kontextu této analýzy jsme se zaměřili zejména na služby sociální péče a sociální poradenství a na služby, jejichž uživateli jsou převážně nebo ve významné míře senioři a služby, které podporují setrvání uživatele v jeho domácím přirozeném prostředí, přirozeném bydlení a podporují péči v rámci rodiny ze strany blízkých osoby.

Podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou základní druhy (§ 32) sociálních služeb a) sociální poradenství, b) služby sociální péče, c) služby sociální prevence. Sociální služby se poskytují formou (§ 33) pobytovou, ambulantní nebo terénní.

**Služby sociální péče** (§ 38) napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.

**Sociální poradenství je samostatným druhem služeb a** zahrnuje „základní“ a „odborné“ sociální poradenství. **Základní sociální poradenství** je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit. **Odborné sociální poradenství** je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

**Sociální poradenství je samostatným druhem služeb a** zahrnuje „základní“ a „odborné“ sociální poradenství. **Základní sociální poradenství** je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit. **Odborné sociální**

**poradenství** je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

**Pobytovými službami** se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

**Ambulantními službami** se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.

**Terénními službami** se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

V analýze se zaměřujeme na tyto **služby sociální péče**:

**Pečovatelská služba** je **terénní nebo ambulantní služba** poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.

**Osobní asistence** je **terénní služba** poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

**Odlehčovací služby** jsou **terénní, ambulantní nebo pobytové** služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

**Tísňová péče** je **terénní služba**, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností.

V **denních stacionářích** se poskytují **ambulantní služby** osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

V **týdenních stacionářích** se poskytují **pobytové služby** osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

V **domovech pro seniory** se poskytují **pobytové služby** osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

**Podpora samostatného bydlení** je **terénní služba** poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

**Chráněné bydlení** je **pobytová služba** poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.

V **domovech pro osoby se zdravotním postižením** se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

V **domovech se zvláštním režimem** se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

**Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením** jsou **ambulantní, popřípadě terénní** služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.

**Vlastním sociálním prostředím pacienta** (§ 4 odst. 3 zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách) se rozumí **domácí prostředí pacienta nebo prostředí nahrazující domácí prostředí pacienta**, například zařízení sociálních služeb atd. Zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta (§ 10) jsou a) návštěvní služba a b) domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče.

## 2.3 Vymezení analyzovaných sociálních dávek

V rámci publikace jsou zpracovány údaje o příjemcích sociálních dávek podmíněných zhoršeným zdravotním stavem. Jedná se o „příspěvek na péči“, „příspěvek na mobilitu“, „příspěvek na zvláštní pomůcku“ a „průkaz osoby se ZTP/P, ZTP a TP“. Příspěvek na péči je vyplácen podle zákona o sociálních službách<sup>7</sup>. Další uvedené dávky (příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku a průkaz osoby se ZTP/P, ZTP a TP) jsou poskytovány podle zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením<sup>8</sup>. O všechny z uvedených dávek se žádá na příslušném kontaktním místě úřadu práce. Údaje o těchto dávkách autorům poskytlo Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV).

**Příspěvek na péči**<sup>9</sup> je pravidelná měsíční dávka, která se poskytuje osobám starším 1 roku věku závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Příspěvek slouží k zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládnání základních životních potřeb. Potřebu péče (míru závislosti na péči) hodnotí posudkový lékař. Využívá k tomu také výsledek sociálního šetření, které realizuje sociální pracovník příslušného úřadu práce. Výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc **880 Kč**, jde-li o stupeň I (lehká závislost), **4 400 Kč**, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost), **8 800 Kč**, jde-li o stupeň III (těžká závislost), **13 200 Kč**, jde-li o stupeň IV (úplná závislost) u osob, které využívají pobytové sociální služby, a **19 200 Kč** u osob, které jsou příjemci péče v domácím prostředí, tj. nevyužívají pobytové sociální služby (stav od července 2019).

**Příspěvek na mobilitu**<sup>10</sup> je pravidelná měsíční sociální dávka, která slouží osobě se zdravotním postižením k úhradě nákladů za dopravu, pokud se v kalendářním měsíci opakovaně dopravuje nebo je dopravována jinou osobou. Nárok má osoba starší 1 roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením „ZTP“ nebo „ZTP/P“ (viz níže), který byl přiznán podle předpisů účinných od 1. ledna 2014. Výše příspěvku činí **550 Kč** měsíčně.

**Příspěvek na zvláštní pomůcku**<sup>11</sup> je jednorázová (nepravidelná) sociální dávka pro osoby se zdravotním postižením na pomůcky umožňující sebeobsluhu, pracovní uplatnění, přípravu na budoucí povolání, vzdělávání aj. Okruh zdravotních postižení odůvodňujících přiznání příspěvku jsou uvedeny v příloze k zákonu o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením<sup>12</sup>. Maximální výše dávky činí pro pořízení zdvihací plošiny **400 000 Kč**, pro motorové vozidlo **200 000 Kč**, pro ostatní pomůcky **350 000 Kč**.<sup>13</sup>

**Průkaz osoby se zdravotním postižením „TP“, „ZTP“ nebo „ZTP/P“**<sup>14</sup> („TP“ - těžké postižení, „ZTP“ - zvláště těžké postižení, „ZTP/P“ - zvláště těžké postižení s průvodcem) má kompenzovat zdravotní postižení určitými výhodami. Nárok má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra.

<sup>7</sup> Zákon č. 108/2006 sb., o sociálních službách, viz <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

<sup>8</sup> Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, viz <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>

<sup>9</sup> Více viz <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

<sup>10</sup> Více viz <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/mobilita>

<sup>11</sup> Více viz <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/pomucka>

<sup>12</sup> Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, viz <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>

<sup>13</sup> Viz Příloha č. 1 k vyhlášce č. 388/2011 Sb. Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek určených osobám se zdravotním postižením, na jejichž pořízení se poskytuje příspěvek na zvláštní pomůcku, viz <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-388>

<sup>14</sup> Více viz <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/prukaz>

## 2.4 Vymezení zdravotnických služeb

**Léčebná péče** je souhrnem zdravotnických služeb pacientům zahrnujícím zejména stanovení diagnózy, provedení odpovídajících vyšetření, stanovení postupu léčby nemoci (odstranění bolesti a potíží), provádění léčby potřebnými postupy včetně využití léků a odpovídajících zdravotnických výrobků a následné sledování zdravotního stavu.

**Ošetrovatelská péče** je podle zákona o zdravotních službách<sup>15</sup> péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu a rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti.

**Paliativní péče** je péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.

**Rehabilitační péče** je souhrnem zdravotnických služeb prováděných v zařízeních rehabilitační péče (včetně lázeňských) zaměřených na odstranění zdravotních omezení a potíží pociťovaných pacientem a opětovné docílení odpovídajícího zdravotního stavu (obvykle po provedené léčebné péči).

**Nemocnice** (druh zařízení č. 101 a 102 podle číselníku DRZAR ÚZIS ČR, viz příloha). Nemocnice je zdravotnické zařízení lůžkové péče. Poskytuje pacientům ambulantní specializovanou i primární péči a lůžkovou péči akutní. Může poskytovat i následnou a dlouhodobou lůžkovou péči.

Pozn.: Jako nemocnice může být i jednooborové lůžkové oddělení, které plní funkci nemocnice.

**Nemocnice následné péče** (DRZAR č. 105). Nemocnice následné péče je zařízení lůžkové péče. Poskytuje ambulantní péči a z lůžkové péče jen následnou (event. i dlouhodobou) v návaznosti na péči akutní, které se pacientovi dostalo v jiném zařízení.

**Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)** (DRZAR č. 110). LDN je zdravotnické zařízení lůžkové péče. Je určena pro poskytování dlouhodobé lůžkové péče o osoby trpící déle trvajících nemocí (zejména pro staré a dlouhodobě nemocné).

**Léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí (TRN)** (DRZAR č. 111). Léčebna TRN je odborný léčebný ústav - zařízení lůžkové péče. Poskytuje převážně následnou specializovanou péči. Je určen pro nemocné s plicními a mimoplicními respiračními nemocemi, jejichž stav vyžaduje dlouhodobou lůžkovou péči.

**Psychiatrická léčebna** (DRZAR č. 112). Psychiatrická léčebna je odborný léčebný ústav - zařízení lůžkové péče. Je určena k poskytování následné event. dlouhodobé lůžkové péče osobám s duševními poruchami. Může zajišťovat uložené povinné (či ochranné) léčení, poskytování ambulantní psychiatrické péče a psychoterapie i další specializovanou diagnostickou a léčebnou péči.

**Rehabilitační ústav** (DRZAR č. 113). Rehabilitační odborný léčebný ústav je zdravotnické zařízení lůžkové péče. Je určen k poskytování komplexní následné rehabilitační lůžkové péče nemocným se stanovenými poruchami hybnosti, popřípadě poruchami jiných funkcí.

**Ostatní odborné léčebné ústavy** (DRZAR č. 119). Ostatní odborné léčebné ústavy jsou zařízení lůžkové péče. Poskytují úzce specializovanou následnou i dlouhodobou lůžkovou péči v některém z dalších lékařských oborů.

<sup>15</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), viz <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

**Hospic** (DRZAR č. 180). Lůžkové zdravotnické zařízení, kde základem léčby je léčba paliativní poskytovaná pacientovi v pokročilém a konečném stadiu nemoci, u kterého byly vyčerpány možnosti léčebné péče vedoucí k vyléčení; jejím účelem je zmírňování utrpení pacienta a vytváření podmínek pro klidné umírání a důstojnou smrt.

**Další lůžkové zařízení** (DRZAR č. 190). Lůžkové zařízení, které není možno zařadit do konkrétního druhu zařízení lůžkové péče.

**Domácí zdravotní péče** (DRZAR č. 350). Ambulantní zařízení, které zajišťuje zdravotní péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta formou domácí péče. Děje se tak na základě doporučení registrujícího praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci. Poskytuje odbornou ošetrovatelskou péči pacientům s akutní nebo chronickou nemocí nebo pacientům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci.

**Zdravotní péče v ústavech sociální péče** (DRZAR č. 354). Ústavy sociální péče, které poskytují zdravotní služby (ošetřovatelská péče, všeobecná sestra apod.).

**Zařízení pro léčbu drogových závislostí** (DRZAR č. 398). Ambulantní zařízení poskytující péči zejména lidem ohroženým důsledky nadužívání psychotropních látek. Jedná se o léčebné postupy, substituční léčbu, terénní práce s uživateli psychotropních látek, poradenství a psychoterapii uživatelům drog ale i rodinným příslušníkům těchto osob a další sociální služby.

**Stacionář pro dospělé** (DRZAR č. 460). Zařízení, které zajišťuje diagnostickou, léčebnou a rehabilitační péči u dospělých osob, jejichž zdravotní stav vyžaduje pravidelnou zdravotní péči bez nutnosti hospitalizace. Stacionáře mohou být specializovány na stacionární péči o dospělé s jedním druhem onemocnění nebo postižení.

**Psychoterapeutický stacionář** (DRZAR č. 461). Zařízení určené k zajištění psychoterapeutické péče u osob, jejichž zdravotní stav vyžaduje pravidelnou zdravotní péči bez nutnosti hospitalizace. Péče je poskytována formou denního nebo nočního pobytu dospělé osoby v zařízení.

**Krizové centrum** (DRZAR č. 465). Zařízení poskytující zdravotní péči občanům, kteří se ocitli v akutní životní krizi, nebo u nich došlo k takovému zhoršení psychického stavu, ve kterém je nutná akutní psychiatricko-psychologická intervence. Krizová centra poskytují nepřetržitě primární psychiatricko-psychologickou intervenci, telefonickou krizovou intervenci, krátkodobou hospitalizaci na krizovém lůžku a akutní konsiliární a výjezdové psychiatrické služby.

**Výdejna zdravotnických prostředků** (DRZAR č. 521). Zdravotnické zařízení poskytující lékárenskou péči, která je omezena na výdej a prodej zdravotnických prostředků.

## 2.5 Charakteristika použitých dat

Předkládaná analýza je primárně založena na vyhodnocení značného objemu statistických dat, jejichž poskytovateli jsou s ohledem na tematické zaměření analýzy především tyto subjekty: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (MPSV) pro oblast sociálních služeb a sociálního zabezpečení, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) v oblasti zdravotních služeb (v kontextu analýzy předně zaměřených na dlouhodobou a následnou zdravotní péči) a v neposlední řadě Český statistický úřad (ČSÚ).

Veřejně dostupné údaje ČSÚ byly pro zpracování analýzy rovněž důležité, a to především s ohledem na nutnost využití statistik o počtu obyvatel za jednotlivé územní celky, ke kterým byly data ze

sociální a zdravotní oblasti často relativizovány. Rovněž jsme v rámci analýzy využili výstupy z celostátní i krajské populační projekce (do roku 2100, resp. 2050), kterou ČSÚ zpracovává v pětiletých cyklech.

Jedním z důležitých datových vstupů, který je veřejně k dispozici a ze kterého analýza rovněž dílčím způsobem čerpala, je Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí. Datovou základnu ročenky, kterou MPSV pravidelně uveřejňuje na svých webových stránkách<sup>16</sup>, tvoří zejména výstupy z rezortních statistických zjišťování doplněné o vybrané ukazatele z příslušných rezortních informačních systémů (např. v oblasti nepojistných dávkových systémů, lékařské posudkové služby), důchodové statistiky, statistiky mezd či nemocenského pojištění.

Podrobnost veřejně publikovaných dat ze Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí by nicméně nepostačovala pro naplnění jednoho ze základních vytyčených cílů analýzy, kterým je postihnout vybraných sledovaných jevů ve větším územním detailu, tedy nejenom v mezikrajském srovnání, ale i podle jednotlivých obvodů obcí s rozšířenou působností (v některých případech i podle území okresů). Z tohoto důvodu jsme si za účelem zpracování části analýzy věnované sociální oblasti vyžádali datové sady přímo od poskytovatelů (v tomto případě primárně od MPSV), které nejenom že umožnily provést podrobnější územní porovnání, ale často rovněž obsahovaly specifitější ukazatele v porovnání s těmi veřejně publikovanými. Takto získané datové sady (s údaji za rok 2017 i za předešlé období) obsahovaly zejména:

- Údaje o příjemcích sociálních dávek podmíněných zhoršeným zdravotním stavem příjemce
- Údaje o počtu a kapacitě zařízení vybraných druhů sociálních služeb
- Údaje o počtu uživatelů vybraných druhů sociálních služeb
- Údaje o počtu pracovníků vybraných druhů sociálních služeb
- Ekonomické údaje (příjmy/výdaje) vztahující se k vybraným druhům sociálních služeb
- Údaje o počtu neuspokojených žádostí o umístění / poskytnutí vybraných druhů sociálních služeb

Jak již bylo poznamenáno výše, klíčovým a víceméně jediným zdrojem statistických dat o zdravotních službách byl **Národní zdravotnický informační systém (NZIS)**<sup>17</sup>, který spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. ÚZIS ČR nám stejně jako MPSV poskytl podrobnější datové sady, jež zachycovaly s ohledem na tematické zaměření analýzy primárně segment dlouhodobé a následné zdravotní péče. Zdrojem dat o následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péči je Národní registr hospitalizovaných (NRHOSP). Popis a metodika registru je k dispozici na stránkách ÚZIS ČR<sup>18</sup>. Statistickou jednotkou jsou ukončené případy hospitalizace osob v průběhu let 2007 až 2017.

Následná a dlouhodobá lůžková zdravotnická péče (NDLZP) byla na základě předchozích analýz dlouhodobé péče<sup>19</sup> vymezena výčtem vybraných druhů poskytovatelů lůžkové zdravotnické péče rozšířeným o zařízení následné péče a akutní péče se zaměřením na seniory. Dle číselníku druhů zařízení DRZAR byly takto vybrány tyto druhy poskytovatelů zdravotní péče:

#### **Kód druhu zařízení – název druhu zařízení (číselník DRZAR)**

- 105 – nemocnice následné péče
- 110 – léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)
- 111 – léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí (TRN)

<sup>16</sup> Viz <https://www.mpsv.cz/cs/3869>

<sup>17</sup> Registry a Informační systémy NZIS sestávají z národních zdravotních registrů a dalších registrů, včetně informačních systémů z dat ČSÚ a ČSSZ, viz <https://www.uzis.cz/nas/informace-nzis>

<sup>18</sup> viz: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nrhosp>

<sup>19</sup> Viz <http://www.podporaprosesu.cz/projekt/dokumenty/#aktivita12>



112 – psychiatrické léčebny  
113 – rehabilitační ústavy  
180 – hospic

Dále z oblasti poskytovatelů akutní lůžkové péče a nspecifikovaných odborných léčebných ústavů byla vybrána data pouze za poskytnutou péči relevantními odděleními a pracovišti, která poskytují následnou a dlouhodobou péči a péči zaměřenou na seniory dle níže uvedené specifikace:

#### **Druh zařízení (DRZAR)**

101 – fakultní nemocnice  
113 – nemocnice  
119 – ostatní odborné léčebné ústavy  
190 – ostatní lůžková zařízení

#### **Výběr oddělení u druhů zařízení (DRZAR) 101 a 102, 119 a 190:**

08 – Geriatrie  
52 – Rehabilitace a fyzikální medicíny  
84 – Gerontopsychiatrie  
88 – Paliativní péče  
89 – Ošetrovatelské Péče  
90 – DIOP

#### **Výběr pracovišť u druhů zařízení (DRZAR) 101 a 102, 119 a 190:**

08 – Geriatrie  
52 – Rehabilitace a fyzikální medicína  
84 – Gerontopsychiatrie  
89 – Domácí zdravotní péče / ústavní ošetrovatelská péče  
90 – Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

Informace o poskytovatelích zdravotních služeb, jejich počtech, druzích zdravotnických zařízení dle DRZAR a jejich umístění sleduje a poskytuje **Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb**.<sup>20</sup>

Využitá data o ambulanci a domácí péči, ekonomických ukazatelích a lůžkových a personálních kapacitách zdravotnických zařízení sledují níže uvedené vybrané výkazy, které jsou součástí **Programu statistických zjišťování Ministerstva zdravotnictví ČR**. Metodické pokyny a formuláře obsahující strukturu sledovaných údajů jsou zveřejněny na webu ÚZIS ČR<sup>21</sup>

- A (MZ) 1-01 – Roční výkaz o činnosti ZZ v oboru domácí zdravotní péče (A089)
- A (MZ) 1-01 – Roční výkaz o činnosti ZZ v chirurgických oborech (A020)
- A (MZ) 1-01 – Roční výkaz o činnosti ZZ v oboru psychiatrie (A013)
- E (MZ) 2-01 – Roční výkaz o složkách platu, personálním a provozním vybavení poskytovatele zdravotních služeb
- E (MZ) 3-01 – Roční výkaz o složkách mezd, personálním a provozním vybavení poskytovatele zdravotních služeb
- E (MZ) 4-01 – Roční výkaz o zaměstnavatelích, evidenčním počtu zaměstnanců, smluvních pracovních a odměňování

<sup>20</sup> viz: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nrpzs>

<sup>21</sup> viz: <http://www.uzis.cz/vykazy/vykazy-rok-2017>

### 3. Potřeba sociálních a zdravotních služeb v rámci území ČR

Cílem kapitoly, která je členěna do tří podkapitol, je poukázat v územním detailu podle krajů či obvodů obcí s rozšířenou působností (ORP) na rozsah potenciální či již uspokojené poptávky po sociálních (a případně i zdravotních) službách. Zatímco v rámci této kapitoly na základě demografických projekcí Českého statistického úřadu základním způsobem nastiňujeme především potenciální a ve vzdálenější budoucnosti (horizont roku 2050 či dokonce 2100) očekávatelný rozsah poptávky po sociálních službách související s vývojem počtu obyvatel v seniorském věku, tak v rámci následujících kapitol podrobně analyzujeme aktuální data Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, a to s cílem postihnout stávajícího stavu a případně i vývojových tendencí v počtu a struktuře uživatelů sociálních služeb a příjemců sociálních dávek, které jsou podmíněné zhoršeným zdravotním stavem příjemce.

Nejrychleji porostou počty nejstarších skupin populace nad 80 let. Podle ministerstva zdravotnictví lze předpokládat mírný posun počátku chronické nemoci a s ní spojené disability do vyššího věku. Příjemci jednotlivých zdravotních služeb napříč zdravotním systémem budou výrazně stárnout. Tento vývoj si vyžádá uzpůsobení všech segmentů zdravotní péče, nejen následné a dlouhodobé, ale také akutní a primární péče (Ministerstvo zdravotnictví, 2015)<sup>22</sup>.

Významně bude stárnout také skupina lidí se zdravotním postižením. Poměrně dynamicky poroste počet osob s demencí, předpokládán je až trojnásobné navýšení osob s demencí do roku 2050. Do roku 2050 bude významně klesat dostupnost neformální péče, zejména osob/pečovatelů 50plus v důsledku zvyšování průměrného věku odchodu z trhu práce (důchodového věku), vyrovnávání mezi muži a ženami a růstu zaměstnanosti žen, zejména pokud nebudou vytvořeny podmínky na trhu práce a respitních služeb umožňujících kombinaci péče o blízké se zaměstnáním (ibid.).

#### 3.1 Předpokládaný demografický vývoj ČR a jednotlivých krajů

Na konci roku 2017 žilo v České republice 2 040 tisíc obyvatel starších 65 let, o 527,3 tisíce více než před deseti lety a o 51,3 tisíce více než na konci roku 2016. Historicky poprvé tak u nás překročil počet seniorů hranici 2 milionů (ČSÚ 2019). Český statistický úřad (ČSÚ) zpracovává projekce obyvatelstva zhruba v pětiletých cyklech. Zatímco za celou Českou republiku byla poslední demografická projekce, která operuje s velmi vzdáleným cílovým horizontem roku 2100, publikována v roce 2018, tak v územní podrobnosti jednotlivých krajů byla poslední projekce (operující s horizontem roku 2050) publikována v roce 2014 a v současné době ji tedy již nelze považovat za příliš aktuální. Navíc tato projekce obyvatelstva zpracovaná na úrovni krajů (za menší územní celky již ČSÚ projekce nezpracovává) navazuje na celostátní projekci, kterou vydal ČSÚ v červenci roku 2013, a není tedy kompatibilní s aktuální celostátní projekcí z roku 2018, jejíž závěry představujeme v následující podkapitole.

Při interpretaci níže uvedených údajů je důležité mít na paměti, že prognózování vývoje počtu a struktury obyvatel je v takto značně dlouhodobém horizontu zatíženo vždy značnou mírou neurčitosti.

---

<sup>22</sup> Ministerstvo zdravotnictví (2015). Akční plán č. 8: Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí [https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/07/Akcní\\_plan\\_Zdraví\\_2020\\_nasledna-dlouhodobá\\_a\\_domaci-pece\\_cervenec\\_2015.pdf.pdf](https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/07/Akcní_plan_Zdraví_2020_nasledna-dlouhodobá_a_domaci-pece_cervenec_2015.pdf.pdf)

### 3.1.1 Projekce obyvatelstva ČR do roku 2100

Níže uvedené vybrané závěry z Projekce obyvatelstva ČR do roku 2100 převzaté ze související publikované průvodní zprávy ČSÚ<sup>23</sup> jsme vybrali především s ohledem na zaměření předkládané analýzy a největší prostor tedy věnujeme projekci obyvatelstva v seniorském věku. Senioři z logických důvodů představují segment populace, který využívá sociální a zdravotní služby relativně nejvíce.

Základními vstupními údaji projekce jsou počty obyvatel České republiky podle pohlaví a věku k 1. 1. 2018, které vychází z výsledků Sčítání lidu, domů a bytů 2011 (SLDB 2011) a navazujících bilancí demografických událostí obyvatel ČR. Projektován byl vývoj populace v období let 2018–2100 ve třech variantách (střední, nízké a vysoké), přičemž střední varianta představuje nejpravděpodobnější scénář populačního vývoje.

Pokud se naplní předpoklady budoucího vývoje plodnosti, úmrtnosti a migrace, jež vstoupily do střední varianty projekce, tak v tomto případě bude počet obyvatel ČR v blízké budoucnosti (resp. v prvních jedenácti prognózovaných letech) pokračovat v růstu. Na konci dvacátých let dosáhne k 10,784 milionu, zatímco na prahu projekce (tj. k 1. 1. 2018) činil 10,610 milionu. Poté, od 30. let by měla mít početnost populace mírně klesající trend, přerušovaný v druhé polovině 40. let stagnací. Počet obyvatel by se měl až do roku 2058 udržet nad hranicí 10,7 milionu. V období 60. a 70. let se očekává další snižování početní velikosti naší populace. Do počátku 80. let by měla poklesnout na úroveň 10,4 milionu. Nicméně, v posledních dvou desetiletích tohoto století je opět předpokládán růst počtu obyvatel ČR – na 10,527 milionu na počátku roku 2101. Očekávaný trend vývoje tak sice není stálý, nicméně změny by neměly být dramatické. V maximu (1. 1. 2029) by mělo jít o počet obyvatel o 1,6 % vyšší, než byl stav k 1. 1. 2018, v minimu (1. 1. 2081) pak o 1,9 % nižší. Z pohledu celého prognózovaného období tak lze budoucí vývoj celkového počtu obyvatel zobecnit na, v zásadě, udržení současné velikosti, resp. mírné kolísání kolem této hodnoty.

Mnohem výraznější změny lze však v budoucnu očekávat ve změnách ve věkové struktuře obyvatelstva ČR, přičemž nejvýraznějším rysem demografického vývoje, minimálně v příštích desetiletích, bude významně se navyšující počet obyvatel ve věku 65 a více let. Z tabulky níže je patrné, že podle nejaktuálnější demografické projekce ČSÚ by se měl absolutní počet osob ve věku 65 a více let významně navyšovat až do konce 50. let a v roce 2061 by v ČR mělo žít necelých 3,18 milionu osob náležejících do této věkové skupiny, což je přibližně o 57 % více oproti současnosti. V roce 2061 by se zároveň osoby ve věku 65 a více let měly podílet na celkové populaci bezmála z 30 %.

Další ze závěrů projekce ČSÚ, který by měl za předpokladu jejího naplnění bezesporu velmi silné konsekvence mimo jiné ve vztahu k systému sociálního zabezpečení, souvisí i s výraznými proměnami v počtu osob uvnitř hlavní věkové skupiny 65+. Zatímco v současnosti je nejpočetnější nejmladší pětiletá věková skupina 65-69 a s každou starší pětiletou věkovou skupinou příslušný počet osob významně klesá, tak z tabulky níže mimo jiné vyplývá, že kupříkladu v roce 2061 bude skupina obyvatel ve věku 65-69 let přibližně stejně početná, jako skupina obyvatel ve věku 75-79 let či dokonce 80-84 let. Zjednodušeně řečeno, podle projekce ČSÚ se bude významně navyšovat počet starších a i těch úplně nejstarších seniorů, kteří jsou přirozeně velmi častými uživateli sociálních a zdravotních služeb.

<sup>23</sup> URL: <https://www.czso.cz/documents/10180/61566242/13013918u.pdf/6e70728f-c460-4a82-b096-3e73776d0950?version=1.2>

### Očekávaný vývoj počtu obyvatel ČR ve věku 65 a více let (k 1. 1., v tis.), střední varianta

Věková skupina	2018*	2021	2031	2041	2051	2061	2071	2081	2091	2101
65-69	684,5	674,8	611,3	792,2	691,0	612,0	541,5	620,4	600,9	567,7
70-74	569,7	624,8	541,9	580,8	761,0	643,6	493,5	628,0	619,8	553,2
75-79	358,6	421,4	538,5	509,1	681,5	608,8	549,7	495,1	574,2	561,6
80-84	226,6	247,0	429,1	395,9	448,6	610,5	534,5	421,0	547,7	549,5
85-89	141,8	141,8	216,4	302,6	311,8	446,8	418,3	393,4	370,9	443,5
90-94	49,9	56,7	73,3	143,7	147,6	188,2	275,7	262,0	220,3	304,4
95-99	8,5	11,0	16,2	30,4	48,8	58,8	96,2	98,2	100,0	106,3
100+	0,7	0,7	1,8	2,9	6,6	8,0	12,4	20,4	22,6	21,7
65+ celkem	2 040,2	2 178,1	2 428,4	2 757,6	3 096,9	3 176,7	2 921,8	2 938,5	3 056,4	3 107,8
65 + (%)	19,2	20,4	22,5	25,7	28,8	29,8	27,9	28,2	29,2	29,5

Zdroj: ČSÚ

#### 3.1.2 Projekce obyvatelstva v krajích ČR do roku 2050

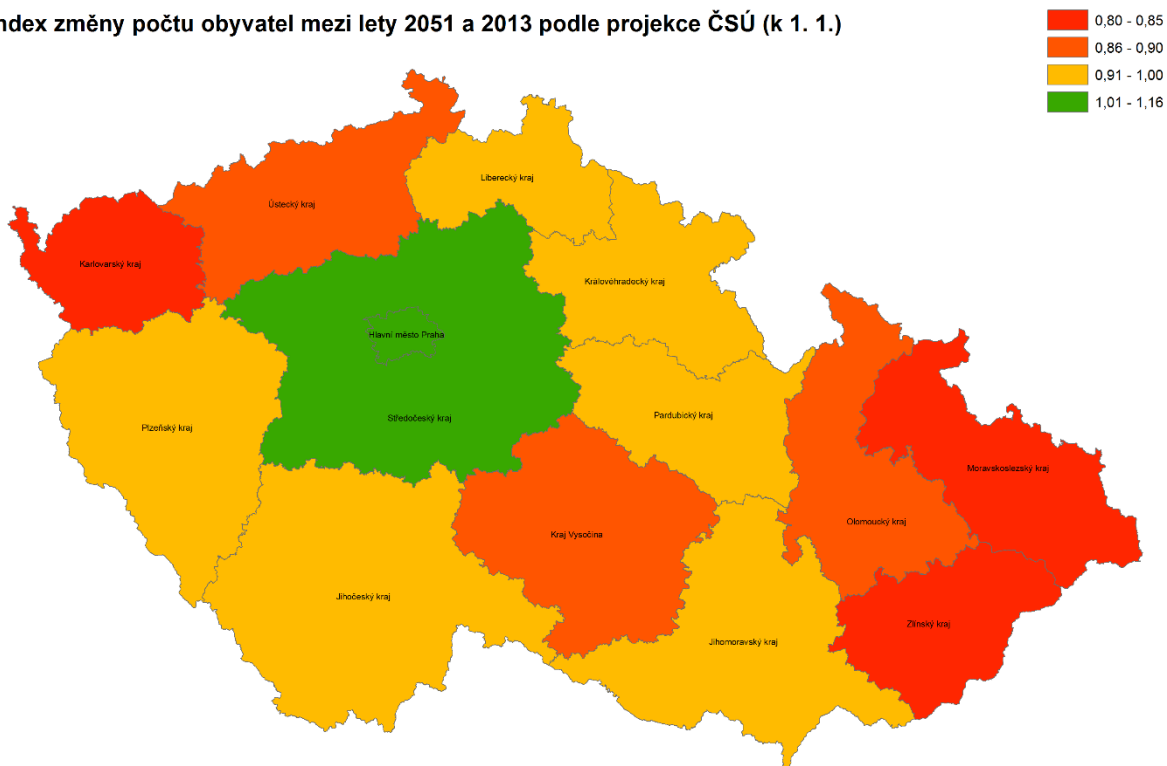
Jak již bylo uvedeno výše, projekce obyvatelstva v jednotlivých krajích ČR vychází z celostátní projekce ČSÚ z roku 2013 a v současnosti ji tedy již nelze považovat za příliš aktuální. Nicméně vzhledem k tomu, že novější projekci v územním detailu 14 krajů bude ČSÚ publikovat až v roce 2019, uvádíme níže alespoň některé ze základních závěrů ze starší krajské projekce.

Podle této projekce ČSÚ, která počítala nejenom s předpokládaným vývojem plodnosti a úmrtnosti, ale i s migrací, by si měl i k 1. 1. 2051 udržet z hlediska počtu obyvatel vedoucí postavení Středočeský kraj, jehož počet obyvatel vzroste z 1,29 mil. (k 1. 1. 2013) na 1,49 mil., tj. o 16 %. Druhým nejpočetnějším krajem zůstane Hl. m. Praha, kde je očekáván růst počtu obyvatel z 1,25 mil. v roce 2013 na 1,39 mil. v roce 2051 (tj. nárůst o 11 %). Třetím nejlidnatějším krajem se postupně stane Jihomoravský kraj, který v polovině 20. let vystřídá na této pozici kraj Moravskoslezský. Ten bude zaznamenávat úbytky obyvatel po celé projektované období a počet jeho obyvatel se sníží z 1,23 mil. v roce 2013 na 0,98 mil. v roce 2051, tj. o pětinu. Výraznější úbytek obyvatelstva je očekáván také v Karlovarském a Zlínském kraji (viz kartogram níže).

Ve výchozím roce projekce (tj. v roce 2013) se věková struktura jednotlivých krajů příliš neodlišovala, kdy osoby v produktivním věku 15-64 let tvořily 67-69 % populace daného kraje, senioři starší 65 let 16-18 % a děti do 15 let 14-16 % obyvatelstva. Jak nicméně vyplývá z kartogramu níže, ve kterém se (s ohledem na zaměření předkládané analýzy) zaměřujeme na relativní zastoupení osob ve věku 65 a více let na celkovém počtu obyvatel kraje, tak ke koncovému datu projekce, tj. k 1. 1. 2051, se předpokládá, že se mezi jednotlivými kraji rozdílí v zastoupení seniorské populaci zvýší, a to i přesto, že ve všech krajích je předpokládán významný relativní nárůst podíl osob ve věku 65+. Zatímco v Praze by k 1. 1. 2051 měla být necelá pětina obyvatel (24 %) starších 64 let, tak ve Zlínském kraji či v Kraji Vysočina by to mělo platit o více než třetině populace.

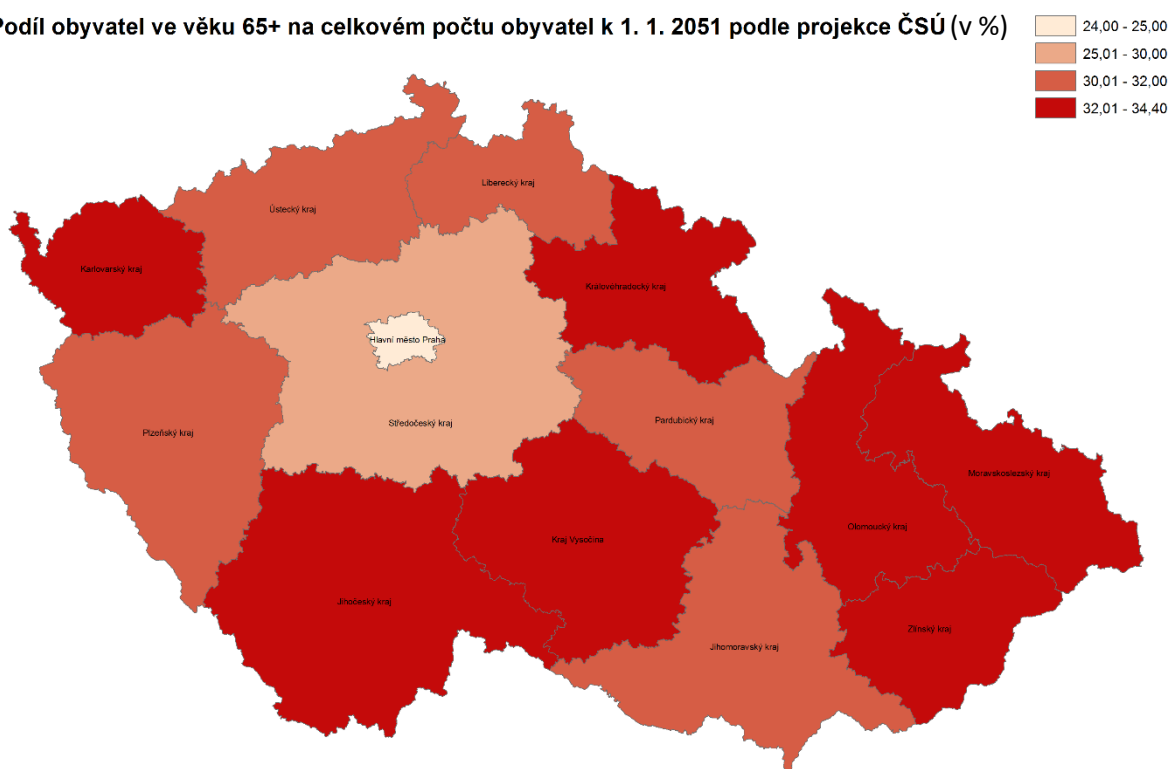
Z hlediska indikátoru indexu stáří (viz kartogram níže), který vyjadřuje poměr počtu osob ve věku 65 a více let na 100 osob ve věku 0-14 let, je postavení jednotlivých krajů podobné jako u předchozího ukazatele. ČSÚ předpokládá, že k 1. 1. 2051 zaznamená nejnižší hodnotu indexu stáří Hl. m. Praha (165) a Středočeský kraj (199), a naopak nejvyšší hodnoty budou vykazovat Zlínský kraj (290), Karlovarský kraj (278) a Kraj Vysočina (277).

Index změny počtu obyvatel mezi lety 2051 a 2013 podle projekce ČSÚ (k 1. 1.)



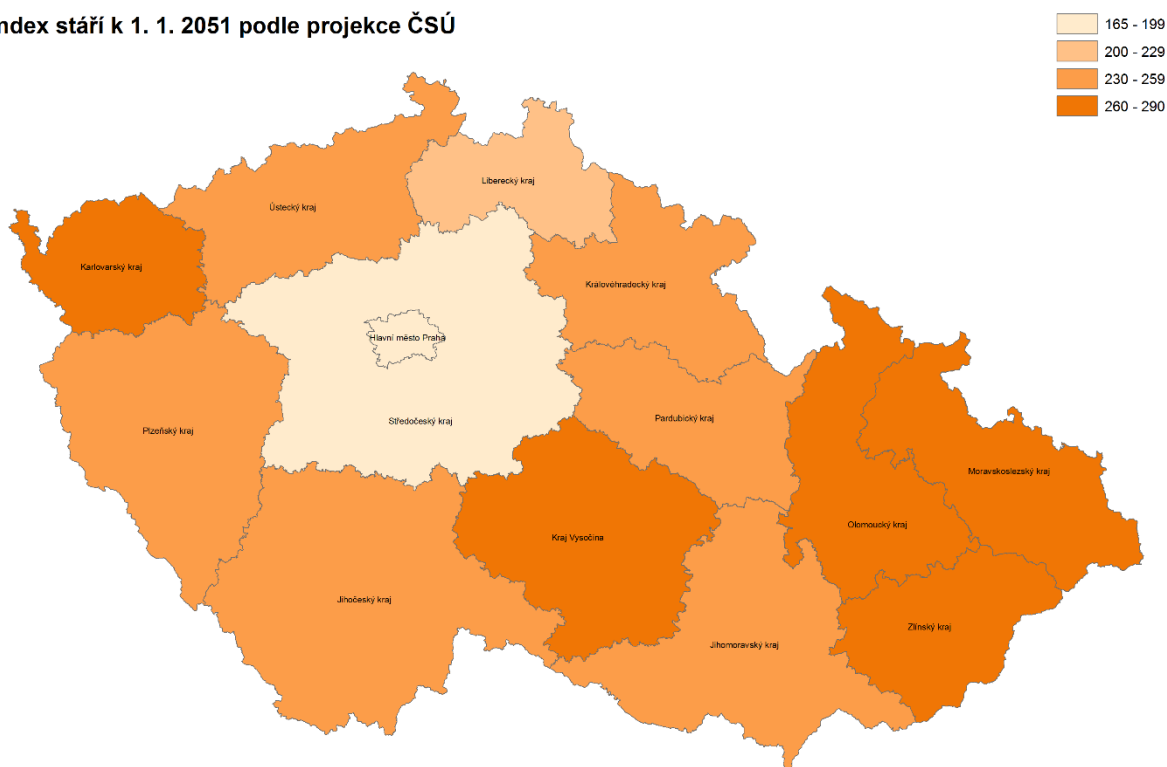
Zdroj dat: ČSÚ 2014,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

Podíl obyvatel ve věku 65+ na celkovém počtu obyvatel k 1. 1. 2051 podle projekce ČSÚ (v %)



Zdroj dat: ČSÚ 2014,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## Index stáří k 1. 1. 2051 podle projekce ČSÚ



Zdroj dat: ČSÚ 2014,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 3.2 Vývoj zdravotního stavu a potřeba dlouhodobé péče

### 3.2.1 Zdravotní stav a východiska potřeby dlouhodobé péče

Zdravotní stav populace představuje základní faktor potřebnosti dlouhodobé péče. Dlouhodobé či trvalé zhoršení zdravotního stavu působí na omezení funkčních schopností jedince a vytváří tak potřebu dlouhodobé zdravotní či sociální péče a jejich vhodnou kombinaci odpovídající tomuto stavu, jak poukazuje schéma dlouhodobé péče v úvodní kapitole. Míra zdravotního postižení je tak v přímé souvislosti se zvýšenými nároky na charakter bydlení a v něm dostupné sociální a zdravotní služby. Zdravotní stav tak ve výsledku indikuje potřebu čerpání lůžkových kapacit a kapacit zdravotnického personálu a pracovníků sociální péče. Pokud klient těchto služeb zůstává v domácím prostředí, pak se těžiště sociálně-zdravotní péče přenáší zejména na rodinné příslušníky, respektive „neformálně pečující“, s podporou služeb poskytovaných v domácím prostředí, případně ambulantně.

Podle OECD značný podíl příjemců dlouhodobé péče trpí demencí a přidruženými problémy. Podle analýzy Alzheimer Europe z roku 2006 přibližně 12 % osob ve věku 80-84 let a téměř jedna čtvrtina osob starších 85 let trpí demencí.<sup>24</sup> Demence je jednou z hlavních příčin disability ve vyšším věku a odpovídá za 11,9 % let života prožitých s disability v důsledku chronického onemocnění (WHO, 2012). Lepší a včasější diagnostika demence může vést ke zvýšení kvality života, ale také k růstu potřeby dlouhodobé péče, nebude-li stanovení diagnózy doprovázeno účinnými možnostmi prevence a léčby. Podle zprávy WHO „*Dementia: A public health priority*“ (WHO, 2012) očekávaný pokles v dostupnosti rodinné péče a zvýšení problémů spojených s demencí (v mnoha případech

<sup>24</sup> OECD v roce 2004 publikovala zprávu „*Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis*“. Podle této zprávy se prevalence demence zvyšuje téměř exponenciálně s věkem (přibližně dvojnásobně každých pět let) bez ohledu na pohlaví, zejména u osob ve věku 80 a více let. Demence je mnohem častější u žen, zejm. pro nejstarší věkové skupiny (90 a více let).

v kombinaci s dalšími zdravotními problémy) může představovat pro systémy dlouhodobé péče výzvy z hlediska financování a lidských zdrojů. Nároky rostoucího počtu osob žijících s demencí budou obzvláště vysoké ve venkovských oblastech a pro starší rodinné pečovatele, protože mladší a vzdělanější lidé mají tendenci z těchto oblastí odcházet. Přístup ke zdravotním a sociálním službám je přitom ve venkovských oblastech často horší než ve městech. Přestože v některých zemích existují sociální a zdravotní služby pro osoby s demencí, jejich využití je stále nedostatečné a obtížné, mimo jiné z důvodu stigma spojeného s tímto onemocněním.

V kontextu „funkčního zdraví a kapacity“ v modelu podporovaném WHO v rámci Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) je disability považována za výstup nebo důsledek složitého vztahu mezi zdravotními problémy člověka a osobními faktory a faktory vnějšími, které představují okolnosti, ve kterých člověk žije. Společnost může omezovat výkony člověka, poněvadž buď vytváří bariéry, nebo nezajišťuje facilitační prvky. Faktory prostředí obsahují fyzický svět a jeho rysy, člověkem vytvořený hmotný svět, ostatní lidi v různých vztazích a rolích, postoje a hodnoty, sociální systémy a služby, a principy řízení, pravidla a zákony. Facilitátory jsou faktory v prostředí člověka, které zlepšují funkční schopnost. Bariéry jsou faktory v prostředí člověka, které při své absenci nebo naopak přítomnosti limitují funkční schopnost a tvoří překážku.

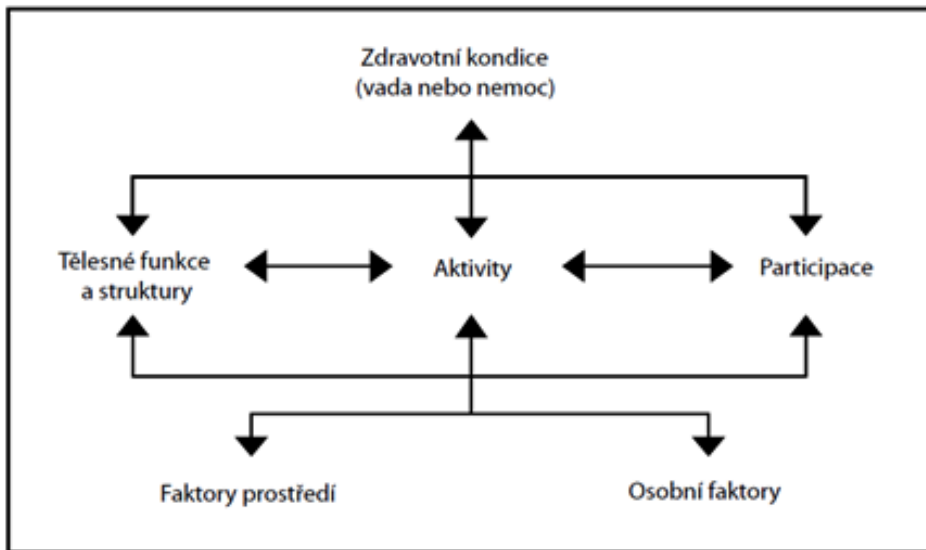
Důležitou roli z hlediska zvýšení soběstačnosti a minimalizace disability či jejího dopadu v běžném životě tak hraje prostředí na své *mikro-, mezo- i makro- úrovni* (například bydlení, dům, okolí, čtvrt, město, stát, nadstátní mezinárodní entity a organizace) a na úrovni fyzické (hmotné), sociální, psychologické atd.

Disability vzniká v kontextu kontaktu s prostředím, jeho náročností a bariérovostí. Prostor je přitom v rámci MKF definováno velmi široce a zahrnuje jak fyzické, tak postojové a organizační aspekty a bariéry. **Faktory prostředí zahrnují:** 1) Produkty a technologie, 2) Přirozené prostředí a člověkem vytvořené změny v prostředí, 3) Podpora a vztahy, 4) Postoje, 5) Služby, systémy a politické postupy (MKF, WHO, Národní rada osob se zdravotním postižením ČR).

Prodloužení zdravé délky života pomocí prevence a ovlivnění sociálních determinant zdraví a životního stylu může vést ke snížení dynamiky růstu nákladů na sociální a zdravotní služby a celospolečenských nákladů spojených s potřebou a poskytováním formální a neformální dlouhodobé péče. Široce pojatá podpora zdraví a zdravého stárnutí nad rámec systému zdravotnictví, včetně oblasti školství, vzdělávání a sociálních věcí („*public health*“) může oddálit průměrný věk vzniku invalidity (u pracovně aktivních osob) a snížení soběstačnosti do vyššího věku.

Celoživotní přístup ke zdraví („*life-course approach*“) zdůrazňuje, že "práh disability" ("*disability threshold*") není přirozená, neměnná a pro všechny stejná hranice disability. Pokles funkčního zdraví pod hranici disability během stárnutí je podmíněn různými faktory, včetně pohlaví a socioekonomického statusu. „Výška“ prahu disability daná poměrem adaptačních schopností a náročností prostředí může být snížena vhodnými zásahy v sociálním a fyzickém prostředí (WHO, 2000). Prostor je přitom důležitým prvkem tzv. sociálního modelu disability uplatněného v rámci mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF).

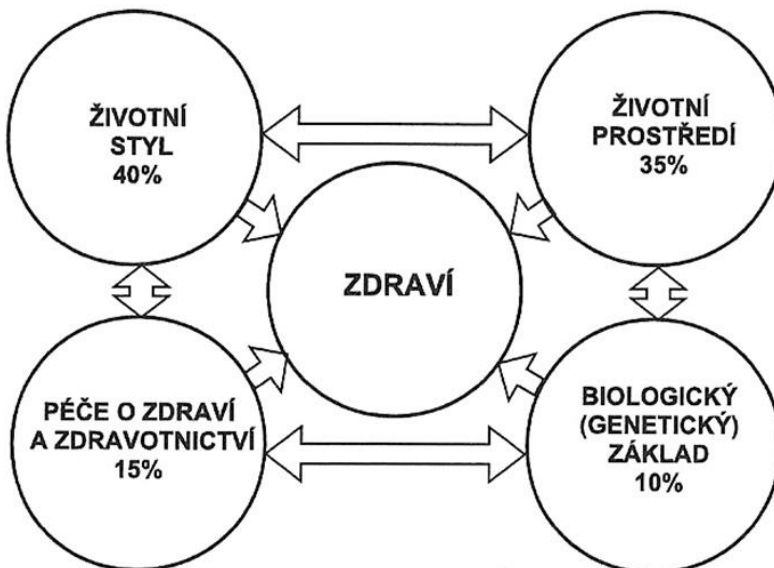
Schéma: Model disability podle MKF\* (WHO, 2018)



\* Pozn.: Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)

Celkové zdraví je v převážné míře determinováno ovlivnitelnými faktory, především životním stylem a životním prostředím (viz schéma níže). Uváděná procenta jsou jen velmi přibližná, v různých situacích u jednotlivých lidí mohou zdraví ovlivňovat naprosto odlišně. Podstatná na uvedeném schématu je okolnost, že životní styl a životní prostředí ovlivňují zdraví lidí velmi výrazně, dohromady je to přes 70 %. Přitom je zřejmé, že se zmíněné oblasti nevěnuje odpovídající pozornost (Holčík, 2010).

Schéma: Základní determinanty zdraví a odhad jejich vlivu na zdraví



Zdroj: Holčík (2010)

Významnou roli hraje vývoj prevalence chronických neinfekčních onemocnění (*non-communicable, NCD*). Mezi nejvýznamnější patří kardiovaskulární a nádorová onemocnění. Od roku 1980 do roku 2015 vzrostla incidence (nově zachycené onemocnění) zhoubných novotvarů u mužů 1,70krát a u žen 1,99krát. S diagnostikovaným onemocněním žije (prevalence) v ČR celkem 5,9 % osob - 4,9 % mužů a



6,9 % žen (ČSÚ 2018).<sup>25</sup> Mezi roky 1990 až 2012 se snížil podíl zemřelých (standardizované úmrtnosti) na nemoci oběhové soustavy u mužů z 53,3 % na 44,6%, tedy téměř o 10 p. b., a u žen z 57,7 % na 48,7 %, a to zejména „ve prospěch“ novotvarů, jejichž podíl na úmrtnosti se zvýšil u mužů z 23,1 % na 26,9 % a u žen z 21,6 % na 26,7 % (ÚZIS, 2013).<sup>26</sup> Podle šetření EHIS je nejčastějším onemocněním (rizikovým faktorem) vysoký krevní tlak, kterým trpí 24 % české populace a ve věku 75 a více let pak necelých 59 %. Česko zaujímá prvenství mezi evropskými státy ve výskytu cukrovky ve věkové skupině 75 a více let. V této věkové kategorii trpí cukrovkou 26,5 % obyvatel (ČSÚ 2018). Mezi roky 2000 až 2012 se počet léčených diabetiků zvýšil o 187 tis. na 841 tisíc osob, což představuje nárůst o 29 % (ÚZIS, 2013).<sup>27</sup> Artrózou v ČR podle šetření EHIS trpí zhruba čtvrtina (25 %) obyvatel ve věku 65-74 let a 43 % populace ve věku 75 a více let (ČSÚ 2018). Inkontinence trápí téměř 10 % osob ve věku 65-74 let (ibid.).

Země, které v reakci na stárnutí populace přijaly pozitivní přístup, zdůrazňují význam aktivního stárnutí jako hlavního konceptu politiky, který v sobě spojuje jak ekonomický, tak lidský respektive sociální aspekt a argument. Z hlediska zdravotní politiky a podpory zdraví je cílem tzv. zdravého stárnutí („*healthy ageing*“) oddálení disability, „křehkosti“ („*frailty*“) a nemoci spojené s rizikem snížení nebo ztráty soběstačnosti a nezávislosti. Zdravé stárnutí má neoddelitelný aspekt sociální a ekonomický, vyjádřený např. lepší schopností déle pracovat, oddálením nástupu či délky nemoci, disability a potřeby zdravotnických a sociálních služeb.

Jak bylo uvedeno výše, většina chronických onemocnění a tedy i s nimi spojená disabilita jsou pozitivně ovlivnitelné zdravým životním stylem a zdravým prostředím.

„Zdravé stárnutí“ je definováno jako „proces optimalizace příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečí s cílem zvýšení kvality života v procesu stárnutí“ (WHO, 2002). Analogicky zdravé respektive „aktivní“ stárnutí umožňuje participaci na ekonomických a mimoekonomických aktivitách v souladu s osobními hodnotami a volbou. OECD tak „aktivní stárnutí“ charakterizuje jako „kapacitu lidí vést produktivní životy ve společnosti a ekonomice v průběhu stárnutí a možnost volby mezi učením, prací, volnočasovými aktivitami a péčí v průběhu života“ (OECD, 2000).

---

<sup>25</sup> Senioři a zdraví 2018 (za období 2014, 2015 a 2017)

<sup>26</sup> Zdravotnictví ČR 2012 ve statistických údajích (ÚZIS, 2013)

<sup>27</sup> Zdravotnictví ČR 2012 ve statistických údajích (ÚZIS, 2013)

### Schéma: Pyramida zdravého stárnutí



Zdroj: Wija (2012)

Projekt Světové zdravotnické organizace „města přátelská seniorům“ („*age-friendly cities*“) reaguje poptávkou po vytváření prostředí přátelského lidem v každém věku a vedle oblasti zdraví a sociálních a zdravotních služeb se zaměřuje na celkem osm klíčových oblastí (viz níže):

1. venkovní prostranství a budovy
2. doprava
3. bydlení
4. účast na společenských aktivitách
5. respekt a sociální začleňování
6. občanská participace a zaměstnanost
7. komunikace a informace a
8. komunitní sociální a zdravotní služby.

### 3.2.2 Vývoj psychiatricky nemocných

Zatímco pro zdravotní stav seniorů z pohledu potřeby dlouhodobé lůžkové zdravotnické péče máme v podobě Národního registru hospitalizovaných k dispozici robustní zdroj dat pokrývající celou škálu onemocnění, v případě ambulantní péče sledují seniory pouze vybrané výkazy Programu statistického zjišťování MZ ČR. V této analýze jsou z tohoto důvodu využity pouze výkazy o poskytované psychiatrické ambulantní péči, výkaz chirurgických oborů o péči o pacienty s úrazy a především výkaz domácí zdravotní péče.

Jednou z významných a rostoucích skupin chronických nemocí z hlediska potřeby dlouhodobé péče jsou psychiatrické respektive duševní onemocnění a poruchy. Jedním z ukazatelů psychiatrické nemoci a vývoje duševního zdraví je vývoj potřeby a „spotřeby“ ambulantní psychiatrické péče. Ke konci roku 2017 se v ČR nacházelo 1,2 tisíce psychiatrických ambulancí, ve kterých poskytovalo péči v přepočtu na úvazky průměrně 940 lékařů, 443 zdravotních sester, 179 psychologů a 113 ostatních odborných pracovníků. Tato ambulantní zařízení poskytovala v roce 2017 péči celkem 652 tisícům pacientům. Ve srovnání s předchozími lety je patrné, že počet léčených pacientů vzrůstá. Oproti roku 2013 se počet pacientů zvýšil o 8 %. Informace o věku se u ambulantně léčených psychiatrických pacientů sleduje pouze v případě pacientů s duševními poruchami a poruchami chování způsobenými užíváním psychoaktivních látek (diagnózy F10-F19 podle mezinárodní klasifikace nemocí)<sup>28</sup>, které zahrnují všechny typy drog včetně legálního alkoholu a sedativ sloužících primárně k léčebným účelům. Tato skupina onemocnění se na ambulantně léčených pacientech podílí pouze ze 7 % (37 tisíc osob). Senioři ve věku 65 a více let představují pouze necelých 8 % těchto pacientů (2,9 tisíce osob). Ačkoliv ve věku 65+ v populaci převažují ženy, v případě poruchy způsobených psychoaktivními látkami muži tvoří 63 % všech pacientů. Nejvíce je patrný zvýšený výskyt takto způsobených duševních onemocnění v přepočtu na obyvatele, kdy na 100 tisíc žen připadalo v roce 2017 téměř 91 ambulantně léčených patientek a na stejný počet mužů v populaci připadalo více než dvakrát tolik, tj. 220 pacientů.

#### Vývoj počtu léčených pacientů v psychiatrických ambulancích v letech 2013, 2015-2017

Rok	Pacienti celkem		Pacienti s dg. F10-F19			Pacienti s dg. F10-F19 ve věku 65+				
	absolutně	na 100 tis. obyvatel	celkem	na 100 tis. obyvatel	podíl seniorů	celkem	podíl mužů	na 100 tis. obyvatel		
								celkem	muži	ženy
2013	603 205	5 739	36 379	346,1	6,7%	2 431	60,9%	135,3	200,6	89,8
2015	613 644	5 820	35 405	335,8	7,5%	2 651	60,8%	139,1	204,1	93,1
2016	641 663	6 073	36 419	344,7	7,8%	2 857	64,6%	145,7	226,1	88,4
2017	652 780	6 164	37 013	349,5	7,9%	2 916	63,4%	144,8	219,8	90,9

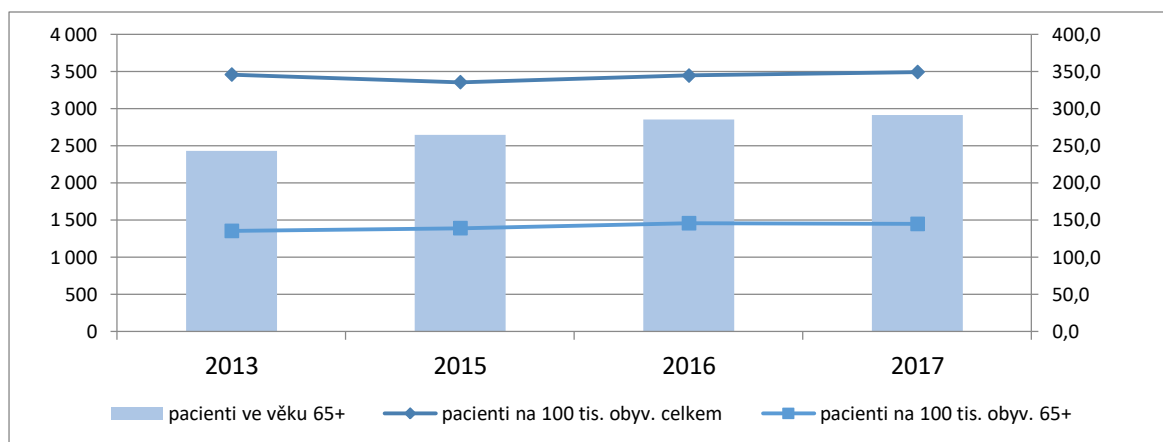
Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01 - obor psychiatrie (A013)

Z uvedené tabulky i níže uvedeného grafu vyplývá **rostoucí tendence počtu ambulantně léčených pacientů s duševními poruchami**. Bohužel, žádný z dostupných zdrojů neumožňuje podchytit celkový rozsah této péče poskytované seniorům. Nicméně je patrné, že pro duševní poruchy způsobené psychotropními látkami se v posledních letech ambulantně léčilo cca 145 seniorů ze 100 tisíc obyvatel oproti průměrným 350 pacientům na stejný počet obyvatel v rámci celé ČR. Celková potřeba této ambulantní psychiatrické péče bez ohledu na věk a druh diagnózy dosahuje 6,2 % populace ČR. Další část populace s duševními poruchami, cca 8,2 tisíce osob denně, dlouhodobě využívá odbornou

<sup>28</sup> Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10, která vstoupila v platnost 1. 1. 2018 sdělením Českého statistického úřadu (technická aktualizace říjen 2018), viz <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

lůžkovou zdravotnickou péči v psychiatrických léčebnách, jejichž kapacita v roce 2017 činila 8,5 tisíce lůžek.

### Vývoj počtu léčených pacientů psychiatrických ambulancí pro poruchy spojené s psychoaktivními látkami dg. F10-F19 v letech 2013, 2015 - 2017



Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01 - obor psychiatrie (A013)

Rozsah poskytované péče a počtu psychiatrických pacientů se vyznačuje regionálními rozdíly. Níže uvedená tabulka ukazuje v průměrných ročních hodnotách za období let 2015 - 2017 absolutně i relativně nejvyšší počet pacientů v psychiatrických ambulancích na území Hlavního města Prahy, a to až 101 osob na tisíc obyvatel oproti průměrným 60 osobám za celou ČR. Téměř dvojnásobná úroveň počtu pacientů v Praze se také týká poruch způsobených psychoaktivními látkami, pro které se zde v letech 2015 – 2017 léčilo 644 osob ze 100 tisíc obyvatel oproti průměru 343 pacientů na stejný počet obyvatel v rámci celé ČR. Největším podílem poruch z psychoaktivních látek mezi pacienty se s 8 % dlouhodobě vyznačuje Moravskoslezský kraj. Oproti tomu nejmenším zastoupením těchto diagnóz se vyznačují pacienti psychiatrických ambulancí Libereckého kraje (3,6 %). Největším podílem seniorů dosahujícího v průměru let 2015 – 2017 až 12 % se vyznačují pacienti Pardubického kraje. Nejméně seniorů mezi pacienty má Ústecký (4 %) a Karlovarský (4,8 %) kraj. Nicméně v přepočtu na 100 tis. obyvatel odpovídajícího věku 65+ vychází nejnižší počet pacientů s duševní poruchou z psychoaktivních látek na Jihočeský kraj (56), v Praze je to bez mála 6krát tolik.

## Počty léčených pacientů v psychiatrických ambulancích v krajích ČR (průměr let 2015-2017)

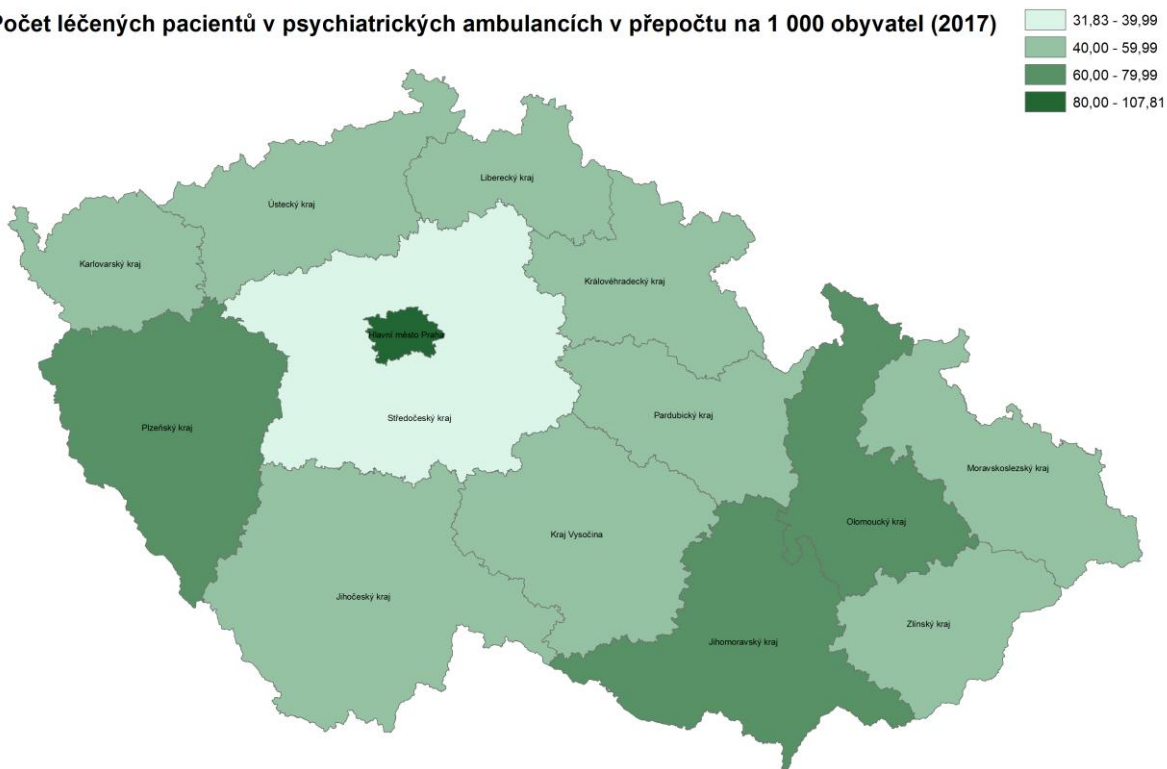
Kraj	Pacienti celkem		Pacienti s dg. F10-F19			Pacienti s dg. F10-F19 ve věku 65+				
	absolutně	na 100 tis. obyv.	celkem	na 100 tis. obyv.	podíl seniorů	celkem	podíl mužů	na 100 tis. obyvatel		
								celkem	muži	ženy
PHA	128 155	10 060	8 210	644,5	8,8%	721	61%	305,6	453,8	202,0
STC	50 316	3 774	2 369	177,7	8,1%	191	59%	82,6	114,4	59,2
JHC	33 920	5 314	1 112	174,2	6,1%	67	49%	56,2	63,9	50,4
PLK	36 731	6 360	2 283	395,4	5,6%	127	61%	115,8	164,2	79,1
KVK	13 780	4 635	838	281,9	4,8%	40	72%	73,3	125,1	35,6
ULK	48 021	5 841	2 254	274,1	4,0%	90	65%	61,1	94,9	36,6
LBK	20 249	4 601	727	165,3	9,1%	66	54%	81,1	104,7	64,0
HKK	31 363	5 691	1 520	275,9	7,0%	106	58%	97,1	134,0	70,3
PAK	27 649	5 351	1 346	260,5	12,0%	161	78%	166,2	309,0	62,3
VYS	27 294	5 361	1 684	330,7	9,0%	151	63%	156,3	233,1	100,2
JHM	80 729	6 859	3 386	287,7	6,4%	218	64%	98,7	153,3	60,8
OLK	47 650	7 515	3 512	553,8	8,4%	295	62%	244,6	369,9	157,5
ZLK	26 342	4 511	1 935	331,3	9,5%	183	70%	164,3	285,1	82,6
MSK	63 830	5 269	5 104	421,3	7,6%	389	64%	175,2	276,6	106,0
<b>ČR</b>	<b>636 029</b>	<b>6 020</b>	<b>36 279</b>	<b>343,4</b>	<b>7,7%</b>	<b>2808</b>	<b>63%</b>	<b>143,3</b>	<b>216,8</b>	<b>90,8</b>

Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01 - obor psychiatrie (A013)

Níže uvedený kartogram poukazuje na rozdíl v intenzitách počtu všech léčených pacientů v psychiatrických ambulancích na tisíc obyvatel v roce 2017. Kromě Prahy (108) s výraznou spádovostí pacientů ze Středočeského kraje (32) se nadprůměrným počtem pacientů vyznačuje Plzeňský (74), Jihomoravský (72) a v menší míře i Olomoucký kraj (66).

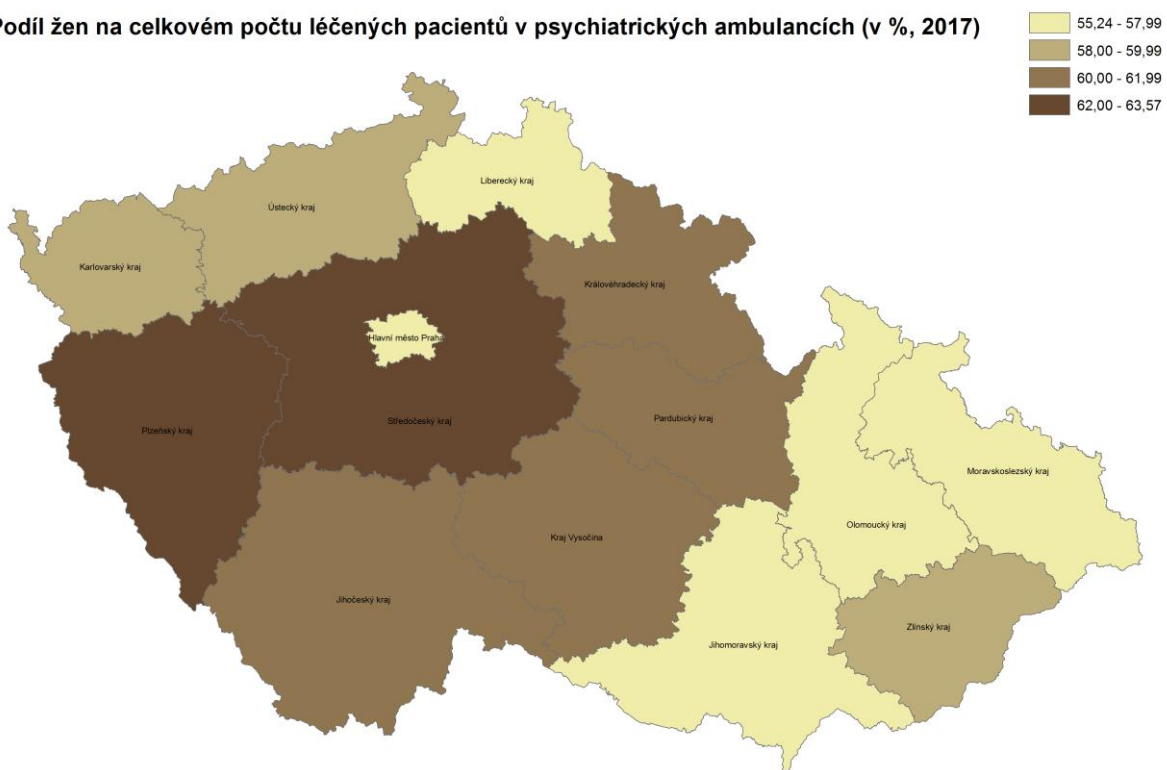
Na dalším níže uvedeném kartogramu jsou znázorněny podíly žen mezi pacienty psychiatrických ambulancí. Za převažujícím podílem žen v psychiatrických ambulancích stojí jednak jejich větší podíl v celkové populaci, ale hlavně oproti nemocem způsobeným psychoaktivními látkami jsou celkově psychiatrická onemocnění častější u žen. V rámci ambulantní péče se v letech 2015 až 2017 průměrně léčilo 70 žen z tisíce (7 %) oproti 50 mužům z tisíce (5 %) v rámci populace ČR. Největší podíl žen mezi duševně nemocnými vykazovala v roce 2017 populace Plzeňského a Středočeského kraje. Nejméně naopak v oblasti Moravy a Slezska, v Praze a na Liberecku (viz kartogramy níže).

**Počet léčených pacientů v psychiatrických ambulancích v přepočtu na 1 000 obyvatel (2017)**



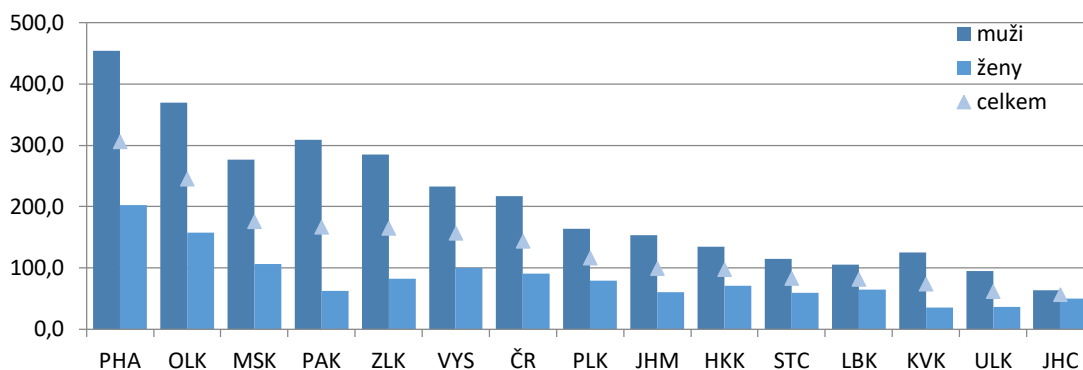
Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

**Podíl žen na celkovém počtu léčených pacientů v psychiatrických ambulancích (v %, 2017)**



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

**Počty léčených pacientů pro dg. F10-F19 v psychiatrických ambulancích na 100 tis. obyvatel ve věku 65+ dle pohlaví v krajích ČR (průměr let 2015-2017)**

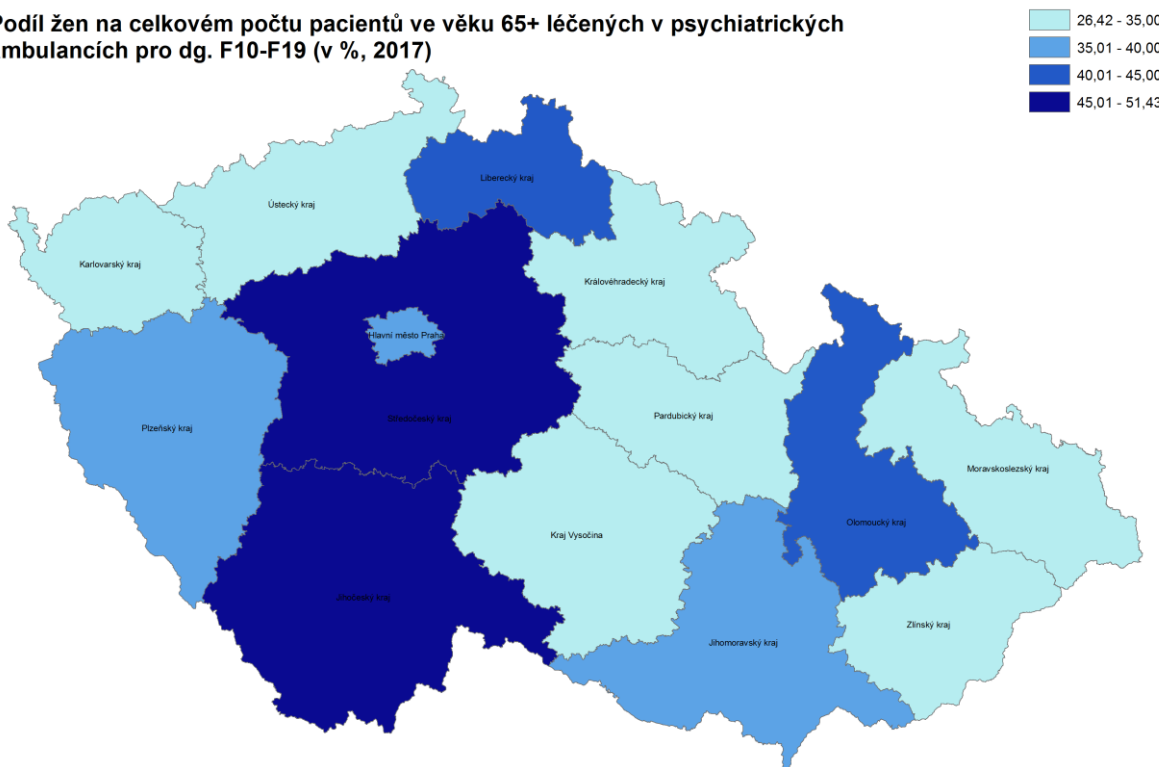


Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01 - obor psychiatrie (A013)

Výše uvedený graf se zaměřuje na rozdíly v počtu nemocných v rámci populace seniorů v krajích ČR. Nadprůměrný počet seniorů s problémy s psychoaktivními látkami na 100 tisíc obyvatel se léčí v Olomouckém, Moravskoslezském, Pardubickém, Zlínském kraji a v Kraji Vysočina. Hl. m. Praha sice vykazuje v přepočtu na obyvatele nejvíce léčených seniorů, ale pokud bychom zohlednili spádovost ze Středočeského kraje, tak oba regiony dohromady vykazují 195 seniorů léčených pro psychoaktivní látky na 100 tisíc obyvatel, což je druhá nejvyšší hodnota za úrovní Olomouckého kraje. Naopak nejmenším počtem pacientů se vyznačuje Jihočeský kraj.

Převažující podíl mužů mezi seniory léčenými pro důsledky psychoaktivních látek se nejvíce v roce 2017 projevil v Karlovarském kraji (74 %) a dále shodně v Pardubickém kraji a Kraji Vysočina (69 %). Ženy dosáhly více než poloviny zastoupení pacientů tohoto druhu duševních poruch pouze v Jihočeském kraji.

**Podíl žen na celkovém počtu pacientů ve věku 65+ léčených v psychiatrických ambulancích pro dg. F10-F19 (v %, 2017)**

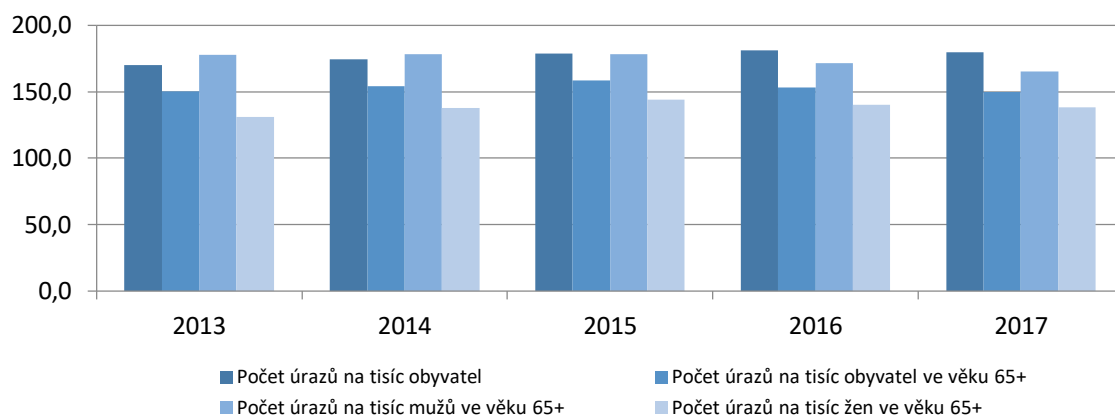


Zdroj dat: ÚZIS 2018, ©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### 3.2.3 Vývoj úrazovosti podle věku

Údaje o ambulantní péči o úrazy jsou sledovány výkazem A (MZ) 1-01 (A020) určeným pro skupinu oborů obor chirurgie, neurochirurgie, plastická chirurgie, kardiochirurgie, traumatologie, ortopedie, léčba popálenin, cévní chirurgie, hrudní chirurgie, dětská chirurgie a korektivní dermatologie. Údaje z těchto ambulancí jsou sledovány bez ohledu na to, zda vedl či nevedl úraz následně k hospitalizaci a je tak zachycen také v datech o lůžkové péči o úrazy evidované pod diagnózami 19. resp. 20. kapitoly MKN-10.

#### Vývoj počtu úrazů na tisíc obyvatel dle věku a pohlaví v ČR, 2013 - 2017



Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01 – chirurgické obory (A020)

Vývoj celkového počtu úrazů od roku 2013 se po mírném nárůstu do roku 2015 stabilizoval na úrovni 1,9 mil. úrazů, tj. v přepočtu na tisíc obyvatel 180 úrazů ročně. Úrazy seniorů ve věku 65 a více let tvoří pouze 16 % úrazů a v přepočtu na obyvatele se snížil počet úrazů na tisíc seniorů od roku 2015 ze 158 na 150 úrazů v roce 2017. Úrazovost u seniorů mužského pohlaví byla v roce 2017 o pětinu vyšší než u žen, ale tento rozdíl se ve srovnání s rokem 2013 snížil z 36 %. Počty úrazů za rok 2014 bohužel nejsou validní vlivem nízké návratnosti výkazů a pro účely této analýzy byly v grafu a níže uvedené tabulce extrapolovány alespoň v rozsahu základních charakteristik.

#### Vývoj ošetřených úrazů dle pohlaví, věku, aktivity v ČR v letech 2013 - 2017

Druh ukazatele	2013	2014	2015	2016	2017
Počet úrazů (první ošetření)	1 787 775	1 837 608	1 887 451	1 912 412	1 902 263
z toho počet úrazů ve věku 65+	269 969	285 939	301 918	300 673	301 461
Úrazy na tisíc obyvatel	170,1	174,6	179,0	181,0	179,6
Úrazy na tisíc obyv. ve věku 65+	150,3	154,3	158,4	153,4	149,7
Úrazy na tisíc mužů ve věku 65+	177,8	.	178,4	171,7	165,4
Úrazy na tisíc žen ve věku 65+	131,1	.	144,3	140,3	138,4

Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01 – chirurgické obory (A020)



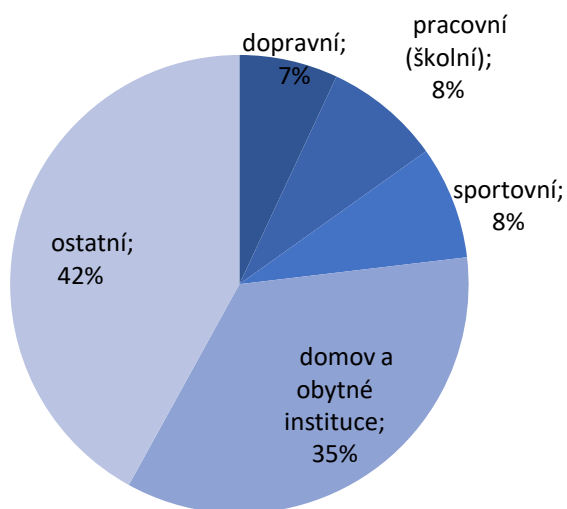
## Vývoj ošetřených úrazů ve věku 65 a více let podle aktivity a místa úrazu v ČR v letech 2013 - 2017

Úrazy podle místa / aktivity	počet úrazů ve věku 65+ absolutně				
	dopravní	23 554	.	21 600	20 636
pracovní (školní)	17 756	.	21 247	25 621	27 138
sportovní	18 572	.	23 290	23 637	25 187
domov a obytné instituce	103 946	.	107 979	106 284	101 115
ostatní	106 141	.	127 802	124 495	127 319
pod vlivem alkoholu	5 560	.	5 311	5 173	5 739
Úrazy podle místa / aktivity	podíl úrazů ve věku 65+ v procentech				
dopravní	9%	7%	7%	7%	7%
pracovní (školní)	7%	7%	7%	9%	9%
sportovní	7%	6%	8%	8%	8%
domov a obytné instituce	39%	35%	36%	35%	34%
ostatní	39%	36%	42%	41%	42%
pod vlivem alkoholu	2%	2%	2%	2%	2%

Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01 – chirurgické obory (A020)

U seniorů mají z určených úrazů největší zastoupení domácí úrazy. Celkem u nich domácí úrazy tvoří třetinu úrazů, ale tento podíl v průběhu posledních let mírně poklesl. Naopak vzrostl podíl neurčených úrazů. Dvě procenta úrazů seniorů stabilně představují úrazy pod vlivem alkoholu.

### Struktura úrazů podle místa / aktivity v ČR, 2015 - 2017



Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01 – chirurgické obory (A020)

## Vývoj ošetřených úrazů dle pohlaví, aktivity a místa úrazu v ČR v letech 2013 - 2017

Druh ukazatele	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Úrazy podle místa / aktivity</b>	<b>počet úrazů na tisíc obyvatel ve věku 65+ celkem</b>				
dopravní	13,1	.	11,3	10,5	10,3
pracovní (školní)	9,9	.	11,1	13,1	13,5
sportovní	10,3	.	12,2	12,1	12,5
domov a obytné instituce	57,9	.	56,7	54,2	50,2
ostatní	59,1	.	67,1	63,5	63,2
pod vlivem alkoholu	3,1	.	2,8	2,6	2,8
<b>Úrazy podle místa / aktivity</b>	<b>počet úrazů na tisíc obyvatel ve věku 65+ u mužů</b>				
dopravní	18,5	.	16,3	14,2	14,2
pracovní (školní)	12,7	.	12,8	14,8	14,9
sportovní	14,9	.	15,7	15,3	15,9
domov a obytné instituce	65,7	.	62,9	60,3	54,1
ostatní	66,0	.	70,6	67,1	66,3
pod vlivem alkoholu	5,5	.	4,7	4,6	4,6
<b>Úrazy podle místa / aktivity</b>	<b>počet úrazů na tisíc obyvatel ve věku 65+ u žen</b>				
dopravní	9,3	.	7,8	7,9	7,5
pracovní (školní)	7,9	.	10,0	11,8	12,4
sportovní	7,2	.	9,8	9,7	10,1
domov a obytné instituce	52,4	.	52,2	49,9	47,4
ostatní	54,3	.	64,6	60,9	61,0
pod vlivem alkoholu	1,4	.	1,4	1,3	1,6

Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01 – chirurgické obory (A020)

Počet dopravních úrazů v přepočtu na tisíc obyvatel ve věku 65 a více od roku 2013 poklesl z 13 na 10 v roce 2017. Na tisíc mužů v tomto věku připadalo 14 dopravních úrazů oproti méně než 8 úrazům téhož druhu u žen. U pracovních úrazů není tak výrazný rozdíl mezi pohlavími, ale dochází u nich k nárůstu výskytu zřejmě v souvislosti s prodloužováním ekonomické aktivity do vyšších věkových skupin. Sportovní úrazy byly v roce 2017 o polovinu častější u mužů než u žen, ale rozdíl mezi pohlavími se během sledovaného období u seniorů snížil. Úrazy vzniklé doma vykazují u obou pohlaví klesající trend s mírně zvýšeným výskytem u mužů, přesto jsou i v roce 2017 s 50 úrazy na tisíc obyvatel ve věku 65 a více let stále nejčastější příčinou úrazů u seniorů, pokud nebereme v potaz neurčené ostatní úrazy. Výrazný rozdíl mezi pohlavími dále tvoří úrazy pod vlivem alkoholu, které u mužů sice od roku 2013 poklesly téměř o pětinu, ale přesto jsou u nich 3krát častější než u žen v témže věku 65 a více let.

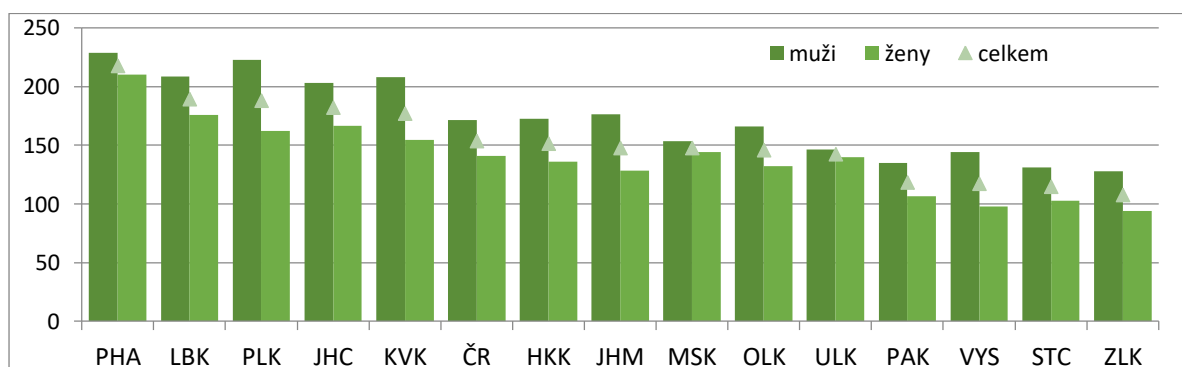
## Počty ošetřených úrazů na tisíc obyvatel podle pohlaví v krajích ČR (průměr let 2015 – 2017)

Kraj	Počty úrazů celkem		Z toho úrazy ve věku 65+			
	absolutně	na tisíc obyvatel	absolutně	na tisíc obyvatel		
				celkem	mužů	žen
PHA	273 412	214,6	51 397	217,7	228,8	210,0
STC	183 488	137,6	26 554	114,9	131,2	102,8
JHC	148 535	232,7	21 852	182,2	203,1	166,7
PLK	131 059	226,9	20 638	188,1	222,6	162,0
KVK	64 870	218,2	9 744	177,1	207,9	154,8
ULK	150 006	182,4	21 069	142,6	146,3	139,8
LBK	86 834	197,3	15 486	189,4	208,4	175,7
HKK	114 876	208,4	16 604	151,5	172,7	136,2
PAK	92 292	178,6	11 505	118,5	134,6	106,8
VYS	98 956	194,4	11 345	117,4	144,2	97,9
JHM	178 674	151,8	32 687	147,8	176,1	128,2
OLK	95 426	150,5	17 589	146,0	165,9	132,2
ZLK	68 164	116,7	12 027	107,8	127,9	94,2
MSK	214 116	176,8	32 854	147,8	153,2	144,1
ČR	1 900 709	179,9	301 351	153,7	171,7	140,9

Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01 – chirurgické obory (A020)

Z hlediska regionálních rozdílů vykazuje v průměru posledních tří let nejvyšší počet ošetřených úrazů přesahující 200 úrazů na tisíc obyvatel Jihočeský, Plzeňský, Karlovarský kraj, Hl. m. Praha a Královéhradecký kraj. Výrazně podprůměrný počet úrazů na obyvatele vykazuje Zlínský a Středočeský kraj. Níže uvedený kartogram ukazuje intenzity úrazovosti v krajích v přepočtu na 10 tisíc obyvatel v posledním dostupném roce 2017. Nejvíce ošetřených úrazů v přepočtu na obyvatele vykazuje kromě Hlavního města Prahy, Jihočeský, Plzeňský a Královéhradecký kraj. Téměř o polovinu méně pak Středočeský a Zlínský kraj.

## Počty ošetřených úrazů na tisíc obyvatel ve věku 65+ dle pohlaví v krajích (průměr let 2015-2017)

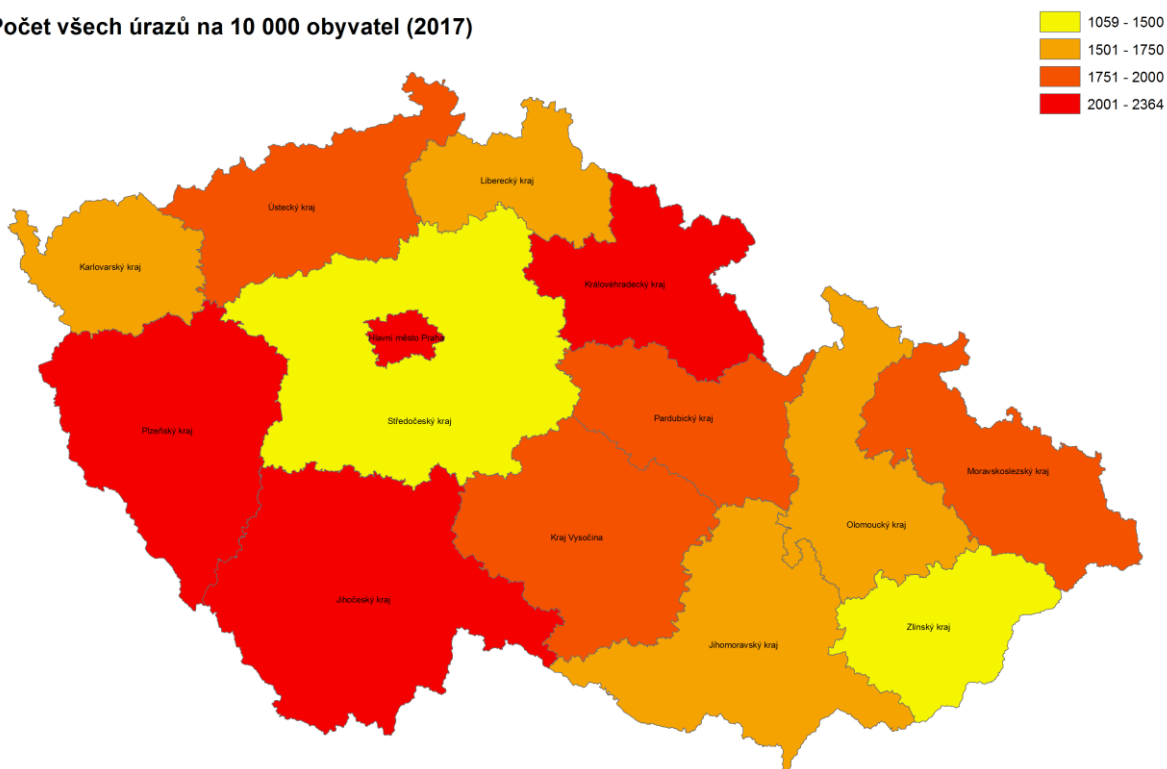


Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01 – chirurgické obory (A020)

V mezikrajském srovnání úrazů pouze u seniorů ve věku 65 a více let vychází v období 2015 až 2017 úrazovost nadprůměrná v Praze, Libereckém, Plzeňském, Jihočeském a Karlovarském kraji. Naopak výrazně podprůměrné počty úrazů na obyvatele vykazuje Zlínský, Středočeský kraj, Kraj vysočina a Pardubický kraj.

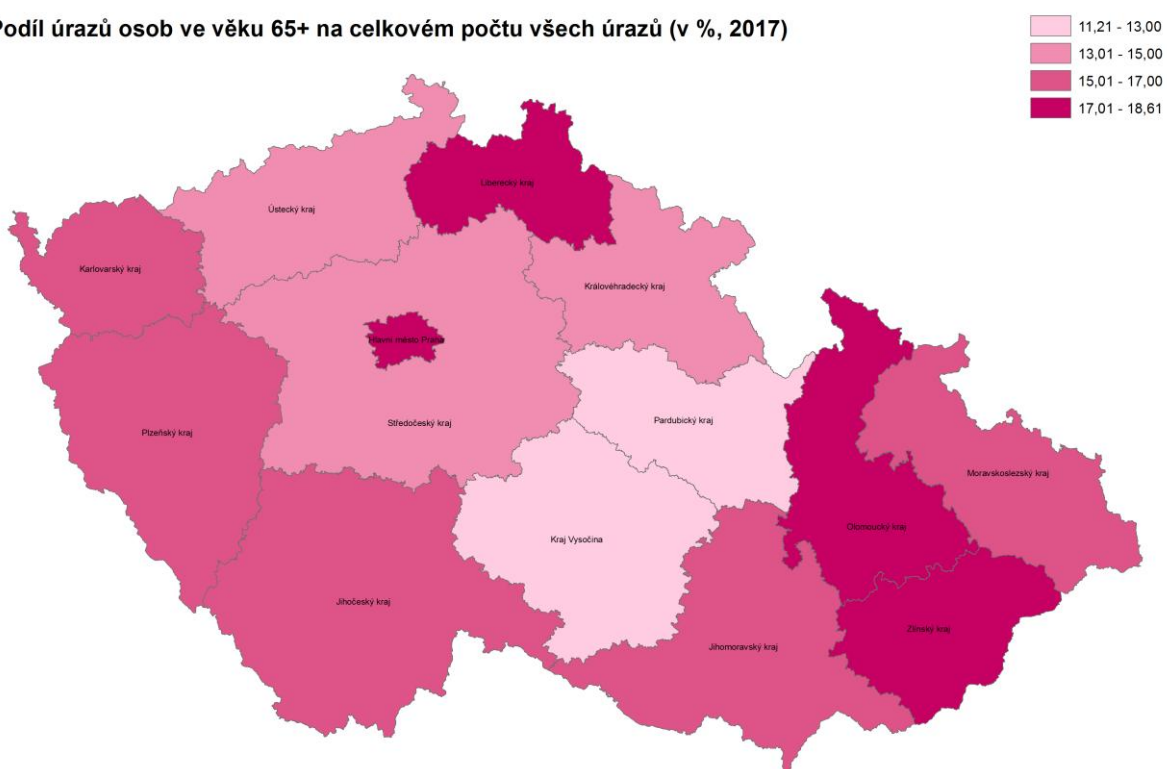
Nejvyšší podíl úrazovosti seniorů způsobenou v domácím prostředí v roce 2017 vykazoval Liberecký a Královéhradecký kraj. O polovinu nižším podílem domácích úrazů se naopak vyznačoval Pardubický a Zlínský kraj. Z dostupných dat však není zjištěné, co je příčinou takových výrazných regionálních rozdílů ve struktuře úrazovosti.

Počet všech úrazů na 10 000 obyvatel (2017)



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

Podíl úrazů osob ve věku 65+ na celkovém počtu všech úrazů (v %, 2017)



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

**Podíl úrazů způsobených doma na celkovém počtu všech úrazů osob ve věku 65+ (v %, 2017)**



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### 3.3 Příjemci sociálních dávek podmíněných zhoršeným zdravotním stavem

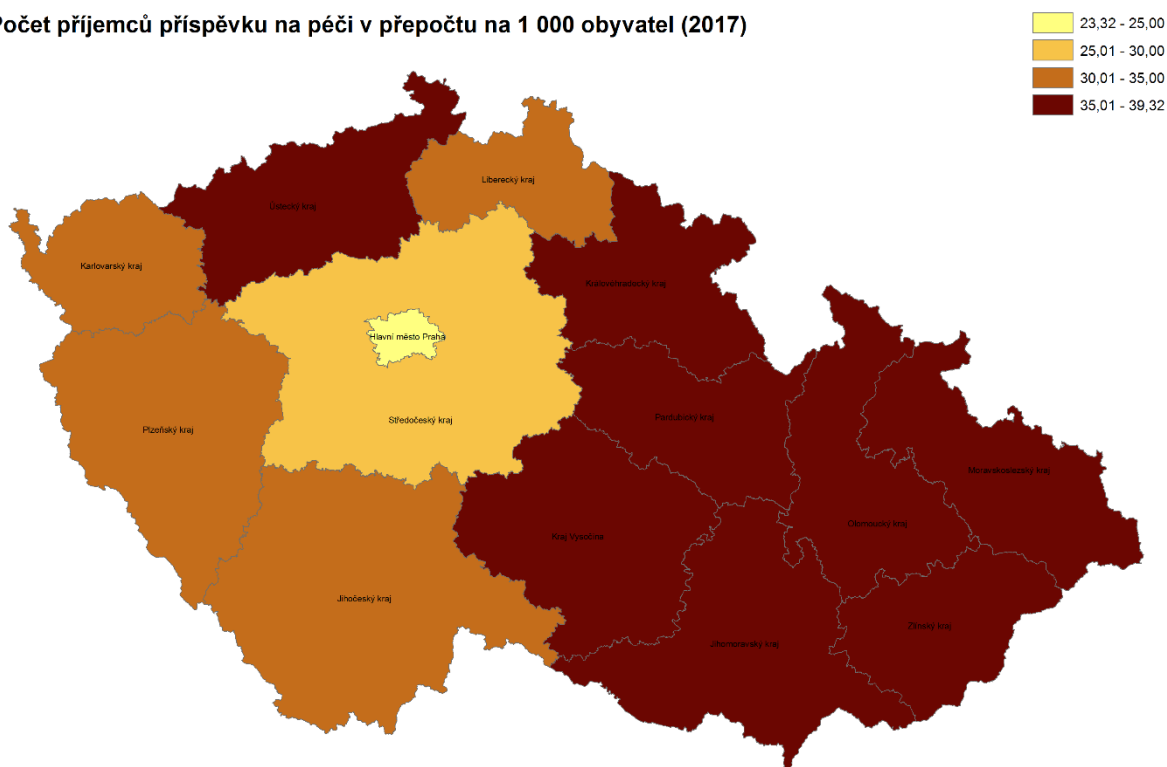
V následující kapitole jsou prezentovány údaje Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) o počtu příjemců sociálních dávek, resp. příspěvků za rok 2017, jejichž přidělení je podmíněno zhoršeným zdravotním stavem příjemce. Konkrétně se věnujeme podrobnějšímu postihnutí příjemců příspěvku na péči, příspěvku na mobilitu, příspěvku na zvláštní pomůcku a rovněž se zaměřujeme na držitele průkazů ZTP/P, ZTP a TP.

#### 3.3.1 Příjemci příspěvku na péči

V České republice v roce 2017 pobíralo příspěvek na péči celkem 353 139 osob se sníženou soběstačností (jedná se o průměrný měsíční počet příjemců) a celkové výdaje na krytí této sociální dávky v roce 2017 již převýšily hranici 25 mld. Kč. Primárně v souvislosti s demografickým vývojem počet příjemců příspěvku na péči postupně narůstá, a s tím pochopitelně narůstá i tlak na veřejné rozpočty. Pro srovnání: v roce 2013 bylo v průměru měsíčně vyplaceno 321,3 tis. příspěvků na péči a celkové výdaje na krytí této sociální dávky nepřevyšovaly 20 mld. Kč.

Z pohledu mezikrajského srovnání bylo v roce 2017 nejvíce příjemců příspěvku na péči evidováno v Moravskoslezském kraji, kde dosahoval průměrný měsíční počet příjemců 43 251, což bylo o něco málo více než v kraji Jihomoravském (42 807). Z kartogramu níže je patrné, že ve vztahu k počtu obyvatel bylo relativně více příjemců příspěvků na péči evidováno ve východní polovině republiky (s výjimkou Ústeckého kraje). V přepočtu na 1 000 obyvatel připadalo nejvíce příjemců příspěvku na péči ve Zlínském kraji (39,3), naopak nejméně ve Středočeském kraji (27,5) a Hl. m. Praze (23,3).

**Počet příjemců příspěvku na péči v přepočtu na 1 000 obyvatel (2017)**

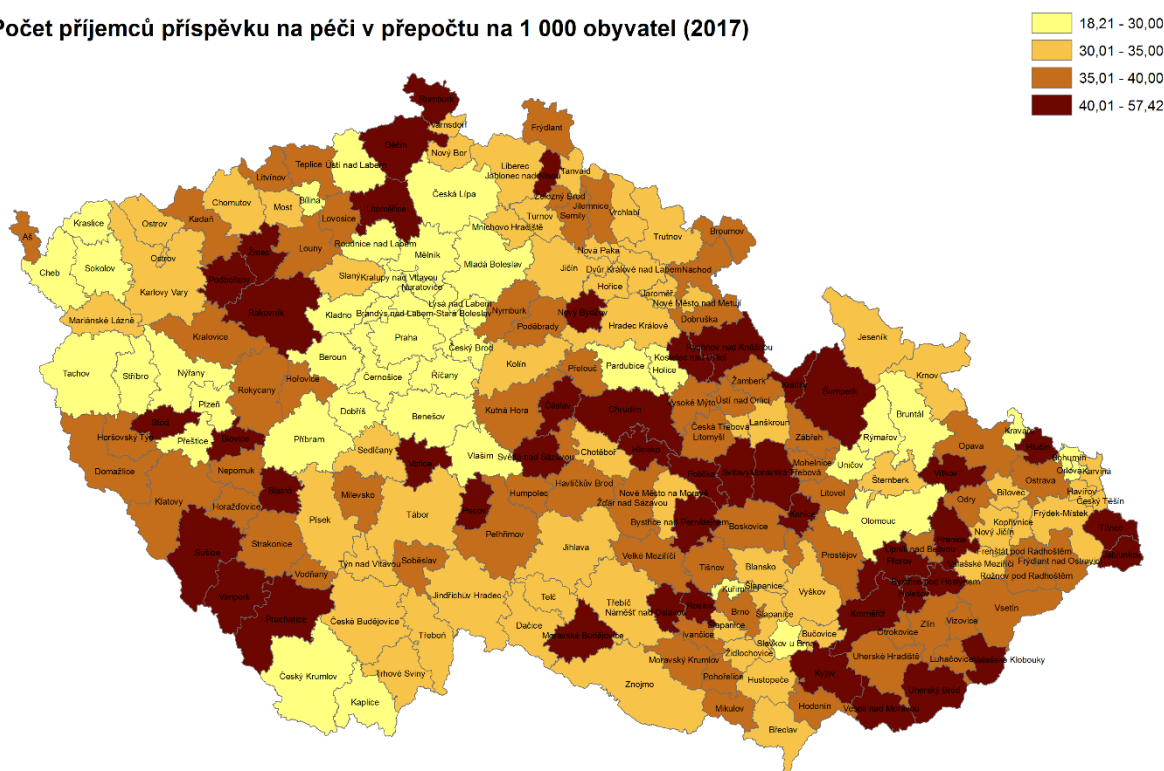


Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

V rámci obvodů ORP bylo v roce 2017 nejvíce příjemců příspěvku na péči v přepočtu na 1 000 obyvatel zjištěno (viz kartogram níže) v obvodech Rumburk (57,4), Rakovník (53,5) a Polička (51,9). Naopak relativně nejnižší koncentrace příjemců této sociální dávky byla evidována v obvodech ORP

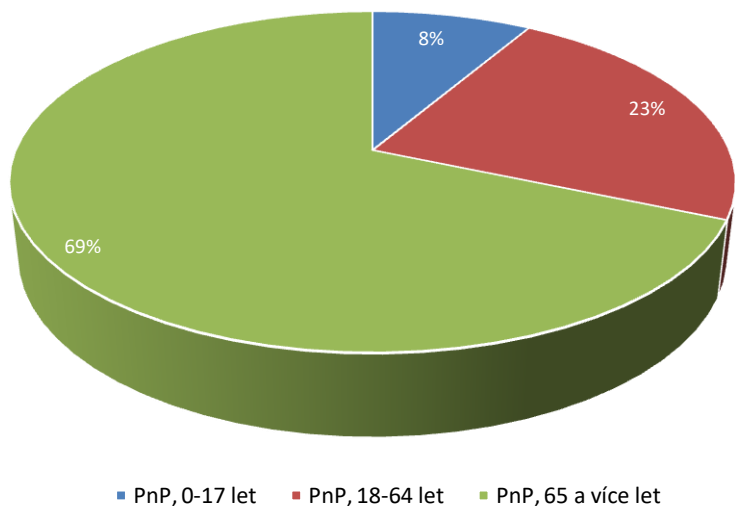
bezprostředně obklopujících Hl. m. Prahu, konkrétně Černošice (19,7), Říčany (18,4) a Brandýs nad Labem – Stará Boleslav (18,2).

### Počet příjemců příspěvku na péči v přepočtu na 1 000 obyvatel (2017)



Zdroj dat: MPSV 2018, ©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### Struktura příjemců příspěvku na péči podle věku (2017)

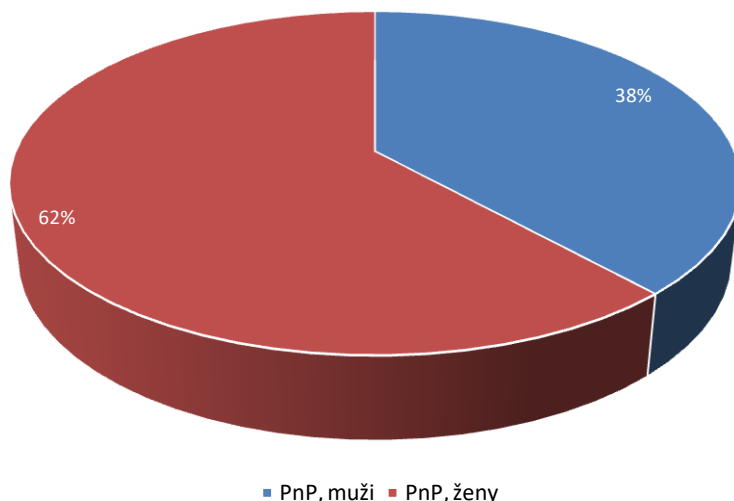


Zdroj: MPSV

Z grafu výše je patrné, že podle očekávání bylo nejvíce příjemců příspěvku na péči v seniorském věku. Konkrétně v roce 2017 bylo ve věku 65 a více let 242 125 osob, tedy 69 % z celkového počtu příjemců příspěvku na péči. Zbýlých 23 % z celkového počtu příjemců příspěvku na péči připadlo na dospělé osoby ve věku 18 až 64 let a jen 8 % na děti a mladistvé ve věku 0-17 let včetně.

Skutečnost, že mezi příjemci příspěvku na péči převažují lidé v seniorském věku, ovlivňuje i strukturu příjemců podle pohlaví (viz graf níže). V ní převažují ženy (necelých 218 tisíc osob, resp. 62 %) nad muži (přes 135 tisíc osob, resp. 38 %).

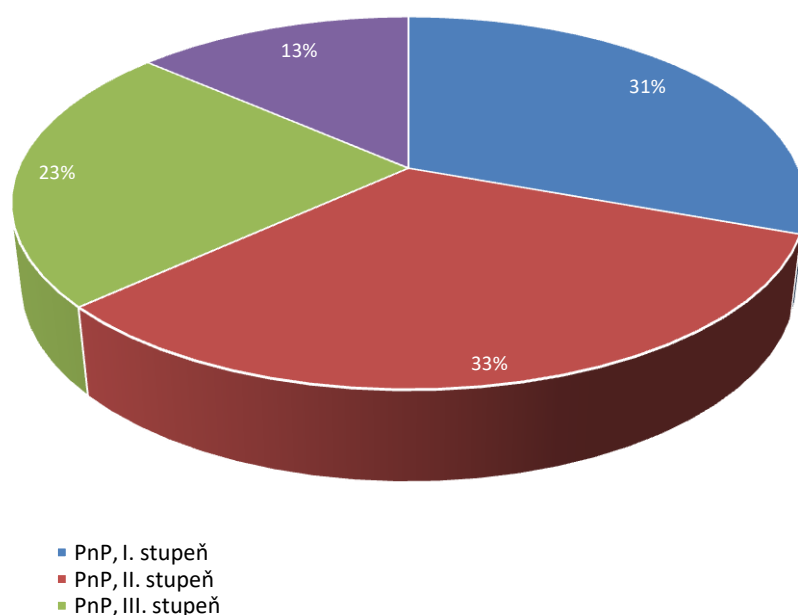
#### Struktura příjemců příspěvku na péči podle pohlaví (2017)



Zdroj: MPSV

Následující graf pak ukazuje strukturu příjemců příspěvku na péči podle stupně závislosti. Je patrné, že nejméně příjemců (47 743 osob, resp. 13 %) bylo ve IV. stupni, tedy ve skupině nejvíce zdravotně postižených příjemců, kteří jsou úplně závislí na péči druhé osoby. Relativně nižší počet příjemců byl evidován i v rámci III. stupně (tj. těžká závislost), kterých bylo celkem 82 211 (resp. 23 %). Největší část příspěvku na péči je vyplácena příjemcům II. stupně (středně těžká závislosti) a I. stupně (lehká závislost), kterých v roce 2017 MPSV evidovalo 115 180 (33 %), resp. 108 013 (31 %).

#### Struktura příjemců příspěvku na péči podle stupně závislosti (2017)

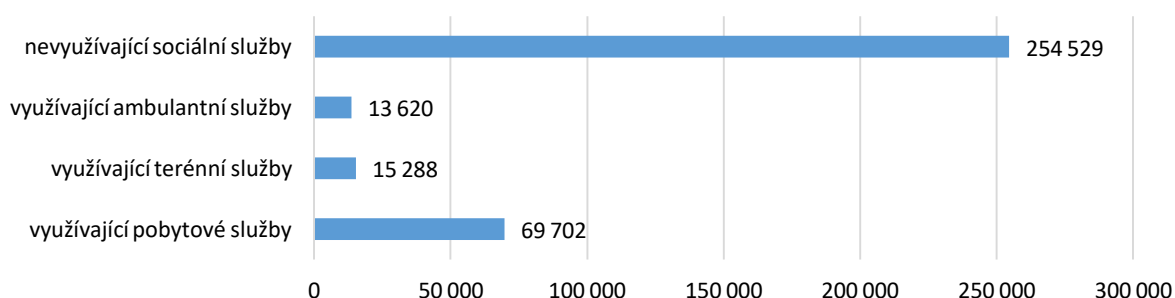


Zdroj: MPSV



Na základě dat, která nám poskytlo MPSV, lze konstatovat, možná poněkud překvapivě, že většina příjemců příspěvku na péči nevyužívá žádné sociální služby (viz graf níže). Z celkového počtu 353 139 příjemců příspěvku na péči v roce 2017 jich jen 15 284 uvedlo, že využívá některou z terénních sociálních služeb, 13 614 příjemců využívalo ambulantní sociální služby a 69 952 příjemců využívalo pobytových sociálních služeb. Převážná většina příjemců příspěvku na péči (254 529, resp. 72 %) tedy nevyužívala žádnou ze sociálních služeb.

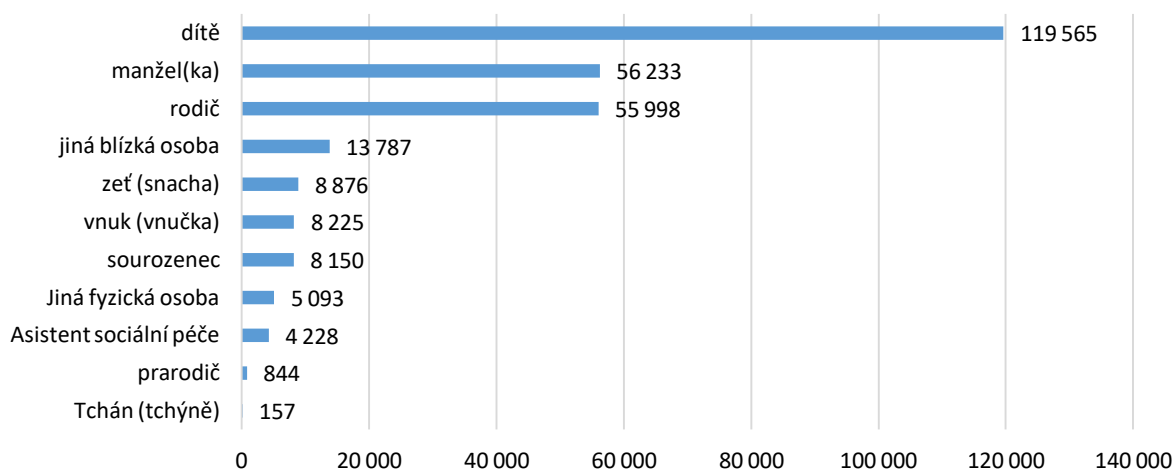
### Využívání sociálních služeb příjemci příspěvku na péči (2017)



Zdroj: MPSV

Ze statistik MPSV je rovněž možné identifikovat, kdo o příjemce příspěvku na péči nejčastěji pečuje. Z grafu níže vyplývá, že příjemci příspěvku na péči nejčastěji uváděli jako pečující osobu příslušníky z neušší rodiny, přičemž zdaleka nejčastějšími pečujícími byly podle očekávání děti, které se přirozeně typicky starají o své rodiče ve starším seniorském věku. Četnými případy pečujících osob byly ale i manžel či manželka a rodiče starající se o vlastní děti.

### Pečující osoba o příjemce příspěvku na péči (2017)

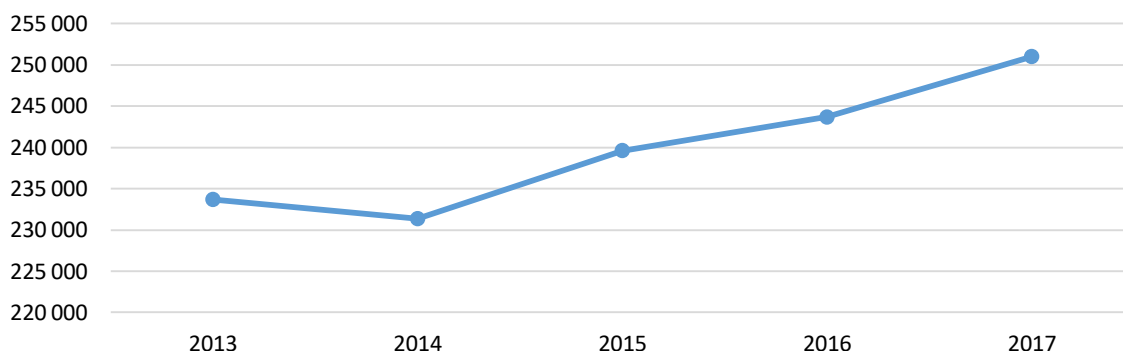


Zdroj: MPSV

### 3.3.2 Příjemci příspěvku na mobilitu

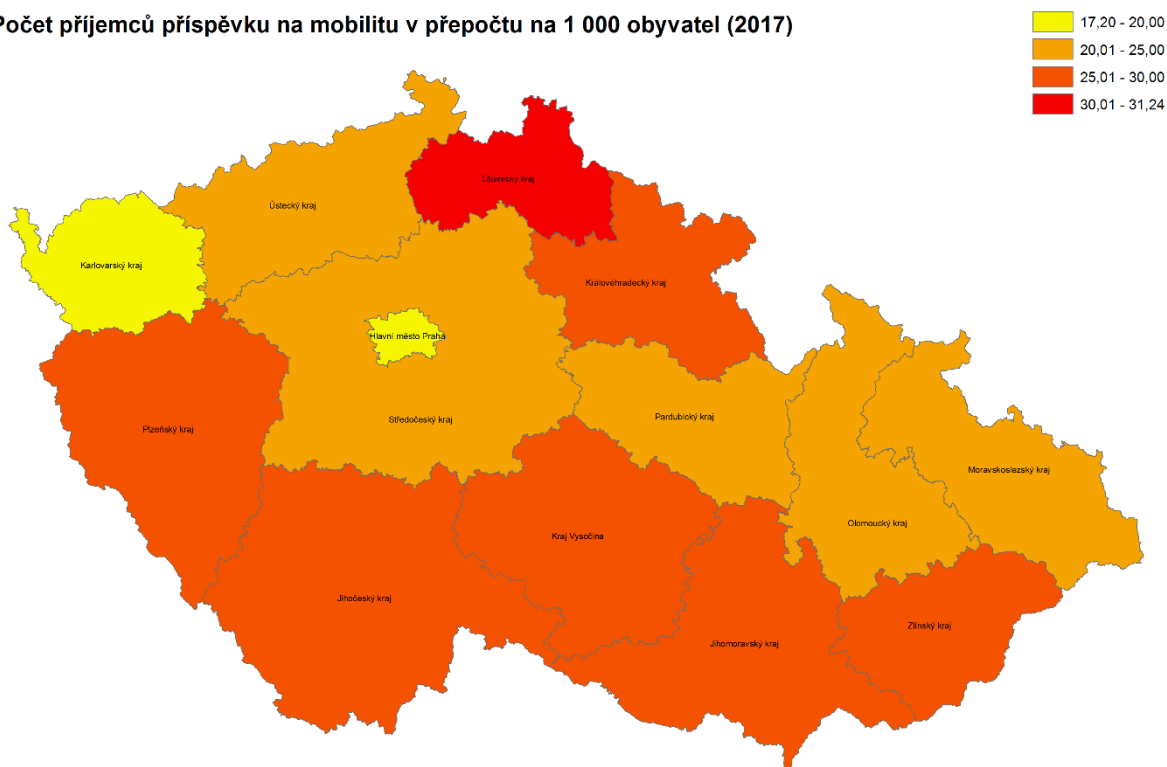
Příspěvek na mobilitu, jehož výše činí 550 Kč měsíčně, pobíralo v České republice v roce 2017 přibližně 251 tisíc osob (jedná o průměrný měsíční počet příjemců v tomto roce). Přibližně 60 % příjemců tohoto příspěvku bylo ve věku 65 a více let. Jak ukazuje graf níže, počet osob pobírajících příspěvek na mobilitu se v posledních pěti letech zvyšoval.

#### Vývoj počtu příjemců příspěvku na mobilitu v letech 2013 až 2017



Zdroj: MPSV

#### Počet příjemců příspěvku na mobilitu v přepočtu na 1 000 obyvatel (2017)

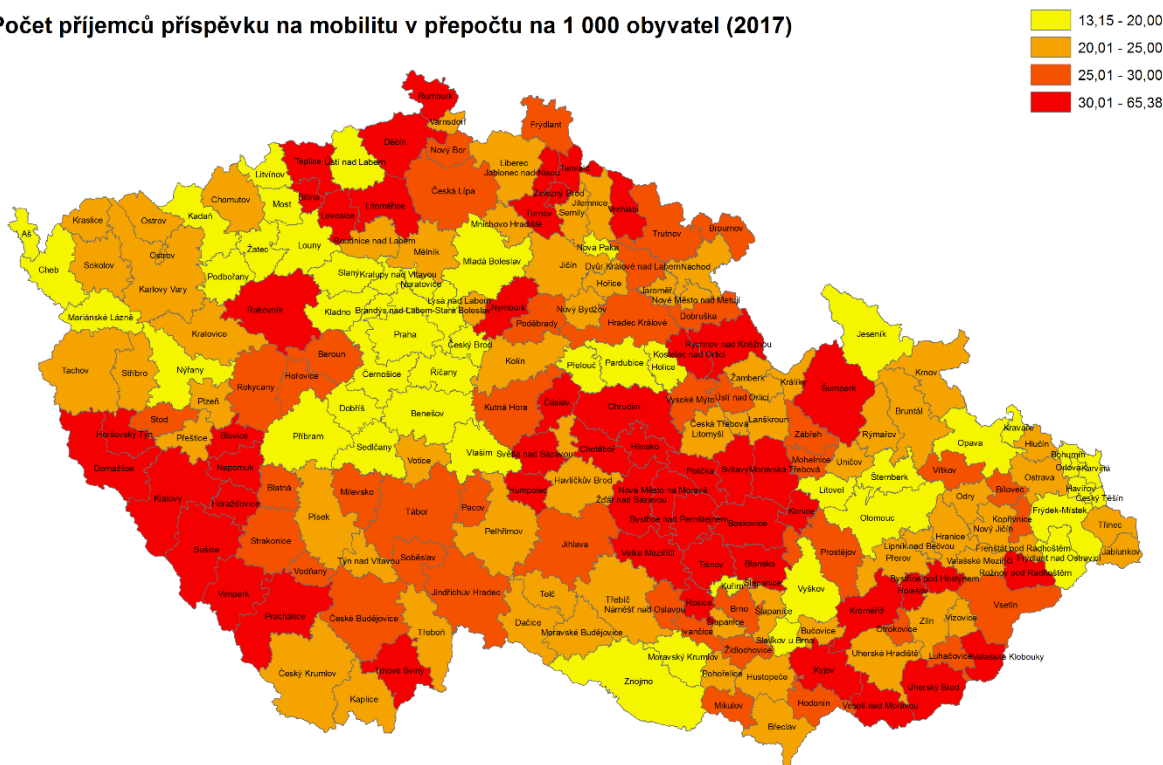


Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

Z výše uvedeného kartogramu vyplývá, že ve vztahu k počtu obyvatel pobíralo v roce 2017 nejvíce osob příspěvek na mobilitu v Libereckém kraji (31 příjemců v přepočtu na 1 000 obyvatel). Naopak nejméně příjemců tohoto příspěvku na 1 000 obyvatel (17) bylo evidováno v Hl. m. Praze.

V rámci obvodů ORP (viz kartogram níže) byly zaznamenány vyšší rozdíly v relativních počtech příjemců příspěvku na mobilitu než v případě kraje. V přepočtu na 1 000 obyvatel pobíralo v roce 2017 tento příspěvek nejvíce osob v obvodu ORP Železný Brod (65 příjemců v přepočtu na 1 000 obyvatel), Jablonec nad Nisou (64), Bystřice nad Pernštejnem (56) a Rakovník (54).

Počet příjemců příspěvku na mobilitu v přepočtu na 1 000 obyvatel (2017)



Zdroj dat: MPSV 2018.  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

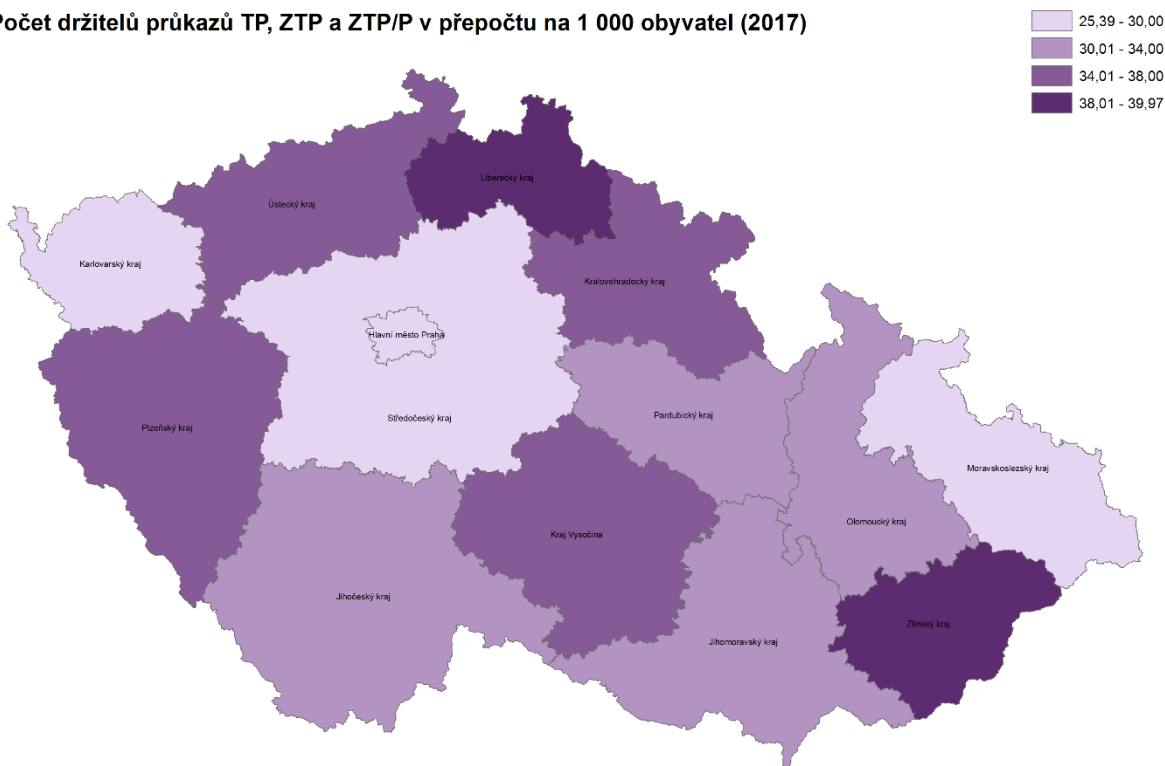
### 3.3.3 Držitelé průkazů ZTP/P, ZTP a TP

V prosinci roku 2017 bylo evidováno celkem 331 550 držitelů průkazů TP (těžce postižení), ZTP (zvláště těžce postižení) nebo ZTP/P (zvláště těžce postižení/průvodce). Z tohoto počtu bylo téměř 60 % držitelů ve věku 65 a více let. Držitelé průkazů ZTP/P, který je určen pro osoby s nejtěžším stupněm postižení, tvořili přibližně 28 % z uvedeného celkového počtu.

Nejvíce držitelů průkazů TP, ZTP či ZTP/P v relaci k počtu obyvatel připadalo na konci roku 2017 v Libereckém kraji (40 osob v přepočtu na 1 000 obyvatel) a Zlínském kraji (38). Naopak relativně nejméně držitelů těchto průkazů v přepočtu na 1 000 obyvatel (25) evidovalo MPSV na území Hl. m. Prahy (viz kartogram níže).

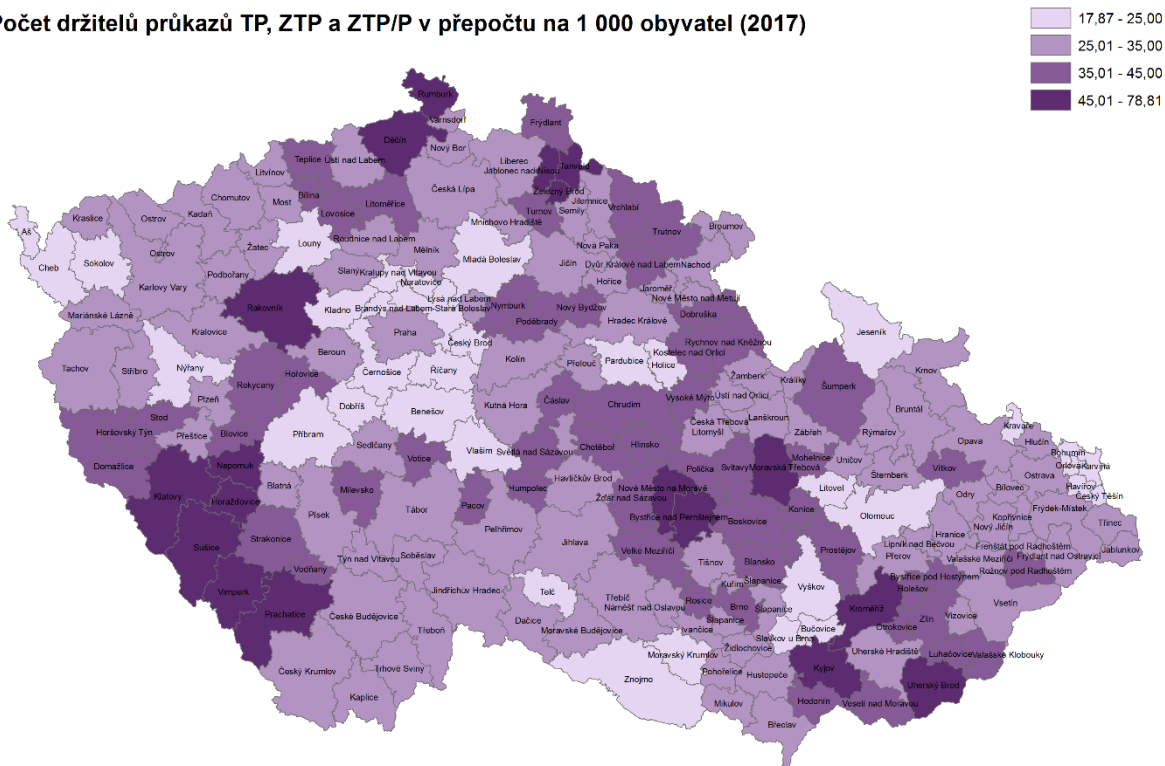
Z územního hlediska obvodů ORP (viz kartogram níže) byla identifikována nejvyšší koncentrace držitelů průkazů TP, ZTP nebo ZTP/P v obvodech Jablonec nad Nisou (79 držitelů v přepočtu na 1 000 obyvatel), Železný Brod (75) Rakovník (65) a Bystřice nad Pernštejnem (61). Jedná se o stejné obvody, které vynikaly i z hlediska vysokého relativního počtu příjemců příspěvku na mobilitu (viz výše). Nejméně držitelů uvedených průkazů bylo v prosinci 2017 evidováno v obvodu ORP Kravaře (necelých 18 osob v přepočtu na 1 000 obyvatel).

Počet držitelů průkazů TP, ZTP a ZTP/P v přepočtu na 1 000 obyvatel (2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

Počet držitelů průkazů TP, ZTP a ZTP/P v přepočtu na 1 000 obyvatel (2017)



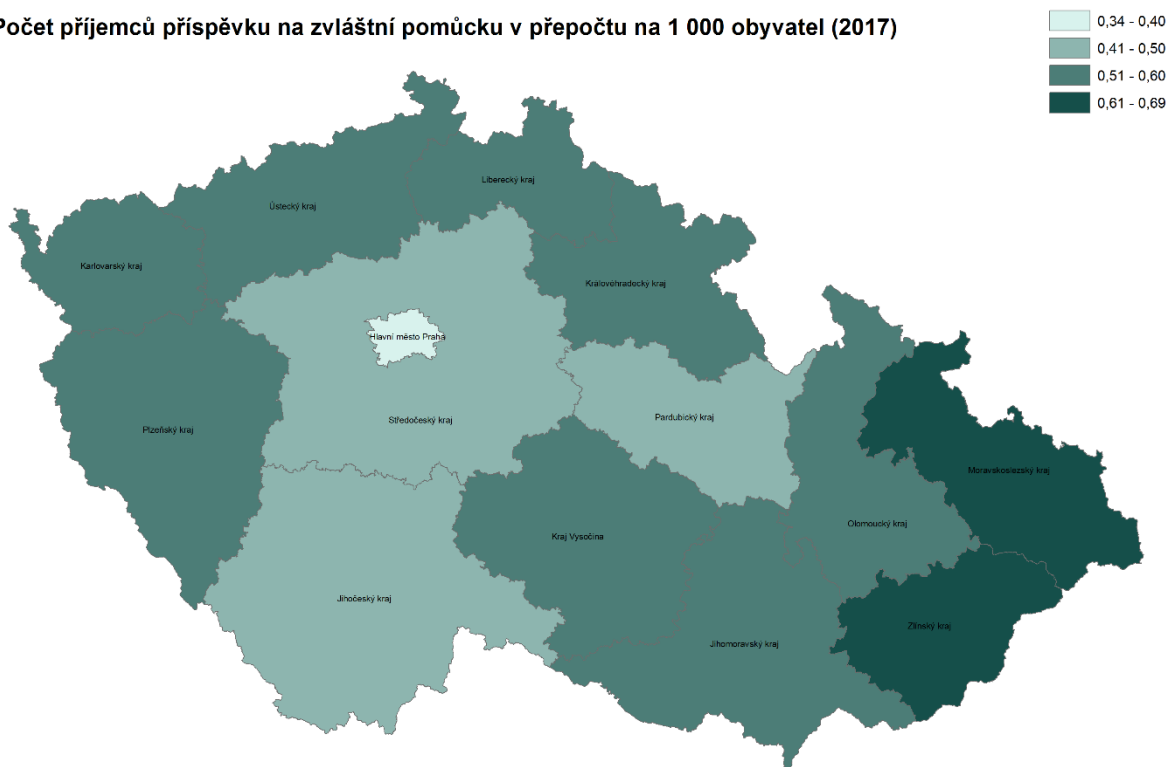
Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### 3.3.4 Příjemci příspěvku na zvláštní pomůcku

Celkový počet osob, které pobírají příspěvek na zvláštní pomůcku, je v rámci České republiky relativně nízký. Za celý rok 2017 získalo tento příspěvek 5 391 příjemců, z toho 1 692 osob ve věku 65 a více let (tj. necelá třetina, 31 %). Celkové výdaje na finanční krytí tohoto příspěvku činily v roce 2017 přibližně 0,75 mld. Kč.

Z kartogramu níže je patrné, že v přepočtu na 1 000 obyvatel jsou počty příjemců příspěvku na zvláštní pomůcku velmi nízké a rozdíly mezi jednotlivými kraji tak ani nejsou příliš signifikantní. Relativně nejvíce osob pobírajících tento příspěvek bylo za rok 2017 evidováno v Moravskoslezském kraji (0,69 příjemců v přepočtu na 1 000 obyvatel), naopak nejméně v Hl. m. Praze (0,34 příjemců / 1 000 obyvatel).

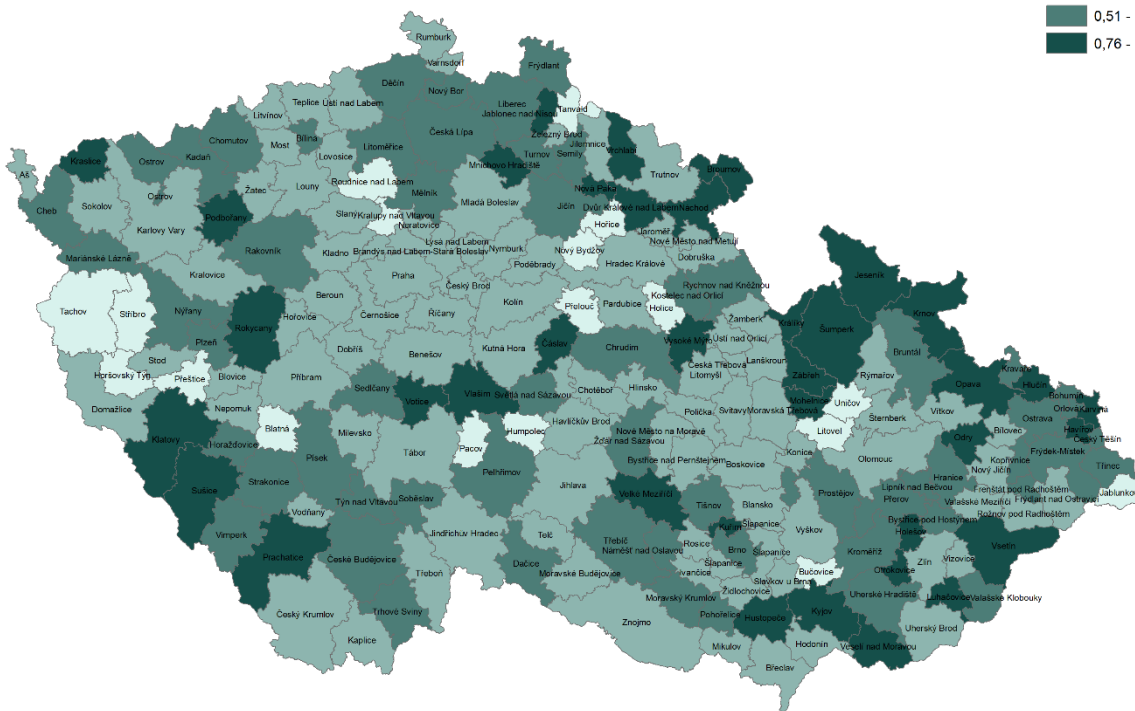
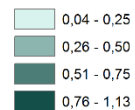
**Počet příjemců příspěvku na zvláštní pomůcku v přepočtu na 1 000 obyvatel (2017)**



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

I přes celkově nízký počet příjemců příspěvku na zvláštní pomůcku nebyl v roce 2017 identifikován žádný obvod ORP bez jediného příjemce, v řadě obvodů se ale jednalo jen o jednotky osob (např. v obvodu ORP Přelouč byl v roce 2017 evidován pouze jediný příjemce příspěvku). Celkem v 8 obvodech ORP (konkrétně Opava, Kraslice, Velké Meziříčí, Klatovy, Krnov, Luhačovice, Šumperk, Odry) připadal v přepočtu na 1 000 obyvatel více než 1 příjemce příspěvku na zvláštní pomůcku (viz kartogram níže).

Počet příjemců příspěvku na zvláštní pomůcku v přepočtu na 1 000 obyvatel (2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

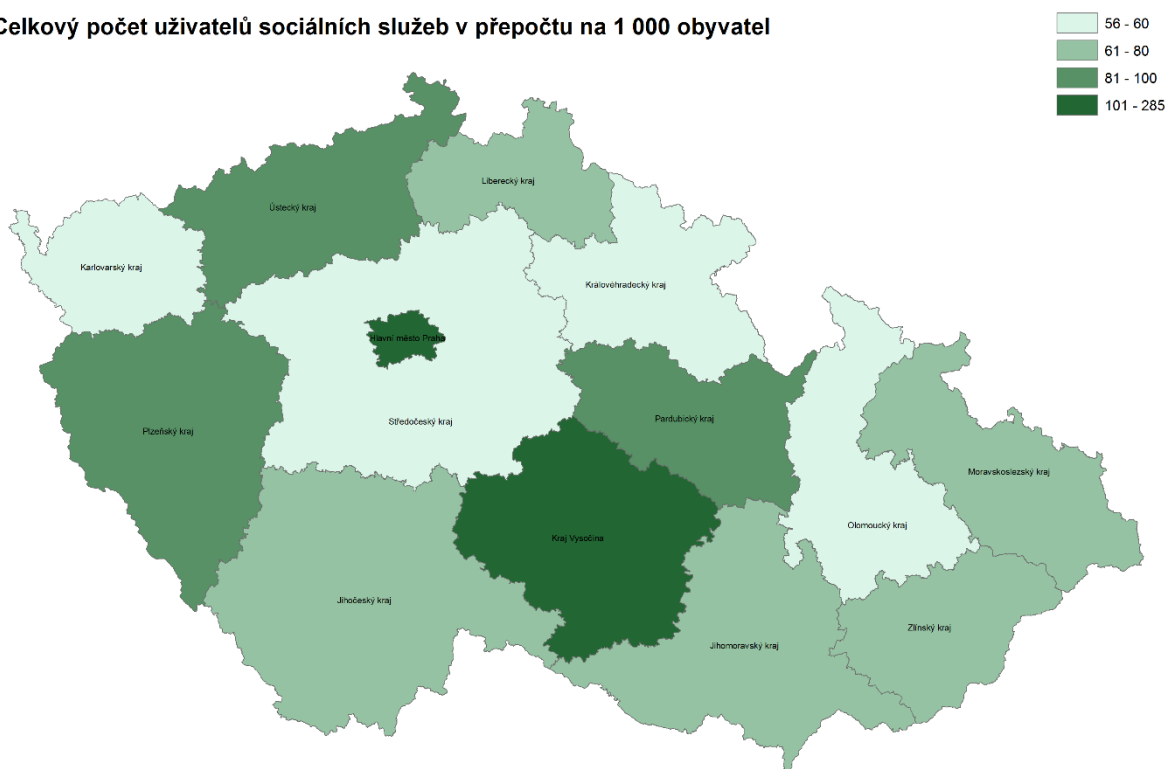
## 4. Uživatelé terénních a ambulantních sociálních služeb

### 4.1 Celková charakteristika uživatelů sociálních služeb v ČR

Na základě údajů, které poskytlo Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“), lze konstatovat, že v roce 2017 dosahoval v České republice celkový počet uživatelů všech sociálních služeb 1 045 434. V souvislosti s tímto údajem je nicméně dobré si uvědomit, že jedna osoba často využívá více druhů sociálních služeb, což zapříčiňuje jisté nadhodnocení prezentovaného údaje.

V mezikrajském srovnání jasně dominuje Hl. m. Praha, kde bylo v roce 2017 evidováno celkem 368 359 uživatelů všech sociálních služeb, tedy 35 % z celorepublikového objemu. S velkým odstupem následovaly další populačně významné kraje, konkrétně Jihomoravský kraj (90 070 uživatelů sociálních služeb), Moravskoslezský kraj (88 330), Ústecký kraj (78 002) a Středočeský kraj (75 214). Praha dominovala z hlediska počtu klientů sociálních služeb i ve vztahu k počtu obyvatel, kdy v roce 2017 připadalo na 1 000 obyvatel téměř 285 uživatelů. S velkým odstupem následoval Kraj Vysočina, ve kterém připadalo na 1 000 obyvatel 104 uživatelů sociálních služeb. Naopak relativně nejnižší počet klientů sociálních služeb byl evidován na území Středočeského kraje, kde jich na 1 000 obyvatel připadalo 56 (viz kartogram níže). Zcela protichůdné postavení Hl. m. Prahy a Středočeského kraje z hlediska celkového počtu uživatelů sociálních služeb v přepočtu na 1 000 obyvatel si lze vysvětlit i tím, že Hl. m. Praha je pro obyvatele ze Středočeského kraje přirozeným centrem, a to mimo jiné i v oblasti nabídky sociálních služeb.

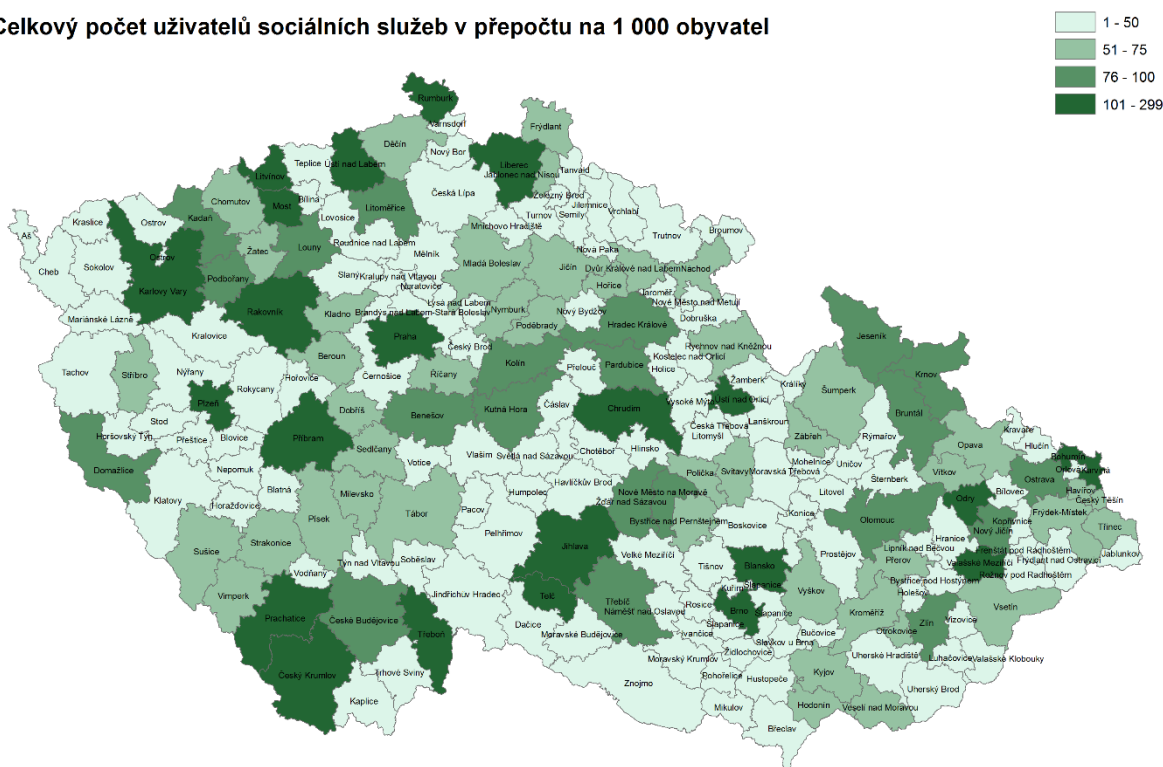
**Celkový počet uživatelů sociálních služeb v přepočtu na 1 000 obyvatel**



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

Z kartogramu níže je patrné, že v kontextu 206 správních obvodů obcí s rozšířenou působností (dále jen obvodů ORP) existují v počtu uživatelů všech sociálních služeb v přepočtu na 1 000 obyvatel značné disproporce. Zatímco v obvodu ORP Jihlava připadalo na 1000 obyvatel 299 uživatelů sociálních služeb, tak v obvodu ORP Pohořelice připadal na 1000 obyvatel méně než 1 uživatel.

## Celkový počet uživatelů sociálních služeb v přepočtu na 1 000 obyvatel



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

V kontextu předkládané analýzy se nicméně zaměřujeme pouze na vybrané druhy ambulantních, terénních a pobytových sociálních služeb, a to především těch, které jsou relevantní pro cílové skupiny seniorů, osob se zdravotním postižením a případně i dalších osob, pro něž má užívání sociálních služeb klíčový význam s ohledem na zachování kvality jejich života a v mnoha případech jim také některé z těchto sociálních služeb mohou umožnit nadále pobývat v jejich domácím prostředí.

V rámci analýzy, resp. v níže uvedených podkapitolách se podrobněji věnujeme těmto vybraným druhům sociálních služeb:

### a) Ambulantní a terénní sociální služby:

- pečovatelská služba
- služby osobní asistence
- odlehčovací služby
- služby tísňové péče
- sociálně aktivizační služby
- sociální poradny
- denní stacionáře

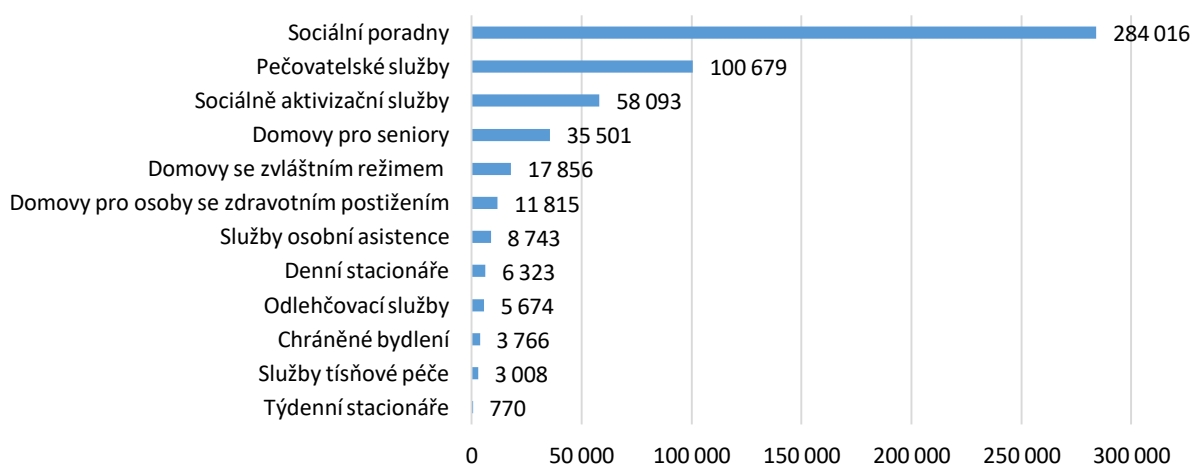
### b) Pobytové sociální služby:

- Týdenní stacionáře
- Chráněné bydlení
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Domovy pro seniory
- Domovy se zvláštním režimem



U uvedených vybraných druhů sociálních služeb (viz odrážky výše), které jsou předmětem této analýzy, evidovalo MPSV v roce 2017 celkem 536 244 uživatelů, což představovalo více než polovinu z celkového počtu uživatelů všech sociálních služeb v rámci České republiky. Z uvedeného počtu 536 244 uživatelů vybraných sociálních služeb tvořili výraznou většinu klientely uživatelé ambulantních a terénních sociálních služeb (87 %) oproti uživatelům pobytových služeb (13 %). Graf níže prezentuje počty uživatelů analyzovaných druhů sociálních služeb v ČR v roce 2017 (viz podrobněji další podkapitoly). Z grafu je patrné, že zdaleka nejvíce klientů se obrátilo na služby sociálních poraden, a to více než 284 tisíc uživatelů. V této souvislosti je ale vhodné připomenout, že řada osob využívá několika různých druhů sociálních služeb současně, např. sociálních poraden a pečovatelských služeb, a proto celkový počet 536 244 uživatelů nelze ztotožňovat se stejným počtem různých osob.

#### Počet uživatelů vybraných druhů sociálních služeb v ČR (2017)

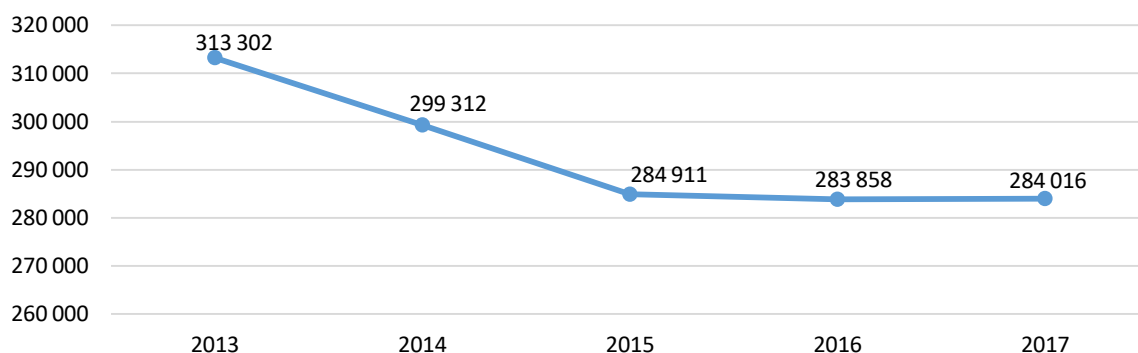


Zdroj: MPSV

#### 4.2 Počet uživatelů sociálního poradenství

Hojně využívaný druh sociální služby představují sociální poradny. V roce 2017 využilo služby sociálních poraden v rámci České republiky celkem 284 016 uživatelů, z toho 57 % žen a 38 % mužů. Zbývajících 5 % z celkového počtu uživatelů připadalo na děti a mládež do 18 let. Z grafu níže je patrné, že počet uživatelů do roku 2015 klesal a mezi lety 2015 a 2017 stagnoval. I v případě sociálního poradenství eviduje MPSV počet neuspokojených žadatelů o poskytnutí této služby. V roce 2017 bylo evidováno 2 280 neuspokojených žádostí, což představuje podobný počet jako v roce 2013, kdy nebylo vyhověno 2 476 žádostem.

## Počet uživatelů sociálních poraden v ČR v letech 2013 až 2017

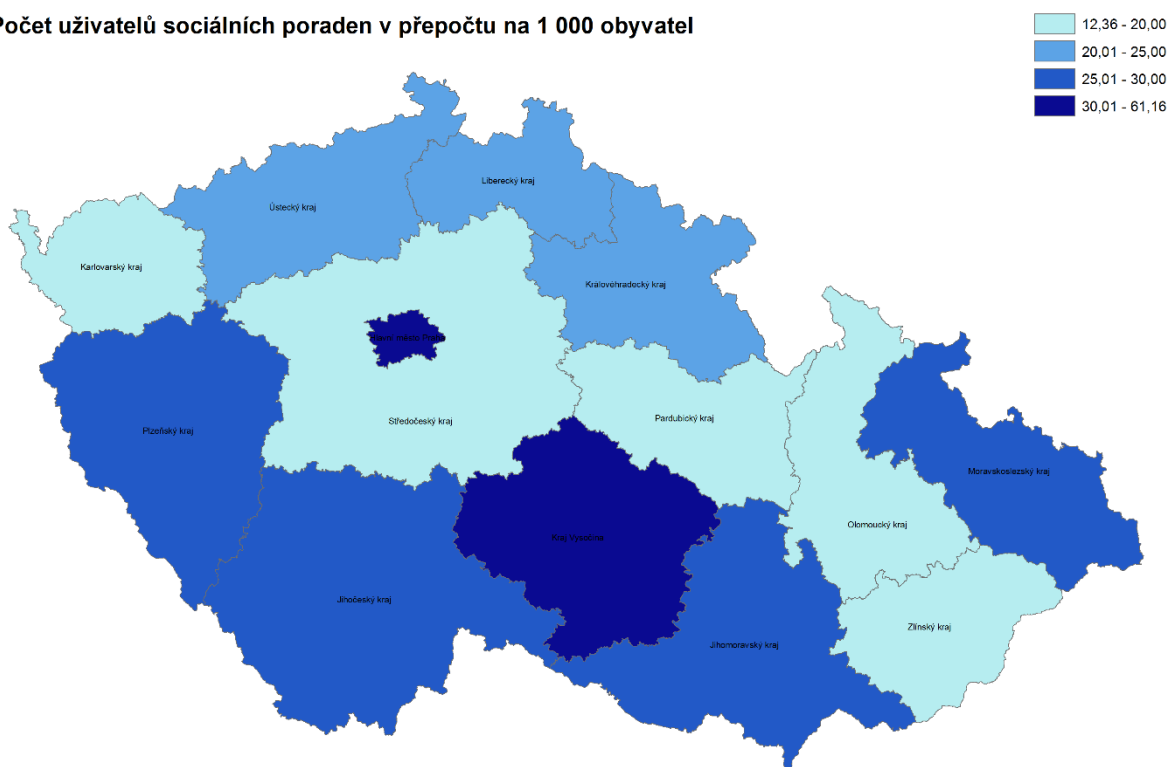


Zdroj: MPSV

Nejvyšší počet sociálních poraden byl evidován na území Hl. m. Prahy, kde jejich služeb v roce 2017 využilo celkem 63 443 osob. Poněkud překvapivě, druhý nejvyšší počet klientů sociálních poraden byl v Kraji Vysočina (31 125 osob), který zdaleka nepatří mezi nejlidnatější kraje. V důsledku toho připadalo v Kraji Vysočina 61 uživatelů sociálních poraden v přepočtu na 1 000 obyvatel, což představovalo nejvyšší relativní koncentraci uživatelů ze všech krajů (viz kartogram níže).

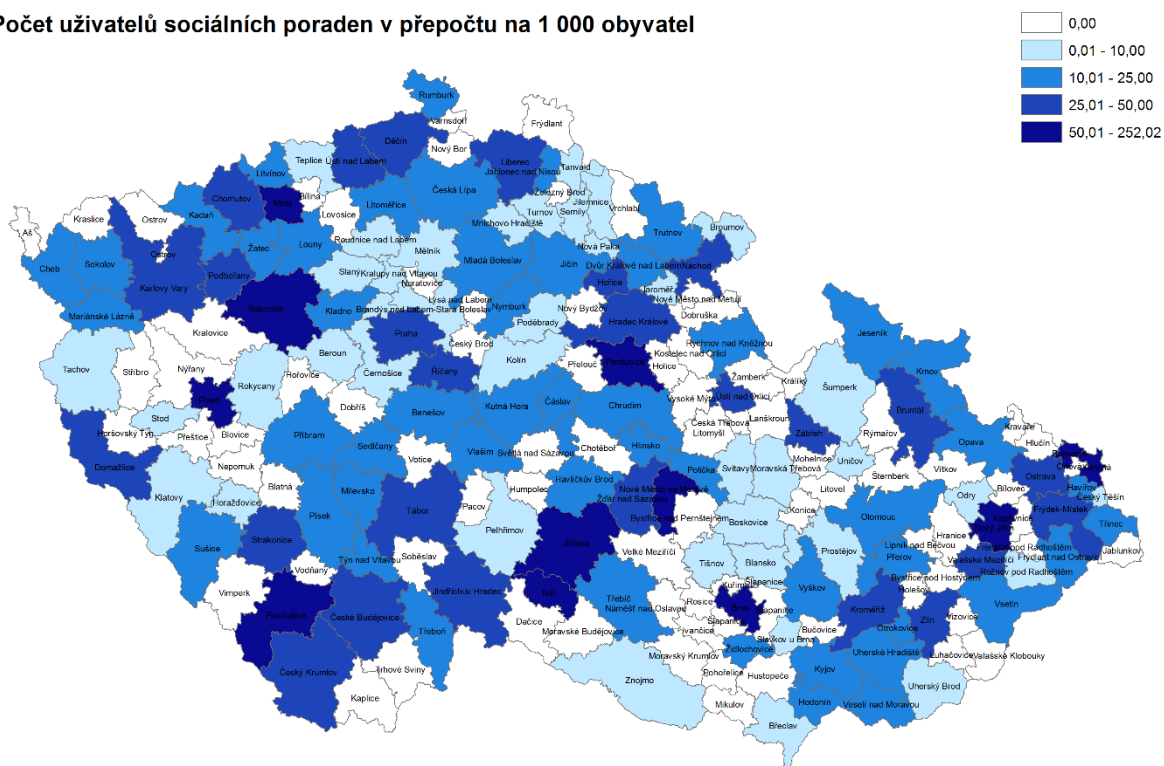
V rámci obvodů ORP byly v roce 2017 zjištěny obrovské rozdíly v počtu uživatelů sociálních poraden v přepočtu na 1 000 obyvatel. Zatímco v 79 z 206 obvodů ORP nebyl identifikován ani jeden uživatel sociálního poradenství, což primárně souvisí s absencí nabídky, tak ve 12 obvodech ORP připadalo na 1 000 obyvatel více než 50 uživatelů (viz kartogram níže).

## Počet uživatelů sociálních poraden v přepočtu na 1 000 obyvatel



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## Počet uživatelů sociálních poraden v přepočtu na 1 000 obyvatel

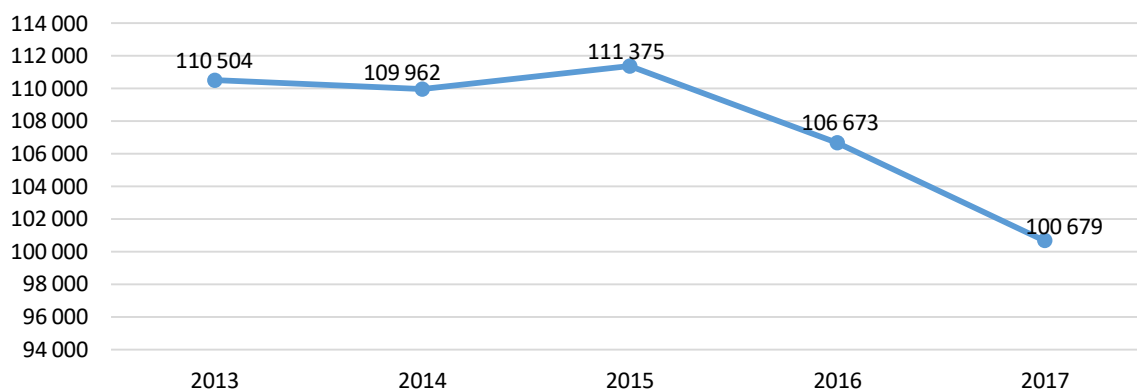


Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### 4.3 Počet uživatelů pečovatelské služby

V roce 2017 užívalo v rámci České republiky pečovatelské služby celkem 100 679 osob, z toho 69 510 (resp. 69 %) žen a 30 679 mužů (30,5 %). Zbýlých 490 uživatelů (0,5 %) pečovatelských služeb připadalo na děti a mládež do 18 let. Jak ilustruje graf níže, celkový počet uživatelů pečovatelských služeb se v rámci ČR v posledním období poněkud překvapivě snižuje. V roce 2017 bylo evidováno 5 171 neuspokojených žadatelů o poskytování pečovatelských služeb, což představuje značný nárůst oproti roku 2013, kdy bylo evidováno 1 485 neuspokojených žadatelů.

#### Počet uživatelů pečovatelských služeb v ČR

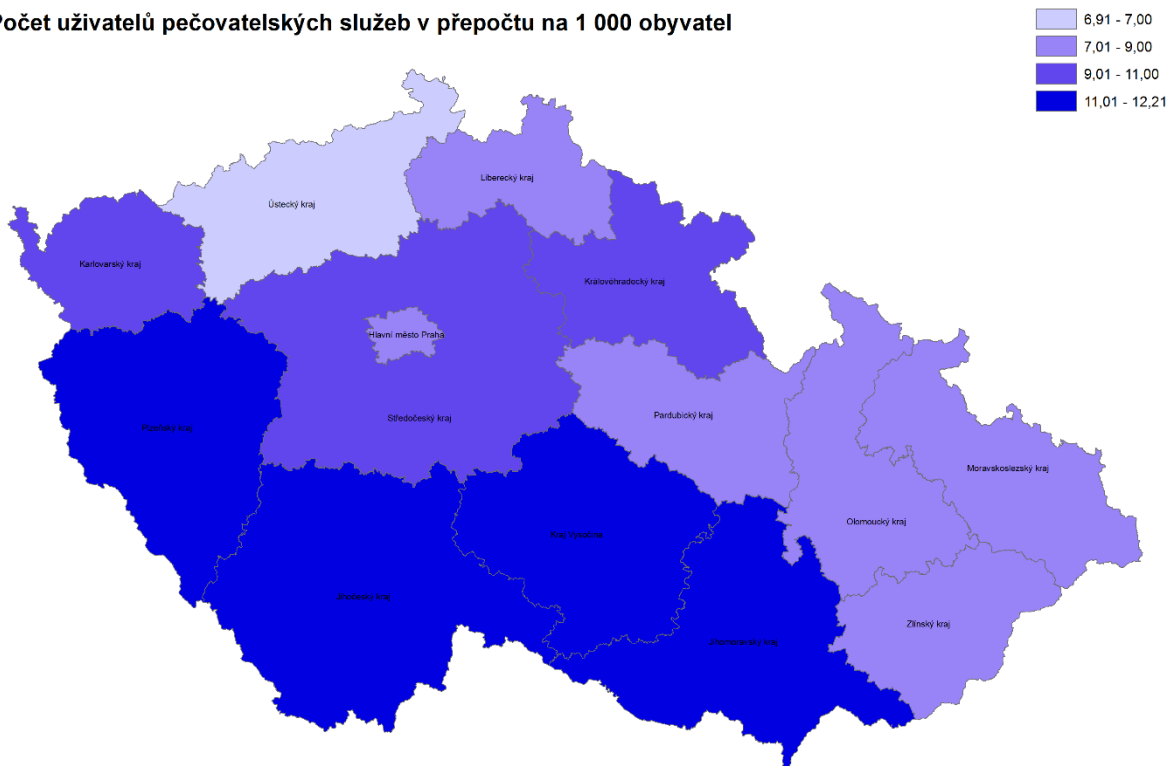


Zdroj: MPSV

V mezikrajském srovnání byl v roce 2017 z absolutního hlediska nejvyšší počet uživatelů pečovatelských služeb v nejlidnatějších krajích, konkrétně ve Středočeském kraji (13 812 uživatelů), v Jihomoravském kraji (13 163), v Hl. m. Praze (10 898) a v Moravskoslezském kraji (9 419). Přepočteme-li počet uživatelů pečovatelských služeb na 1 000 obyvatel daného kraje (viz kartogram níže), lze konstatovat nejvyšší míru využívání pečovatelských služeb v Plzeňském kraji a v Kraji Vysočina, ve kterých na 1 000 obyvatel připadá více než 12 uživatelů. Naopak relativně nejnižší počet uživatelů je v Ústeckém kraji, ve kterém připadá na 1 000 obyvatel méně než 7 uživatelů pečovatelských služeb.

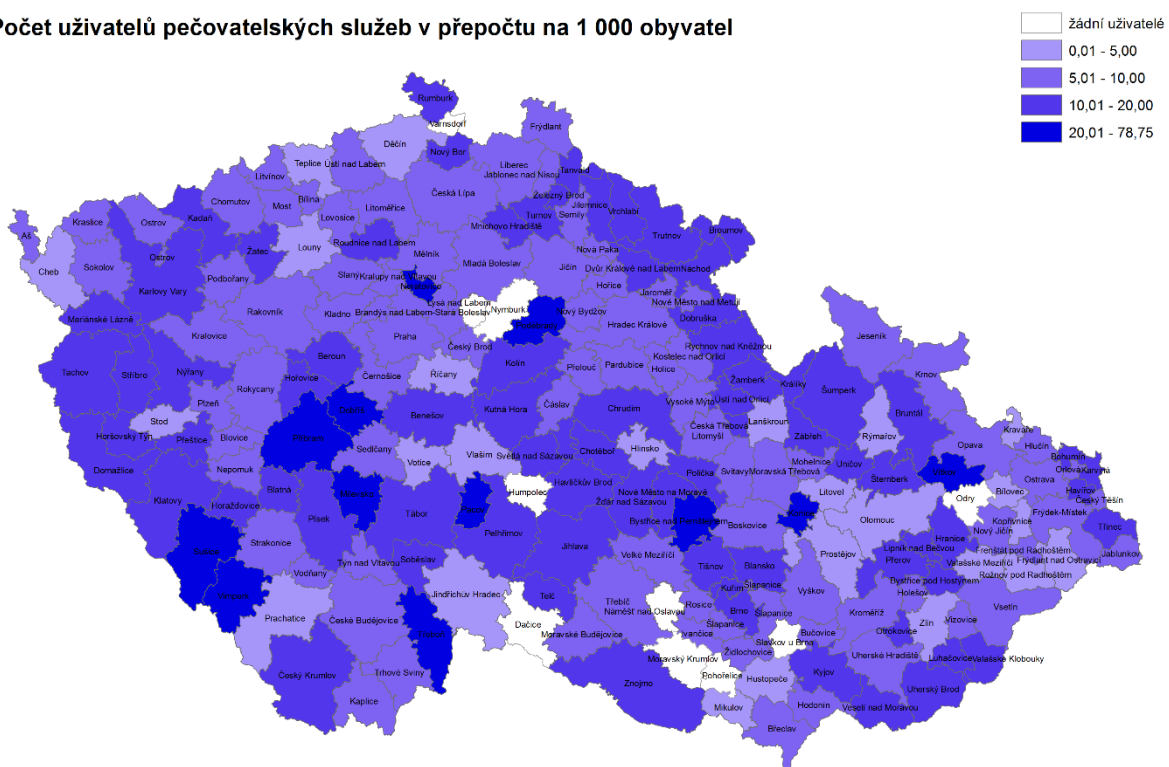
Z hlediska obvodů obcí s rozšířenou působností (ORP) byla zjištěna výrazně vyšší variabilita v počtu uživatelů pečovatelských služeb v přepočtu na 1 000 obyvatel než v případě krajů. Relativně nejvíce využívají pečovatelskou službu obyvatelé obvodu ORP Třeboň (79 uživatelů v přepočtu na 1000 obyvatel) a dále v obvodech ORP Poděbrady (54), Bystřice nad Pernštejnem (51) a již s větším odstupem následují Vimperk (34) a Dobříš (31). Z kartogramu níže dále vyplývá, že v 10 obvodech ORP (z celkového počtu 206) nebyl identifikován ani jeden uživatel pečovatelských služeb (konkrétně se jedná o Lysou nad Labem, Nymburk, Dačice, Varnsdorf, Humpolec, Odry, Slavkov u Brna, Náměšť nad Oslavou, Moravský Krumlov a Pohořelice)

## Počet uživatelů pečovatelských služeb v přepočtu na 1 000 obyvatel



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## Počet uživatelů pečovatelských služeb v přepočtu na 1 000 obyvatel



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

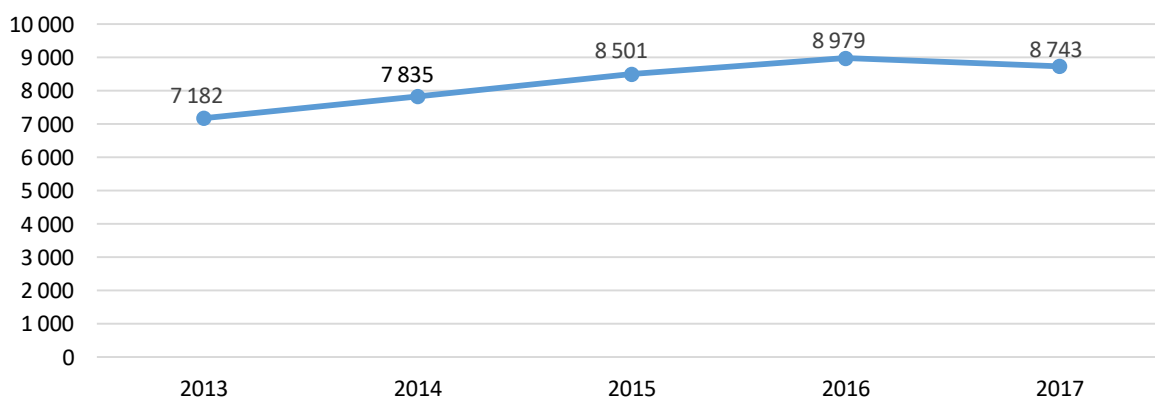
#### 4.4 Počet uživatelů služeb osobní asistence

Služby osobní asistence užívalo v roce 2017 na území České republiky celkem 8 743 osob, z toho 2 657 mužů (tj. 30 %), 4 780 žen (55 %) a 1 306 dětí či mládeže do 18 let (15 %). Z grafu níže je patrné, že počet uživatelů služeb osobní asistence měl až do roku 2016 stoupající tendenci, mezi lety 2016 a 2017 byl ale zaznamenán mírný pokles počtu klientů. V posledních pěti letech se výrazně navýšil počet neuspokojených žadatelů o poskytování služeb osobní asistence. Zatímco v roce 2013 bylo evidováno 237 neuspokojených žadatelů, tak v roce 2017 to bylo již 1 403 osob.

Z pohledu krajského srovnání bylo v roce 2017 nejvíce uživatelů služeb osobní asistence evidováno v Hl. m. Praze, a to v absolutním vyjádření (1 833 uživatelů) i relativním vyjádření (1,4 uživatelů v přepočtu na 1 000 obyvatel). Z kartogramu níže je dále patrné, že více než 1 uživatel osobní asistence připadal na 1 000 obyvatel ještě v Královéhradeckém kraji. Relativně nejméně byl tento druh sociální služby využíván v západních Čechách (v Plzeňském a Karlovarském kraji).

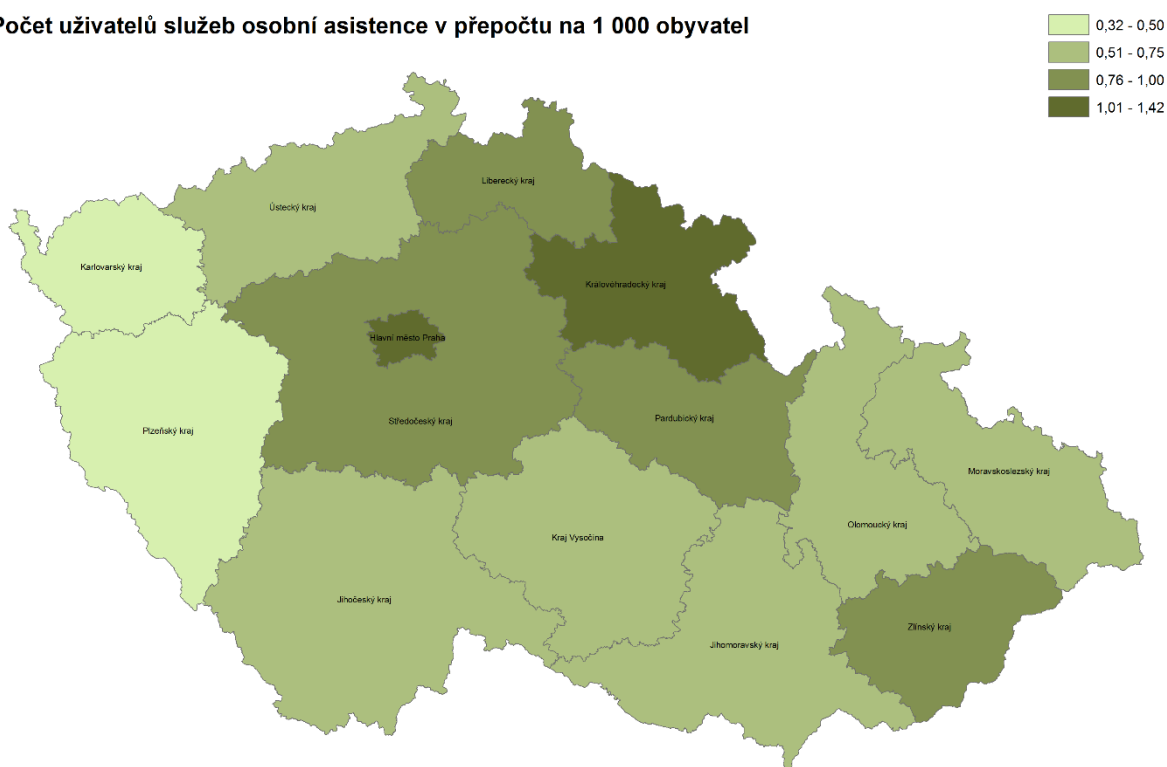
Z dalšího kartogramu (viz níže) je patrné, že téměř v polovině obvodů ORP (konkrétně ve 101 z 206) nebyl identifikován ani jeden uživatel služeb osobní asistence. Naopak nejvíce uživatelů těchto sociálních služeb evidovalo MPSV v obvodech ORP Litomyšl (5,2 uživatelů v přepočtu na 1 000 obyvatel), Luhačovice (4,4), Nová Paka (3,9) a Beroun (3,4).

#### Počet uživatelů služby osobní asistence v ČR v letech 2013 až 2017



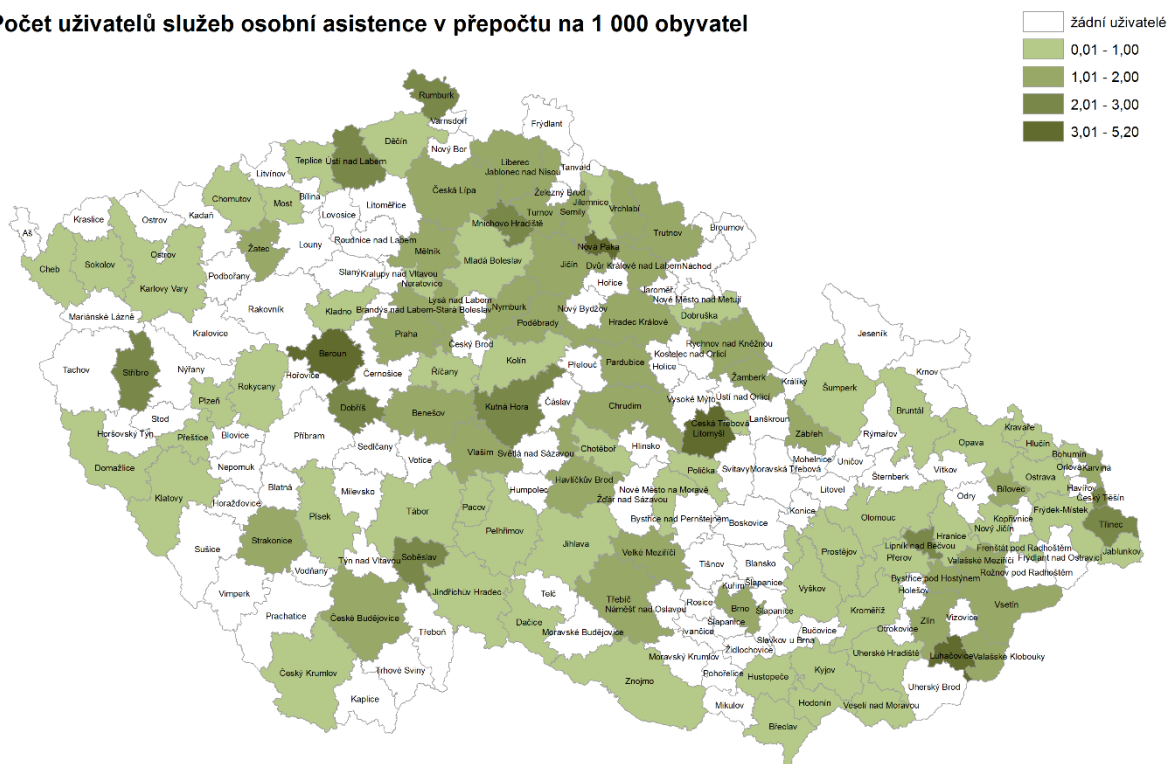
Zdroj: MPSV

## Počet uživatelů služeb osobní asistence v přepočtu na 1 000 obyvatel



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## Počet uživatelů služeb osobní asistence v přepočtu na 1 000 obyvatel



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

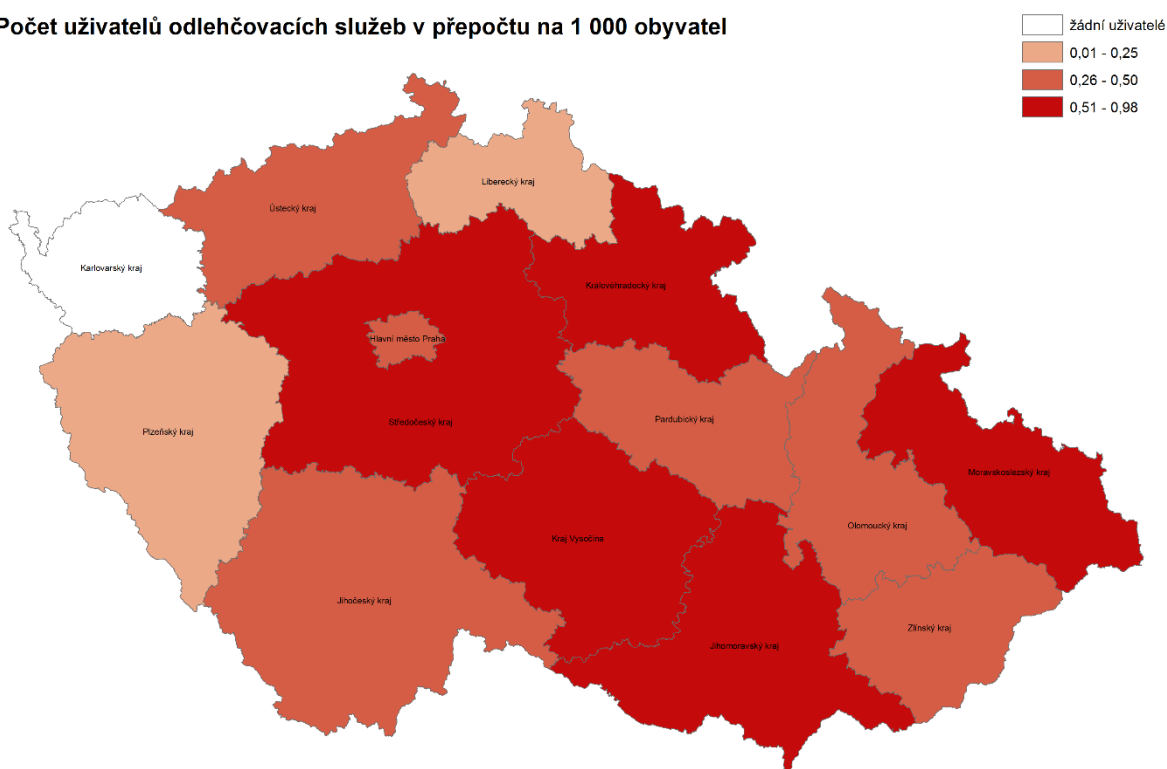
#### 4.5 Počet uživatelů odlehčovacích služeb

V roce 2017 na území České republiky užívalo odlehčovací služby celkem 5 674 osob<sup>29</sup>, přičemž převažujícími uživateli těchto služeb jsou ženy v seniorském věku, o které pečuje blízká osoba. Počet uživatelů odlehčovacích služeb má v posledním období vzrůstající tendenci.

Z pohledu mezikrajského srovnání bylo v absolutním i relativním vyjádření nejvíce uživatelů odlehčovacích služeb evidováno v roce 2017 na území Středočeské kraje, kde tyto služby užívalo 1 319 osob, resp. téměř 1 osoba v přepočtu na 1 000 obyvatel kraje. V relaci k populační velikosti kraje byla zvýšená koncentrace uživatelů evidována rovněž v kraji Vysočina (0,93 uživatelů v přepočtu na 1 000 obyvatel). Naopak nejméně osob užívalo odlehčovací služby v západních Čechách, kdy v Plzeňském kraji připadalo na 1 000 obyvatel pouze 0,16 uživatelů a v Karlovarském kraji dokonce nebyli identifikováni žádní uživatelé (viz kartogram níže).

Z celkového počtu 206 obvodů ORP nebyl v roce 2017 evidován ani jeden uživatel odlehčovacích služeb v 99 obvodech. V přepočtu na 1 000 obyvatel bylo nejvíce uživatelů těchto sociálních služeb v obvodech ORP Dobříš (15,3 uživatelů / 1 000 obyvatel), Židlochovice (10,8) a Benešov (6,7) – viz kartogram níže.

Počet uživatelů odlehčovacích služeb v přepočtu na 1 000 obyvatel

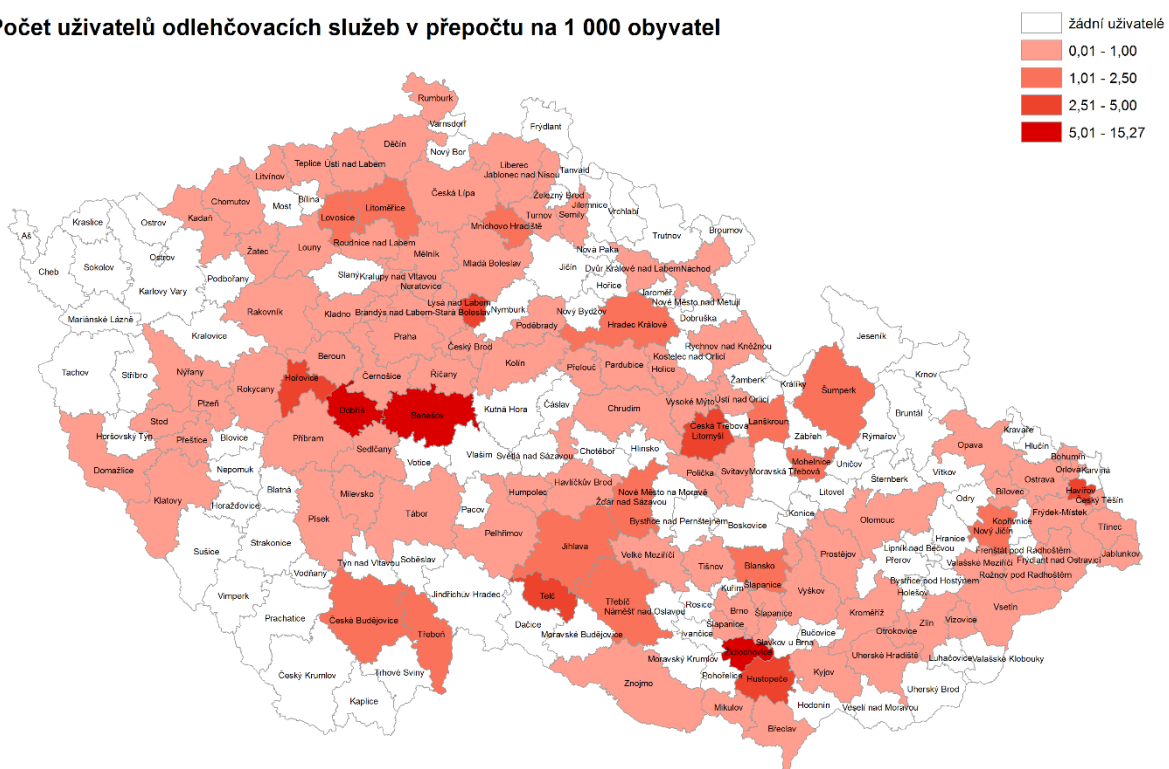


Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

<sup>29</sup> Údaje o počtu uživatelů odlehčovacích služeb nám byly poskytnuty ze strany MPSV a vycházejí z výkazu V1-01. Neslučují se s údaji, jež jsou publikovány v rámci Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí (2017).



## Počet uživatelů odlehčovacích služeb v přepočtu na 1 000 obyvatel

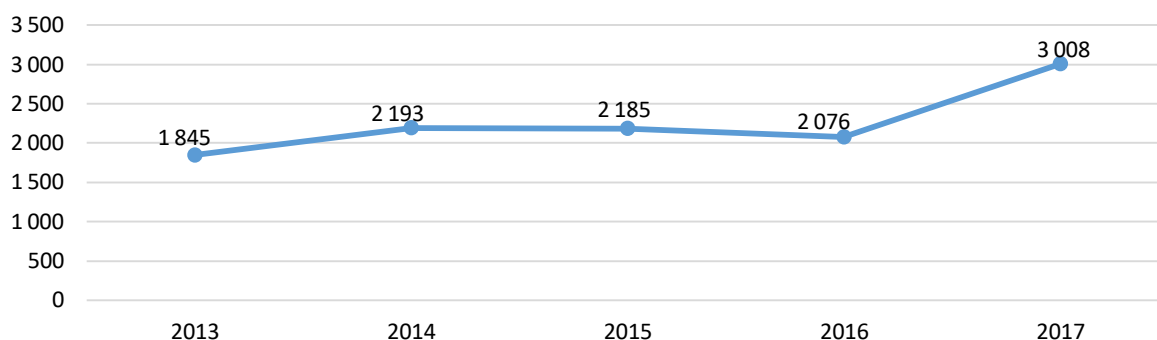


Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 4.6 Počet uživatelů služeb tísňové péče

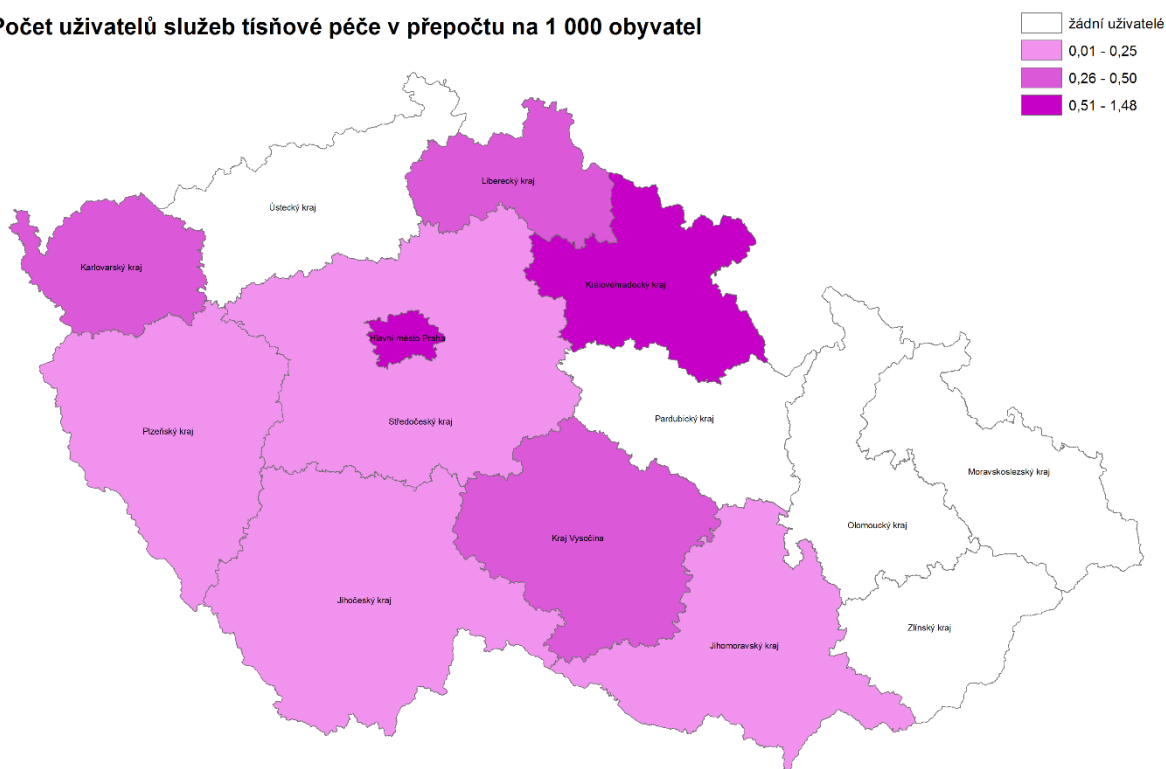
V roce 2017 evidovalo MPSV na území České republiky celkem 3 008 uživatelů služeb tísňové péče. Většinu uživatelů (57 %) tvořily ženy, děti a mládež do 18 let představovaly 30 % uživatelů a poměrně marginální část klientely tvořili muži (12 %). Graf níže poukazuje na skutečnost, že tísňová péče představuje rozvíjející typ terénních sociálních služeb s rostoucím počtem uživatelů v posledních pěti letech. V roce 2017 MPSV neevidovalo ani jednoho neuspokojeného žadatele o poskytnutí tísňové péče.

### Počet uživatelů služeb tísňové péče v ČR v letech 2013 až 2017



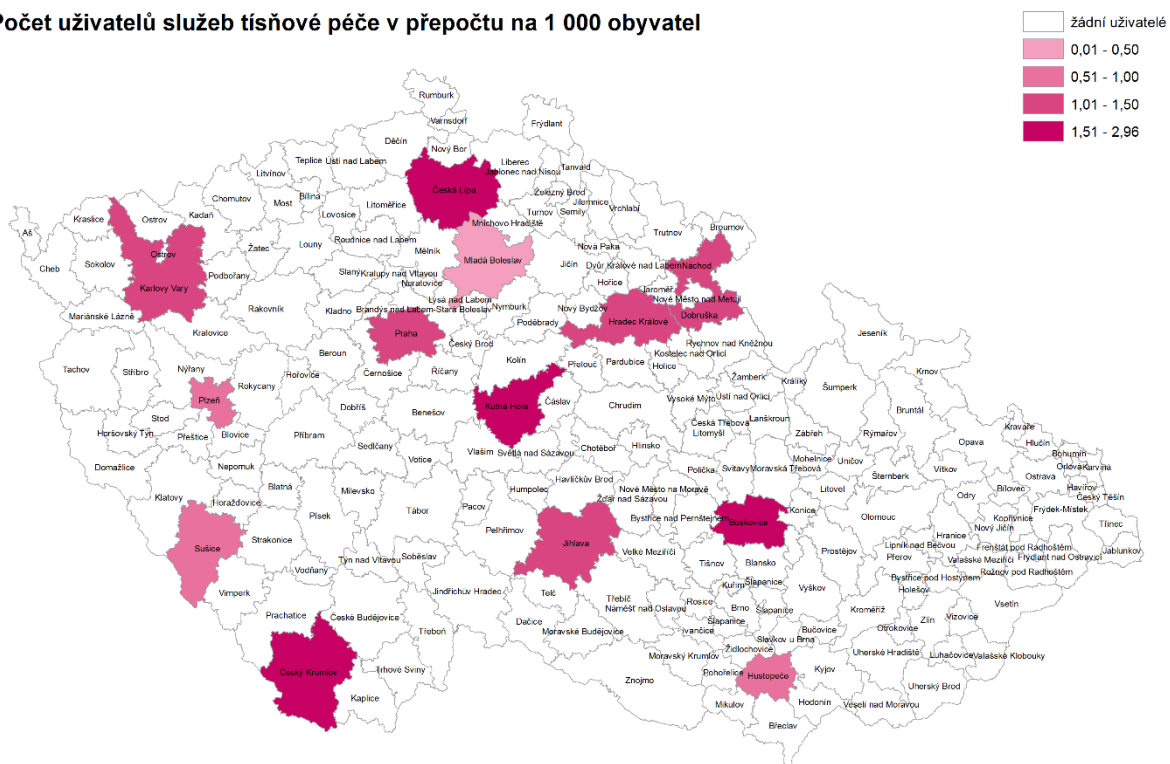
Zdroj: MPSV

### Počet uživatelů služeb tísňové péče v přepočtu na 1 000 obyvatel



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## Počet uživatelů služeb tísňové péče v přepočtu na 1 000 obyvatel



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

Z kartogramu výš vyplývá, že v některých krajích (Ústecký kraj, Pardubický kraj, Olomoucký kraj, Moravskoslezský kraj, Zlínský kraj) nebyli v roce 2017 evidováni žádní uživatelé služeb tísňové péče, což lze dát do souvislosti s absencí nabídky těchto služeb ve vyjmenovaných krajích. Následující kartogram ilustruje, že služby tísňové péče byly užívány jen ve 14 obvodech ORP, přičemž v přepočtu na 1 000 obyvatel bylo nejvíce uživatelů evidováno v obvodu ORP Kutná Hora (téměř 3 uživatelé v přepočtu na 1 000 obyvatel).

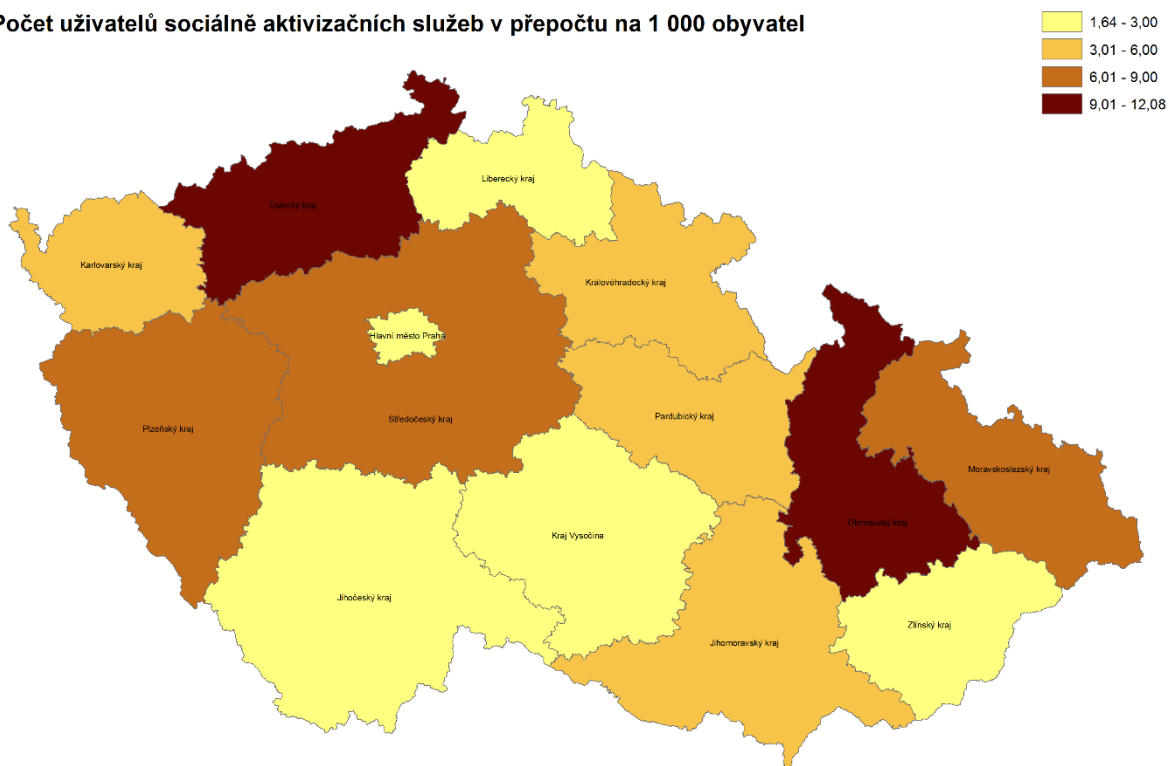
## 4.7 Počet uživatelů sociálně aktivizačních služeb

Sociálně aktivizační služby využívalo v České republice v roce 2017 celkem 58 093 osob, přičemž více než polovina z tohoto celkového uživatelského základu (32 510 osob, resp. 56 %) využívala sociálně aktivizačních služeb zacílených pro rodiny s dětmi. Zbývající část klientely tvoří primárně senioři a lidé se zdravotním postižením.

V rámci celé České republiky připadá v průměru 5,5 uživatelů sociálně aktivizačních služeb v přepočtu na 1 000 obyvatel. Z kartogramu níže vyplývá, že relativně nejvíce uživatelů těchto služeb ve vztahu k celkovému počtu obyvatel je v Olomouckém kraji (12,1 uživatelů v přepočtu na 1 000 obyvatel) a rovněž v Ústeckém kraji (9,6). Naopak nejméně uživatelů sociálně aktivizačních služeb je v relativně ze sociálního hlediska bezproblémovém Kraji Vysočina (1,6 uživatelů v přepočtu na 1 000 obyvatel).

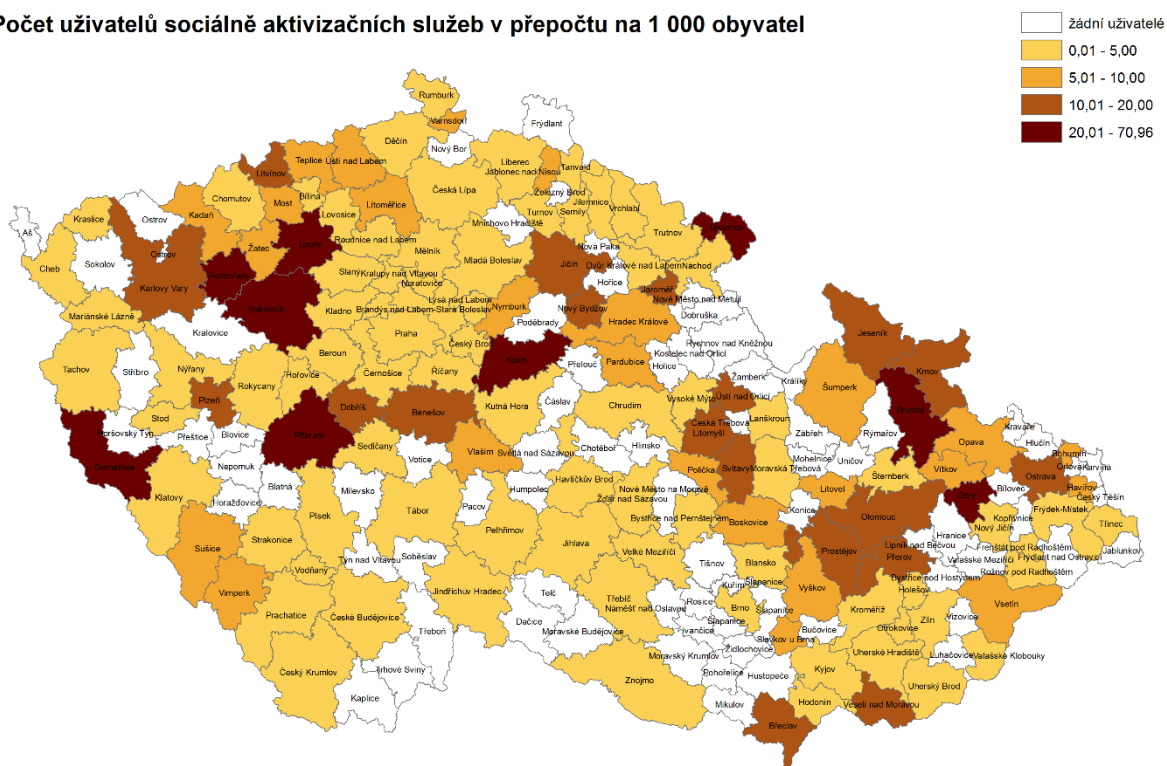
Z územního hlediska obvodů ORP bylo v roce 2017 zdaleka nejvíce uživatelů sociálně aktivizačních služeb evidováno v ORP Odry (71 uživatelů v přepočtu na 1 000 obyvatel). Kartogram níže dále znázorňuje, že relativně vysoké počty uživatelů sociálně aktivizačních služeb vůči celkovému počtu obyvatel byly registrovány rovněž v obvodech ORP Louny a Příbram (47 uživatelů v přepočtu na 1 000 obyvatel), Podbořany (43) a Kolín (39).

Počet uživatelů sociálně aktivizačních služeb v přepočtu na 1 000 obyvatel



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## Počet uživatelů sociálně aktivizačních služeb v přepočtu na 1 000 obyvatel

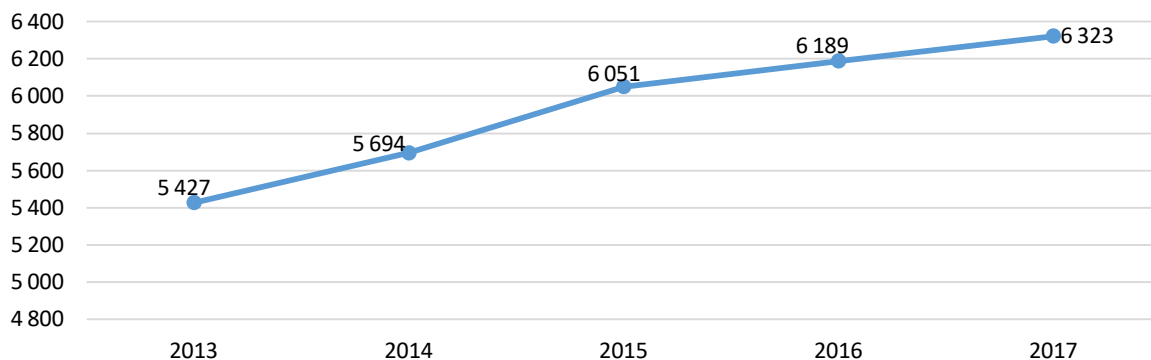


Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

#### 4.8 Počet uživatelů denních stacionářů

V roce 2017 evidovalo MPSV celkem 6 323 uživatelů denních stacionářů, z toho 2 825 žen (tj. 45 %), 2 530 mužů (40 %) a 968 dětí či mládeže do 18 let (15 %). Z grafu níže je patrné, že počet uživatelů denních stacionářů se v posledních pěti letech nepřetržitě navyšuje. Stejně tak se ale i mírně navýšil počet neuspokojených žádostí, a to ze 144 v roce 2013 na 191 v roce 2018.

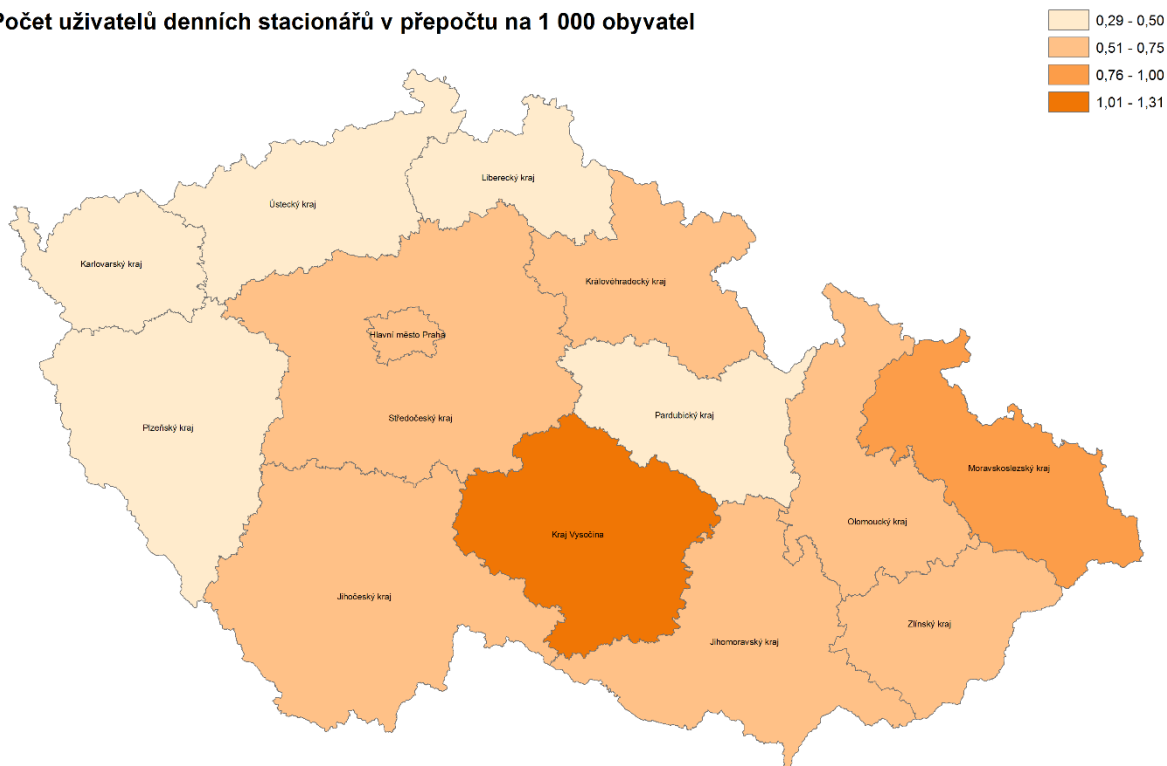
##### Počet uživatelů denních stacionářů v ČR v letech 2013 až 2017



Zdroj: MPSV

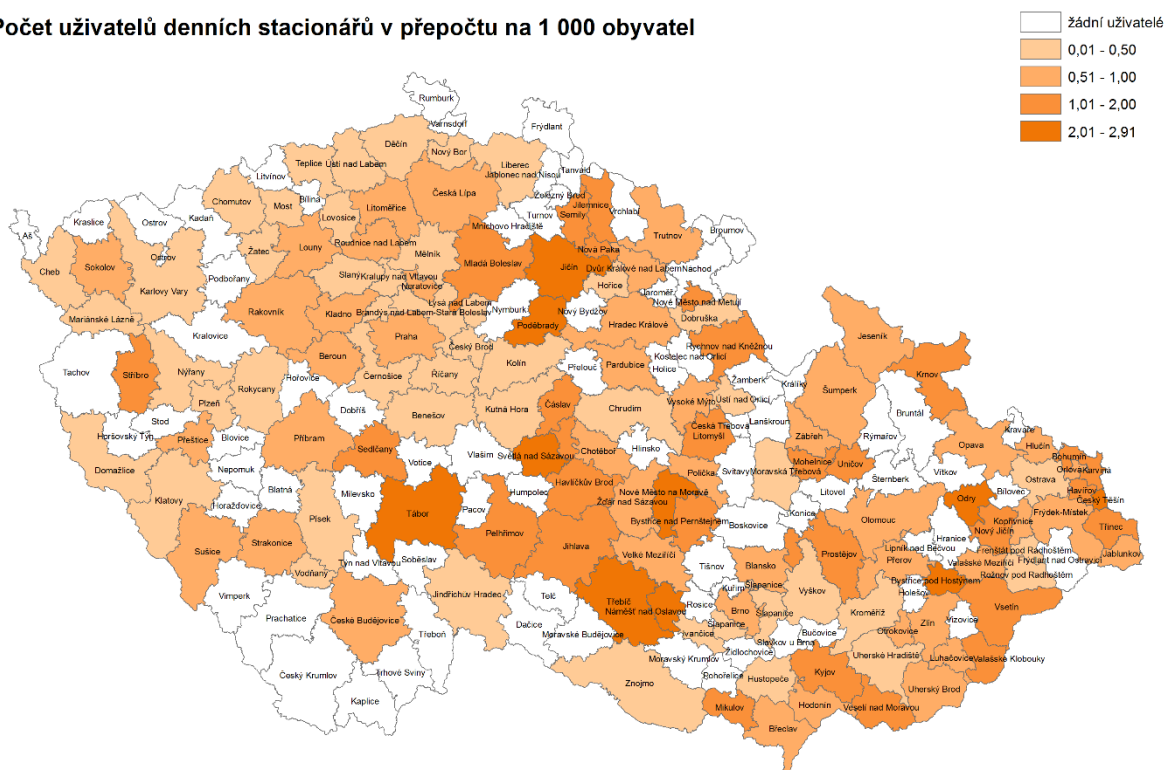
Z kartogramu vyplývá, že více než 1 uživatel denních stacionářů v přepočtu na 1 000 obyvatel připadal v roce 2017 pouze v Kraji Vysočina. Zároveň bylo identifikováno 10 obvodů ORP, kde na 1 000 obyvatel připadali více než 2 uživatelé denních stacionáře. Konkrétně se jedná o ORP Náměštl nad Oslavou, Třebíč, Světlá nad Sázavou, Poděbrady, Bystřice pod Hostýnem, Odry, Český Těšín, Jičín, Nové Město na Moravě a Tábor. V 78 obvodech ORP neevidovalo MPSV ani jednoho uživatele denních stacionářů (viz kartogram níže).

## Počet uživatelů denních stacionářů v přepočtu na 1 000 obyvatel



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## Počet uživatelů denních stacionářů v přepočtu na 1 000 obyvatel



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 5. Uživatelé domácí zdravotní péče

### 5.1 Vývoj domácí zdravotní péče

Současná data o domácí zdravotní péči z výkazu pro obor domácí zdravotní péče<sup>30</sup> nemají potřebnou kvalitu a návratnost pro přesné zhodnocení trendu vývoje a zhodnocení regionálních rozdílů v čerpání této péče. Přesto je zřejmé, že dostupnost a odborná kvalita domácí péče celkově roste a s ohledem na demografické stárnutí lze očekávat rostoucí potřebu tohoto druhu péče, která by jinak musela být kompenzována zdravotní péčí v lůžkových zdravotnických zařízeních. Data poukazují na výrazné regionální rozdíly v čerpání domácí zdravotní péče ve vztahu k počtu obyvatel, které jsou způsobeny směsicí faktorů od různé úrovně návratnosti, přes odlišnou dostupnost této péče, až po rozdíly v potřebě domácí zdravotní péče v jednotlivých regionech v souvislosti s odlišnostmi ve zdravotním stavu zejména u seniorů, kteří představují hlavní klientelu domácí zdravotní péče. Potřebu a čerpání domácí zdravotní péče také ovlivňuje schopnost rodinného domácího zázemí poskytovat potřebnou součinnost s touto péčí a dostupnost substituční lůžkové následné a dlouhodobé péče.

#### Porovnání základních ukazatelů domácí zdravotní péče v letech 2009 a 2017

Ukazatele domácí zdravotnické péče	2009	2017	Rozdíl 2017/2009
Podíl obyvatel ve věku 65 a více let	15,0%	19,0%	26%
Počet návštěv	5 727 098	6 283 277	10%
Počet pacientů celkem	145 249	138 303	-5%
- z toho ve věku 65 a více let	112 616	115 801	3%
- z toho muži	51 691	51 873	0%
- z toho ženy	93 558	86 430	-8%
Počet návštěv na 1000 obyvatel	545,9	593,3	9%
Počet návštěv na pacienta	39,4	45,4	15%
Počet pacientů na 1000 obyvatel	13,8	13,1	-6%
- z toho ve věku 65 a více let na 1000 obyvatel	71,3	57,5	-19%
- z toho muži na 1000 obyvatel	10,0	10,0	-1%
- z toho ženy na 1000 obyvatel	17,5	16,1	-8%
Počet obyvatel na jednoho pracovníka DZP	3414,1	3043,0	-11%
Počet obyvatel na jeden úvazek pracovníka DZP	4112,0	3184,2	-23%
Počet návštěv na jeden úvazek pracovníka DZP	1863,7	1805,5	-3%
Počet pacientů na jeden úvazek pracovníka DZP	56,9	41,6	-27%

Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01, domácí zdravotní péče (A089)

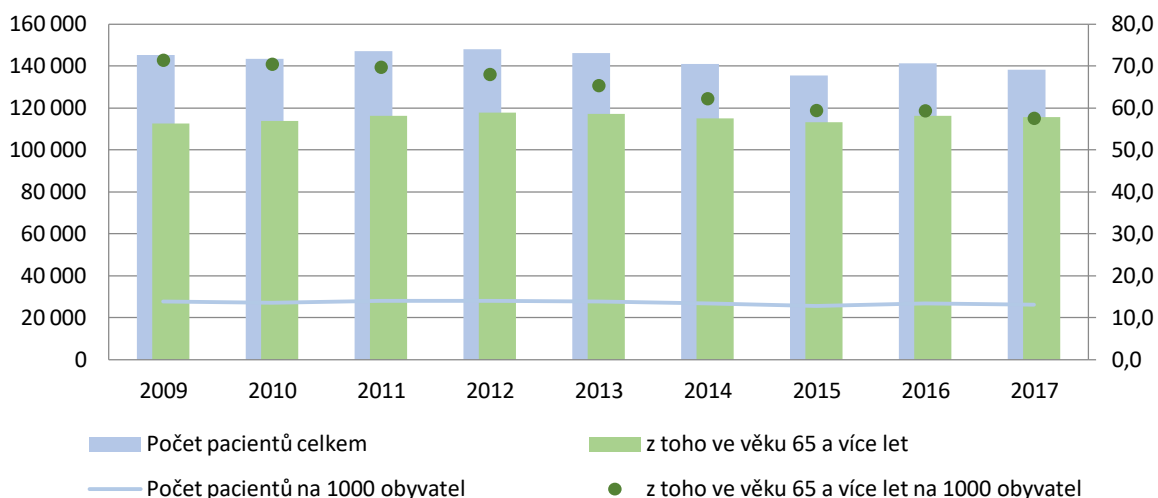
Domácí zdravotní péči poskytuje stále více registrovaných poskytovatelů a zdravotnických pracovníků. Počet odevzdaných výkazů mezi rokem 2009 až 2017 vzrostl o 15 % a počet pracovníků v nich působících vzrostl v průměrném počtu úvazků dokonce o 30 %. Přes tuto skutečnost **dochází během let 2009 až 2017 k mírnému poklesu ročního počtu pacientů domácí zdravotní péče** o 5 % ze 145,2 na 138,3 tisíc. Většina pacientů je ve věku 65 a více let (116 tisíc, respektive 84 %). Vzhledem k tomu, že se zvyšuje podíl seniorů v populaci, lze očekávat, že tento podíl poroste i nadále. Celkový počet pacientů domácí zdravotní péče v přepočtu na tisíc obyvatel se od roku 2009 snížil na 13 osob z necelých 14. Ve srovnání s tím využívá domácí zdravotní péči téměř 58 seniorů ve věku 65+ z tisíce, tj. o 19 % méně než v roce 2009, kdy jich

<sup>30</sup> Výkaz A (MZ) 1-01, domácí zdravotní péče (A089)



bylo více než 73. Přesto lze vlivem demografického stárnutí očekávat zvyšující se potřebu tohoto druhu péče, pokud nebude nadále masivně kompenzována lůžkovou zdravotnickou péčí.

### Vývoj pacientů domácí zdravotní péče dle věku v letech 2009 až 2017



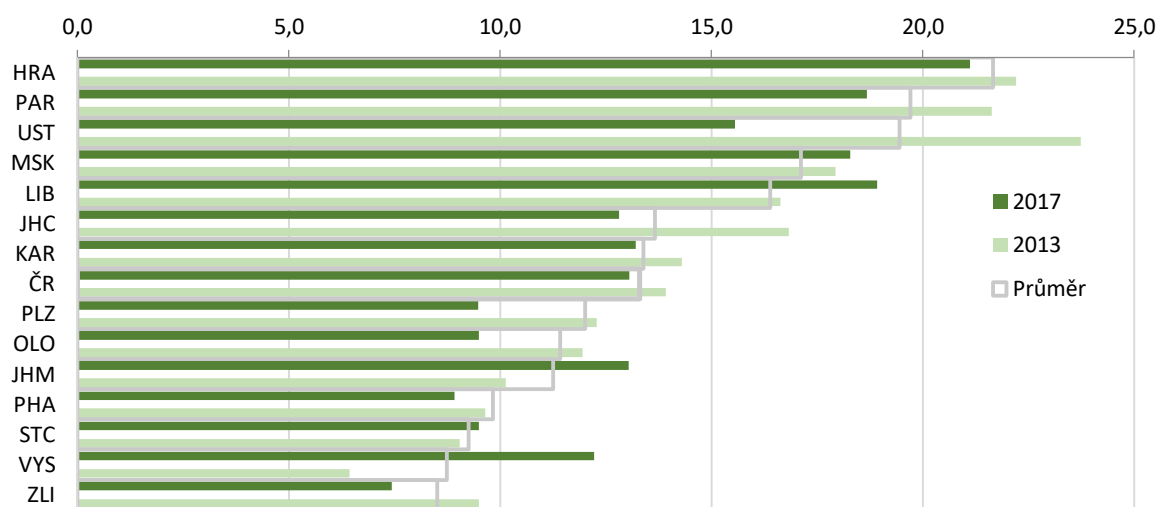
Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01, Domácí zdravotní péče (A089)

Zásadní rozdíl v čerpání domácí zdravotní péče se projevuje mezi pohlavími, kdy v roce 2017 využívalo domácí zdravotní péči 16 žen z tisíce, tj. o šest více než připadá na populaci mužů. S ohledem na to, že se ženy dožívají vyššího věku než muži a jejich podíl s věkem v populaci roste, lze očekávat, že rozdíl v rozsahu čerpání domácí zdravotní péče ženami oproti mužům bude v případě seniorů ještě výraznější. Demografické stárnutí populace a rostoucí naděje dožití zvyšuje potřebu domácí zdravotní péče u seniorů ve vyšších věkových skupinách ve smyslu rozsahu a kvality služeb. To vysvětluje také dosavadní nárůst kapacit a rostoucí intenzitu využívání této péče. Zatímco v roce 2009 na jednoho pacienta domácí zdravotní péče průměrně vycházelo 39 návštěv, za rok 2017 už to bylo průměrně 45 návštěv na pacienta. Na jeden úvazek pracovníka domácí zdravotní péče v roce 2017 připadalo 1,8 tisíce návštěv a 42 pacientů, což je méně než v roce 2009, ale zvyšuje se odborný rozsah poskytované péče, tj. roste počet úvazků lékařů a specializovaných sester i zdravotně sociálních pracovníků a naopak poklesl počet ostatních pracovníků domácí zdravotní péče.

## 5.2 Domácí zdravotní péče v krajích

V krajích jsou kolísající rozdíly ve vypovídací schopnosti dat z hlediska návratnosti výkazů. Z tohoto důvodu bylo pro srovnání a stanovení pořadí krajů použito v níže uvedeném grafickém znázornění pětiletého průměru počtu pacientů na tisíc obyvatel daného kraje. Z níže uvedeného srovnání vyplývá, že domácí zdravotní péči v průběhu let 2013 až 2017 výrazně nadprůměrně využívá obyvatelstvo Královéhradeckého, Pardubického, Ústeckého, Moravskoslezského a Libereckého kraje. Naopak výrazně podprůměrně domácí zdravotní péči využívají obyvatelé Zlínského kraje, Kraje Vysočina, Středočeského kraje a Hl. m. Prahy.

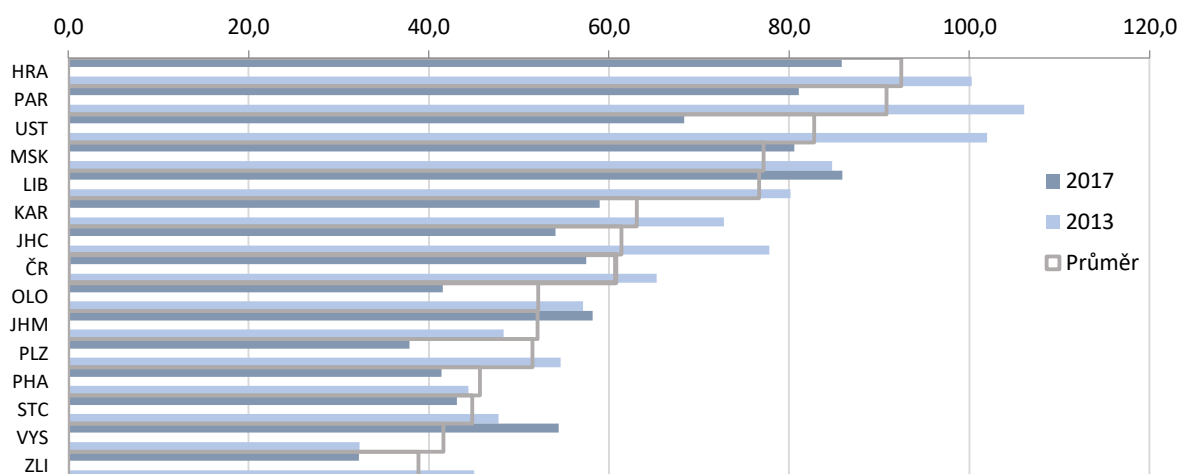
### Srovnání počtu pacientů domácí zdravotní péče na tisíc obyvatel v krajích v letech 2013 a 2017 a průměr let 2013–2017



Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01, Domácí zdravotní péče (A089)

Obdobné je pořadí krajů v případě počtu pacientů ve věku 65 a více let na tisíc obyvatel téhož věku (viz graf níže). Opět nejvíce čerpají domácí zdravotní péči senioři v Královéhradeckém kraji a naopak nejméně ve Zlínském kraji. Ve Zlínském kraji je velice podprůměrný počet pacientů na obyvatele způsoben nízkou dostupností této péče, protože zde na úvazek pracovníka v domácí zdravotní péči připadá největší počet seniorů v ČR, a to cca tisíc pacientů. Naopak je tomu v případě Královéhradeckého kraje, který je druhý v nejnižším počtu seniorů v přepočtu na úvazek pracovníka domácí zdravotní péče v průměru 5 set pacientů na úvazek.

## Srovnání počtu pacientů domácí zdravotní péče na tisíc obyvatel ve věku 65+ v krajích ČR v letech 2013 a 2017 a průměr let 2013–2017



Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01, Domácí zdravotní péče (A089)

Rozdíly v krajích jsou způsobeny nejen rozdílnou potřebou a spotřebou domácí zdravotní péče, ale také její dostupností v daném regionu a rozdílem v dostupnosti a využívání alternativních služeb, jako jsou pobytová (ústavní) zařízení zdravotních či sociálních služeb. Níže uvedená tabulka navíc poukazuje na možný vliv rozdílné návratnosti výkazů o činnosti poskytovatelů domácí zdravotní péče. Nicméně v některých případech se stává, že poskytovatel výkaz neodevzdal, protože žádnou činnost v daném roce nevykonával. Navíc mohou být výrazné rozdíly v kapacitách a rozsahu činnosti jednotlivých poskytovatelů. Z tohoto důvodu nelze jednoduše data dopočítat do 100%. Největším pravděpodobným zatížením 30-35 % chybou v podílu neodevzdaných výkazů vůči celkovému počtu evidovaných zpravodajských jednotek se vyznačuje Olomoucký, Ústecký a Středočeský kraj. Naopak nejvyšší návratnost byla dosažena v Královéhradeckém kraji, který tak logicky zaujímá první místo v počtu vykázaných pacientů čerpajících domácí zdravotní péči v přepočtu na obyvatele.

### Průměrný počet poskytovatelů domácí zdravotní péče v krajích v letech 2015-2017

Kraje ČR	Počet poskytovatelů DZP	Počet odevzdaných výkazů DZP	Podíl odevzdaných výkazů DZP (v %)
Moravskoslezský kraj	79	60	76%
Středočeský kraj	70	49	70%
Hl. m. Praha	69	53	77%
Ústecký kraj	64	43	67%
Jihočeský kraj	54	40	74%
Jihomoravský kraj	45	35	79%
Olomoucký kraj	43	28	65%
Zlínský kraj	34	27	79%
Královéhradecký kraj	32	30	94%
Plzeňský kraj	31	26	83%
Pardubický kraj	30	25	84%
Liberecký kraj	29	23	82%
Kraj Vysočina	27	20	73%
Karlovarský kraj	21	16	75%
<b>ČR celkem</b>	<b>628</b>	<b>476</b>	<b>76%</b>

Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01, domácí zdravotní péče (A089)

Z důvodu zmírnění vlivu návratnosti na počty pacientů v krajích ČR ukazuje níže uvedená tabulka průměrné roční počty pacientů využívajících služeb domácí zdravotní péče za období posledních tří let 2015 až 2017. Výrazně nadprůměrná intenzita využití těchto služeb, jak v počtu pacientů na úvazek zdravotnického personálu, tak v počtu pacientů na obyvatele, je v Moravskoslezském, Pardubickém, Královéhradeckém a Libereckém kraji. Naopak výrazně podprůměrnou intenzitou využívání domácí zdravotní péče se vyznačuje Hl. m. Praha, Zlínský, Středočeský a Plzeňský kraj. Níže uvedená tabulka kromě získaných dat prezentuje v druhé části odhad očekávané potřeby domácí zdravotní péče v krajích zohledňující průměrné čerpání této péče v ČR u obyvatel ve věku 65 a více let ve vztahu k zastoupení této skupiny obyvatel v jednotlivých krajích. Z tohoto srovnání vyplývá, že nejvíce pacientů by teoreticky potřebovalo domácí zdravotní péči v Hl. m. Praze a ve Středočeském kraji, kde se nachází nejvíce obyvatel ve věku 65 a více let. Dle výkazů zde však tyto služby čerpá téměř o 3 tisíce (22 %) těchto potenciálních pacientů méně než činí průměr ČR. Naopak nejvíce pacientů čerpajících z daného rozsahu obyvatel domácí zdravotní péči nad průměr ČR se vyskytuje v Moravskoslezském, Královéhradeckém, Ústeckém a Pardubickém kraji.

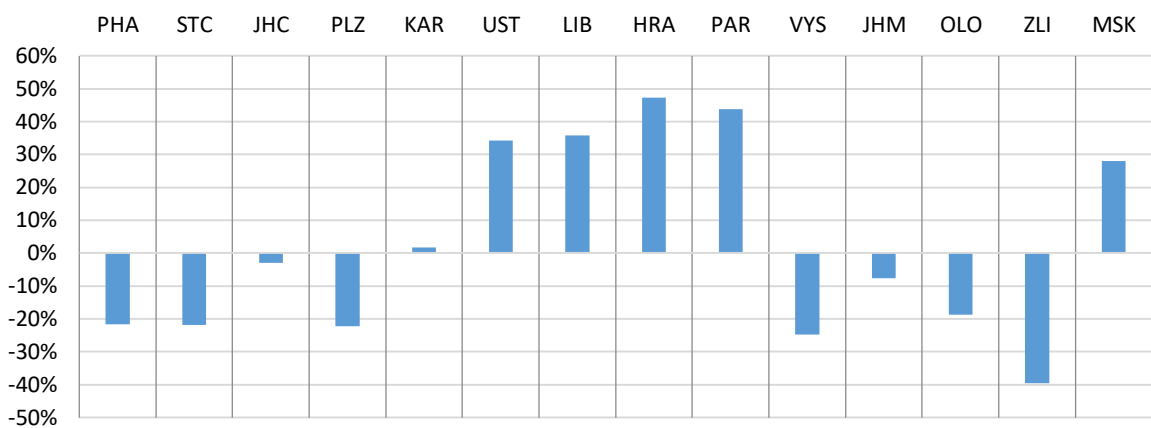
#### Průměrný roční počet pacientů domácí zdravotní péče v krajích v letech 2015-2017

Území	Průměrný roční počet pacientů DZP					Očekávaný počet pacientů DZP 65+		
	celkem	ve věku 65+	na úvazek	na 1000 obyv.	na 1000 obyv. 65+	pacienti s potřebou DZP	rozdíl (spotřeba-potřeba)	rozdíl (v %)
PHA	12 468	10 835	24,4	9,8	45,9	13 834	-2 999	-22%
STC	13 066	10 578	32,3	9,8	45,8	13 547	-2 969	-22%
JHC	8 255	6 824	38,3	12,9	56,9	7 028	-204	-3%
PLZ	6 524	5 005	36,6	11,3	45,6	6 429	-1 424	-22%
KAR	3 922	3 280	46,2	13,2	59,6	3 224	56	2%
UST	14 932	11 619	49,8	18,2	78,6	8 661	2 958	34%
LIB	7 410	6 508	64,5	16,8	79,6	4 791	1 717	36%
HRA	11 562	9 461	54,6	21,0	86,4	6 421	3 040	47%
PAR	9 723	8 178	63,0	18,8	84,2	5 690	2 488	44%
VYS	4 866	4 264	32,4	9,6	44,1	5 663	-1 399	-25%
JHM	14 026	11 962	53,3	11,9	54,1	12 960	-998	-8%
OLO	6 740	5 738	42,3	10,6	47,6	7 061	-1 323	-19%
ZLI	4 649	3 955	39,7	8,0	35,5	6 539	-2 584	-40%
MSK	20 267	16 668	75,6	16,7	75,0	13 027	3 641	28%
<b>ČR</b>	<b>138 414</b>	<b>114 876</b>	<b>44,2</b>	<b>13,1</b>	<b>58,6</b>	<b>114 876</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01, domácí zdravotní péče (A089)

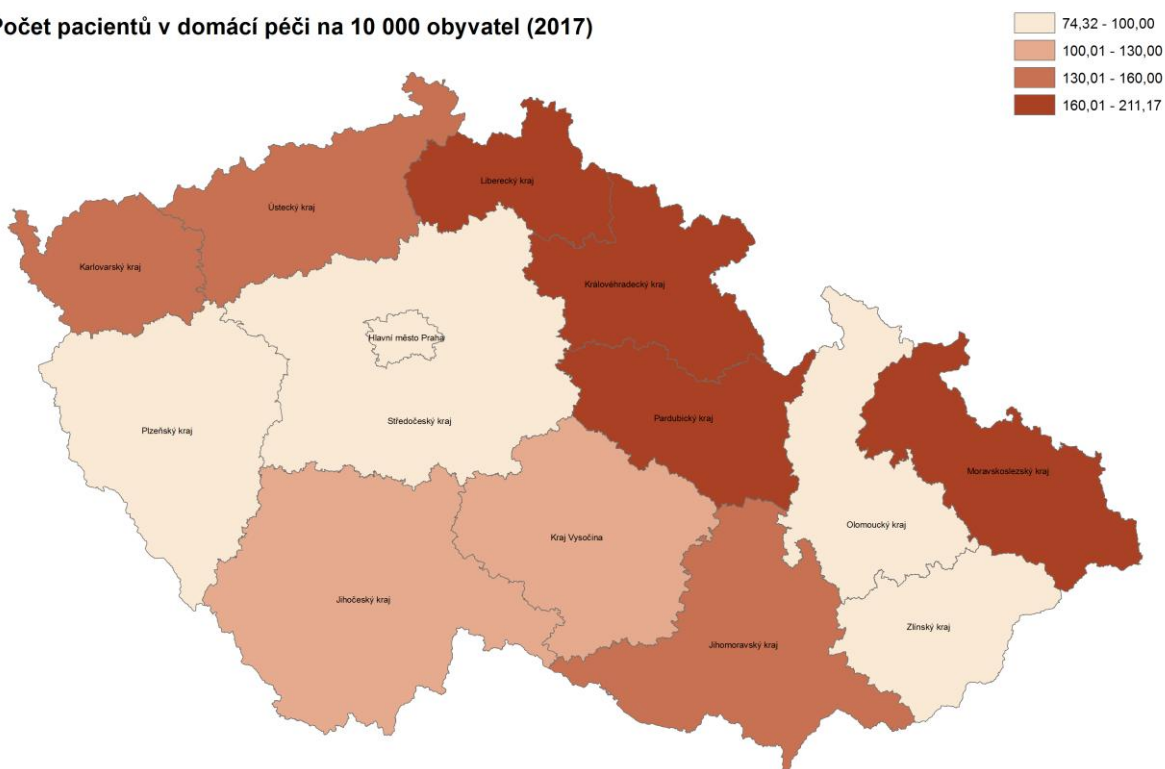
Výše uvedené procentuální rozdíly očekávaného počtu pacientů vůči celkovému rozsahu vykázaných pacientů v krajích v posledním sloupci tabulky prezentuje v grafickém znázornění níže uvedený obrázek.

### Rozdíl počtu pacientů čerpajících DZP oproti průměru ČR (v %), průměr let 2015 - 2017



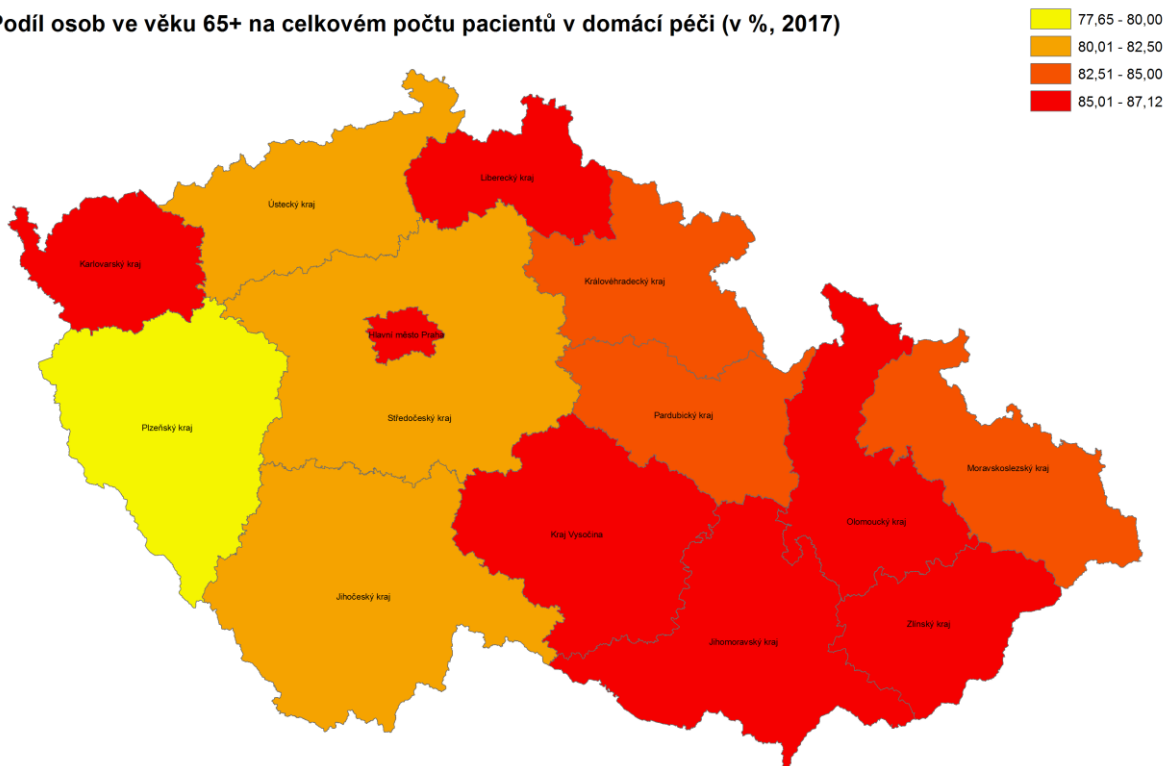
Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01, domácí zdravotní péče (A089)

### Počet pacientů v domácí péči na 10 000 obyvatel (2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

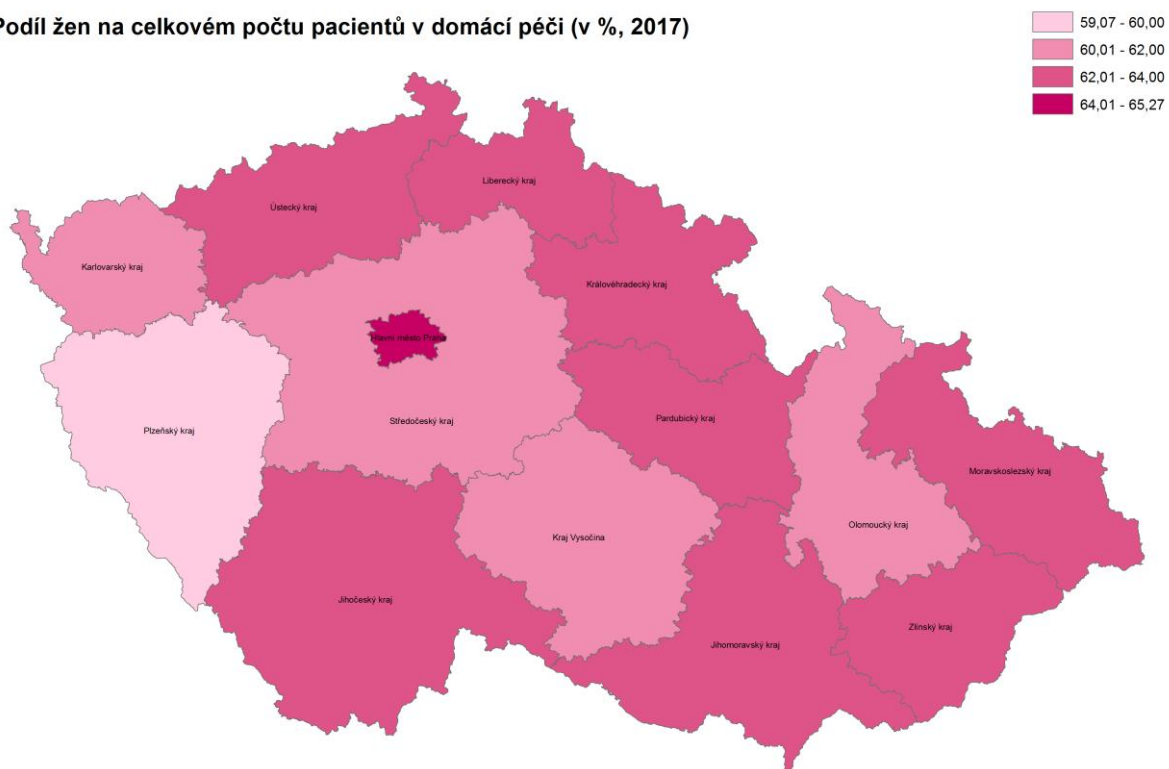
### Podíl osob ve věku 65+ na celkovém počtu pacientů v domácí péči (v %, 2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

Výše uvedený kartogram poskytuje informaci o intenzitě čerpání domácí zdravotní péče v jednotlivých krajích vůči počtu obyvatel v roce 2017. Nejvíce pacientů na 10 tisíc obyvatel byla vykázána v oblasti severovýchodních Čech a Moravskoslezského kraje. Naopak nejméně obyvatel využívalo domácí péči v oblasti středních Čech včetně Prahy. Dále také na Plzeňsku, kde byl podíl seniorů a žen mezi pacienty nejnižší. Podprůměrný počet pacientů vykazuje v oblasti Moravy Olomoucký a Zlínský kraj. Nejvyšší podíl seniorů a žen mezi pacienty byl evidován v Hl. m. Praze.

### Podíl žen na celkovém počtu pacientů v domácí péči (v %, 2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 6. Uživatelé pobytových sociálních služeb

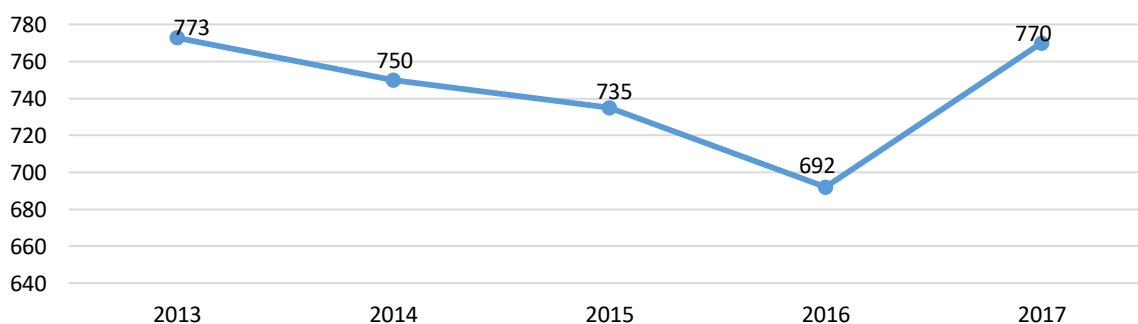
### 6.1 Počet uživatelů týdenních stacionářů

Týdenní stacionáře, které jsou na pomezí ambulantních a pobytových sociálních služeb, se vyznačují nízkým celkovým počtem uživatelů. V roce 2017 jich na území České republiky bylo podle dat MPSV celkem jen 770 (z toho 46 % mužů, 39 % žen a 15 % dětí a mládeže do 18 let). V posledních pěti letech je počet klientů týdenních stacionářů poměrně stabilní (viz graf níže), což se dá říci i o vývoji počtu neuspokojených žádostí. Těch bylo v roce 2017 evidováno 137, tj. o 3 více ve srovnání s rokem 2013.

Z pohledu jednotlivých krajů byl v roce 2017 evidován nejvyšší počet klientů v nejlidnatějších krajích, konkrétně ve Středočeském kraji a Hl. m. Prahy, které měli shodně po 150 osobách v týdenních stacionářích, a rovněž také v Jihomoravském kraji, ve kterém užívalo týdenní stacionáře 145 osob. Jak je patrné z kartogramu níže, tak uživatelé týdenních stacionářů byli zastoupeni v každém ze 14 krajů. Z hlediska počtu uživatelů v přepočtu na 1 000 obyvatel nejsou ale vzhledem k celkovému nízkému počtu uživatelů rozdíly mezi jednotlivými kraji, které znázorňuje kartogram, příliš vypovídající.

Jedinými dvěma obvody ORP, ve kterých v roce 2017 připadal více než 1 uživatel týdenního stacionáře v přepočtu na 1 000 obyvatel, byly Semily a Poděbrady. Z kartogramu znázorňujícího obvody ORP nicméně vyplývá, že ve většině obvodů ORP (konkrétně ve 163) nebyl vzhledem k absenující nabídce evidován žádný klient týdenního stacionáře.

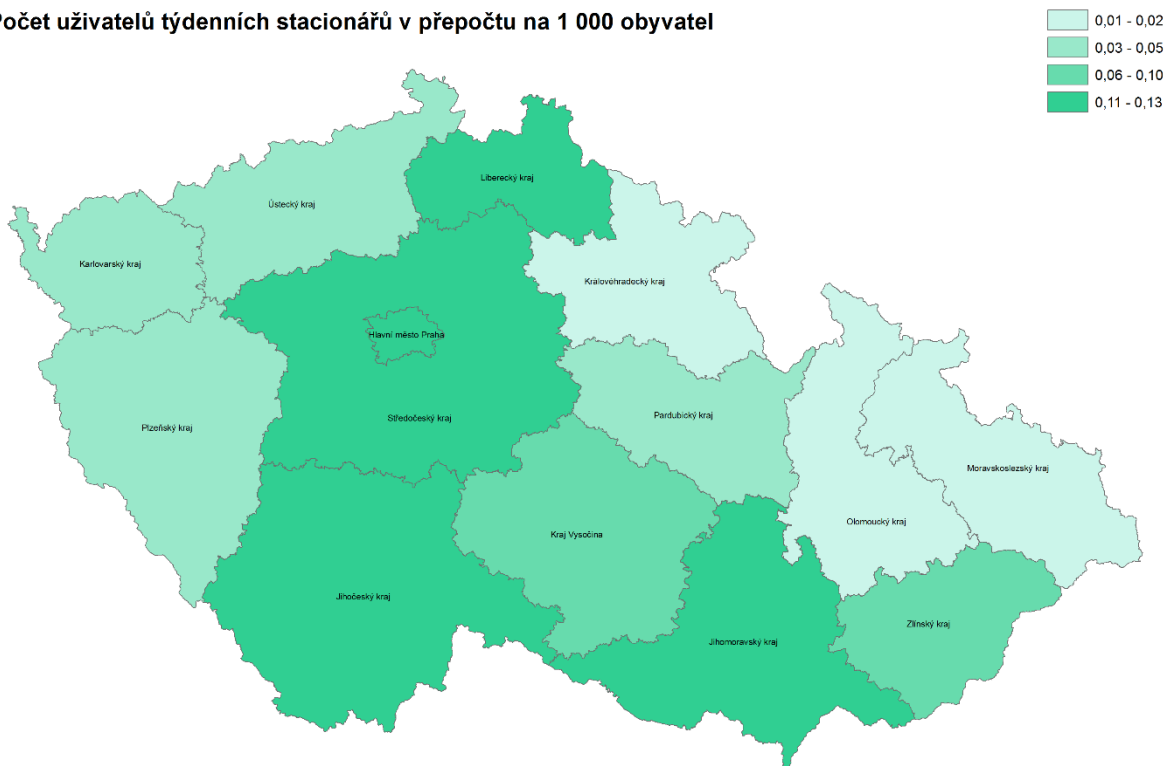
#### Počet uživatelů týdenních stacionářů v ČR v letech 2013 až 2017



Zdroj: MPSV

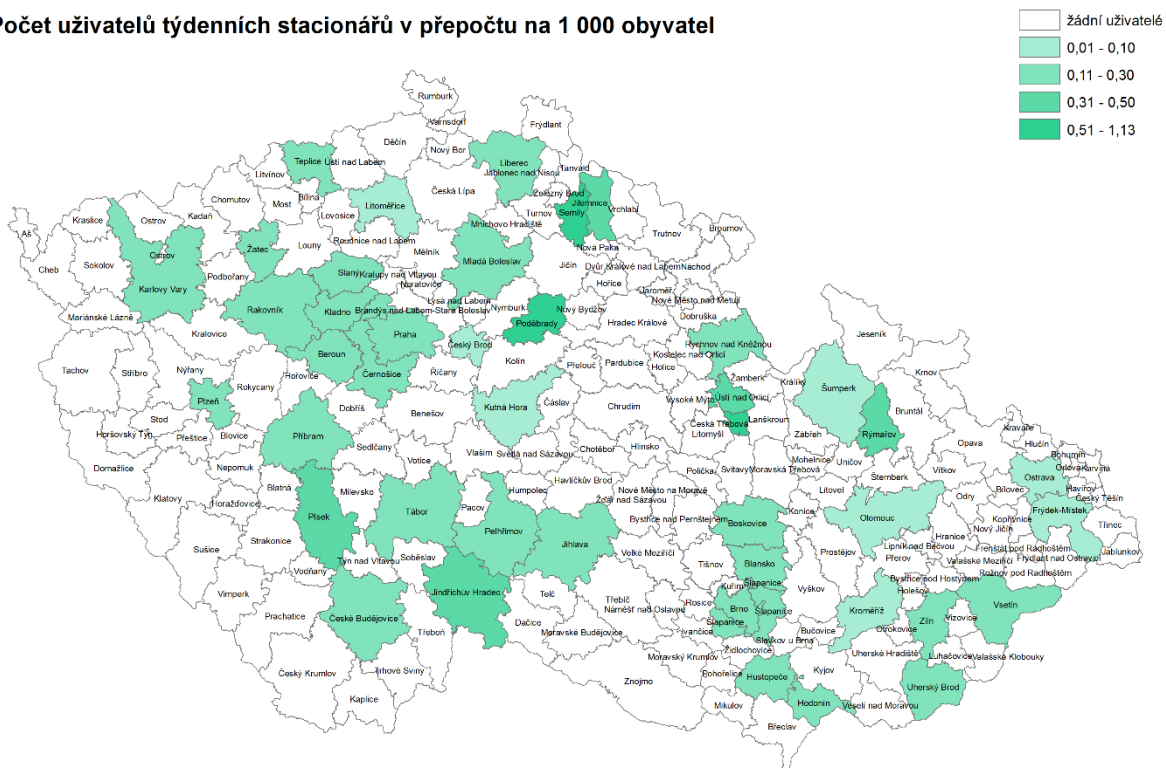


## Počet uživatelů týdenních stacionářů v přepočtu na 1 000 obyvatel



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## Počet uživatelů týdenních stacionářů v přepočtu na 1 000 obyvatel

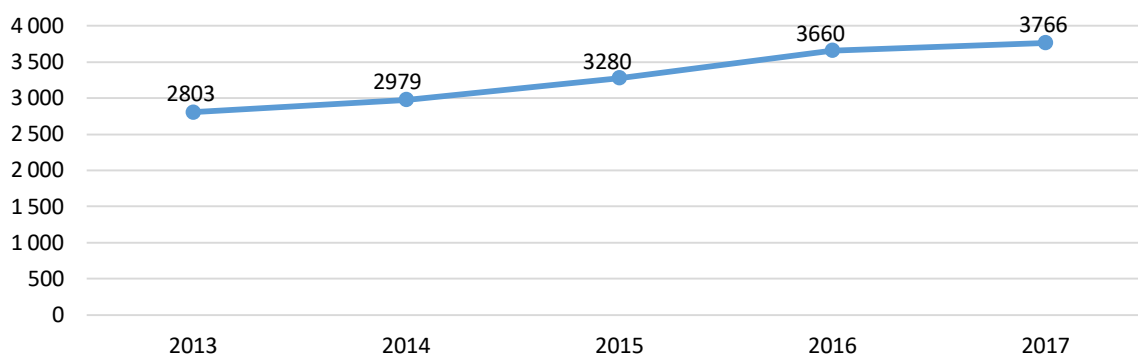


Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 6.2 Počet uživatelů chráněného bydlení

V České republice užívalo v roce 2017 sociální služby chráněného bydlení celkem 3 766 osob, z toho 1 953 mužů, 1 812 a žen a jen 1 dítě či mladiství do 18 let věku. Graf níže sice poukazuje na skutečnost, že počet uživatelů chráněného bydlení v posledních pěti letech nepřetržitě roste, došlo však i k nárůstu neuspokojených žádostí (z 2 063 v roce 2013 na 2 315 v roce 2017), přičemž počet neuspokojených žádostí lze považovat za velmi vysoký vůči celkovému počtu umístěných uživatelů.

### Počet uživatelů chráněného bydlení v ČR v letech 2013 až 2017

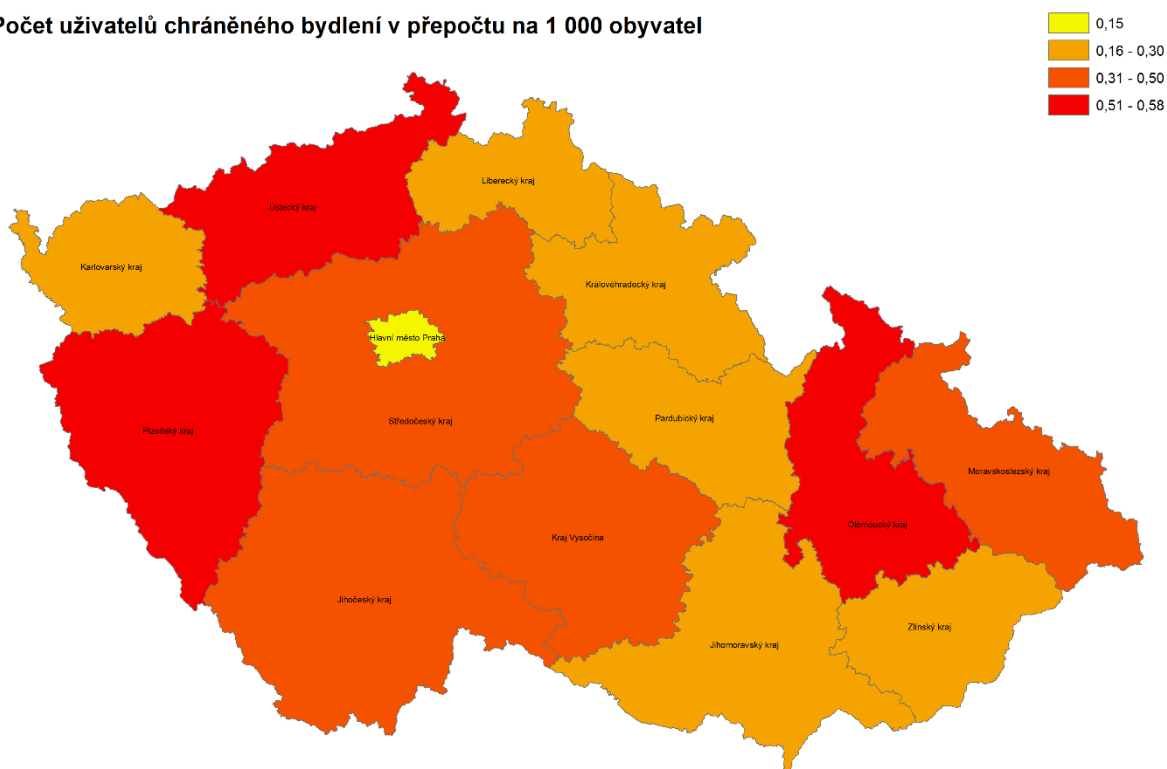


Zdroj: MPSV

Územní rozložení uživatelů chráněného bydlení je v rámci ČR relativně vyvážené, přesto určité rozdíly mezi jednotlivými kraji existují. Z kartogramu níže vyplývá, že v roce 2017 bylo vztahu k počtu obyvatel nejméně uživatelů chráněného bydlení v Hl. m. Praze (0,15 uživatelů v přepočtu na 1 000 obyvatel), naopak nejvíce (přes 0,5 uživatelů v přepočtu na 1 000 obyvatel) v Plzeňském, Ústeckém a Olomouckém kraji.

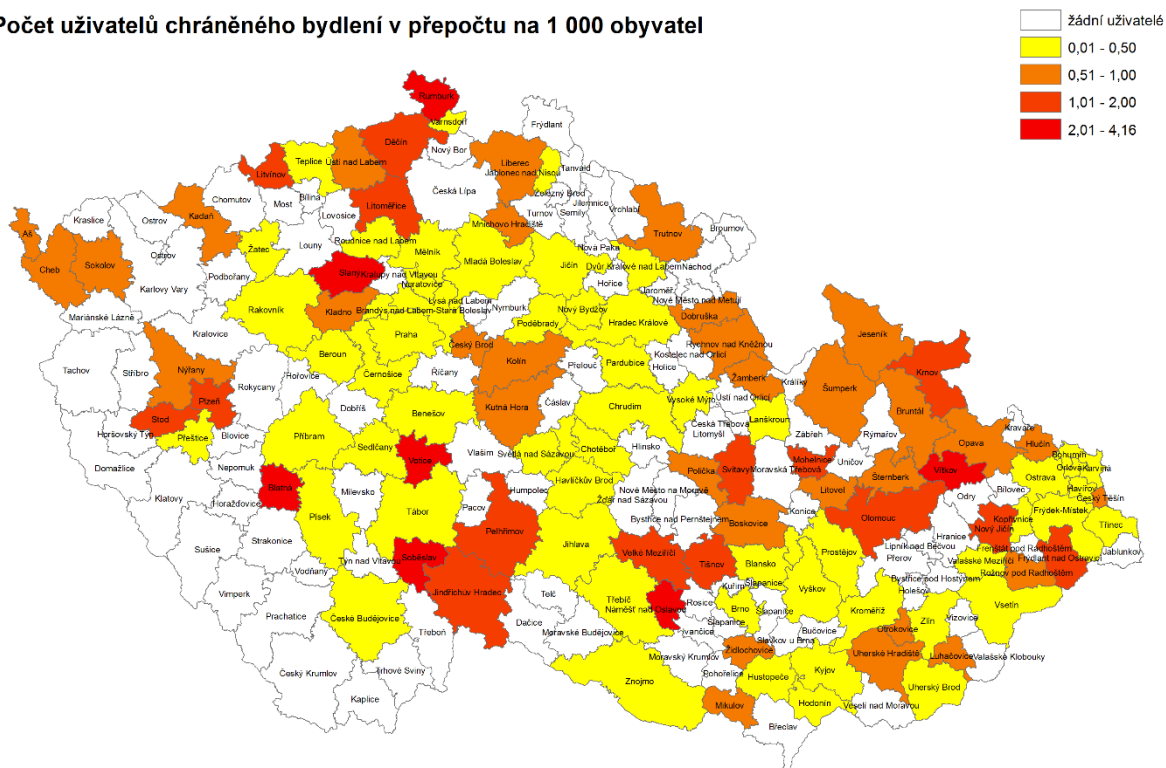
Ve 22 obvodech ORP připadal v roce 2017 na 1 000 obyvatel více než 1 uživatel chráněného bydlení, přičemž v obvodech ORP Náměšť nad Oslavou, Votice a Vítkov to byli dokonce více jak 3 uživatelé a v obvodu ORP Blatná připadali na 1 000 obyvatel dokonce více než 4 uživatelé chráněného bydlení. Celkem v 97 obvodech ORP nevidovalo MPSV žádného klienta využívajícího služeb chráněného bydlení (viz kartogram níže).

## Počet uživatelů chráněného bydlení v přepočtu na 1 000 obyvatel



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## Počet uživatelů chráněného bydlení v přepočtu na 1 000 obyvatel

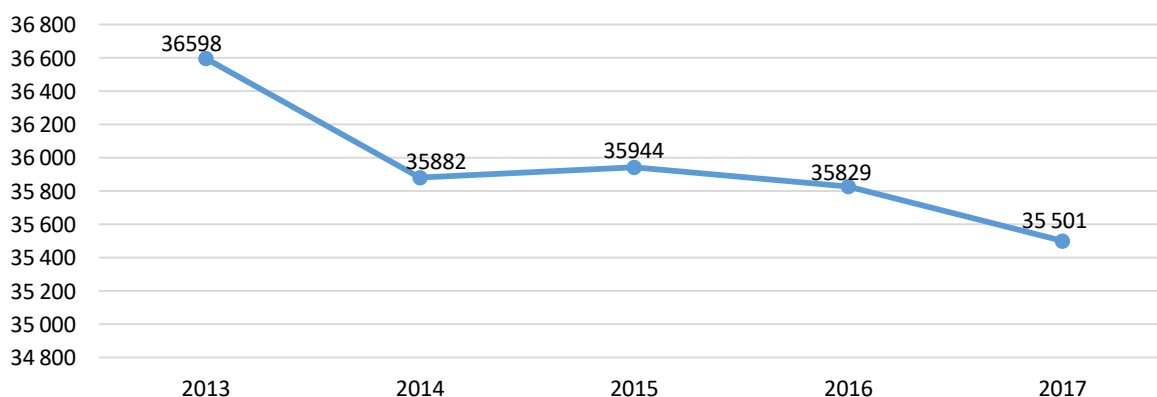


Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### 6.3 Počet uživatelů domovů pro seniory

V domovech pro seniory bydlelo v roce 2017 celkem 35 501 osob v seniorském věku, přičemž ze tří čtvrtin převažovaly v domovech pro seniory ženy oproti mužům. Počet uživatelů domovů pro seniory byl v posledním pětiletém období velmi stabilní (viz graf č. 10). To platí i o počtu neuspokojených žádostí, kterých bylo v roce 2013 evidováno 60 809, což je téměř stejně jako v roce 2017, kdy MPSV evidovalo 61 013 žádostí, kterým nebylo vyhověno. To představuje velmi vysoký počet výrazně převyšující počet umístěných seniorů, z čehož lze usuzovat, že kapacity v domovech pro seniory jsou nedostačující.

#### Počet uživatelů domovů pro seniory v letech 2013 až 2017

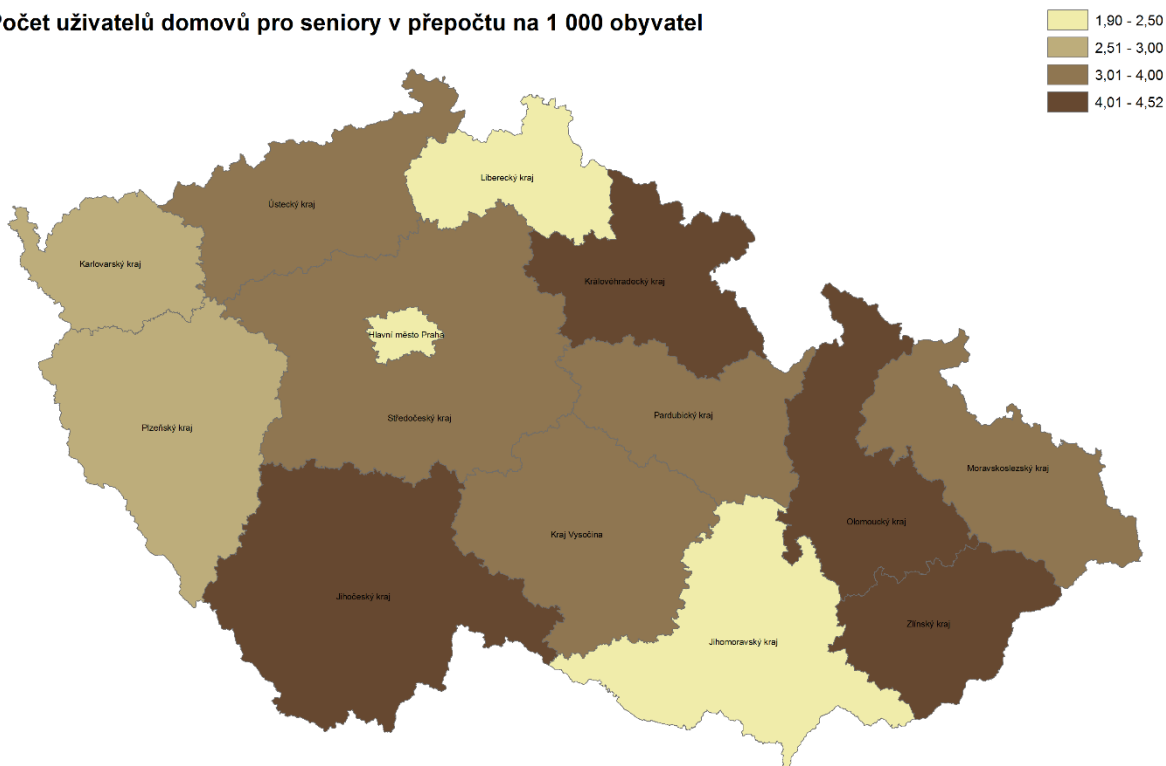


Zdroj: MPSV

V absolutním vyjádření žije nejvíce osob v domovech pro seniory ve Středočeském kraji (5 045 osob), v Moravskoslezském kraji (4 635) a v Ústeckém kraji (3 127 osob). Z kartogramu níže je zřejmé, že ve vztahu k populační velikosti kraje bylo v roce 2017 nejvíce uživatelů domovů pro seniory v Jihočeském kraji, ve kterém připadalo na 1 000 obyvatel 4,5 osob užívajících službu poskytovanou domovy pro seniory. Naopak nejméně uživatelů domovů pro seniory bylo zaznamenáno v Praze, kde na 1 000 obyvatel připadali méně než 2 uživatelé.

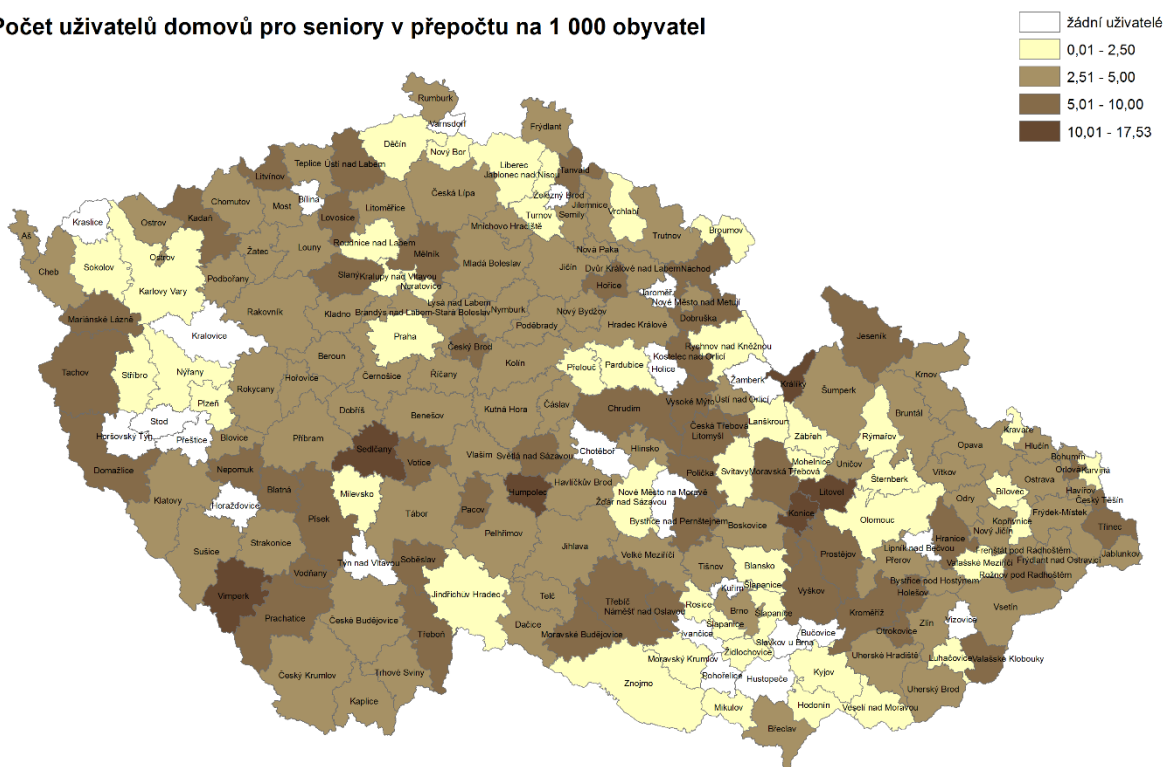
Více než 10 uživatelů v přepočtu na 1 000 obyvatel obvodu ORP bylo v roce 2017 identifikováno v těchto obvodech: Králíky (17,5), Konice (14,3), Litovel (12,0), Vimperk (11,0), Sedlčany (10,9) a Humpolec (10,1). Ve 23 obvodech ORP nebyl vzhledem k absenci domovů pro seniory evidován žádný uživatel (viz kartogram níže).

### Počet uživatelů domovů pro seniory v přepočtu na 1 000 obyvatel



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### Počet uživatelů domovů pro seniory v přepočtu na 1 000 obyvatel

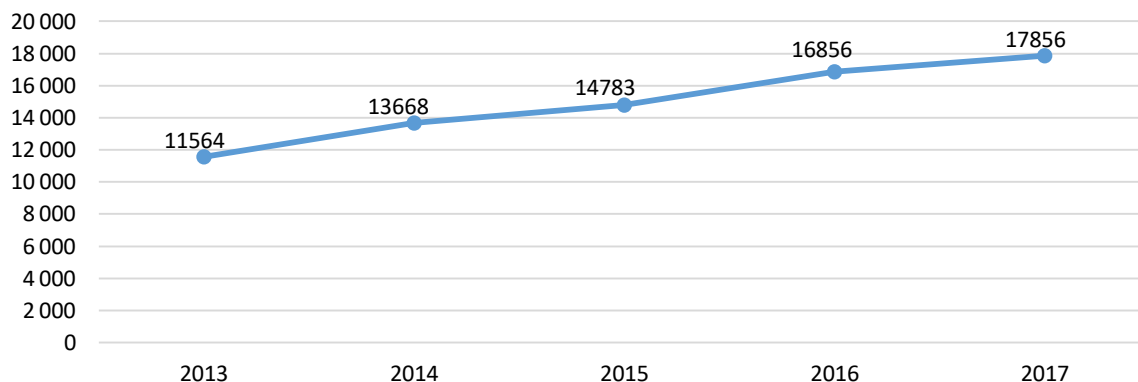


Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 6.4 Počet uživatelů domovů se zvláštním režimem

V České republice pobývalo v roce 2017 v domovech se zvláštním režimem celkem 17 856 osob, z toho 12 478 žen (tj. 70 %), 5 376 mužů a 2 děti či mládež ve věku do 18 let. Počet uživatelů domovů se zvláštním režimem má stoupající tendenci (viz graf níže), to ale bohužel platí i o počtu neuspokojených žádostí. Zatímco v roce 2013 evidovalo MPSV 15 488 neuspokojených žádostí, v roce 2017 to bylo již 22 348 a počet neuspokojených žádostí tak výrazně převyšoval počet umístěných uživatelů domovů se zvláštním režimem.

### Počet uživatelů domovů se zvláštním režimem v letech 2013 až 2017

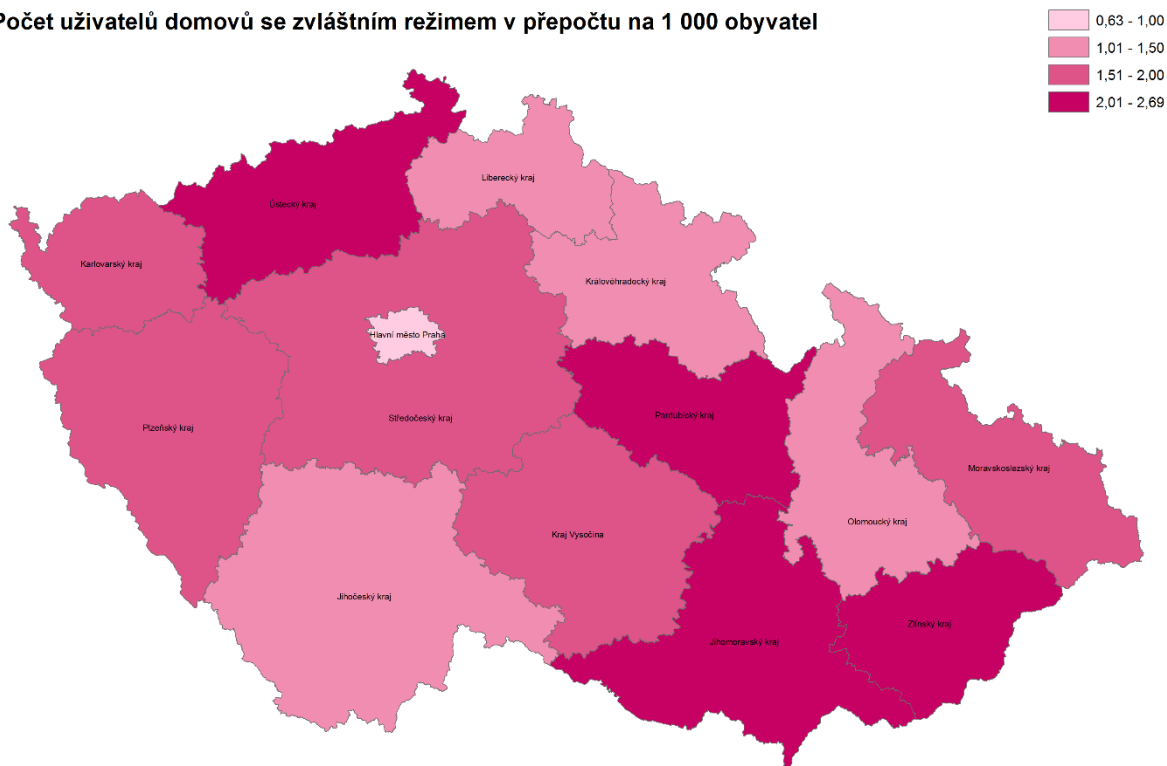


Zdroj: MPSV

V absolutním vyjádření pobývalo v roce 2017 v domovech se zvláštním režimem nejvíce osob v lidnatých krajích, jakými jsou Jihomoravský kraj (3 178 uživatelů), Středočeský kraj (2 324 uživatelů), Ústecký kraj (2 169 uživatelů) a Moravskoslezský kraj (1 945 uživatelů). Znatelný deficit zařízení je patrný v Hl. m. Praze, kde v domovech se zvláštním režimem žilo pouze 820 osob, což činí pouze 0,6 uživatele v přepočtu na 1 000 obyvatel, tedy nejméně v mezikrajském srovnání (viz kartogram níže). Naopak relativně nejvíce uživatelů domovů se zvláštním režimem ve vztahu k počtu obyvatel bylo evidováno v Jihomoravském kraji (2,7 uživatelů v přepočtu na 1 000 obyvatel) a Ústeckém kraji (2,6).

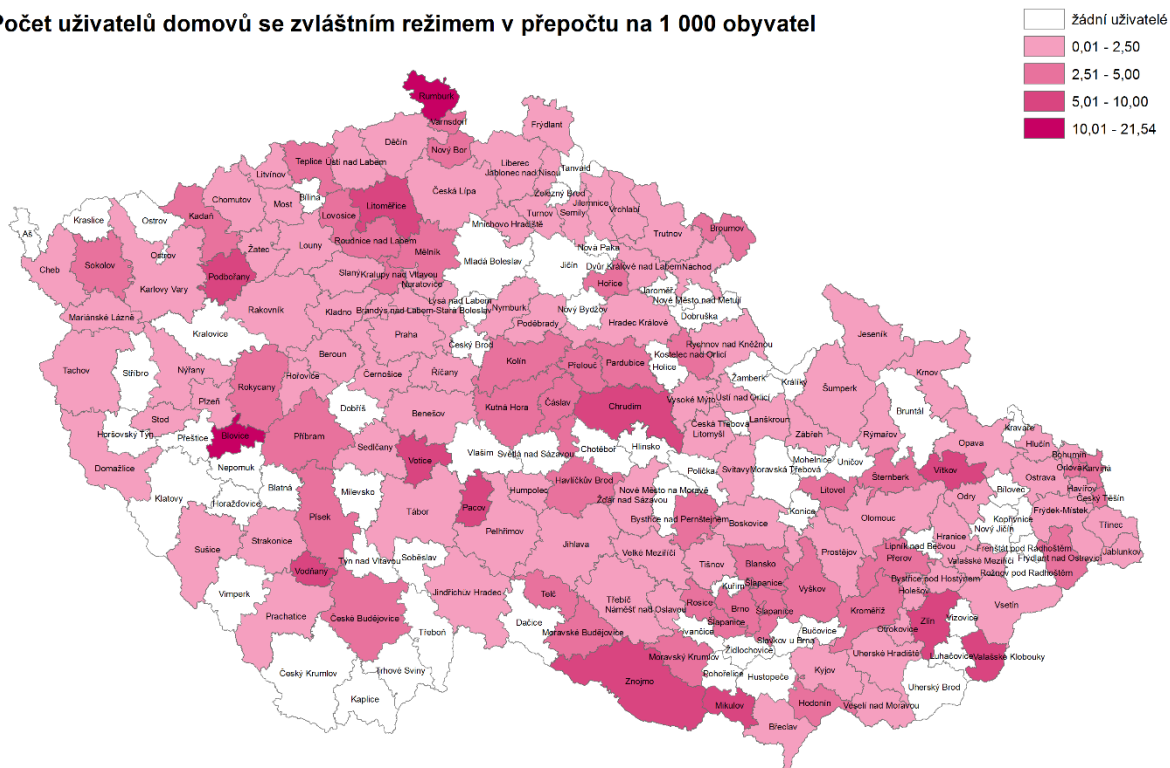
Z pohledu obvodů ORP bylo nejvíce uživatelů domovů se zvláštním režimem evidováno v přepočtu na 1 000 obyvatel v obvodech Blovice (21,5) a Rumburk (13,5). Naopak v 65 obvodech ORP nebyl v roce 2017 evidován žádný uživatel této pobytové sociální služby (viz kartogram níže).

Počet uživatelů domovů se zvláštním režimem v přepočtu na 1 000 obyvatel



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

Počet uživatelů domovů se zvláštním režimem v přepočtu na 1 000 obyvatel

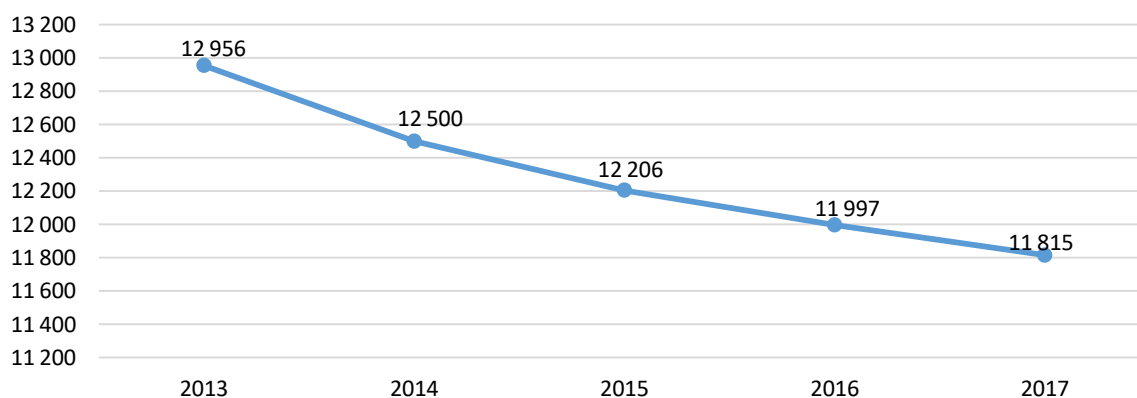


Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 6.5 Počet uživatelů domovů pro osoby zdravotním postižením

MPSV evidovalo v roce 2017 celkem 11 815 klientů v domovech pro osoby se zdravotním postižením, mezi kterými převažovali dospělí muži (52 %) nad ženami (44 %) a zbylou část uživatelů tvořily děti a mládež do 18 let (4 %). Počet uživatelů domovů pro osoby se zdravotním postižením má v posledních pěti letech mírně klesající tendenci (viz graf níže), což lze částečně přičítat i rozvoji dalších sociálních služeb (ambulantně a terénně zaměřených) usnadňujících život lidem se zdravotním postižením v přirozeném sociálním prostředí. Počet neuspokojených žádostí se v posledních pěti letech prakticky nezměnil. V roce 2017 MPSV evidovalo 2 716 neuspokojených žádostí, tj. o 1 neuspokojenou žádost více oproti roku 2013.

### Počet uživatelů domovů pro osoby se zdravotním postižením (2013 až 2017)



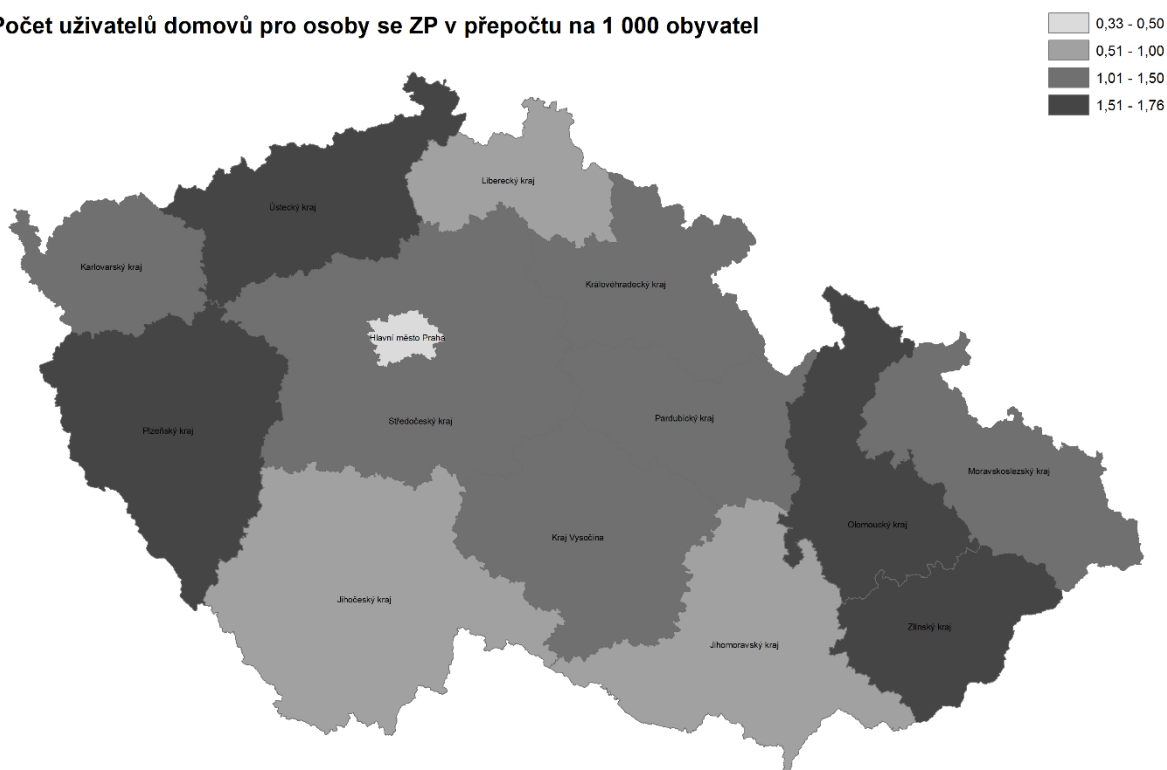
Zdroj: MPSV

V relaci k počtu obyvatel bylo v roce 2017 nejméně uživatelů domovů pro osoby se zdravotním postižením identifikováno v Hl. m. Praze, kde připadalo 0,33 uživatele na 1 000 obyvatel (viz kartogram níže). Naopak relativně nejvíce uživatelů těchto domovů bylo evidováno v Plzeňském kraji (1,76 uživatelů v přepočtu na 1 000 obyvatel), v Ústeckém kraji (1,74) a v Olomouckém kraji (1,59).

V případě obvodů ORP je rozptyl v hodnotách přirozeně opětovně větší než v případě krajů. Nejvíce uživatelů domovů pro osoby se zdravotním postižením v přepočtu na 1 000 obyvatel byl v roce 2017 identifikován v obvodu ORP Votice (9,23 uživatelů na 1 000 obyvatel), Nový Bydžov (8,40), Šternberk (6,49), Bystřice pod Hostýnem (6,44), Kadaň (6,28 a další. V 90 obvodech ORP nebyl identifikován ani jeden uživatel, což je dáno absencí domovů pro osoby se zdravotním postižením v těchto obvodech (viz kartogram níže).

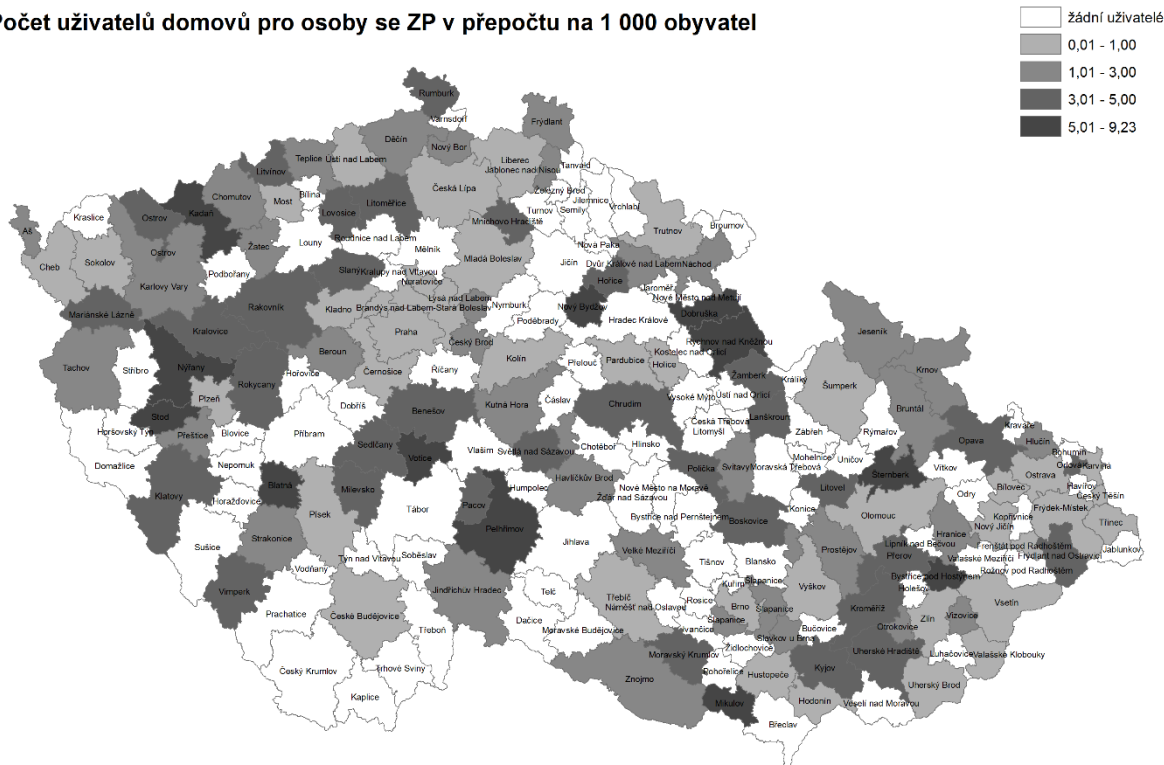


## Počet uživatelů domovů pro osoby se ZP v přepočtu na 1 000 obyvatel



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## Počet uživatelů domovů pro osoby se ZP v přepočtu na 1 000 obyvatel



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 7. Uživatelé lůžkové dlouhodobé péče ve zdravotnictví

### 7.1 Uživatelé následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péče dle druhu poskytovatele

Následná a dlouhodobá lůžková zdravotnická péče (NDLZP) definovaná v druhé kapitole je poskytována různými druhy zařízení dle kategorizace ÚZIS (DRZAR) - viz popisy jednotlivých druhů zařízení v druhé kapitole a v příloze. Nárůst počtu ukončených hospitalizací NDLZP zaznamenaly především nemocnice, a to na úkor LDN. Důvodem však není reálný přesun těžiště tohoto druhu péče z LDN na nemocnice, ale administrativní změna v evidenci poskytovatelů v rámci NRPZS, kdy se původně samostatně vedené LDN staly součástí příslušných nemocnic se stejným IČO. Tato zařízení následné péče jsou v rámci nemocnic od roku 2016 evidovány na úrovni oddělení ošetrovatelské péče. To způsobilo nárůst počtu hospitalizací ve fakultních nemocnicích o 17 % a v případě ostatních nemocnic akutní péče dokonce o 34 %. Samostatné LDN tak od roku 2016 tvoří méně než polovinu veškeré původní péče tohoto druhu. Více než o pětinu během let 2013 až 2017 zvýšily počty hospitalizovaných nemocnice a ostatní nespécifikované odborné léčebné ústavy, o desetinu rehabilitační ústavy a o necelých 6 % vzrostl počet klientů hospiců. Naopak se o 6 % snížil počet propuštěných z psychiatrických léčen. Celkově se počty hospitalizací následné dlouhodobé péče zvýšily od roku 2013 o více než 6 %.

#### Vývoj ukončených hospitalizací dle druhu poskytovatele v letech 2013 - 2017

DRZAR	Druh zařízení	2013	2014	2015	2016	2017
101	Fakultní nemocnice	13 068	13 619	13 327	*15 613	15 379
102	Nemocnice	62 220	64 525	66 996	*90 094	93 330
105	Nemocnice následné péče	14 898	16 140	16 017	17 269	18 215
110	Léčebny dlouhodobě nemocných	43 808	43 331	44 165	*19 349	18 027
111	Léčebny TRN	4 181	4 454	4 239	4 462	4 578
112	Psychiatrické léčebny	39 543	40 650	38 787	37 941	37 113
113	Rehabilitační ústavy	8 796	9 721	9 154	9 651	9 694
180	Hospice	3 533	3 611	3 483	3 885	3 735
119, 190	Ostatní	12 799	15 077	14 954	16 039	15 688
	<b>Celkem</b>	<b>202 846</b>	<b>211 128</b>	<b>211 122</b>	<b>214 303</b>	<b>215 759</b>
101	Fakultní nemocnice	6,4%	6,5%	6,3%	7,3%	7,1%
102	Nemocnice	30,7%	30,6%	31,7%	42,0%	43,3%
105	Nemocnice následné péče	7,3%	7,6%	7,6%	8,1%	8,4%
110	Léčebny dlouhodobě nemocných	21,6%	20,5%	20,9%	9,0%	8,4%
111	Léčebny TRN	2,1%	2,1%	2,0%	2,1%	2,1%
112	Psychiatrické léčebny	19,5%	19,3%	18,4%	17,7%	17,2%
113	Rehabilitační ústavy	4,3%	4,6%	4,3%	4,5%	4,5%
180	Hospice	1,7%	1,7%	1,6%	1,8%	1,7%
119, 190	Ostatní	6,3%	7,1%	7,1%	7,5%	7,3%
	<b>Celkem</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

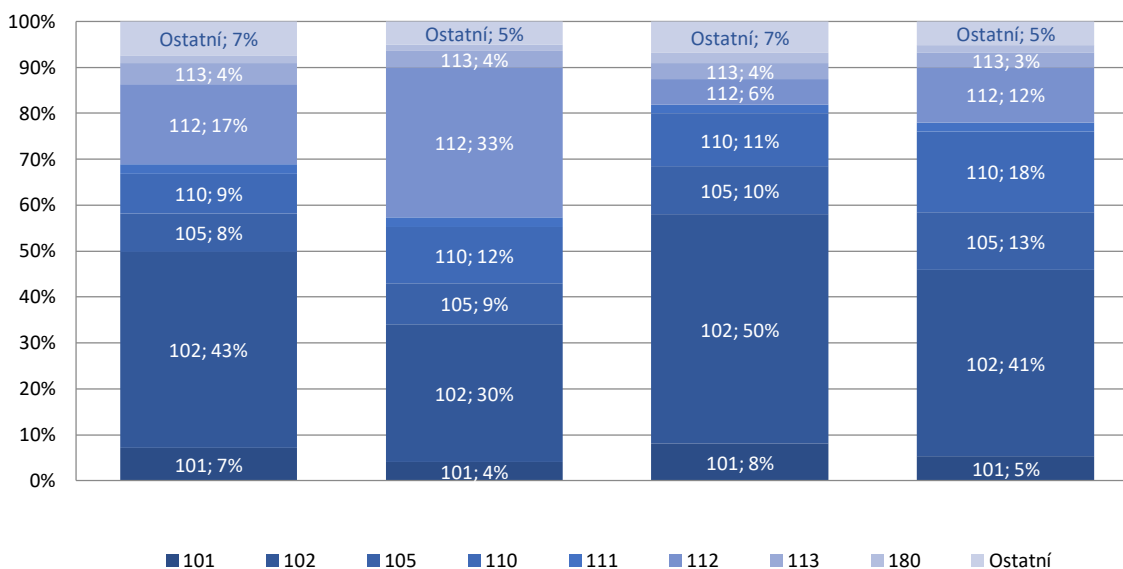
Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLZP)

\* Administrativní přesun vykazovaných dat z LDN pod nemocnice.

Fakultní a ostatní nemocnice zaměřené na akutní péči (DRZAR 101, 102) zahrnují téměř 43 % ukončených hospitalizací v rámci vybraných oddělení a pracovišť týkajících se NDLZP. Jejich průměrný denní stav v letech 2013-2017 činil pouze necelých 27 % hospitalizovaných v NDLZP v rámci ČR. Zařízení poskytující všeobecnou následnou a dlouhodobou péči tvoří nemocnice následné péče (DRZAR 105) a léčebny dlouhodobě nemocných (DRZAR 110). Tato zařízení celkem zahrnovala 24 % ukončených hospitalizací a jejich průměrný denní stav činil 28 % pacientů. Odborně zaměřenou následnou a dlouhodobou péči poskytují především psychiatrické léčebny (DRZAR 112) s podílem

18 % ukončených hospitalizací, ale třetinou průměrného denního stavu hospitalizovaných v NDLZP. Rehabilitační ústavy (DRZAR 113) zahrnují pouze 4 % hospitalizovaných a léčebny respiračních nemocí (DRZAR 111) 2 % hospitalizovaných. Specifickou terminální a paliativní péči poskytují hospice (DRZAR 180) s necelými 2 % hospitalizovaných v NDLZP. Ostatní nespecifikované odborné léčebné ústavy (DRZAR 119 a 190) poskytovaly péče v rozsahu 7 % ukončených hospitalizací s PDS do 5 % hospitalizovaných.

### Podíl ukončených hospitalizací a denního stavu hospitalizovaných pacientů v následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péči dle druhů zařízení v ČR v letech 2016 – 2017



Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLZP); Pozn.: 101 Fakultní nemocnice, 102 Nemocnice, 105 Nemocnice následné péče, 110 Léčebny dlouhodobě nemocných, 111 Léčebny TRN, 112 Psychiatrické léčebny, 113 Rehabilitační ústavy, 180 Hospice.

Níže uvedená tabulka prezentuje doplňující ukazatele týkající se charakteristik hospitalizovaných pacientů. Níže je patrná souvislost zastoupení pacientů dle pohlaví a věku. V lůžkových zařízeních typu nemocnic následné péče a léčeben dlouhodobě nemocných výrazně převažují z více než čtyř pětín senioři ve věku 65 a více let. Zároveň je v těchto zařízeních více než 60 % převaha žen. Vysoký podíl seniorů přesahující 70 % lze pozorovat u nemocnic akutní péče a v hospicích. Logicky pak v těchto zařízeních s převahou seniorů končí péče častěji úmrtím. V hospicích s ohledem na jejich specializaci umírá přes čtyři pětiny jejich pacientů, dále pak nemocnicích následné péče a léčebnách dlouhodobě nemocných umírá přibližně pětina jejich pacientů. Menším podílem seniorů ve věku 65 a více let a menším podílem žen se kromě psychiatrických léčeben, kde podíl seniorů dosahuje pouze málo přes pětinu, vyznačují i rehabilitační ústavy a ústavy pro léčbu respiračních nemocí. Zde jsou i méně častá úmrtí, nejvíce v léčebnách respiračních nemocí s 12 % zemřelých a nejméně v rehabilitačních ústavech, kde umírá cca jeden z tisíce hospitalizovaných.

## NDLZP podle druhu poskytovatele v ČR, průměr z let 2016 - 2017

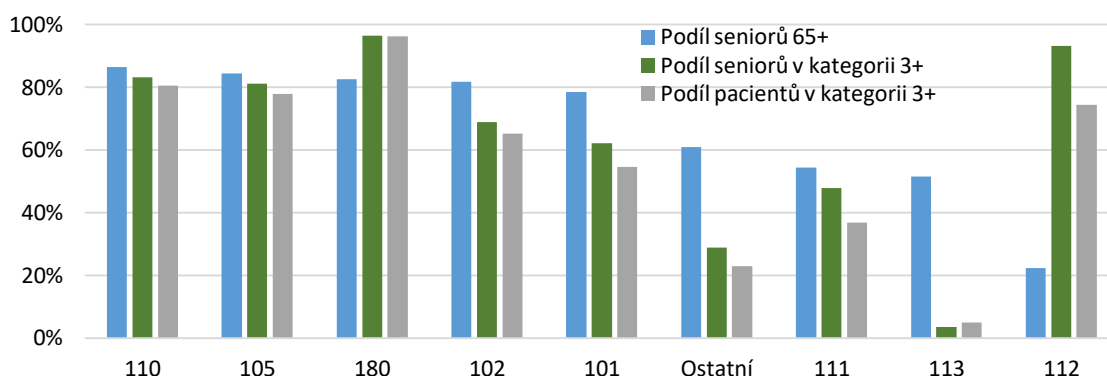
Kód DRZAR	Druh zařízení	Počet hospitalizací	Počet osob	Podíl žen	Podíl seniorů (65+)
101	Fakultní nemocnice	15 496	13 303	58,7%	72,1%
102	Nemocnice	91 712	77 883	60,1%	75,5%
105	Nemocnice následné péče	17 742	15 392	61,6%	82,4%
110	Léčebny dlouhodobě nemocných	18 688	15 718	61,6%	86,1%
111	Léčebny TRN	4 520	3 933	42,2%	56,9%
112	Psychiatrické léčebny	37 527	30 163	45,9%	22,7%
113	Rehabilitační ústavy	9 673	9 263	54,4%	51,2%
180	Hospice	3 810	3 660	54,5%	81,4%
119, 190	Ostatní	15 864	15 190	57,6%	60,2%
	<b>Celkem</b>	<b>215 031</b>	<b>184 503</b>	<b>56,9%</b>	<b>65,4%</b>

Kód DRZAR	Druh zařízení	Podíl zemřelých	Průměrná oš. doba	Průměrný denní stav	Podíl pacientů v kategorii 3+
101	Fakultní nemocnice	8,1%	27,9	1 018	54,6%
102	Nemocnice	13,7%	35,2	7 514	65,3%
105	Nemocnice následné péče	19,7%	53,8	2 267	77,8%
110	Léčebny dlouhodobě nemocných	21,3%	71,4	3 075	80,5%
111	Léčebny TRN	12,0%	49,6	534	36,8%
112	Psychiatrické léčebny	4,7%	99,1	8 189	74,3%
113	Rehabilitační ústavy	0,0%	35,8	909	4,8%
180	Hospice	88,3%	32,5	325	96,2%
119, 190	Ostatní	0,9%	30,7	1 277	22,9%
	<b>Celkem</b>	<b>12,7%</b>	<b>49,7</b>	<b>25 109</b>	<b>68,3%</b>

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLZP)

Nejdelší průměrná ošetrovací doba je u pacientů psychiatrických léčeben. Průměrná délka pobytu u těchto pacientů je téměř 100 dní a tři čtvrtiny poskytované péče se týká nesoběstačných pacientů v kategorii 3 a více (vymezení kategorií pacienta viz příloha). Vysokou průměrnou ošetrovací dobou ročně se vyznačují také pacienti léčeben dlouhodobě nemocných (62 dnů), kde z 84 % převažuje péče o pacienty v kategorii 3 a více. Následují nemocnice následné péče (57 dnů), s podílem 78 % poskytované péče pacientům v kategorii 3 a více. Téměř výhradě poskytují péči o imobilní a nesoběstačné pacienty hospice, kde tyto osoby tráví průměrně cca poslední měsíc života. Nejkratší ošetrovací doba, průměrně také cca jeden měsíc, se následná a dlouhodobá péče poskytuje pacientům nemocnic akutní péče, kde je však podstatně nižší podíl péče poskytované imobilním a nesoběstačným pacientům. O pacienty s nejlepší úrovní soběstačnosti a mobility pečují rehabilitační a ostatní odborně zaměřené ústavy.

### Podíl seniorů ve věku 65+ a kategorie soběstačnosti na průměrném denním stavu pacientů následná a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péče dle druhu poskytovatele, průměr 2016 – 2017



Pozn.: 101 Fakultní nemocnice, 102 Nemocnice, 105 Nemocnice následné péče, 110 Léčebny dlouhodobě nemocných, 111 Léčebny TRN, 112 Psychiatrické léčebny, 113 Rehabilitační ústavy, 180 Hospice.

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště - NDLPZ).

Výše uvedený graf poukazuje na rozdílné zastoupení seniorů mezi pacienty různých druhů lůžkových zdravotnických zařízení poskytujících následnou a dlouhodobou zdravotní péči. Druhý sloupec představuje podíl seniorů, kteří jsou nesoběstační a imobilní v kategorii stavu 3-5 dle VZP. Ve většině případů je nesoběstačnost výrazně závislá na věku. Výjimkou jsou pouze psychiatrické léčebny, kde je celkově vysoký podíl nesoběstačných pacientů (74 %), i přes to, že většinu pacientů (77 %) tvoří osoby produktivního věku do 65 let.

Níže uvedená tabulka se věnuje již pouze seniorům. První sloupec uvádí počty hospitalizací a druhý počet osob, kterých se ukončené hospitalizace týkají. U seniorů se mezi pacienty jedná častěji o ženy a vyznačují se delší ošetrovací dobou, horším zdravotním stavem a vyšším podílem úmrtí oproti průměru za celou populaci. Výjimku tvoří psychiatrické léčebny, kde jsou hospitalizace u seniorů kratší.

### Následná a dlouhodobá lůžková péče o osoby 65+ dle druhu poskytovatele, průměr 2016 - 2017

Kód DRZAR	Druh zařízení	Počet hospitalizací seniorů	Počet seniorů	Podíl žen u seniorů	Podíl zemřelých seniorů
101	Fakultní nemocnice	11 281	9 597	62,6%	10,6%
102	Nemocnice	69 952	58 804	64,5%	16,4%
105	Nemocnice následné péče	14 624	12 689	65,5%	21,7%
110	Léčebny dlouhodobě nemocných	16 106	13 534	65,6%	23,0%
111	Léčebny TRN	2 639	2 240	47,8%	17,3%
112	Psychiatrické léčebny	7 835	6 855	63,5%	17,9%
113	Rehabilitační ústavy	4 940	4 743	60,7%	0,0%
180	Hospice	3 084	2 978	55,9%	88,0%
119, 190	Ostatní	9 613	9 139	62,3%	1,3%
	<b>Celkem</b>	<b>140 070</b>	<b>120 576</b>	<b>63,6%</b>	<b>17,3%</b>

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLPZ)

### Následná a dlouhodobá péče o osoby 65+ dle druhu poskytovatele, průměr 2016 – 2017 (pokr.)

Kód DRZAR	Druh zařízení	Průměrná ošetrovací doba seniorů	Průměrný denní stav seniorů	Podíl seniorů na denním stavu	Podíl seniorů v kategorii 3+
101	Fakultní nemocnice	30,4	799	78,4%	62,1%
102	Nemocnice	38,2	6 153	81,9%	68,8%
105	Nemocnice následné péče	55,1	1 915	84,5%	81,3%
110	Léčebny dlouhodobě nemocných	71,7	2 660	86,5%	83,1%
111	Léčebny TRN	47,3	290	54,3%	47,9%
112	Psychiatrické léčebny	97,0	1 822	22,3%	93,3%
113	Rehabilitační ústavy	36,0	468	51,4%	3,4%
180	Hospice	33,0	269	82,6%	96,4%
119, 190	Ostatní	31,1	779	61,0%	28,8%
	<b>Celkem</b>	<b>45,9</b>	<b>15 154</b>	<b>60,4%</b>	<b>73,3%</b>

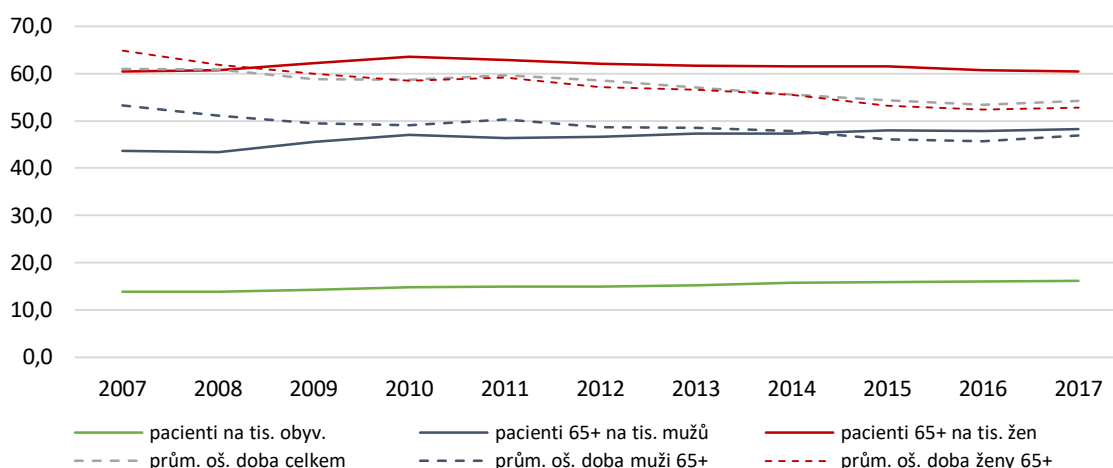
Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLZP)

Celkově se následná a dlouhodobá lůžková zdravotnická péče týkala v letech 2016-2017 průměrně 11 % hospitalizovaných osob ročně (21 % hospitalizovaných ve věku 65+) a 45 % průměrného denního stavu pacientů (zkr. PDS) (52 % PDS pacientů ve věku 65+) v rámci veškeré poskytované lůžkové zdravotnické péče zahrnutých druhů poskytovatelů vyjma lázeňských, nebo dětských léčeben a ozdravoven. Výše zahrnuté nemocnice akutní péče vč. jimi provozovaných LDN poskytují NDLZP v rozsahu 5 % všech svých hospitalizovaných ročně a tyto osoby u nich tvoří 18 % průměrného denního stavu pacientů. Hospitalizovaným pacientům ve věku 65+ nemocnice akutní péče poskytují NDLZP v rozsahu 12 % hospitalizovaných a tyto osoby tvoří ročně 28 % průměrného denního stavu pacientů ve věku 65+.

## 7.2 Vývoj následné dlouhodobé lůžkové zdravotnické péče v letech 2007-2017

Následná a dlouhodobá lůžková zdravotnická péče (NDLZP) definovaná v druhé kapitole věnované metadatům se v průběhu uplynulého desetiletí vyznačovala mírným nárůstem počtu obyvatel, kteří ji v průběhu těchto let čerpali. Zatímco v roce 2007 čerpalo NDLZP 13,8 osob z tisíce obyvatel (11,6 mužů a 15,9 žen), v roce 2017 to bylo již 16,2 osob z tisíce obyvatel (14,1 mužů a 18,1 žen), tj. nárůst o více než 17 % (22,1 % u mužů a 14,3 % u žen).

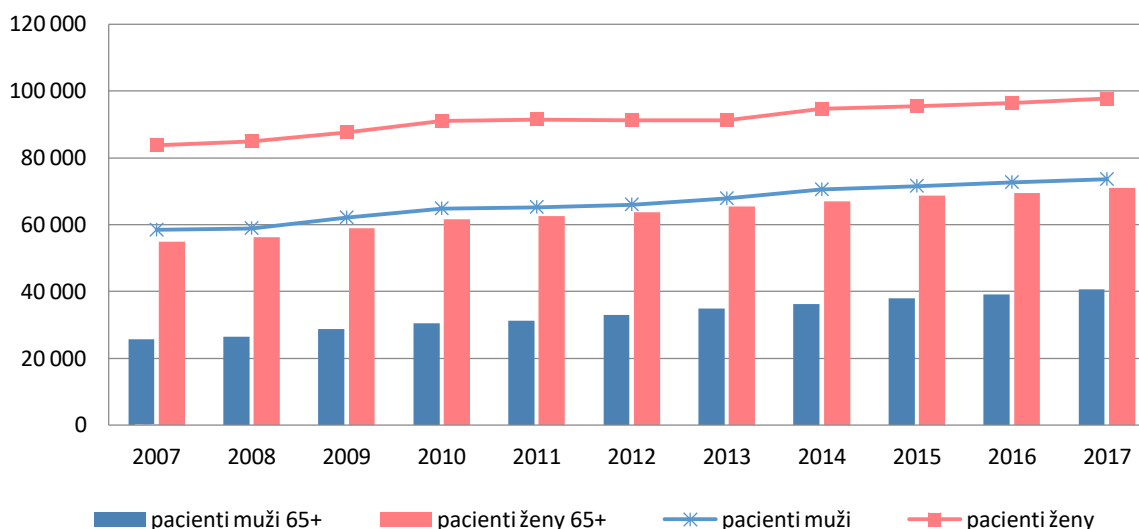
## Vývoj počtu pacientů a průměrné ošetrovací doby v NDLZP v letech 2007 - 2017



Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLZP)

Podstatnou část pacientů v NDLZP tvořili senioři ve věku 65 a více let, kteří se na rostoucím počtu osob v NDLZP podílejí nejvíce. Zatímco v roce 2007 činil u mužů v NDLZP podíl seniorů 44 % v roce 2017 to bylo již více než 55 %. U žen během tohoto období vzrostl podíl z 68 % téměř na 73 %. Zatímco u žen je rostoucí podíl způsoben především změnami věkové struktury vlivem demografického stárnutí a počet hospitalizovaných z tisíce obyvatelek ve věku 65 a více let stagnoval na úrovni 60 až 63 žen, u mužů byl nárůst podpořen zvýšením intenzity z počtu 43,6 na 47,3 hospitalizovaných mužů z tisíce obyvatel téhož pohlaví.

## Vývoj počtu propuštěných pacientů NDLZP dle věku a pohlaví v letech 2007 - 2017

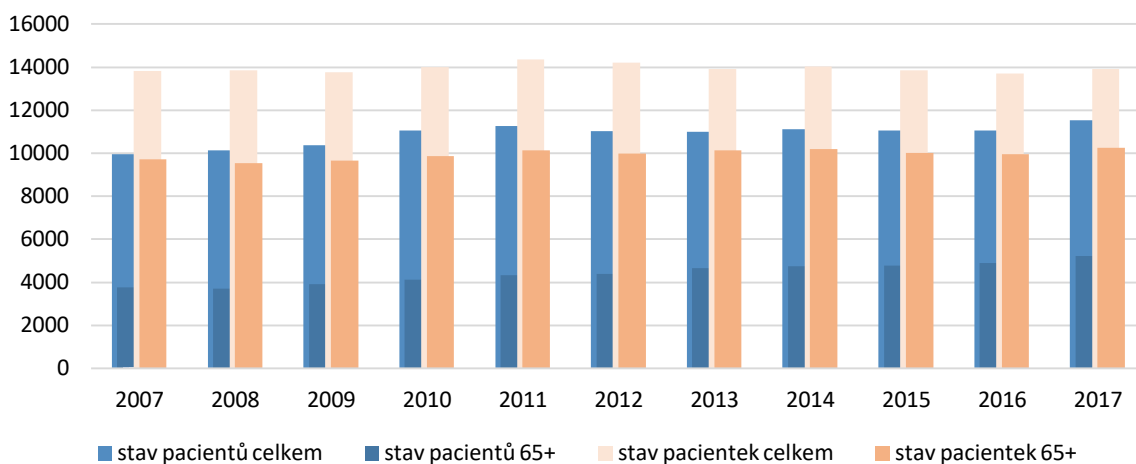


Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště následné a dlouhodobé lůžkové zdravotní péče - NDLZP)

Nárůst počtu případů hospitalizace kompenzoval pokles průměrné ošetrovací doby (POD) v počtu dnů na hospitalizovanou osobu v NDLZP, a to téměř o 7 dnů z 61 na 54 dnů. Pokles se projevil výrazněji u žen, a to o 8 dnů z 60 na 52 dnů. U mužů průměrná ošetrovací doba poklesla o 5 dnů z 62 na 57 dnů. Postupný pokles průměrné ošetrovací doby nezabránil celkovému nárůstu čerpání ošetrovacích dnů z 8,7 mil. na 9,3 mil. dnů NDLZP, tj. nárůst o 4,3 % po zohlednění nárůstu počtu

obyvatel. Po přepočtu této ošetrovací doby na dny v jednotlivých letech získáváme představu o průměrném denním stavu (PDS) osob čerpajících NDLZP. Průměrný denní stav osob čerpajících NDLZP se v průběhu let 2007 až 2017 zvýšil o 7 % z 23,8 tisíce hospitalizovaných na 25,5 tisíc hospitalizovaných, nejvíce to však bylo 25,6 tisíc hospitalizovaných v roce 2011. Podíl PDS na obyvatelstvu se tak pohyboval mezi 2,3 ‰ až 2,4 ‰. Zatímco u žen PDS spíše stagnoval na hodnotě cca 14 tisíc hospitalizovaných v NDLZP, u mužů došlo jednoznačně k nárůstu z necelých 10 tisíc na 11,5 tisíce hospitalizovaných, tj. v přepočtu na obyvatele nárůst o 12,3 %. Přesto průměrný denní stav hospitalizovaných žen v NDLZP dosahuje 2,6 ‰ oproti 2,2 ‰ u mužů. Na tomto rozdílu se významnou měrou podílí dlouhodobě starší věková struktura žen, což potvrzuje také výrazně vyšší podíl žen ve věku 65+ na průměrném denním stavu žen v NDLZP, který u žen dosáhl 74 % oproti 45 % u mužů.

### Vývoj průměrného denního stavu pacientů NDLZP podle věku a pohlaví v letech 2007 - 2017



NDLZP - následná a dlouhodobá lůžková zdravotní péče

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLZP)

V průběhu posledních pěti let 2013 až 2017 byla následná a dlouhodobá lůžková zdravotnická péče poskytnuta celkem u 626,8 tisíc osob v počtu 1 055 tis. případů hospitalizace. Z tohoto počtu u 115,6 tisíc osob skončila tato péče úmrtím (18,4 %). NDLZP se tedy v průběhu těchto posledních 5 let týkala až 511,2 tisíc (4,8 %) stávajícího počtu obyvatel ČR, kteří byli následně propuštěni s větší či menší mírou potřeby domácí a sociální péče. Téměř 306 tisíc (60 %) těchto osob bylo ve věku nad 65 let, tj. 16,1 % obyvatel v tomto věku. Výpočet sice nezohledňuje, kolik z těchto osob následně zemřelo mimo tento druh lůžkové péče, ale vyjadřuje rozsah předpokládané následné péče mimo lůžková zdravotnická zařízení. Výše uvedenému celkovému počtu osob vč. zemřelých byla v ČR poskytnuta NDLZP v rozsahu 45,6 mil. ošetrovacích dní. Jedna osoba v NDLZP strávila během pěti let průměrně téměř 73 dní. Průměrná délka jednoho pobytu činí 43 dní. Průměrně se tedy v NDLZP nachází každý den cca 25 tisíc osob, tj. téměř 2,4 ‰ obyvatel ČR.



### Vývoj následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péče, v ČR v letech 2013 - 2017

<b>Vývoj NDLZP v ČR - absolutně</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Počet hospitalizovaných osob	159 169	165 156	167 025	169 127	171 272
Počet případů hospitalizace	202 846	211 128	211 122	214 298	215 759
Počet ošetřovacích dnů v tisících	9 086	9 178	9 089	9 035	9 294
Počet zemřelých	23 310	22 212	23 271	23 041	23 721
<b>Vývoj NDLZP v ČR - relativně</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Počet obyvatel k 1. 7.	10 510 719	10 524 783	10 542 942	10 565 284	10 589 526
Podíl hospitalizovaných osob z obyvatelstva	1,40%	1,46%	1,47%	1,49%	1,51%
Počet hospitalizací na tisíc obyvatel	19,3	20,1	20,0	20,3	20,4
Počet ošetřovacích dní na hospitalizovanou osobu	57,1	55,6	54,4	53,4	54,3
Podíl zemřelých	11,5%	10,5%	11,0%	10,8%	11,0%
Průměrný denní stav hospitalizovaných osob	24 892	25 145	24 901	24 754	25 463

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLZP)

### Vývoj následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péče dle pohlaví a věku, 2013 - 2017

<b>Vývoj NDLZP v ČR dle pohlaví</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Počet obyvatel k 1. 7. – muži	5 161 617	5 169 146	5 180 242	5 193 012	5 207 575
Počet hospitalizovaných mužů	67 858	70 522	71 576	72 679	73 598
Počet hospitalizovaných mužů na tisíc obyvatel	13,1	13,6	13,8	14,0	14,1
Počet ošetřovacích dnů na hospitalizované muže	59,1	57,6	56,3	55,5	57,2
Podíl zemřelých mužů	15,4%	14,3%	14,8%	14,9%	15,1%
Průměrný denní stav hospitalizovaných mužů	10 981	11 122	11 043	11 044	11 538
Průměrný denní stav hospitalizovaných mužů ve věku 65+ (v %)	42%	43%	43%	44%	45%
Počet obyvatel k 1. 7. – ženy	5 349 102	5 355 637	5 362 700	5 372 272	5 381 951
Počet hospitalizovaných žen	91 311	94 634	95 449	96 448	97 674
Počet hospitalizovaných žen na tisíc obyvatel	17,1	17,7	17,8	18,0	18,1
Počet ošetřovacích dnů na hospitalizované ženy	55,6	54,1	53,0	51,9	52,0
Podíl zemřelých žen	14,1%	12,8%	13,3%	12,6%	12,9%
Průměrný denní stav hospitalizovaných žen	13 911	14 023	13 857	13 711	13 925
Průměrný denní stav hospitalizovaných žen ve věku 65+	73%	73%	72%	73%	74%

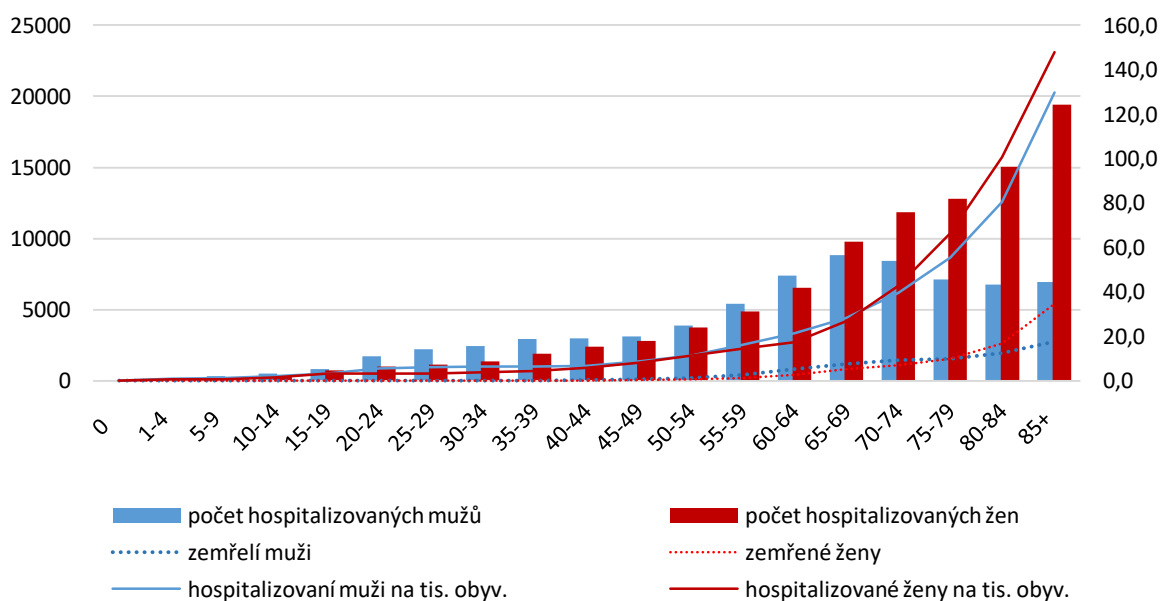
Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLZP)

V průběhu poslední pěti let se počet osob, které v průběhu roku využily poskytnutou NDLZP zvýšil u mužů z 13 na 14 hospitalizovaných osob z tisíce obyvatel mužského pohlaví. Stejně zvýšení bylo zaznamenáno i u žen, ale z úrovně 17 na 18 hospitalizovaných osob z obyvatel ženského pohlaví. NDLZP tedy každoročně využívá o 4 ženy z tisíce více než tomu je u mužů. Oproti tomu muži tráví v NDLZP průměrně o 5 dnů více než ženy. Ve výsledku však průměrný denní stav žen v NDLZP činí od roku 2013 o 2,9 tisíce osob více než je tomu u mužů, ale tento rozdíl se do roku 2017 snížil na 2,4 tisíce osob. Zatímco podíl PDS hospitalizovaných ve věku 65+ vzrostl u mužů v NDLZP z 42 % v roce 2013 na 45 % v roce 2017, u žen se tento podíl pohyboval mezi 72 % v roce 2015 a 74% v roce 2017.

Celkem se NDLZP týkala v průběhu posledních 5 let 355,7 tisíc žen v rámci 597,9 tisíc hospitalizačních případů a 271,1 tisíc mužů v rámci 457,3 tisíc hospitalizačních případů. Z tohoto počtu bylo 105,6 tisíc mužů (48 %) a 200,6 tisíc žen (68 %) ve věku nad 65 let. Pro 53,1 tisíc žen a 62,4 tisíc mužů tato péče skončila úmrtím, tj. 17,6 % hospitalizovaných žen oproti 19,6 % hospitalizovaných mužů. Ve věku nad 65 let NDLZP skončilo úmrtím 30 % hospitalizovaných mužů a 22 % hospitalizovaných žen. NDLZP tedy v průběhu posledních pěti let čerpalo cca 5,5 % žen a 4,2 % mužů. Z obyvatel ve věku nad 65 let to bylo 13,4 % mužů a 18,0 % žen. Průměrný počet dní, které tyto osoby v průběhu posledních 5 let v rámci NDLZP čerpaly, dosáhl 75 dnů u mužů a 71 dnů u žen.

### 7.3 Následná dlouhodobá lůžková zdravotnická péče dle věku a pohlaví

**Průměrný počet hospitalizovaných v NDLZP dle pohlaví a věkových skupin, 2013 - 2017**



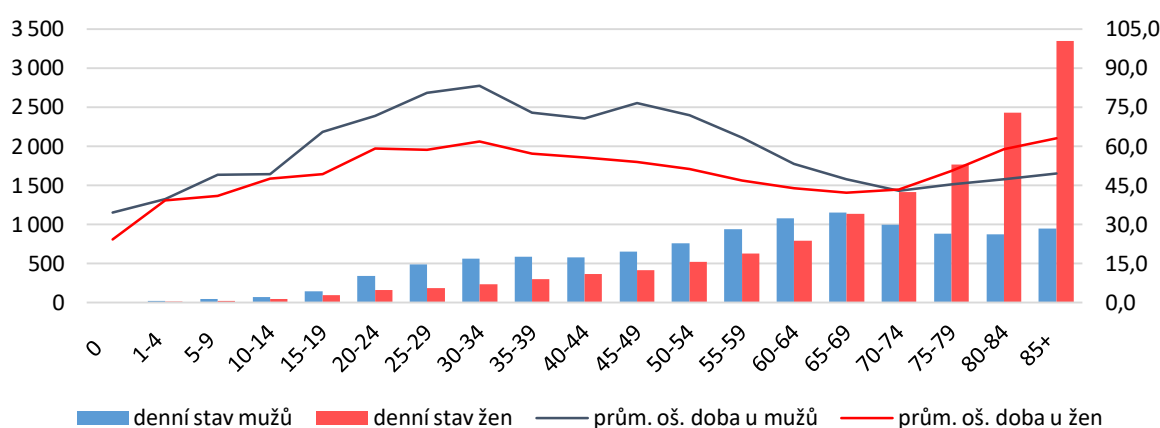
Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště v následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péči – NDLZP)

Výše uvedený graf zobrazuje průměrné hodnoty z pěti posledních let 2013-2017. Sloupce zobrazují počty mužů a žen v následné a dlouhodobé péči v jednotlivých věkových skupinách v rozlišení dle pohlaví a k tomu počty zemřelých. U mužů i u žen se projevuje vzrůstající počet hospitalizovaných zhruba do 70 let věku s mírnou převahou počtu hospitalizovaných mužů. U vyšších věkových skupin dochází k pokračujícímu nárůstu počtu hospitalizovaných žen v souladu s křivkou zobrazující počty hospitalizací v přepočtu na tisíc obyvatel v dané věkové skupině. Oproti tomu u mužů ve věkových skupinách nad 70 let se počet hospitalizovaných snižuje v rozporu s rostoucí intenzitou počtu hospitalizovaných v přepočtu na tisíc obyvatel, což je způsobeno celkově výrazně nižším počtem

žijících mužů v těchto vyšších věkových skupinách z důvodu jejich vyšší intenzity úmrtnosti. Tato vyšší úmrtnost mužů se projevuje i v rámci následné a dlouhodobé péče. Ta sice roste přirozeně u obou pohlaví s přibývajícím věkem, ale u mužů je vždy vyšší a ve věkové skupině 85 a více let dosahuje přes 39 % zemřelých z počtu hospitalizovaných mužů v následné a dlouhodobé péči oproti necelým 28 % hospitalizovaných žen.

Ještě výrazněji se rozdíly mezi pohlavími ve zvýšené nemocnosti a úmrtnosti projevují při zohlednění délky pobytu v zařízení poskytujícím následnou a dlouhodobou péči. Zvýšená nemocnost se u mužů projevuje také v PDS hospitalizovaných mezi 20 a 40 rokem věku, a to hlavně vlivem celkově zvýšené průměrné ošetrovací doby, která u mužů dosahuje maxima až 83 dní oproti 62 dnům u žen. Celkově výrazně delší ošetrovací doba ve středním věku u obou pohlaví je způsobena dlouhodobými hospitalizacemi pacientů z psychiatrických léčení. Výrazný rozdíl v průměrném denním stavu mužů ve stáří nad 70 let je opět odrazem věkové struktury obyvatel, a nižší průměrná ošetrovací doba než u žen není také dána jejich nižší nemocností, ale zvýšenou úmrtností oproti ženám. Zatímco nejvyšší počet PDS mužů byl dosažen ve věku 65-69 let, a to 1150 obdobně jako u žen a následně klesá, u žen roste PDS až k trojnásobku tohoto počtu v otevřené věkové skupině 85 a více let, kde POD dosahuje u žen maxima 63 dní.

#### Průměrný denní stav a ošetrovací doba v NDZLP dle pohlaví a věkových skupin, 2013 - 2017



Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště v následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péči – NDZLP)

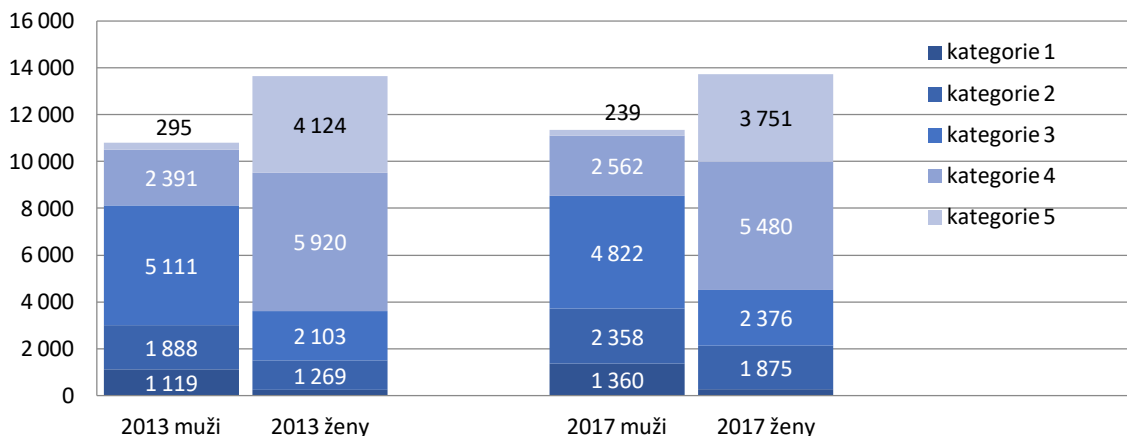
Uvedené rozdíly v NDZLP dle pohlaví jsou zřejmě také podpořeny tím, že ženy jsou častěji vdovami než muži vdovci a tudíž o muže se spíše má kdo v domácí péči pokračovat oproti ovdovělým ženám, které tak často musí NDZLP využívat déle a musí spíše spoléhat na institucionalizovanou domácí či sociální péči. Z intenzit počtu hospitalizací na obyvatele a přibližující se naděje dožití mezi pohlavími vyplývá, že bude docházet k přiblížení hodnot mezi muži a ženami.

#### 7.4 Následná dlouhodobá lůžková zdravotnická péče dle kategorie zdravotního stavu pacienta

Následující grafické zobrazení nám odpovídá na otázku, v jaké kategorii pacienta odrážející dopad zdravotního stavu na soběstačnost a náročnost péče tyto pacienti byli (viz definice kategorií pacienta v příloze). Z hlediska vývoje nelze během posledních pěti let pozorovat žádné výraznější strukturální změny ve struktuře pacientů podle kategorie stavu pacienta. U obou pohlaví mírně klesají počty osob v závažnějších kategoriích 4 až 5, týkající se zcela imobilních pacientů, a naopak rostou počty osob v ošetrovatelsky méně náročnější kategorii 2, kde jsou pacienti alespoň částečně soběstační a

schopní pohybu. Zásadní rozdíl je však mezi pohlavími, kde se kromě již výše popsané častější hospitalizace žen u nich projevuje také vyšší celkový podíl kategorie 4 až 5, a to přes 67 % oproti necelým 25 % u mužů v roce 2017.

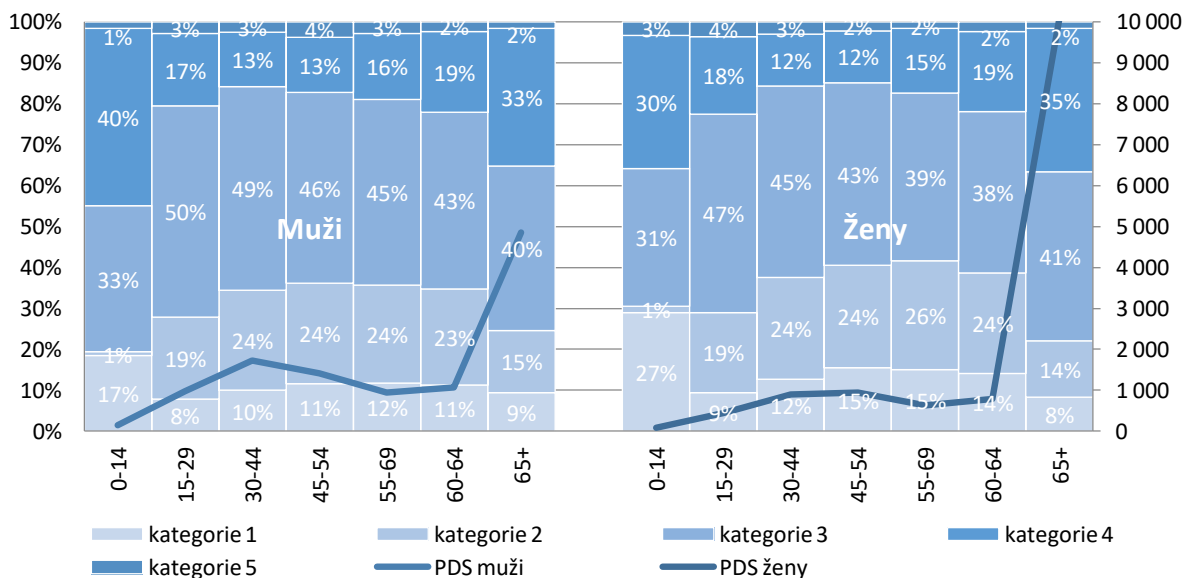
### Průměrný denní stav hospitalizovaných pacientů v následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péči dle kategorií zdravotního stavu a pohlaví, 2013 a 2017



Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLZP)

Další graf rozděluje průměrný denní stav (PDS) pacientů podle věkových skupin. Zde se z hlediska podílu jednotlivých kategorií obě pohlaví zásadně neliší. Ve zdánlivém rozporu oproti předchozímu grafu se muži vyznačují mírně zvýšeným podílem vyšších kategorií ve všech věkových skupinách kromě nejvyšší. Tento rozpor opět vznikl vlivem výrazně odlišné věkové struktury pacientů mezi pohlavími, kdy ženy ve věku nad 65 let tvoří 73 % hospitalizovaných v NDLZP oproti necelým 44 % u mužů. V tomto seniorském věku mají obě pohlaví v kategorii 3 a více až 78 % pacientů oproti méně než 60 % ve věku mezi 30 až 64 lety.

### Podíl denního stavu hospitalizovaných pacientů v následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péči dle kategorií zdravotního stavu, věku a pohlaví, 2013 - 2017



Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLZP)

Z hlediska celkového průměrného stavu pacientů bez ohledu na věk a pohlaví tvořili pacienti v NDLP v průběhu posledních pěti let z jedné třetiny (34 %) osoby v kategorii 4, která představuje pacienty sice ještě v bdělém stavu, ale zcela imobilní a případně inkontinentní, kteří potřebují ošetrovatelskou pomoc při všech úkonech. Dalších 29 % tvořili pacienti v kategorii 3, tj. pacienti vyžadující zvýšený dohled s potřebou téměř úplné obsluhy. Kategorie 5 s podílem 17 % se týkala pacientů zcela v bezvědomí. Zbývajících 14 % tvořila kategorie 2 představující částečně soběstačné pacienty a kategorie 1 s podílem 6 % zahrnující zcela soběstačné pacienty.

**Průměrný počet ukončených případů následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péče na tisíc obyvatel ve věku 65 a více let dle území bydliště (2013-2017)**



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z.s. (socialnipolitika.eu)

Výše uvedený kartogram poukazuje na počty ukončených případů hospitalizace NDLP ve věku 65 a více let v jednotlivých krajích. Nadprůměrným počtem hospitalizovaných seniorů se vyznačuje Zlínský a Moravskoslezský kraj. Naopak podprůměrnou hospitalizovanost v rámci NDLP vykazuje Středočeský a Plzeňský kraj.

## 8. Poskytovatelé sociálních služeb v krajích

Zatímco v předchozích kapitolách jsme na základě dat o příjemcích vybraných typů sociálních dávek a o uživatelích sociálních služeb postihli rozsah poptávky a zároveň na základě demografické projekce nastínili možný směr budoucího vývoje (v dlouhodobé perspektivě), tak v rámci této kapitoly se zaměřujeme na kvantitativní postihnutí nabídky vybraných ambulantních a pobytových sociálních služeb v rámci území České republiky. Pro tento účel jsme využili data z Veřejné databáze Českého statistického úřadu (ten tato data přebírá od Ministerstva práce a sociálních věcí), která nám mimo jiné umožňují provést územní porovnání z hlediska počtu vybraných zařízení sociálních služeb a v případě pobytových služeb i jejich celkové kapacity. Je nicméně důležité zmínit, že v případě většiny pobytových sociálních služeb jsou kapacity téměř zcela naplněny, a i proto se níže uvedené údaje o počtu míst (lůžek) nijak zásadně neliší od údajů o uživatelích pobytových sociálních služeb, které jsme prezentovali výše. I z tohoto důvodu se analýze nabídky již nevěnujeme v této kapitole do přílišného územního detailu a porovnáваме jen krajskou úroveň.

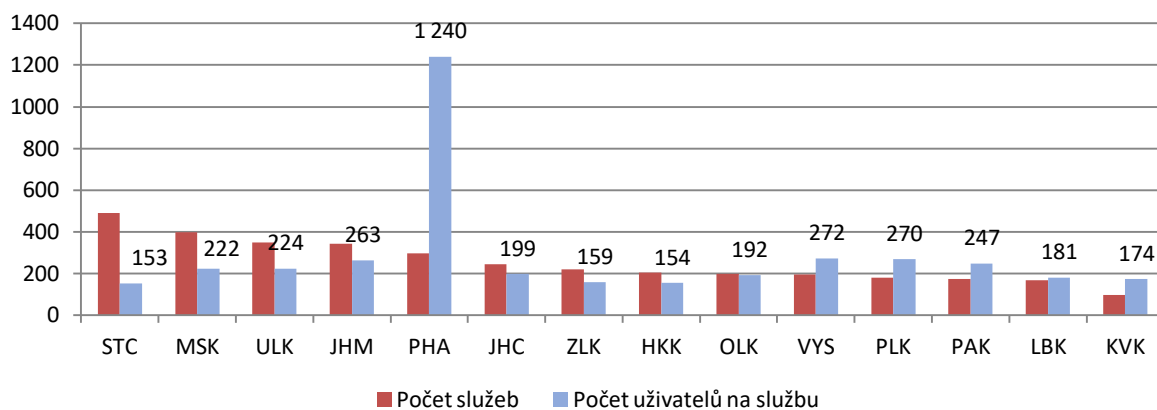
Předtím, než přistoupíme k detailnějšímu mezikrajskému porovnání, níže v tabulce uvádíme základní aktuální údaje o počtu vybraných zařízení ambulantních i pobytových sociálních služeb v rámci ČR. V případě pobytových sociálních služeb jsou uvedeny i údaje o celkových kapacitách, resp. o počtu míst v těchto zařízeních, a to včetně změny počtu míst mezi lety 2013 a 2017.

### Vybraná zařízení sociálních služeb a jejich kapacity v ČR (k 31. 12. 2017)

Druh sociální služby	Počet zařízení	Počet míst (kapacita)	Změna počtu míst mezi roky 2013 a 2017 (k 31. 12.)
<b>Ambulantní sociální služby</b>			
Sociální poradny	521	-	-
Denní stacionáře	270	-	-
<b>Pobytové sociální služby</b>			
Domovy pro seniory	519	37 037	-1 054 (-2,8 %)
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	204	12 231	-1 192 (-8,8 %)
Domovy se zvláštním režimem	322	18 853	+6 805 (+36,5 %)
Týdenní stacionáře	57	868	-29 (-3,2 %)
Chráněné bydlení	207	4 014	+1 058 (+26,4 %)

Zdroj: Veřejná databáze ČSÚ (primární zdroj MPSV)

### Počet sociálních služeb celkem a počet uživatelů na jednu službu k 26. 9. 2018



Zdroj dat: MPSV

### Počet sociálních služeb a počet uživatelů celkem k 26. 9. 2018

Kraj	Počet služeb	Počet uživatelů	Počet uživatelů na službu
Středočeský kraj	491	75 214	153
Moravskoslezský kraj	397	88 330	222
Ústecký kraj	348	78 002	224
Jihomoravský kraj	343	90 070	263
Hlavní město Praha	297	368 359	1 240
Jihočeský kraj	245	48 754	199
Zlínský kraj	221	35 091	159
Královéhradecký kraj	205	31 520	154
Olomoucký kraj	197	37 845	192
Kraj Vysočina	195	53 036	272
Plzeňský kraj	181	48 787	270
Pardubický kraj	175	43 242	247
Liberecký kraj	168	30 328	181
Karlovarský kraj	97	16 856	174

Zdroj dat: MPSV, Pozn.: Řazeno sestupně podle počtu registrovaných sociálních služeb v kraji

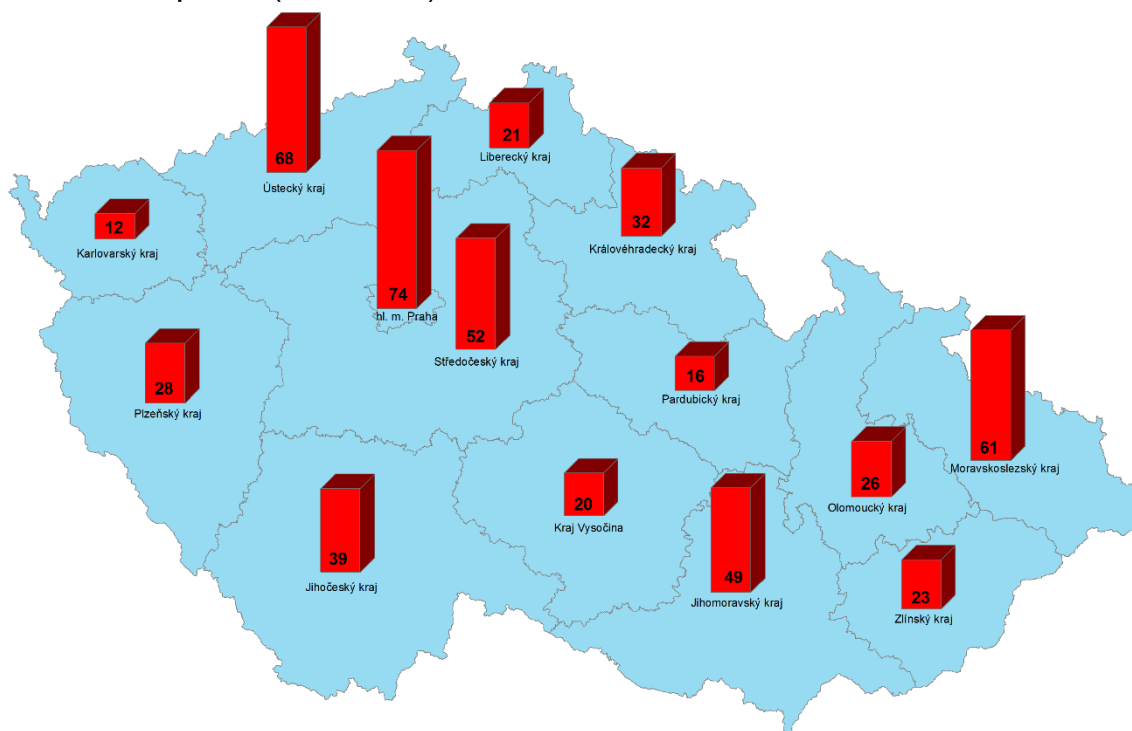
## 8.1 Sociální poradenství

U sociálních služeb ambulantního charakteru nejsou typicky definovány kapacity, resp. počet míst, a proto se v případě sociálních poraden můžeme zaměřit pouze na postihnutí počtu těchto zařízení. V ČR bylo na konci roku 2017 celkem 521 sociálních poraden a jejich počet se od roku 2013 snížil o více než 9 %.

Rozmístění sociálních poraden v rámci jednotlivých krajů ilustruje kartodiagram níže. Nejvíce sociálních poraden měli v roce 2017 k dispozici občané Hl. m. Prahy (74 zařízení), Ústeckého kraje (68) a Moravskoslezského kraje (61). Naopak nejméně sociálních poraden bylo v krajích Karlovarském (12) a Pardubickém (16).

V relaci k počtu obyvatel lze konstatovat, že nejlepší dostupnost sociálních poraden mají obyvatelé Ústeckého kraje, kde na jedno takovéto zařízení připadá 12 075 obyvatel. Naopak v Pardubickém kraji, kde na jednu sociální poradnu připadalo k 31. 12. 2017 celkem 32 396 obyvatel, je dostupnost této ambulantní služby relativně nejhorší (viz graf níže).

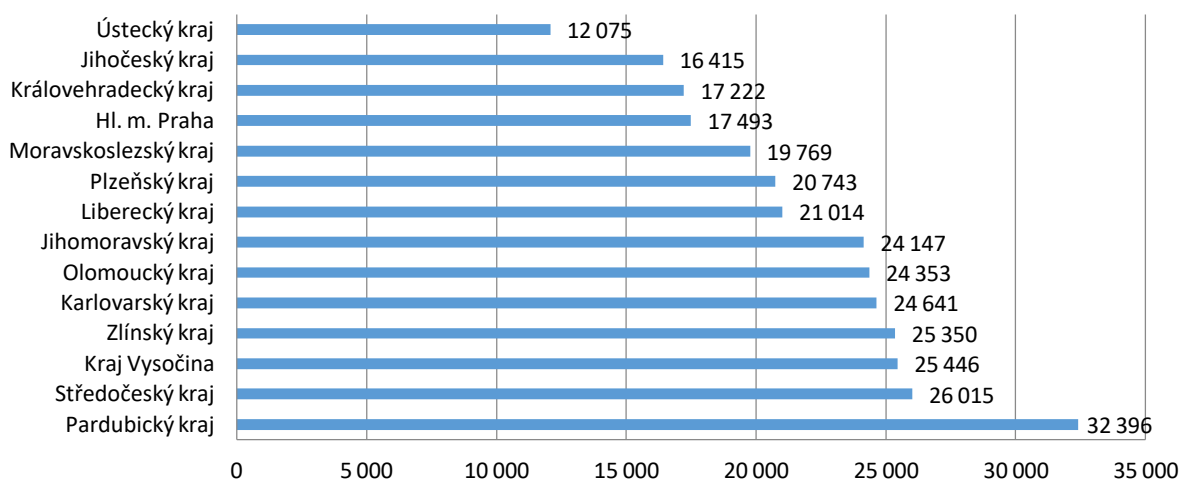
Počet sociálních poraden (k 31. 12. 2017)



Zdroj dat: Veřejná databáze ČSÚ (MPSV) 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZU, ČSÚ, 2016



## Počet obyvatel v přepočtu na 1 sociální poradnu (k 31. 12. 2017)



Zdroj: ČSÚ (MPSV)

Porovnáme-li údaje o počtu sociálních poraden v jednotlivých krajích s těmi, jež jsme uvedli výše v rámci kapitoly, ve které jsme se věnovali počtu uživatelů sociálních poraden, tak zjistíme, že údaje o rozsahu nabídky těchto zařízení a o počtu jejich reálných uživatelů spolu příliš nekorespondují. Absolutně nejvyšší počet uživatelů sociálních poraden byl sice registrován na území Hl. m. Prahy, kde je zároveň v mezikrajském porovnání i nejvyšší počet těchto ambulantních sociálních zařízení, ale druhý nejvyšší počet uživatelů (přes 31 tisíc osob v roce 2017) byl evidován v Kraji Vysočina, kde je přitom (i vzhledem k menší populační významnosti tohoto kraje) pouze 20 sociálních poraden, což představuje podprůměrný počet.

Z celkového počtu 543 služeb odborného sociálního poradenství, které byly v ČR registrovány k 26. 9. 2018, jich 308 (57 %) bylo určeno cílové skupině seniori nebo některé z cílových skupin, které zahrnují osoby se zdravotním postižením.<sup>31</sup> Z celkem 308 těchto služeb jich 154 (50 %) bylo určeno oběma uvedeným (a případně i některým dalším) cílovým skupinám, 49 (16 %) jich bylo určeno seniorům, případně dalším cílovým skupinám ale ne osobám se zdravotním postižením a 105 (34 %) bylo určeno osobám se zdravotním postižením, případně dalším cílovým skupinám ale ne seniorům.

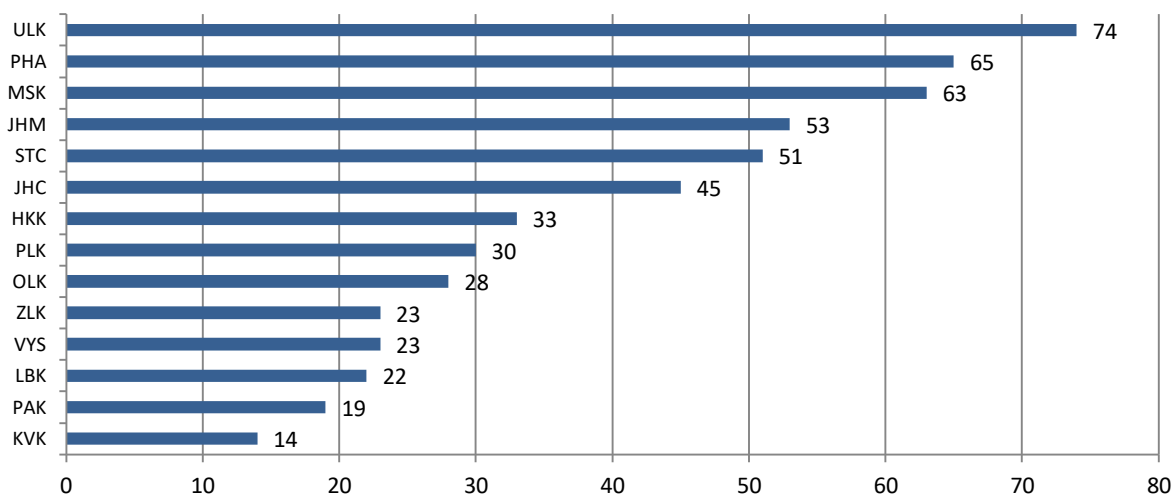
Největší počty služeb odborné sociální poradenství určených (mj.) seniorům a/nebo osobám zdravotním postižením měly sídlo v Ústeckém (37), Středočeském, Moravskoslezském kraji a v Hlavním městě Praha (ve všech těchto krajích 36 služeb určených těmito cílovými skupinám) a v Jihočeském kraji (35). Nejnižší počet služeb určených těmito osobám byl v Karlovarském kraji (4) a kraji Vysočina (9).

Ze vzájemného srovnání počtu služeb odborných sociálních poraden určených seniorům, respektive osobám se zdravotním postižením (ve vzájemné kombinaci nebo výhradně pouze pro danou cílovou skupinu), vyplynulo, že ve čtyřech krajích (Liberecký, Pardubický, Plzeňský, Zlínský) měl sídlo shodný nebo srovnatelný počet služeb, jež byly určeny seniorům (ať už výhradně nebo společně s druhou cílovou skupinou), i služeb určených (výhradně nebo v kombinaci s první cílovou skupinou) osobám se zdravotním postižením. V osmi krajích (Hlavní město Praha, Jihomoravský, Karlovarský,

<sup>31</sup> Tj. při registraci služby byla jako cílová skupina služby uvedena některá z těchto cílových skupin: duševně chronicky nemocní, chronicky nemocní, jinak zdravotně postižení, kombinovaně postižení, mentálně postižení, tělesně postižení, sluchově postižení, zdravotně postižení nebo zrakově postižení.

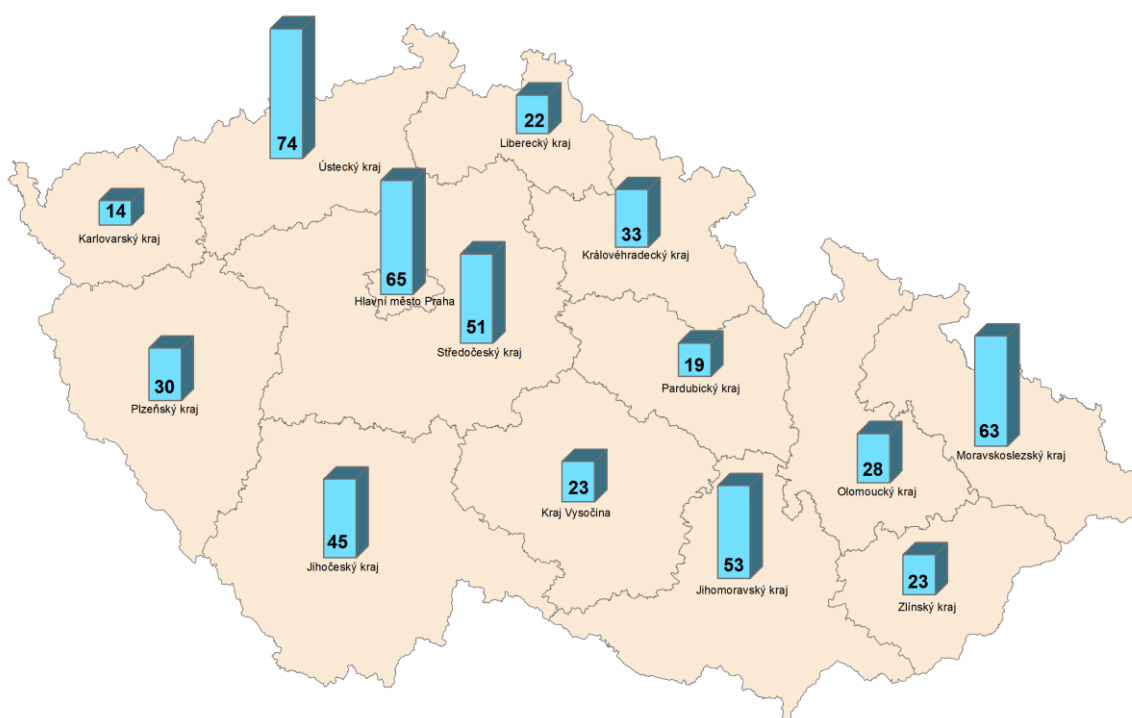
Královéhradecký, Olomouckým Středočeský, Ústecký, Vysočina) měl sídlo větší počet služeb určených osobám se zdravotním postižením. Ve dvou krajích (Jihočeský, Moravskoslezský) mělo sídlo více služeb odborné sociální poradenství určených seniorům.

### Počet sociálních poraden podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018



Zdroj dat: MPSV

### Počet poskytovatelů sociálních poraden (2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

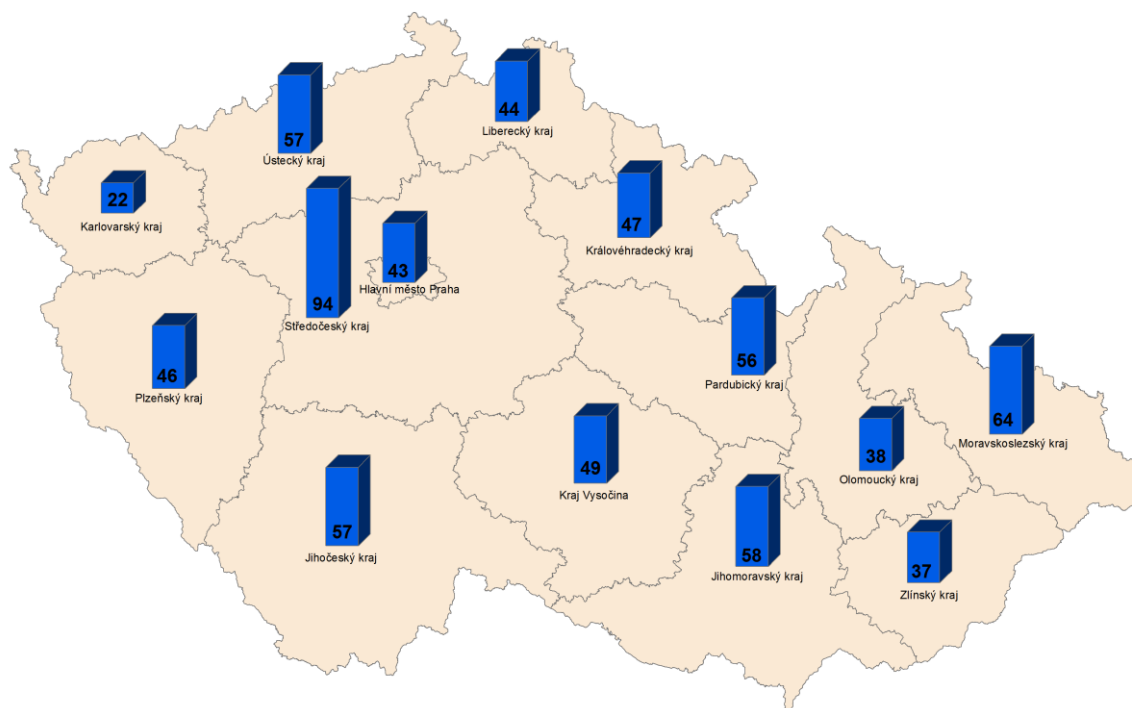
© ISPV, z. s. (socialnipolitika.eu)

Pozn.: Kartodiagram vychází z údajů o počtu služeb v registru sociálních služeb, které byly registrovány k 26. 9. 2018, poskytnutých pro účel analýzy Ministerstvem práce a sociálních věcí.

## 8.2 Pečovatelská služba

K 26. 9. 2018 bylo v ČR registrováno celkem 712 pečovatelských služeb. Nejvíce zařízení poskytujících pečovatelskou službu mělo sídlo ve Středočeském kraji (94 registrovaných služeb, 13 %) a Moravskoslezském kraji (64 služeb, 9 %).

### Počet poskytovatelů pečovatelských služeb (2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z. s. (socialnipolitika.eu)

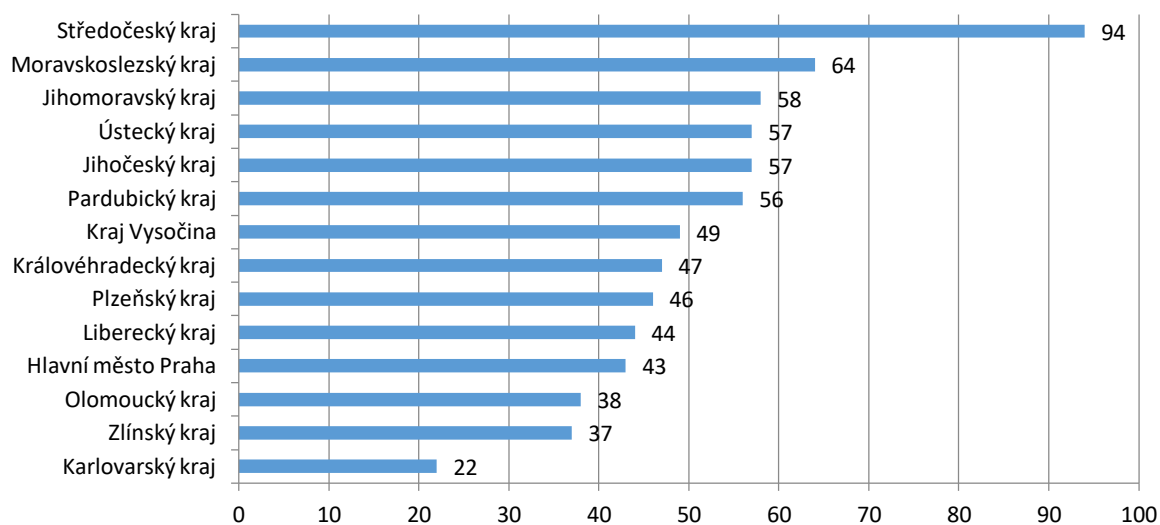
Pozn.: Kartodiagram vychází z údajů o počtu služeb v registru sociálních služeb, které byly registrovány k 26. 9. 2018, poskytnutých pro účel analýzy Ministerstvem práce a sociálních věcí.

### Počet sociálních poraden podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018

Kraj	Počet služeb	Počet uživatelů	Počet uživatelů na službu
Středočeský kraj	94	13 812	147
Moravskoslezský kraj	64	9 419	147
Jihomoravský kraj	58	13 163	227
Jihočeský kraj	57	7 499	132
Ústecký kraj	57	5 676	100
Pardubický kraj	56	4 181	75
Kraj Vysočina	49	6 136	125
Královéhradecký kraj	47	5 903	126
Plzeňský kraj	46	7 090	154
Liberecký kraj	44	3 775	86
Hlavní město Praha	43	10 898	253
Olomoucký kraj	38	5 060	133
Zlínský kraj	37	4 870	132
Karlovarský kraj	22	3 197	145

Zdroj dat: MPSV

## Počet sociálních poraden podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018

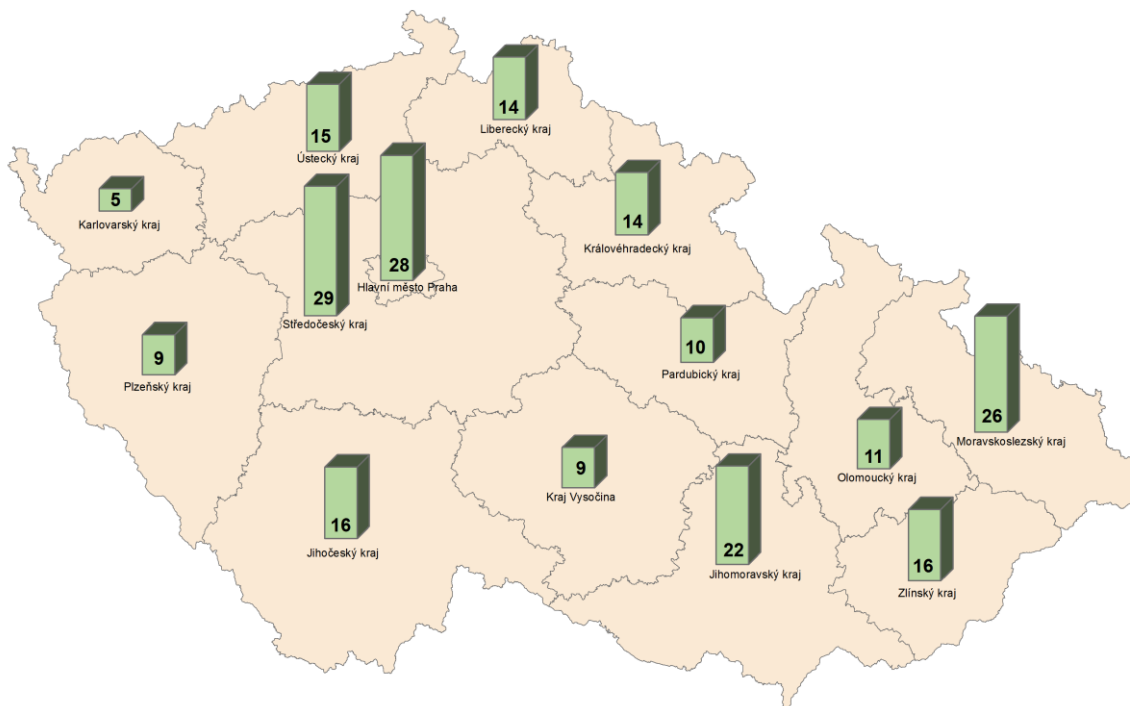


Zdroj dat: MPSV

### 8.3 Osobní asistence

K 26. 9. 2018 bylo v ČR registrováno celkem 224 služeb osobní asistence. Nejvíce zařízení poskytujících osobní asistenci mělo sídlo ve Středočeském kraji (29 registrovaných služeb, tj. 13 % z jejich celkového počtu), Hlavním městě Praha (28 služeb, 13 %), Moravskoslezském kraji (26 služeb, 12 %), a Jihomoravském kraji (22 služeb, 10 %).

#### Počet poskytovatelů služeb osobní asistence (2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z. s. (socialnipolitika.eu)

Pozn.: Kartodiagram vychází z údajů o počtu služeb v registru sociálních služeb, které byly registrovány k 26. 9. 2018. Údaje autorům poskytlo pro účel analýzy Ministerstvo práce a sociálních věcí.

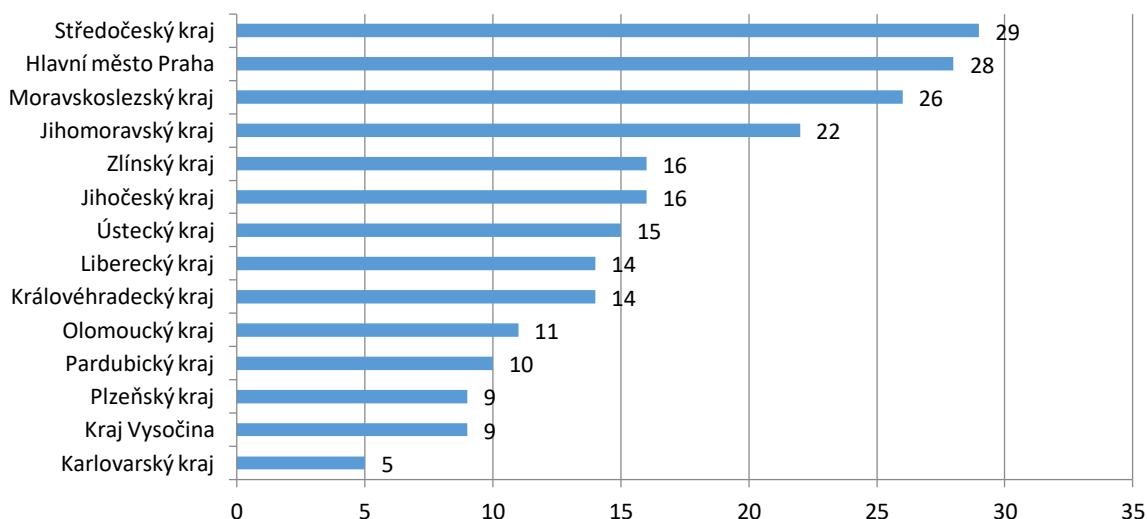
Převážná většina zařízení poskytujících osobní asistenci působila pouze v jednom kraji (ve většině případů v kraji, ve kterém měla sociální služba sídlo – toto ale neplatí bezvýhradně<sup>32</sup>). **Územní působnost poskytování služby** zahrnovala území jednoho kraje v případě 208 (93 %) služeb osobní asistence. Celorepublikovou působnost měla pouze 1 služba osobní asistence. U 15 služeb (7 %) byla zaznamenána působnost ve více, avšak ne všech krajích.

#### Počet služeb osobní asistence podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018

	Počet služeb	Počet uživatelů	Počet uživatelů na službu
Středočeský kraj	29	1 079	37
Hlavní město Praha	28	1 833	65
Moravskoslezský kraj	26	900	35
Jihomoravský kraj	22	824	37
Jihočeský kraj	16	478	30
Zlínský kraj	16	477	30
Ústecký kraj	15	577	38
Královéhradecký kraj	14	598	43
Liberecký kraj	14	435	31
Olomoucký kraj	11	434	39
Pardubický kraj	10	465	47
Kraj Vysočina	9	332	37
Plzeňský kraj	9	216	24
Karlovarský kraj	5	95	19

Zdroj dat: MPSV; Pozn.: Řazeno sestupně podle počtu služeb v kraji (první sloupec)

#### Počet služeb osobní asistence podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018



Zdroj dat: MPSV

Nejvíce služeb osobní asistence zahrnovalo ve své územní působnosti (ať už výhradně, nebo zároveň i s územím některého dalšího kraje nebo krajů) území Středočeského kraje (38 služeb), Hlavního města Prahy (33) a pro území Moravskoslezského (29) a Jihomoravského kraje (23). Nejméně služeb osobní asistence zahrnovalo ve své územní působnosti území Karlovarského kraje (celkem 7 služeb

<sup>32 32</sup> Působnost v jiném kraji, než ve kterém mělo zařízení sídlo, byla zjištěna u 2 služeb osobní asistence.

s působností výhradně v tomto kraji, celorepublikovou působností nebo s působností ve více krajích včetně tohoto). V dalších krajích se celkový počet registrovaných služeb osobní asistence s působností v příslušném kraji pohyboval v rozmezí od 10 (Plzeňský kraj) do 18 (Jihočeský kraj).

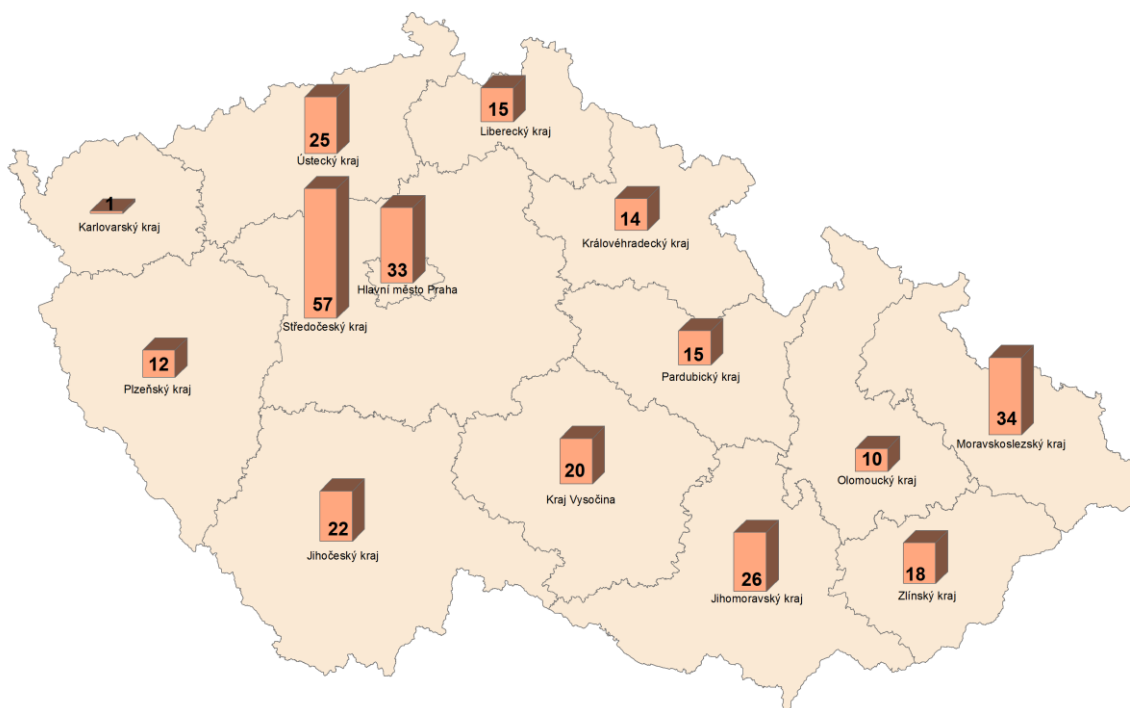
Počet služeb osobní asistence s působností pouze na území jednoho kraje byl nejvyšší ve Středočeském a Moravskoslezském kraji, v Hlavním městě Praha a v Jihomoravském kraji (výhradně na území příslušného kraje se omezovala působnost 26 služeb osobní asistence ve Středočeském a Moravskoslezském kraji, 21 v Hlavním městě Praha a 20 v Jihomoravském kraji). Počet služeb osobní asistence s působností pouze na území jednoho kraje byl nejnižší v Karlovarském kraji (5 služeb), V dalších devíti krajích se počet služeb osobní asistence s působností v jednom kraji pohyboval od 8 do 16 služeb.

Nejvíce služeb osobní asistence s působností ve více krajích zahrnovalo ve své územní působnosti Hlavní město Praha a Středočeský kraj. Společně s jednou službou osobní asistence s celorepublikovou působností zahrnovalo ve své územní působnosti tyto kraje ještě dalších 11 služeb s působností v některém z těchto dvou krajů a současně v některém dalším kraji nebo krajích. V ostatních krajích měly působnost ve více krajích (bez započtení celorepublikově působící služby) nejvýše dvě služby osobní asistence.

#### 8.4 Odlehčovací služby

K 26. 9. 2018 bylo v ČR registrováno celkem 302 odlehčovacích služeb. Nejvíce odlehčovacích služeb mělo sídlo (údaj o sídle zařízení) ve Středočeském kraji (57 služeb, tj. 19 % z jejich celkového počtu), Moravskoslezském kraji (34 služeb, 11 %) a Hlavním městě Praha (33 služeb, 11 %).

##### Počet poskytovatelů odlehčovacích služeb (2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z. s. (socialnipolitika.eu)

Pozn.: Kartodiagram vychází z údajů o počtu služeb v registru sociálních služeb, které byly registrovány k 26. 9. 2018. Údaje autorům poskytlo pro účel analýzy Ministerstvo práce a sociálních věcí.

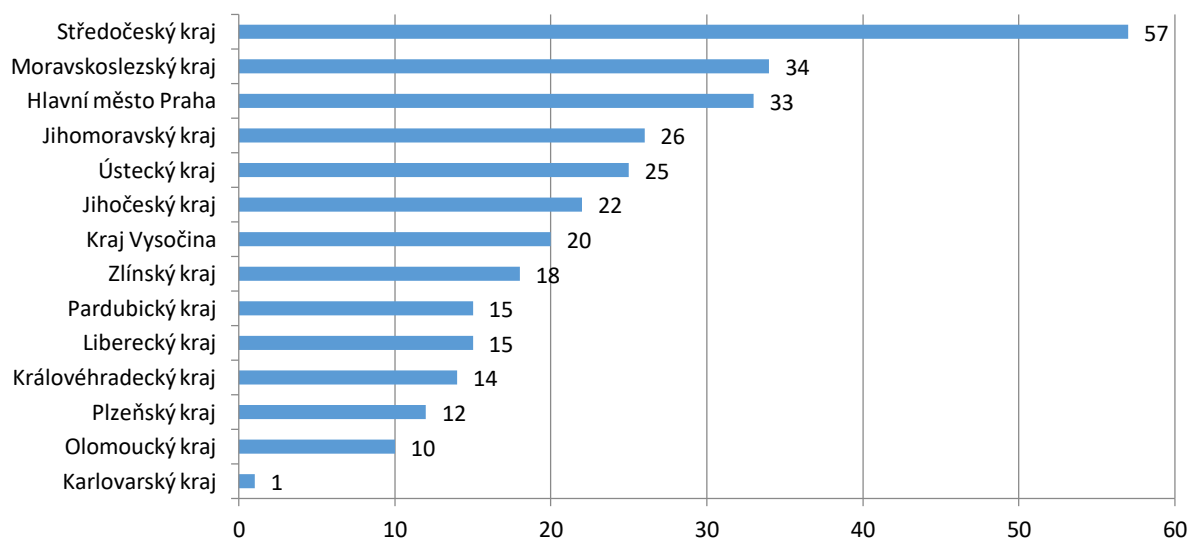
Převážná většina odlehčovacích služeb působila pouze v jednom kraji (ve většině případů v kraji, ve kterém mělo zařízení poskytující sociální službu sídlo – toto ale neplatí bezvýhradně<sup>33</sup>). Územní působnost poskytování služby zahrnovala území jednoho kraje v případě 270 (89 %) odlehčovacích služeb. Celorepublikovou působnost mělo 15 (5 %) odlehčovacích služeb a u 17 služeb (6 %) byla zaznamenána působnost ve více, avšak ne všech krajích.

#### Počet odlehčovacích služeb podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018

	Počet služeb	Počet uživatelů	Počet uživatelů na službu
Středočeský kraj	57	1 319	23
Moravskoslezský kraj	34	604	18
Hlavní město Praha	33	630	19
Jihomoravský kraj	26	971	37
Ústecký kraj	25	335	13
Jihočeský kraj	22	270	12
Kraj Vysočina	20	471	24
Zlínský kraj	18	148	8
Liberecký kraj	15	107	7
Pardubický kraj	15	247	16
Královéhradecký kraj	14	302	22
Plzeňský kraj	12	91	8
Olomoucký kraj	10	179	18
Karlovarský kraj	1	0	0

Zdroj dat: MPSV; Pozn.: Řazeno sestupně

#### Počet odlehčovacích služeb podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018



Zdroj dat: MPSV

Nejvíce odlehčovacích služeb zahrnovalo ve své územní působnosti (ať už výhradně, nebo zároveň i s územím některého dalšího kraje nebo krajů) území Středočeského kraje (75 služeb), Hlavního města Praha (53) a Moravskoslezského kraje (48). Nejméně odlehčovacích služeb zahrnovalo ve své územní působnosti území Karlovarského kraje (celkem 17 služeb s působností výhradně v tomto kraji,

<sup>33</sup> Působnost v jiném kraji, než ve kterém mělo zařízení sídlo, byla zjištěna u jedné odlehčovací služby, jež měla stanovenou působnost pouze pro území jednoho kraje.

celorepublikovou působností nebo s působností ve více krajích včetně tohoto) a Plzeňského kraje (celkem 24 služeb). V dalších krajích se celkový počet odlehčovacích služeb s působností zahrnující tyto kraje pohyboval v rozmezí od 27 (Olomoucký kraj) do 41 (Jihomoravský kraj).

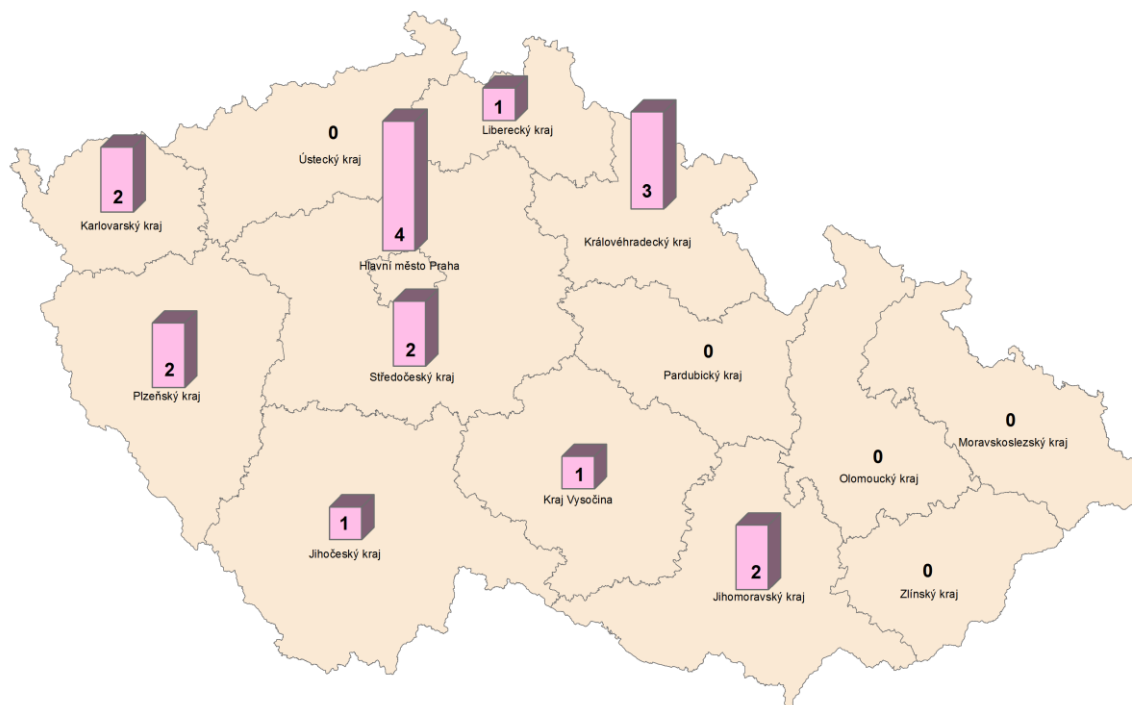
Počet odlehčovacích služeb s působností na území pouze jednoho kraje byl nejvyšší ve Středočeském a Moravskoslezském kraji a v Hlavním městě Praha (výhradně na území příslušného kraje se omezovala působnost 49 odlehčovacích služeb s působností ve Středočeském a 31 s působností v Moravskoslezském kraji a 29 s působností v Hlavním městě Praha). Nejméně odlehčovacích služeb s výhradní působností pouze v jednom kraji bylo v Karlovarském kraji (1 služba) a v Plzeňském kraji (8 služeb), v dalších devíti krajích se počet odlehčovacích služeb s působností pouze v jednom kraji pohyboval od 10 do 25 služeb.

Nejvíce odlehčovacích služeb s působností ve více krajích zahrnovalo ve své územní působnosti Středočeský kraj a Hlavní město Praha. Kromě 15 odlehčovacích služeb s celorepublikovou působností zahrnovalo ve své působnosti tyto kraje také dalších 11 (ve Středočeském kraji), respektive 9 (v Hlavním městě Praha) těchto služeb s působností v některém z těchto dvou krajů a současně v některém dalším kraji. V ostatních krajích se počet odlehčovacích služeb s působností v příslušném kraji a zároveň i v některém dalším kraji (ale ne s celorepublikovou působností) pohyboval od 1 do 4 služeb.

## 8.5 Tísňová péče

K 26. 9. 2018 bylo v ČR registrováno celkem 18 služeb tísňové péče. Zařízení poskytující tísňovou péči měla sídlo v osmi ze 14 krajů ČR.

### Počet poskytovatelů služeb tísňové péče (2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z. s. (socialnipolitika.eu)

Pozn.: Kartodiagram vychází z údajů o počtu služeb v registru sociálních služeb, které byly registrovány k 26. 9. 2018. Údaje autorům poskytlo pro účel analýzy Ministerstvo práce a sociálních věcí.



V případě tísňové péče byl počet služeb s **působností** v jednom kraji a počet služeb s působností ve více krajích srovnatelný: 10 jich působilo v jednom kraji, 8 ve více krajích (z tohoto počtu jich 5 mělo celorepublikovou působnost a 3 působily ve více krajích ČR, ale ne ve všech).

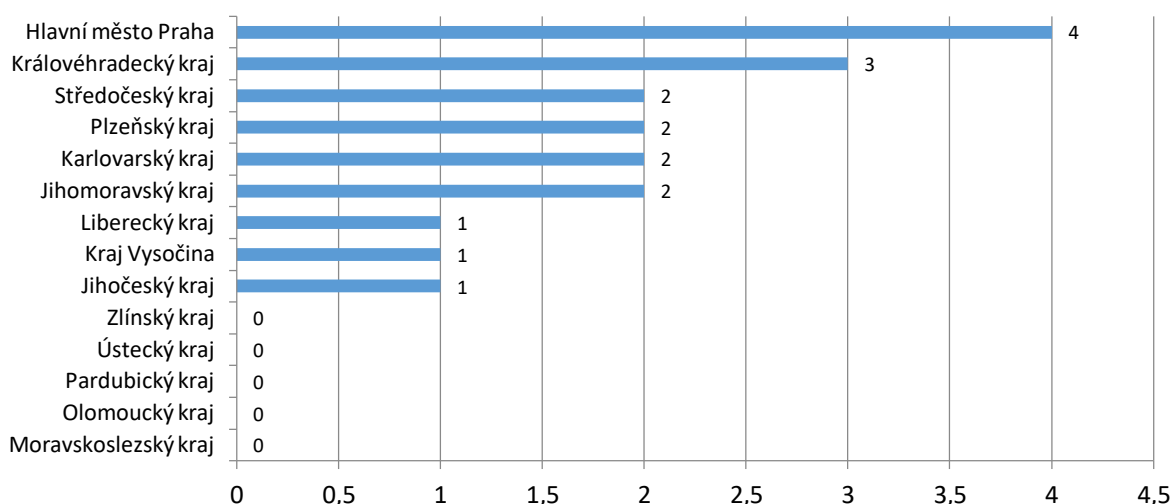
Nejvíce služeb tísňové péče zahrnovalo ve své územní působnosti (ať už výhradně, nebo zároveň i s územím některého dalšího kraje nebo krajů) území Jihočeského kraje (9 služeb). Na území čtyř krajů působilo osm těchto služeb a na území sedmi krajů sedm. Území Ústeckého kraje zahrnovalo do své působnosti pouze služby tísňová péče s celorepublikovou působností (tj. celkem 5 služeb) a území Libereckého kraje měla kromě celorepublikových služeb ve své působnosti pouze jedna další služba poskytovaná na území více (ale nikoliv všech) krajů. Služby tísňová péče s působností pouze na území příslušného kraje působily v celkem sedmi krajích ČR (přičemž ve třech krajích měly takovou výhradní působnost dvě služby a ve čtyřech krajích jedna). Vzhledem k nízkému počtu těchto služeb a převaze služeb s působností ve více krajích, respektive ve všech krajích ČR jsou rozdíly co do počtu služeb, jež v jednotlivých krajích působí, jen velmi malé (od 5 v Ústeckém do 9 v Jihočeském kraji).

#### Počet služeb tísňové péče podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018

	Počet služeb	Počet uživatelů	Počet uživatelů na službu
Hlavní město Praha	4	1 911	478
Královéhradecký kraj	3	279	93
Jihomoravský kraj	2	109	55
Karlovarský kraj	2	91	46
Plzeňský kraj	2	132	66
Středočeský kraj	2	175	88
Jihočeský kraj	1	63	63
Kraj Vysočina	1	129	129
Liberecký kraj	1	119	119
Moravskoslezský kraj	0	0	0
Olomoucký kraj	0	0	0
Pardubický kraj	0	0	0
Ústecký kraj	0	0	0
Zlínský kraj	0	0	0

Zdroj dat: MPSV; Pozn.: Řazeno sestupně

## Počet služeb tíšňové péče podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018

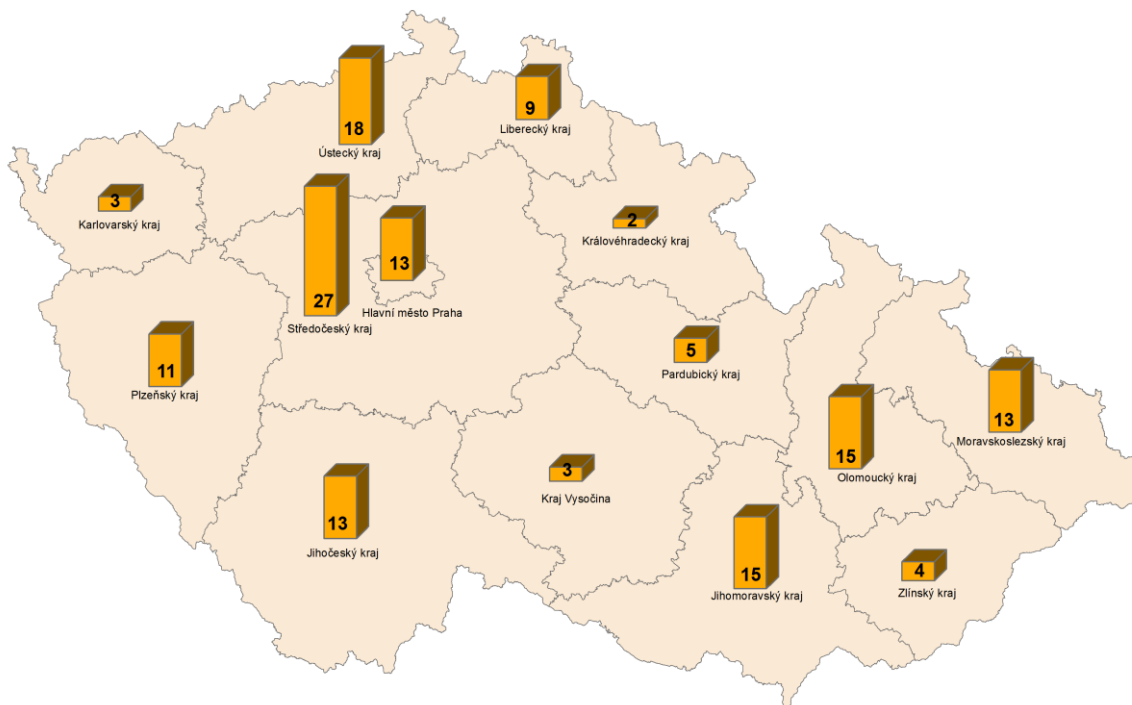


Zdroj dat: MPSV

## 8.6 Sociálně aktivizační služby

K 26. 9. 2018 bylo v ČR registrováno celkem 151 sociálně aktivizačních služeb pro seniory nebo osoby se zdravotním postižením. Nejvíce sociálně aktivizačních služeb mělo sídlo (údaj o sídle zařízení) ve Středočeském (27 služeb, tj. 18 % z jejich celkového počtu), Ústeckém (18 služeb, 12 %), Jihomoravském a Olomouckém kraji (v těchto obou krajích 15 služeb, 10 %).

### Počet poskytovatelů sociálně aktivizačních služeb (2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z. s. (socialnipolitika.eu)

Pozn.: Kartodiagram vychází z údajů o počtu služeb v registru sociálních služeb, které byly registrovány k 26. 9. 2018. Údaje autorům poskytlo pro účel analýzy Ministerstvo práce a sociálních věcí.

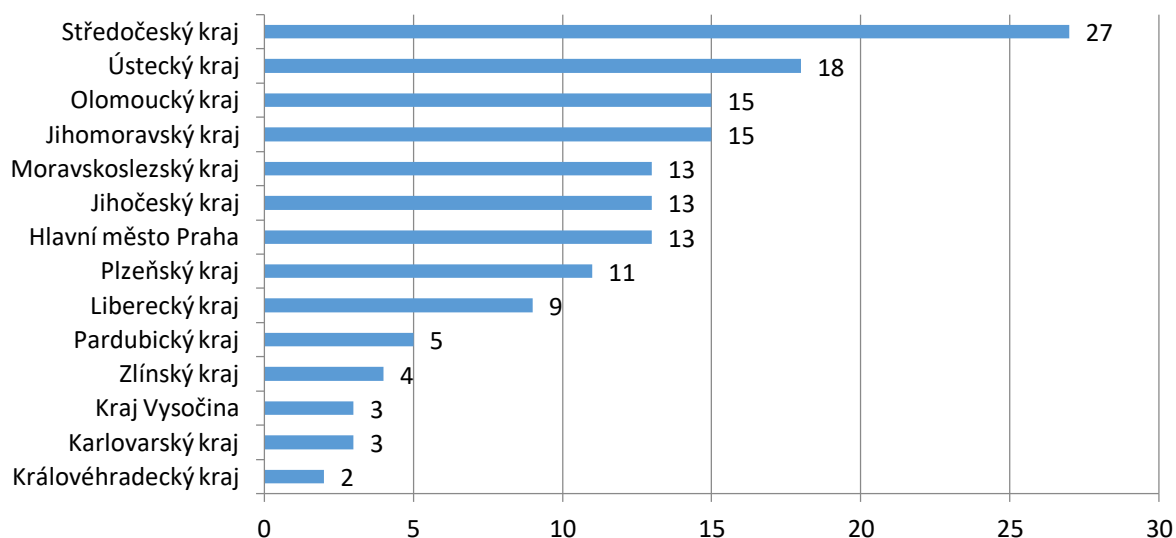
Převážná většina zařízení poskytujících pečovatelskou službu působila pouze v jednom kraji. Územní působnost poskytování služby zahrnovala území jednoho kraje v případě 136 (90 %) registrovaných pečovatelských služeb. Celorepublikovou působnost mělo šest služeb (4 %) sociálně aktivizační služby a 9 těchto služeb (6 %) mělo působnost ve více, avšak ne všech krajích.

Nejvíce sociálně aktivizačních služeb zahrnovalo ve své územní působnosti (ať už výhradně, nebo zároveň i s územím některého dalšího kraje nebo krajů) území Středočeského kraje (36 služeb), Ústeckého kraje (24), Hlavního města Prahy a Olomouckého kraje (oba kraje 22 služeb) nejméně naopak území Královéhradeckého (8 služeb), Karlovarského kraje (9) a kraje Vysočina (10). V ostatních 7 krajích se celkový počet registrovaných sociálně aktivizačních služeb s působností v příslušném kraji pohyboval v rozmezí od 11 do 20 těchto služeb.

Počet sociálně aktivizačních služeb s působností pouze na území jednoho kraje, byl nejvyšší ve Středočeském a Ústeckém kraji (výhradně na území příslušného kraje se omezovala působnost 23 sociálně aktivizačních služeb ve Středočeském a 18 v Ústeckém kraji).

Nejvíce sociálně aktivizačních služeb s působností ve více krajích zahrnovalo ve své působnosti Středočeský kraj a Hlavní město Praha (působnost pro území obou těchto krajů a některého dalšího kraje mělo kromě 6 služeb s celorepublikovou působností také 9 sociálně aktivizačních služeb s působností ve více krajích, ale ne ve všech). V dalších krajích již byl počet sociálně aktivizačních služeb s působností ve více krajích (ale ne ve všech) jen minimální (území Olomouckého kraje do své působnosti zahrnovaly dvě služby s takto definovanou působností a v pěti dalších krajích měla působnost ve více, ale ne ve všech krajích pouze jedna tato služba). Území dalších šesti krajů zahrnovaly do své působnosti pouze celorepublikově působící sociálně aktivizační služby nebo služby poskytované výhradně na území příslušného kraje.

#### Počet sociálně aktivizačních služeb podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018



Zdroj dat: MPSV

### Počet sociálně aktivizačních služeb podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018

	Počet služeb	Počet uživatelů	Počet uživatelů na službu
Středočeský kraj	27	11 169	414
Ústecký kraj	18	7 864	437
Jihomoravský kraj	15	4 161	277
Olomoucký kraj	15	7 648	510
Hlavní město Praha	13	3 610	278
Jihočeský kraj	13	1 189	91
Moravskoslezský kraj	13	7 814	601
Plzeňský kraj	11	5 023	457
Liberecký kraj	9	1 164	129
Pardubický kraj	5	2 323	465
Zlínský kraj	4	1 442	361
Karlovarský kraj	3	1 177	392
Kraj Vysočina	3	835	278
Královéhradecký kraj	2	2 674	1 337

Zdroj dat: MPSV; Pozn.: Řazeno sestupně

### 8.7 Denní stacionáře

Na území ČR bylo k poslednímu dni roku 2017 evidováno celkem 270 denních stacionářů. Počet těchto ambulantních sociálních zařízení je v posledních pěti letech stabilní (v roce 2013 bylo v ČR 265 denních stacionářů).

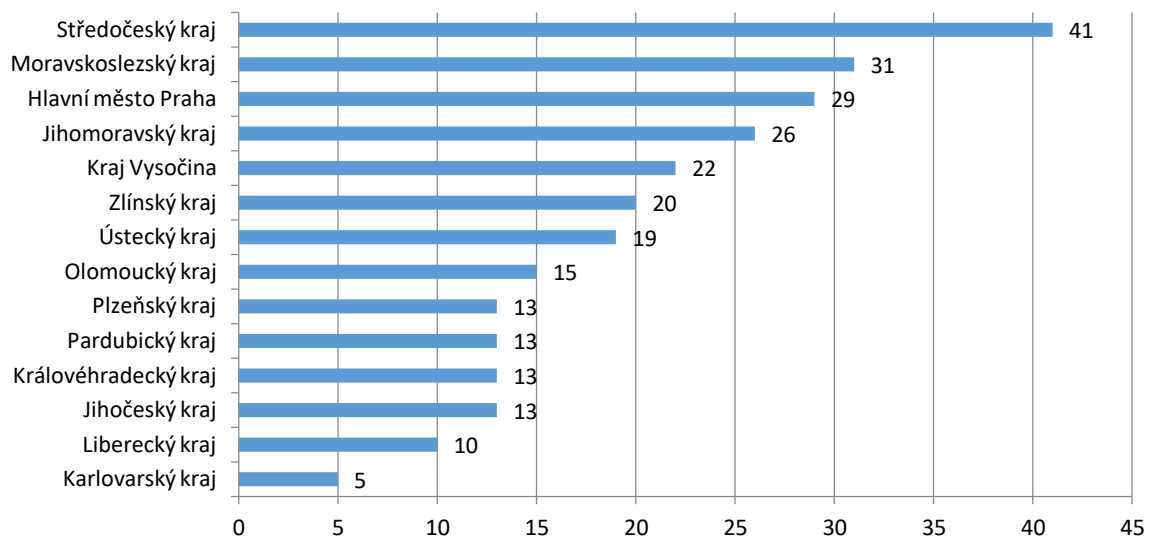
Z kartodiagramu níže vyplývá, že největší sítě denních stacionářů disponují Středočeský kraj (42 zařízení) a Moravskoslezský kraj (35 zařízení), což primárně ale souvisí s jejich značnou populační velikostí. Naopak nejméně denních stacionářů (pouze 4) se nacházelo na území Karlovarského kraje, který má ze všech krajů nejnižší počet obyvatel.

### Počet denních stacionářů podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018

	Počet služeb	Počet uživatelů	Počet uživatelů na službu
Středočeský kraj	41	714	17
Moravskoslezský kraj	31	1 007	32
Hlavní město Praha	29	788	27
Jihomoravský kraj	26	684	26
Kraj Vysočina	22	667	30
Zlínský kraj	20	359	18
Ústecký kraj	19	236	12
Olomoucký kraj	15	439	29
Jihočeský kraj	13	348	27
Královéhradecký kraj	13	352	27
Pardubický kraj	13	251	19
Plzeňský kraj	13	206	16
Liberecký kraj	10	179	18
Karlovarský kraj	5	93	19

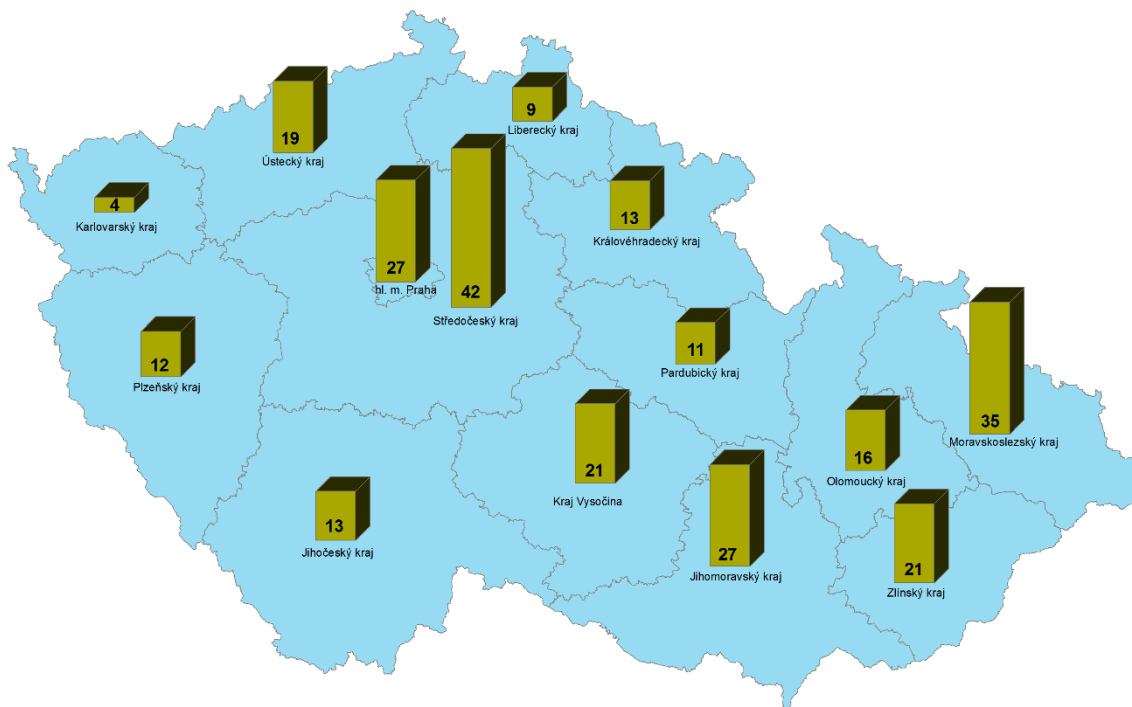
Zdroj dat: MPSV; Pozn.: Řazeno sestupně

## Počet denních stacionářů podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018



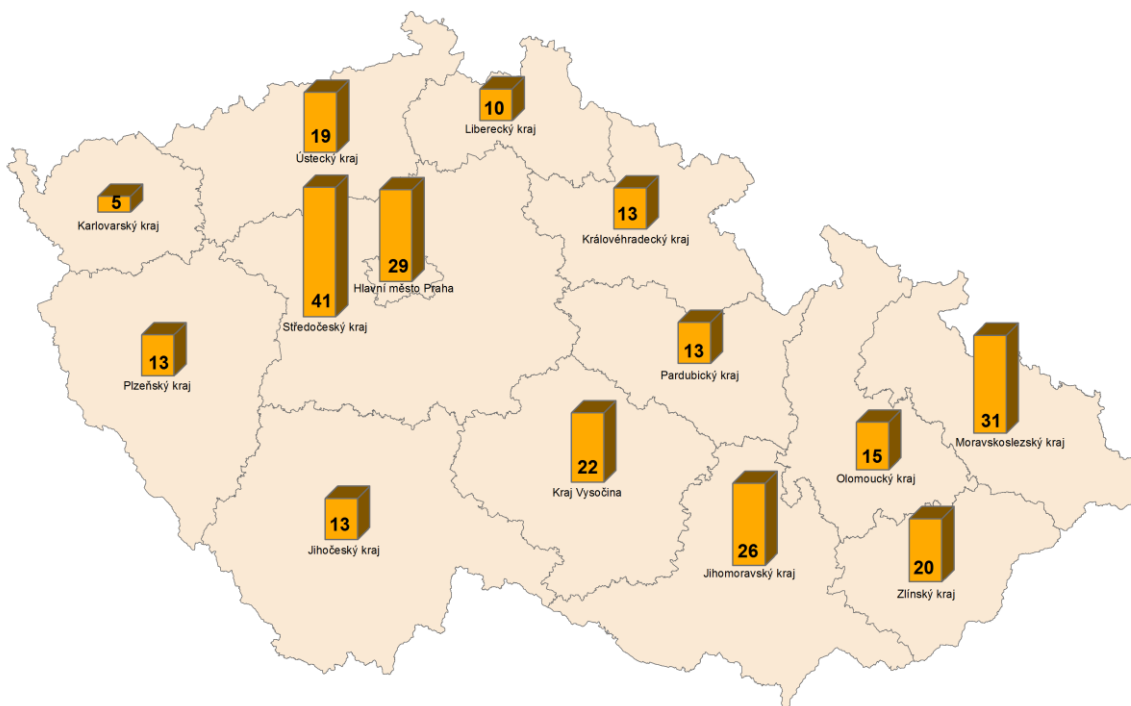
Zdroj dat: MPSV

## Počet denních stacionářů (k 31. 12. 2017)



Zdroj dat: Veřejná databáze ČSÚ (MPSV) 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## Počet poskytovatelů denních stacionářů (2017)



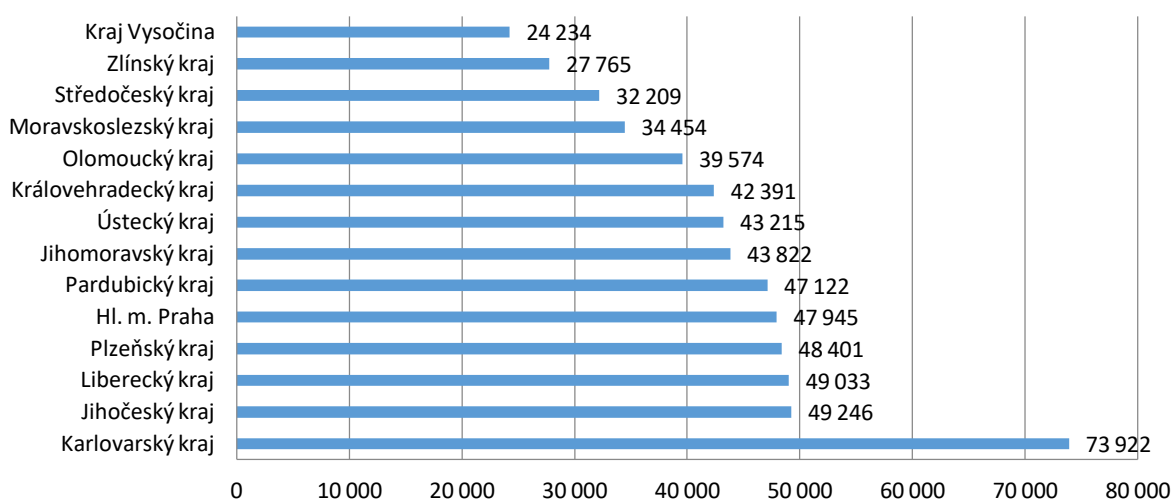
Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z. s. (socialnipolitika.eu)

Pozn.: Kartodiagram vychází z údajů o počtu služeb v registru sociálních služeb, které byly registrovány k 26. 9. 2018. Údaje autorům poskytlo pro účel analýzy Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Ve vztahu k počtu obyvatel byla síť denních stacionářů nejhustší v Kraji Vysočina, kde připadalo v roce 2017 na 1 stacionář 24 234 obyvatel (v Kraji Vysočina byl zároveň evidován i nejvyšší relativní počet uživatelů denních stacionářů). Naopak zdaleka nejhorší dostupnost těchto ambulantních zařízení sociálních služeb byla na konci roku 2017 identifikována v Karlovarském kraji, kde na jeden denní stacionář připadalo 73 922 obyvatel (viz graf níže). Toto porovnání je nicméně orientační, protože z aktuálních dat ČSÚ, resp. MPSV nebylo možné zjistit, jaká je maximální kapacita jednotlivých denních stacionářů.

## Počet obyvatel v přepočtu na denní stacionář (k 31. 12. 2017)



Zdroj: ČSÚ (MPSV)

Nejvíce denních stacionářů mělo sídlo (sídlo zařízení) ve Středočeském kraji (41 služeb, tj. 15 % z jejich celkového počtu), Moravskoslezském kraji (31 služeb, 10 %), Hlavním městě Praha (29 služeb, 11 %) a Jihomoravském kraji (26 služeb, 10 %).

Převážná většina denních stacionářů působila pouze v jednom kraji (ve všech těchto případech se jednalo o služby s působností v kraji, ve kterém bylo sídlo zařízení poskytujícího sociální službu). **Územní působnost poskytování služby** zahrnovala území jednoho kraje v případě 257 (95 %) denních stacionářů. Celorepublikovou působnost mělo 8 (3 %) denních stacionářů. U 5 služeb (2 %) byla zaznamenána působnost ve více, avšak ne všech krajích.

Nejvíce denních stacionářů zahrnovalo ve své územní působnosti (ať už výhradně, nebo zároveň i s územím některého dalšího kraje nebo krajů) území Středočeského kraje (47 služeb), území Moravskoslezského kraje (39), Hlavního města Praha (37) a Jihomoravského kraje (36). Nejméně denních stacionářů zahrnovalo ve své územní působnosti území Karlovarského kraje (celkem 15 služeb s působností výhradně v tomto kraji, celorepublikovou působností nebo s působností ve více krajích včetně tohoto) a Jihočeského kraje (celkem 19 služeb). V dalších krajích se celkový počet denních stacionářů zahrnujících ve své územní působnosti příslušný kraj pohyboval v rozmezí od 20 (Plzeňský a Liberecký kraj) do 29 (Vysočina).

Počet denních stacionářů s působností na území pouze jednoho kraje byl nejvyšší ve Středočeském, Moravskoslezském a Jihomoravském kraji a Hlavním městě Praha (výhradně na území příslušného kraje se omezovala působnost 37 denních stacionářů s působností ve Středočeském, 31 s působností v Moravskoslezském kraji, 27 s působností v Hlavním městě Praha a 26 s působností v Jihomoravském kraji). Nejméně denních stacionářů s výhradní působností pouze v jednom kraji bylo v Karlovarském kraji (5 služeb), v dalších devíti krajích se počet denních stacionářů s působností pouze v jednom kraji pohyboval od 11 do 20 služeb.

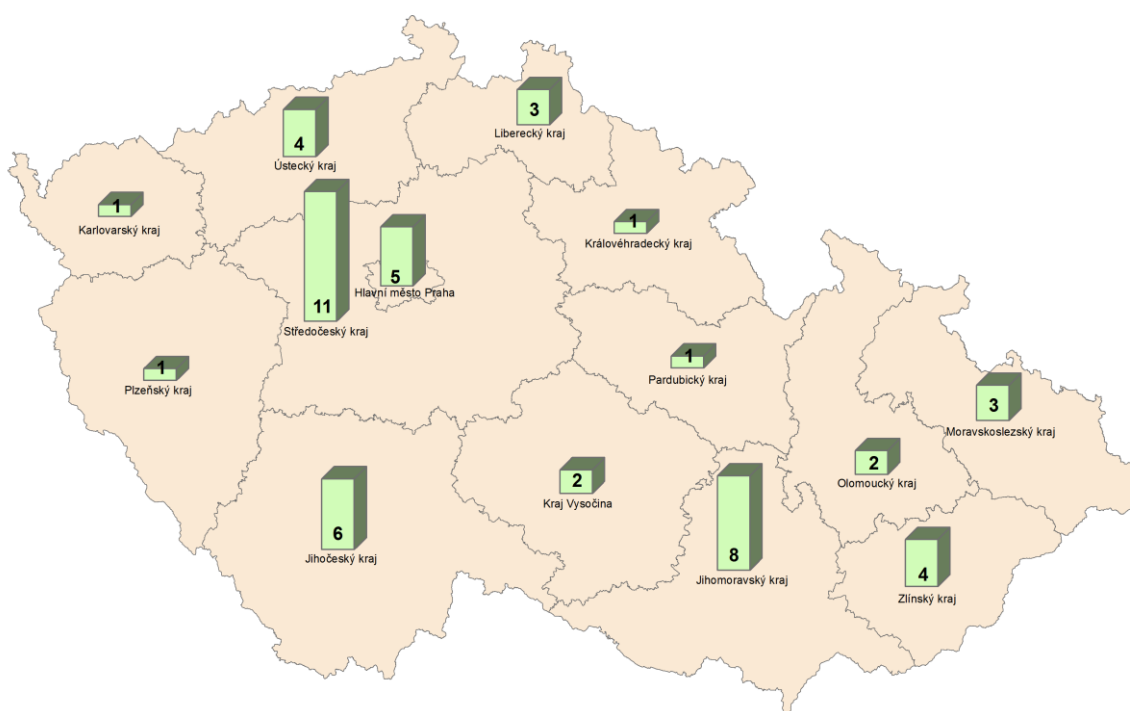
Počet denních stacionářů s územní působností ve více krajích byl ve všech krajích ČR srovnatelný. To především proto, že osm denních stacionářů mělo celorepublikovou působnost a v žádném ze 14 krajů ČR nebyly více než dva denní stacionáře s působností pro území příslušného kraje a současně pro území některého dalšího kraje nebo krajů (ne však s celorepublikovou působností).

## 8.8 Týdenní stacionáře

Na konci roku 2017 bylo v ČR celkem 57 týdenních stacionářů s úhrnnou kapacitou pouze 868 lůžek (na jedno zařízení tak připadalo v průměru přibližně 15 lůžek). Kapacita týdenních stacionářů se v posledních pěti letech změnila jen minimálně.

Nejvíce týdenních stacionářů, celkem 13, je na území Středočeského kraje, naopak jenom po jednom tomto zařízení bylo na konci roku 2017 evidováno v Královéhradeckém, Plzeňském a Karlovarském kraji. Z kartodiagramu níže je patrné, že nejvyšší počet míst v týdenních stacionářích byl identifikován Hl. m. Praze (167 lůžek), Středočeském kraji (166) a v Jihomoravském kraji (159). V přepočtu na 1 000 obyvatel jsou vzhledem k celkově nízkým kapacitám týdenních stacionářů rozdíly mezi jednotlivými kraji nízké a nemají tedy ani příliš vysokou vypovídací hodnotu (viz graf níže).

### Počet poskytovatelů týdenních stacionářů (2017)



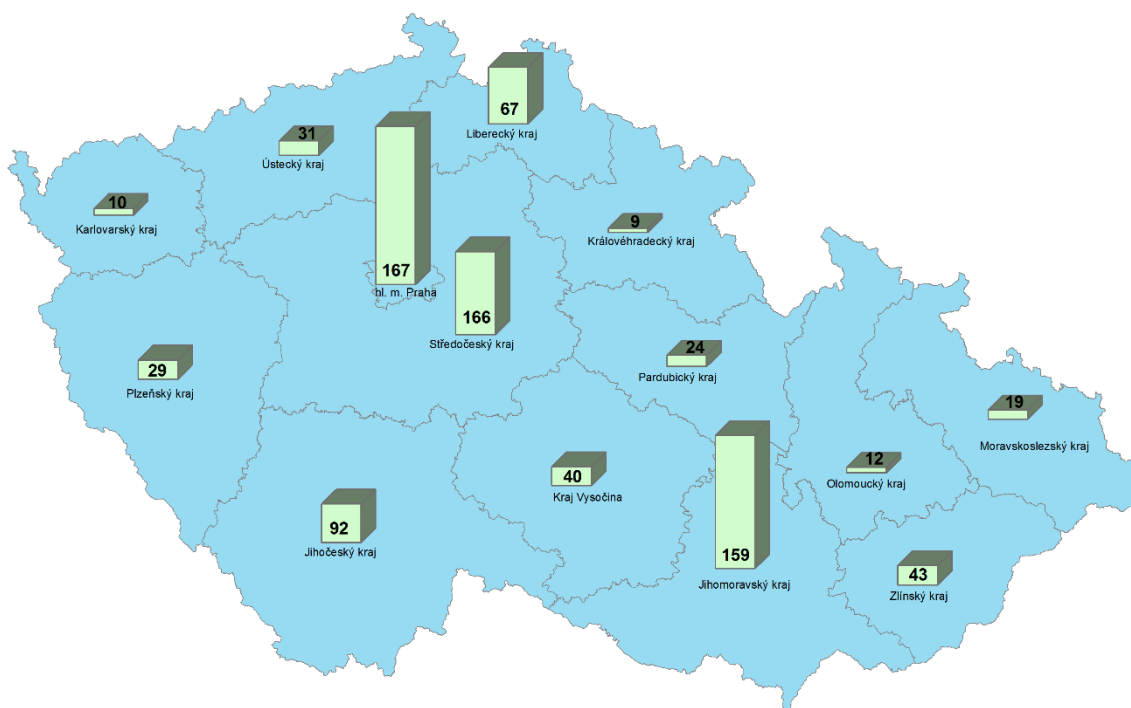
Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z. s. (socialnipolitika.eu)

Pozn.: Kartodiagram vychází z údajů o počtu služeb v registru sociálních služeb, které byly registrovány k 26. 9. 2018. Údaje autorům poskytlo pro účel analýzy Ministerstvo práce a sociálních věcí.

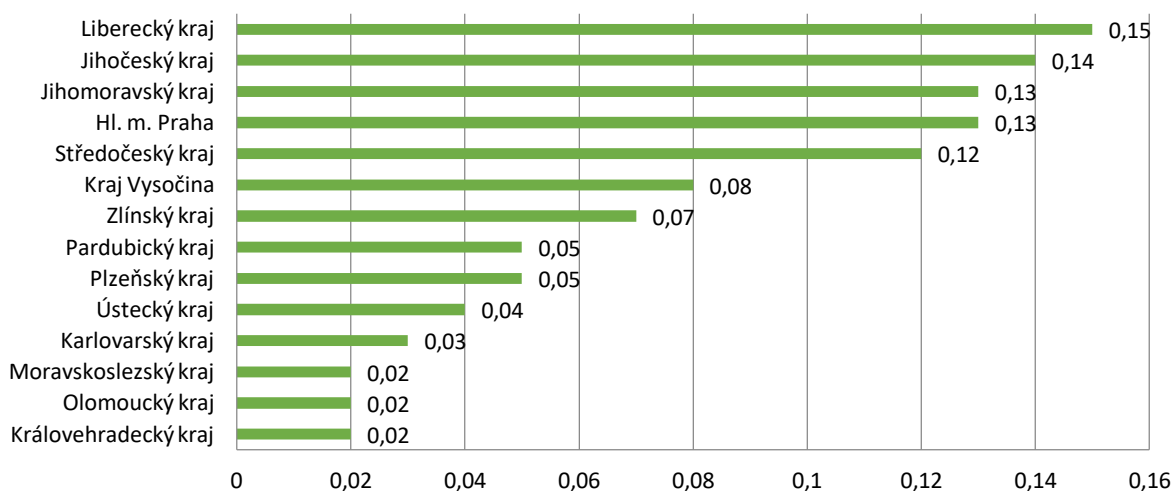


## Počet míst v týdenních stacionářích (k 31. 12. 2017)



Zdroj dat: Veřejná databáze ČSÚ (MPSV) 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## Počet míst v týdenních stacionářích v přepočtu na 1 000 obyvatel (k 31. 12. 2017)



Zdroj: ČSÚ (MPSV)

K 26. 9. 2018 bylo v ČR registrováno celkem 52 týdenních stacionářů. Nejvíce týdenních stacionářů mělo sídlo ve Středočeském kraji (11 služeb, 21 %) a Jihomoravském kraji (8 služeb, 15 %).

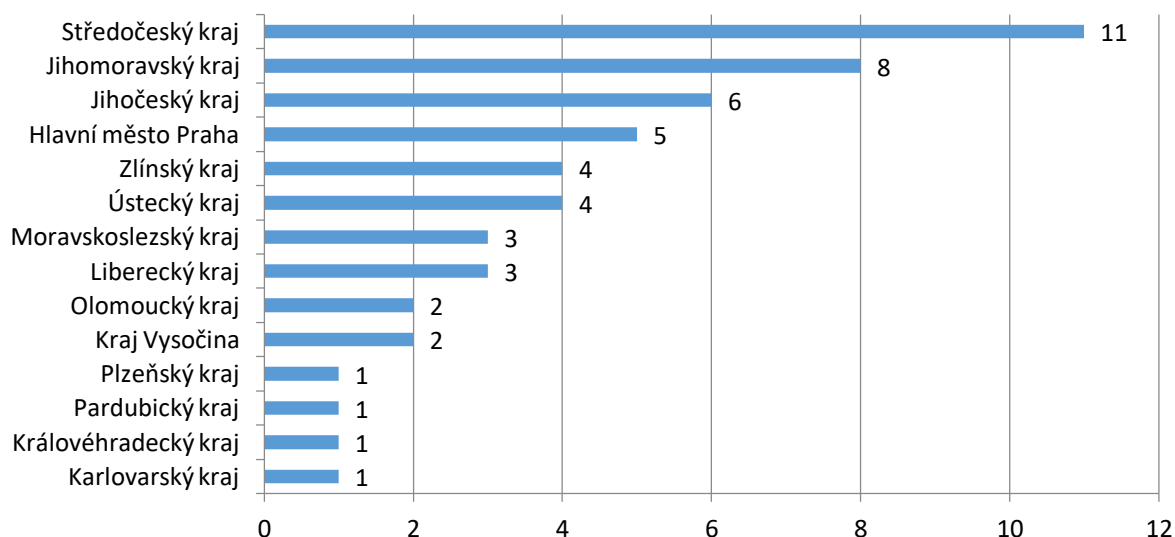
Převážná většina týdenních stacionářů působila pouze v jednom kraji (ve všech těchto případech se jednalo o služby s působností v kraji, ve kterém bylo sídlo zařízení poskytujícího sociální službu). **Územní působnost poskytování služby** zahrnovala území jednoho kraje v případě 44 (85 %) týdenních stacionářů. Celorepublikovou působnost měly 2 (4 %) týdenní stacionáře, u 6 (14 %) byla zjištěna působnost na území více, avšak ne všech krajů ČR.

### Počet denních stacionářů podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018

	Počet služeb	Počet uživatelů	Počet uživatelů na službu
Středočeský kraj	11	150	14
Jihomoravský kraj	8	145	18
Jihočeský kraj	6	85	14
Hlavní město Praha	5	150	30
Ústecký kraj	4	27	7
Zlínský kraj	4	30	8
Liberecký kraj	3	56	19
Moravskoslezský kraj	3	17	6
Kraj Vysočina	2	36	18
Olomoucký kraj	2	9	5
Karlovarský kraj	1	9	9
Královéhradecký kraj	1	5	5
Pardubický kraj	1	22	22
Plzeňský kraj	1	29	29

Zdroj dat: MPSV; Pozn.: Řazeno sestupně

### Počet denních stacionářů podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018



Zdroj dat: MPSV

Nejvíce týdenních stacionářů zahrnovalo ve své územní působnosti (ať už výhradně, nebo zároveň s územím některého dalšího kraje nebo krajů) území Středočeského kraje (16 služeb), Jihomoravského kraje (10), Hlavního města Praha (10) a Jihočeského kraje (9). Území dalších desíti krajů zahrnovalo ve své působnosti celkem (tj. v součtu služeb působících výhradně v daném kraji, služeb s celorepublikovou působností a služeb působících na území daného kraje a dalšího kraje nebo krajů) 4-6 týdenních stacionářů.

Počet týdenních stacionářů s působností pouze na území jednoho kraje byl nejvyšší ve Středočeském, Jihomoravském a Jihočeském kraji (výhradně na území příslušného kraje se omezovala působnost 8 týdenních stacionářů s působností ve Středočeském, 7 s působností v Jihomoravském a

6 s působností v Jihočeském kraji). V ostatních krajích se počet denních stacionářů s působností pouze v jednom kraji pohyboval od 1 do 4 služeb.

Nejvíce týdenních stacionářů s působností ve více krajích zahrnovalo ve své územní působnosti Hlavní město Praha a Středočeský kraj. Kromě dvou týdenních stacionářů s celorepublikovou působností zahrnovalo tyto dva kraje ve své územní působnosti také dalších šest těchto služeb s působností v některém z těchto dvou krajů a současně v některém dalším kraji. V dalších 12 krajích byly poskytovány nejvýše dvě služby týdenní stacionář s působností v příslušném kraji a zároveň i v některém dalším kraji (ale ne s celorepublikovou působností).

## 8.9 Chráněné bydlení

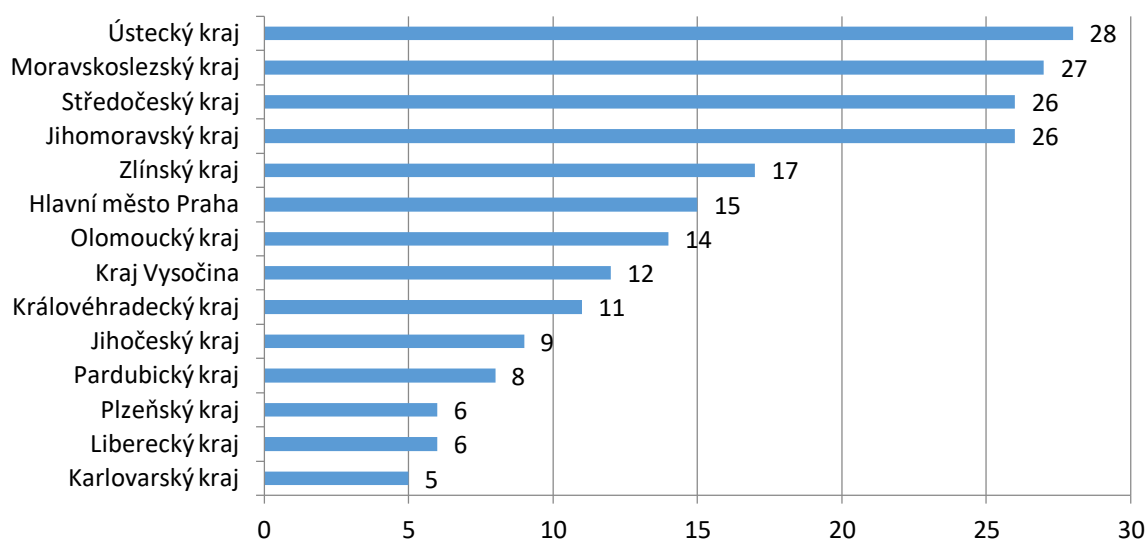
K 26. 9. 2018 bylo v ČR registrováno celkem 210 služeb chráněného bydlení. Zařízení poskytující službu chráněného bydlení měla nejčastěji sídlo v Ústeckém kraji (28 služeb, tj. 13 % z jejich celkového počtu), Moravskoslezském kraji (27 služeb, 13 %), Středočeském a Jihočeském kraji (26 služeb, 12 %).

### Počet služeb chráněného bydlení podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018

	Počet služeb	Počet uživatelů	Počet uživatelů na službu
Ústecký kraj	28	458	16
Moravskoslezský kraj	27	519	19
Jihomoravský kraj	26	312	12
Středočeský kraj	26	512	20
Zlínský kraj	17	158	9
Hlavní město Praha	15	194	13
Olomoucký kraj	14	356	25
Kraj Vysočina	12	185	15
Královéhradecký kraj	11	139	13
Jihočeský kraj	9	248	28
Pardubický kraj	8	139	17
Liberecký kraj	6	120	20
Plzeňský kraj	6	338	56
Karlovarský kraj	5	88	18

Zdroj dat: MPSV; Pozn.: Řazeno sestupně

## Počet služeb chráněného bydlení podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018



Zdroj dat: MPSV

Převážná většina služeb chráněného bydlení působila pouze v jednom kraji (ve většině případů v kraji, ve kterém mělo zařízení poskytující sociální službu sídlo – toto ale neplatí bezvýhradně<sup>34</sup>). Územní působnost poskytování služby zahrnovala území jednoho kraje v případě 201 služeb chráněného bydlení (96 %). Celorepublikovou působnost měly 3 služby chráněného bydlení (1 %) a u 6 služeb (3 %) byla zaznamenána působnost ve více, avšak ne všech krajích.

Nejvíce zařízení poskytujících službu chráněného bydlení zahrnovalo ve své územní působnosti (ať už výhradně, nebo zároveň i s územím některého dalšího kraje nebo krajů) území Moravskoslezského kraje (31 služeb), Ústeckého (30), Jihomoravského (29) a Středočeského kraje (28 služeb). Nejméně zařízení poskytujících službu chráněného bydlení zahrnovalo ve své územní působnosti území Plzeňského kraje (celkem 8 služeb s působností výhradně v tomto kraji, s celorepublikovou působností nebo s působností ve více krajích včetně tohoto) a území Karlovarského kraje (celkem 9 služeb). V dalších krajích se celkový počet služeb chráněného bydlení s působností na území příslušného kraje pohyboval v rozmezí od 10 (Liberecký kraj) do 21 (Hlavní město Praha).

Počet služeb chráněného bydlení s působností na území pouze jednoho kraje byl nejvyšší v Moravskoslezském, Ústeckém, Jihomoravském a Středočeském kraji (výhradně na území příslušného kraje se omezovala působnost 27 služeb chráněného bydlení s působností v Ústeckém a Moravskoslezském kraji, 25 s působností v Jihomoravském kraji a 23 s působností ve Středočeském kraji). Nejnižší počet služeb s působností pouze v jednom kraji byl v Karlovarském, Libereckém (4 služby) a Plzeňském kraji (5 služeb). V sedmi dalších krajích se počet služeb chráněného bydlení s působností pouze na území příslušného kraje pohyboval od 8 (Pardubický kraj) do 17 (Zlínský kraj).

Ve všech krajích byl počet služeb chráněného bydlení s působností ve více krajích srovnatelný, v součtu služeb s celorepublikovou působností a služeb s působností ve více různých krajích (ale ne ve všech), se tento počet pohyboval od 3 do 6.

<sup>34</sup> Působnost v jiném kraji, než ve kterém mělo zařízení sídlo, byla zjištěna u dvou služeb chráněného bydlení, jež měly stanovenou působnost pouze pro území jednoho kraje.

## 8.10 Domovy pro seniory

Ke konci roku 2017 bylo na území České republiky celkem 519 domovů pro seniory, jejichž souhrnná kapacita činila 37 037 míst (lůžek). Na jeden domov pro seniory tak připadalo v průměru 71 lůžek.

Ačkoliv počet obyvatel v seniorském věku v souvislosti se stárnutím populace v posledních letech výrazně narůstá, kapacita domovů pro seniory se v posledním období, možná poněkud překvapivě, mírně snížila. V porovnání se stavem na konci roku 2013 byla k 31. 12. 2017 poklesla v rámci ČR celková kapacita v domovech pro seniory o více než tisíc lůžek, resp. o necelá 3 %.

Kartodiagram níže poukazuje na distribuci míst (lůžek) v domovech pro seniory v rámci jednotlivých krajů ČR. Z uvedených údajů je patrné, že k 31. 12. 2017 byla nejvyšší kapacita domovů pro seniory ve Středočeském kraji (5 268 míst), v Moravskoslezském kraji (4 751 míst) a Ústeckém kraji (3 372 míst). Naopak nejméně míst v domovech pro seniory bylo v Karlovarském kraji (847 míst).

Při zohlednění populační velikosti kraje (viz graf níže) lze konstatovat, že nejlepší dostupnost míst v domovech pro seniory je v Jihočeském kraji, kde na 1 000 obyvatel připadalo 4,63 lůžek. Naopak nejnižší šance na získání místa v domově pro seniory je v Hl. m. Praze, kde na 1 000 obyvatel připadají přibližně jen 2 lůžka. Tyto údaje za jednotlivé kraje, které jsou prezentovány v grafu níže, jsou tedy velmi podobně těm, jež byly uvedeny výše v kartogramu znázorňujícím počet uživatelů domovů pro seniory v přepočtu na 1 000 obyvatel. To je důsledkem téměř 100% obsazenosti těchto pobytových zařízení sociálních služeb, kdy počet uživatelů téměř odpovídá celkovému počtu lůžek.

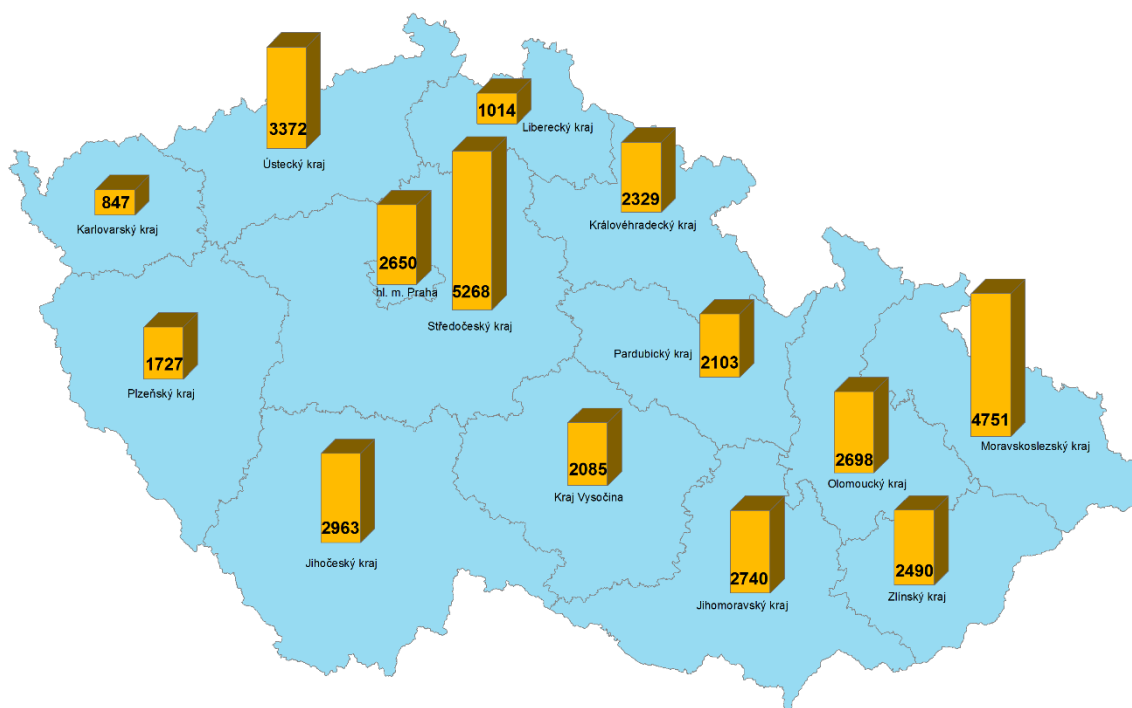
### Počet poskytovatelů domovů pro seniory (2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

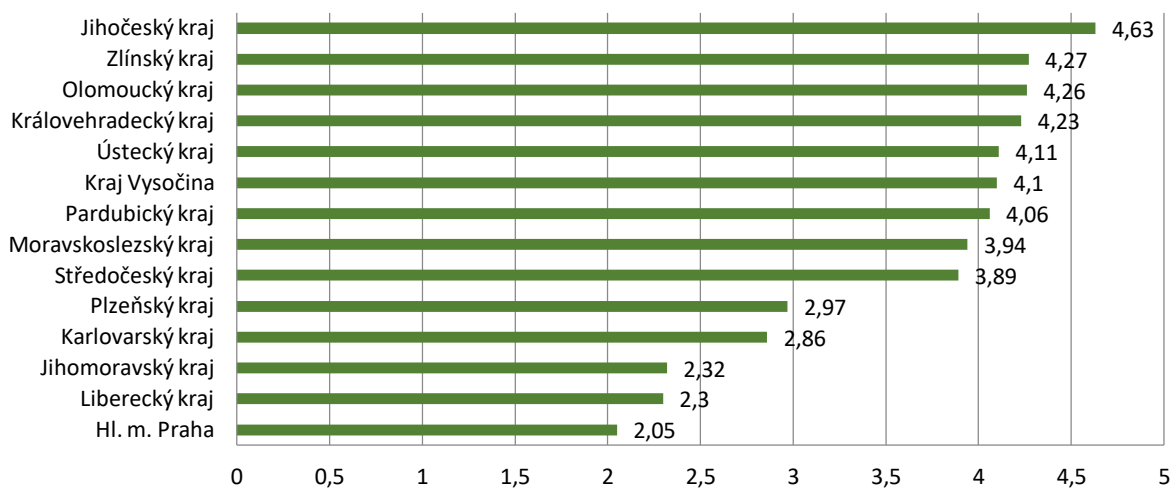
© ISPV, z. s. (socialnipolitika.eu)

### Počet míst v domovech pro seniory (k 31. 12. 2017)



Zdroj dat: Veřejná databáze ČSÚ (MPSV) 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### Počet míst v domovech pro seniory v přepočtu na 1 000 obyvatel (k 31. 12. 2017)



Zdroj: ČSÚ (MPSV)

K 26. 9. 2018 bylo v ČR registrováno celkem 531 domovů pro seniory. Nejvíce domovů pro seniory mělo sídlo (údaj o sídle zařízení) ve Středočeském kraji (80 služeb, tj. 15 % z jejich celkového počtu), Moravskoslezském kraji (69 služeb, 13 %) a Jihomoravském kraji (48 služeb, 9 %).

Převážná většina domovů pro seniory působila pouze v jednom kraji (ve většině případů v kraji, ve kterém mělo zařízení poskytující sociální službu sídlo – toto ale neplatí bezvýhradně,<sup>35</sup> a i proto je pro vyhodnocení rozložení služeb v krajích vhodné sledovat údaje o jejich působnosti). Územní působnost poskytování služby zahrnovala území jednoho kraje v případě 486 (92 %) domovů pro seniory. Celorepublikovou působnost mělo 24 (5 %) domovů pro seniory. U zbylých 21 služeb (4 %) byla zaznamenána působnost ve více, avšak ne všech krajích.

Nejvíce domovů pro seniory zahrnovalo ve své územní působnosti (ať už výhradně, nebo zároveň i s územím některého dalšího kraje nebo krajů) území Středočeského kraje (117 služeb) a území Moravskoslezského kraje (93). Nejméně domovů pro seniory zahrnovalo ve své územní působnosti území Karlovarského kraje (celkem 44 služeb s působností výhradně v tomto kraji, celorepublikovou působností nebo s působností ve více krajích včetně tohoto), Plzeňského (celkem 48 služeb) a Libereckého kraje (49 služeb). V dalších krajích se celkový počet domovů pro seniory s působností zahrnující tyto kraje pohyboval v rozmezí od 51 (Vysočina) do 74 (Jihomoravský kraj).

Počet domovů pro seniory s působností na území pouze jednoho kraje byl nejvyšší ve Středočeském a Moravskoslezském kraji (výhradně na území příslušného kraje se omezovala působnost 80 domovů pro seniory s působností ve Středočeském a 69 s působností v Moravskoslezském kraji).

Nejvíce domovů pro seniory s působností ve více krajích zahrnovalo ve své územní působnosti Středočeský kraj a Hlavní město Praha. Kromě 24 domovů pro seniory s celorepublikovou působností zahrnovalo ve své působnosti tyto kraje také dalších 13 těchto služeb s působností v některém z těchto dvou krajů a současně v některém dalším kraji.

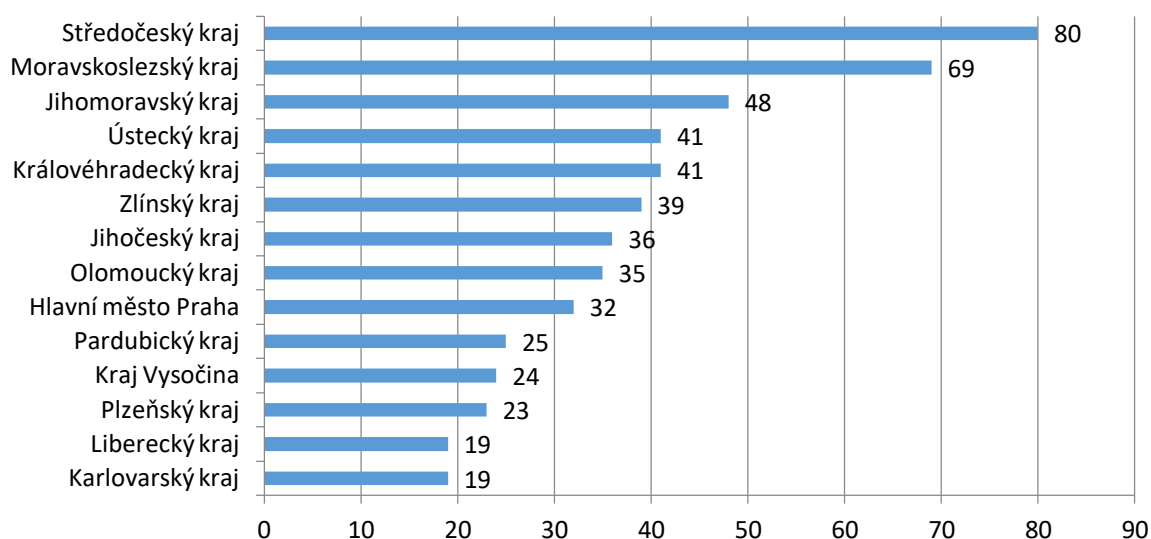
#### **Počet domovů pro seniory podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018**

	<b>Počet služeb</b>	<b>Počet uživatelů</b>	<b>Počet uživatelů na službu</b>
Středočeský kraj	80	5 045	63
Moravskoslezský kraj	69	4 635	67
Jihomoravský kraj	48	2 669	56
Královéhradecký kraj	41	2 241	55
Ústecký kraj	41	3 127	76
Zlínský kraj	39	2 389	61
Jihočeský kraj	36	2 896	80
Olomoucký kraj	35	2 594	74
Hlavní město Praha	32	2 466	77
Pardubický kraj	25	2 047	82
Kraj Vysočina	24	2 035	85
Plzeňský kraj	23	1 649	72
Karlovarský kraj	19	754	40
Liberecký kraj	19	954	50

Zdroj dat: MPSV; Pozn.: Řazeno sestupně

<sup>35</sup> Působnost v jiném kraji, než ve kterém mělo zařízení sídlo, byla zjištěna u 3 domovů pro seniory, jež měly stanovenou působnost pouze pro území jednoho kraje.

## Počet domovů pro seniory podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018



Zdroj dat: MPSV

### 8.11 Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem představují v posledních letech dynamicky se rozvíjející pobytovou sociální službu. Mezi lety 2013 a 2017 se kapacita těchto zařízení navýšila přibližně o 6,8 tisíc lůžek (resp. o 57 %) a k 31. 12. 2017 bylo v rámci ČR celkem 322 domovů se zvláštním režimem s úhrnnou kapacitou 18 853 lůžek.

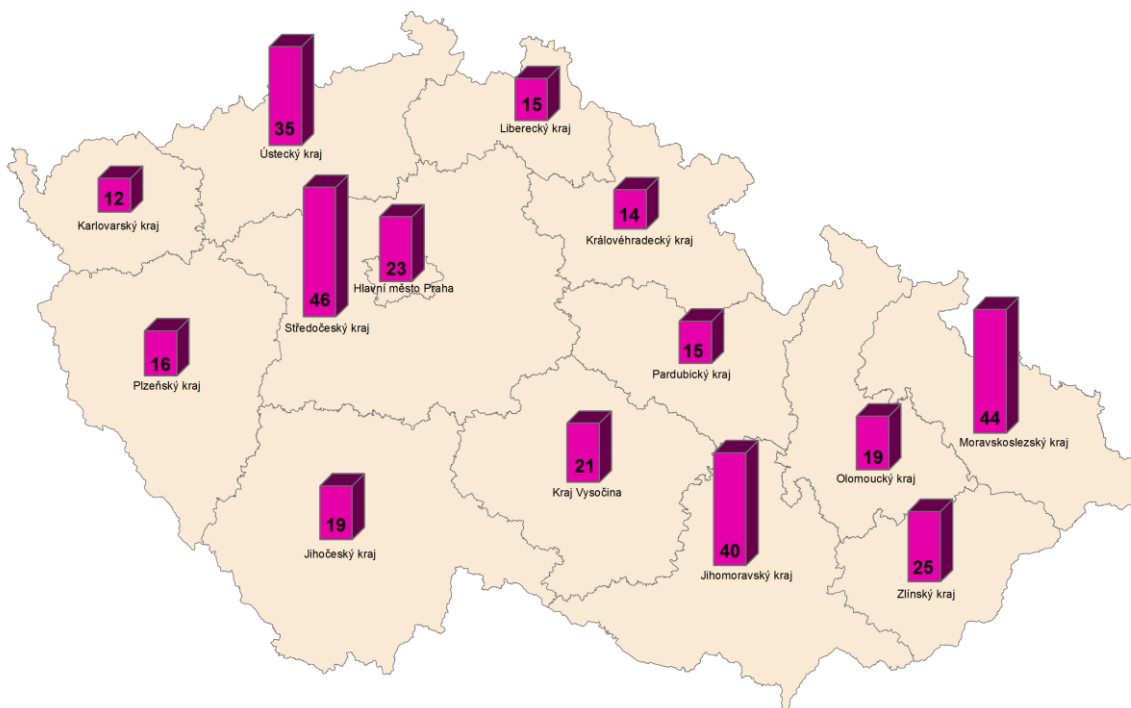
Nejvíce domovů se zvláštním režimem bylo evidováno na území Středočeského kraje (45) a dále pak v krajích Moravskoslezském (41) a Jihomoravském (40). Naopak nejméně bylo těchto zařízení v Karlovarském kraji (9). Z pohledu celkové kapacity v domovech se zvláštním režimem (viz kartodiagram níže) byl nejvýznamnější Jihomoravský kraj s celkem 3 282 lůžky a dále pak Středočeský kraj (2 632 lůžek) a Ústecký kraj (2 269 lůžek).

Při pohledu na hodnoty indikátoru počtu míst v domovech se zvláštním režimem v přepočtu na 1 000 obyvatel kraje opětovně narazíme (stejně jako v případě většiny dalších pobytových sociálních služeb) na nepříznivou dostupnost této služby v rámci Hl. m. Prahy, kde k 31. 12. 2017 připadalo pouze 0,71 lůžka v přepočtu na 1 000 obyvatel. Na opačném konci pořadí se nacházely Jihomoravský kraj a Ústecký kraj, ve kterých připadalo na 1 000 obyvatel téměř 2,8 lůžek v domovech se zvláštním režimem (viz graf níže).

Uvedené údaje velmi silně korespondují s těmi, které jsme uvedli výše v rámci kapitoly o počtu uživatelů domovů se zvláštním režimem, což opětovně souvisí s velmi vysokou mírou naplněnosti domovů se zvláštním režimem a pobytových sociálních služeb obecně.



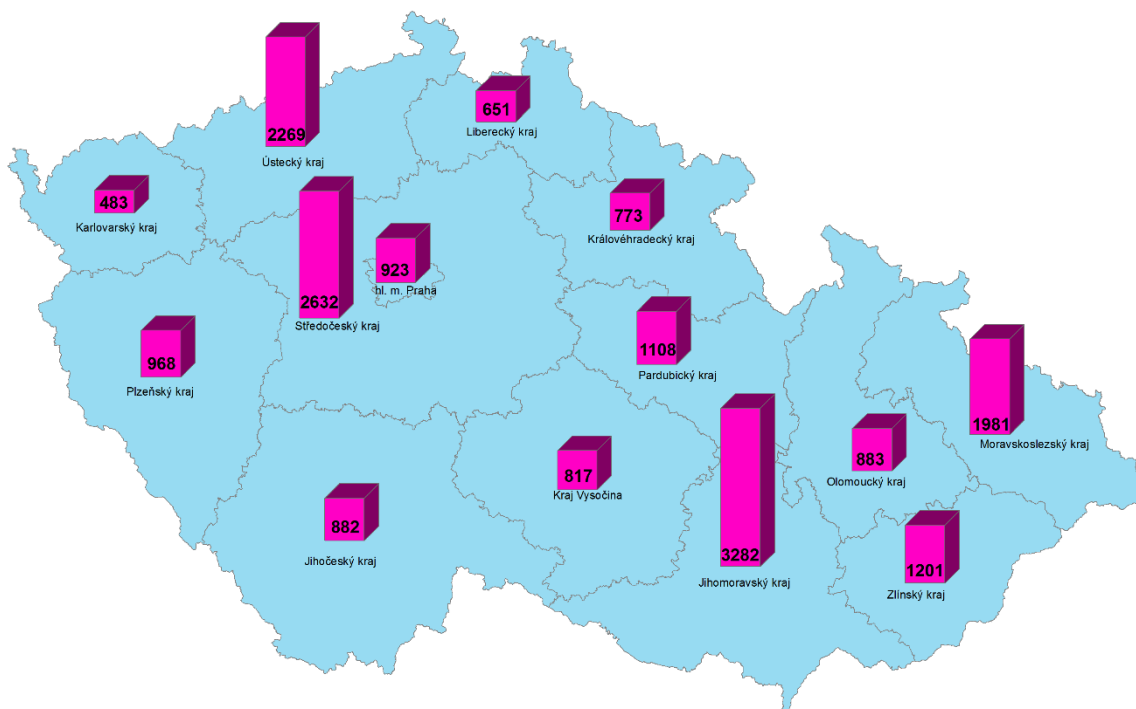
### Počet poskytovatelů domovů se zvláštním režimem (2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

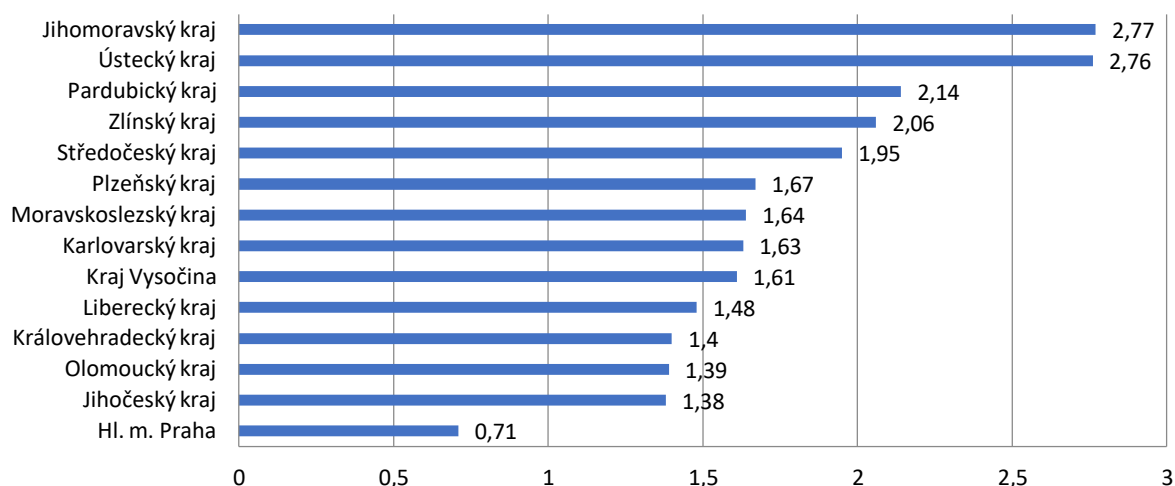
© ISPV, z. s. (socialnipolitika.eu)

### Počet míst v domovech se zvláštním režimem (k 31. 12. 2017)



Zdroj dat: Veřejná databáze ČSÚ (MPSV) 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### Počet míst v domovech se zvláštním režimem v přepočtu na 1 000 obyvatel (k 31. 12. 2017)



Zdroj: ČSÚ (MPSV)

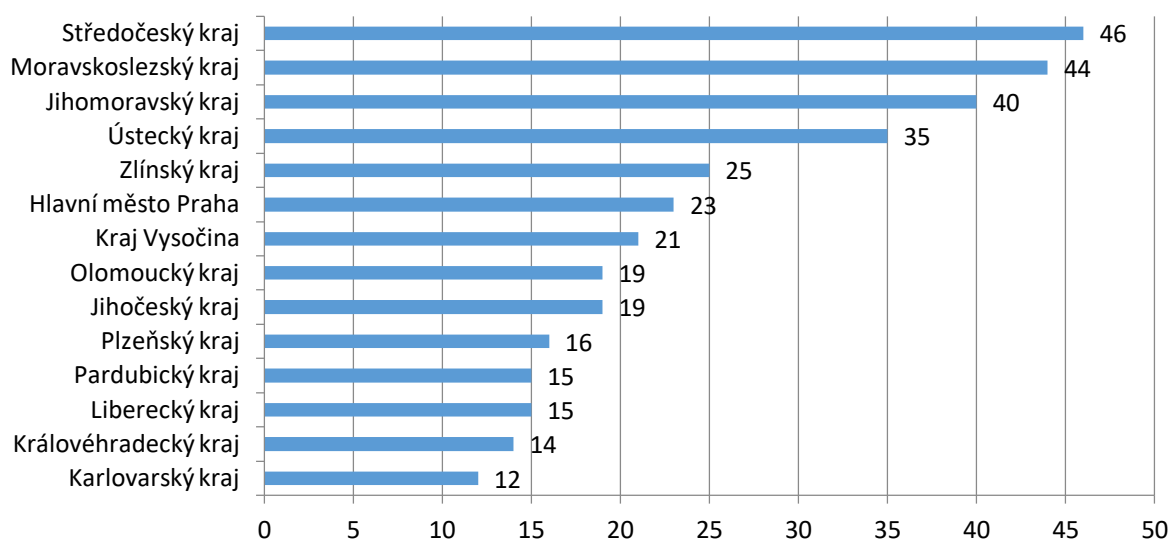
K 26. 9. 2018 bylo v ČR registrováno celkem 344 domovů se zvláštním režimem. Nejvíce domovů se zvláštním režimem mělo **sídlo** ve Středočeském kraji (46 služeb, tj. 13 % z jejich celkového počtu), Moravskoslezském kraji (44 služeb, 13 %) a Jihomoravském kraji (40 služeb, 12 %).

### Počet domovů se zvláštním režimem podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018

	Počet služeb	Počet uživatelů	Počet uživatelů na službu
Středočeský kraj	46	2 324	51
Moravskoslezský kraj	44	1 945	44
Jihomoravský kraj	40	3 178	79
Ústecký kraj	35	2 169	62
Zlínský kraj	25	1 184	47
Hlavní město Praha	23	820	36
Kraj Vysočina	21	794	38
Jihočeský kraj	19	819	43
Olomoucký kraj	19	847	45
Plzeňský kraj	16	937	59
Liberecký kraj	15	604	40
Pardubický kraj	15	1 053	70
Královéhradecký kraj	14	712	51
Karlovarský kraj	12	470	39

Zdroj dat: MPSV; Pozn.: Řazeno sestupně

## Počet domovů pro seniory podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018



Zdroj dat: MPSV

Převážná většina sledovaných pobytových sociálních služeb působila pouze v jednom kraji (ve většině případů v kraji, ve kterém mělo zařízení poskytující sociální službu sídlo – toto ale neplatí bezvýhradně,<sup>36</sup> a i proto je pro vyhodnocení rozložení služeb v krajích vhodné sledovat údaje o jejich působnosti). Územní působnost poskytování služby zahrnovala území jednoho kraje v případě 282 (82 %) domovů se zvláštním režimem. Celorepublikovou působnost mělo 36 (10 %) domovů se zvláštním režimem. U dalších 36 služeb (10 %) byla zaznamenána působnost ve více, avšak ne všech krajích.

Nejvíce domovů se zvláštním režimem zahrnovalo ve své územní působnosti (ať už výhradně, nebo zároveň i s územím některého dalšího kraje nebo krajů) území Středočeského kraje (103 služeb), Moravskoslezského kraje (85), Hlavního města Praha (82), Ústeckého (82) a Jihomoravského kraje (81). V ostatních devíti krajích se celkový počet domovů se zvláštním režimem s působností na území příslušného kraje pohyboval v rozmezí od 57 (Karlovarský kraj) do 69 (Zlínský kraj).

Počet domovů se zvláštním režimem s působností na území pouze jednoho kraje byl nejvyšší ve Středočeském, Moravskoslezském a Jihomoravském kraji (výhradně na území příslušného kraje se omezovala působnost 46 domovů se zvláštním režimem s působností ve Středočeském kraji, 44 s působností v Moravskoslezském kraji a 40 s působností v Jihomoravském kraji). Větší počet domovů se zvláštním režimem s působností na území pouze jednoho kraje, byl zaznamenán také v Ústeckém kraji (35 služeb), v ostatních deseti krajích mělo výhradní působnost pouze v daném kraji 12-25 těchto služeb.

Nejvíce domovů se zvláštním režimem s působností na území více krajů zahrnovalo ve své územní působnosti Hlavní město Praha a Středočeský kraj. Kromě 36 domovů se zvláštním režimem s celorepublikovou působností zahrnovalo ve své působnosti území těchto krajů také dalších 23 (v Hlavním městě Praha), respektive 21 (ve Středočeském kraji) těchto služeb s působností v některém z těchto dvou krajů a současně v některém dalším kraji.

<sup>36</sup> Působnost v jiném kraji, než ve kterém mělo zařízení sídlo, byla zjištěna u 4 domovů se zvláštním režimem, jež měly stanovenou působnost pouze pro území jednoho kraje.

Ve třech krajích (Ústecký, Plzeňský, Jihočeský) zahrnovalo 10-11 domovů se zvláštním režimem ve své územní působnosti současně příslušný kraj a současně některý další kraj, v dalších osmi krajích mělo působnost ve více krajích (ale ne ve všech) 5-9 domovů se zvláštním režimem.

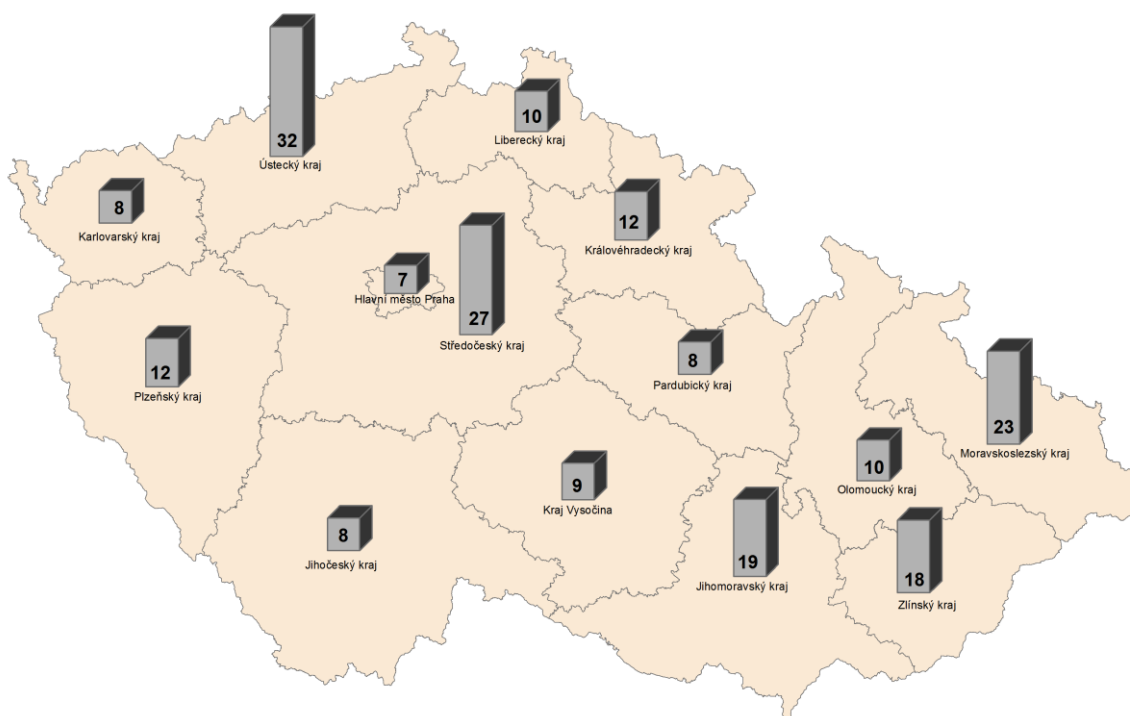
## 8.12 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

K 31. 12. 2017 bylo na území ČR celkem 204 domovů pro osoby se zdravotním postižením se souhrnnou kapacitou 12 231 lůžek. Ve srovnání s rokem 2013 se kapacita těchto zařízení snížila téměř o 1,2 tisíc míst, resp. o necelých 9 %.

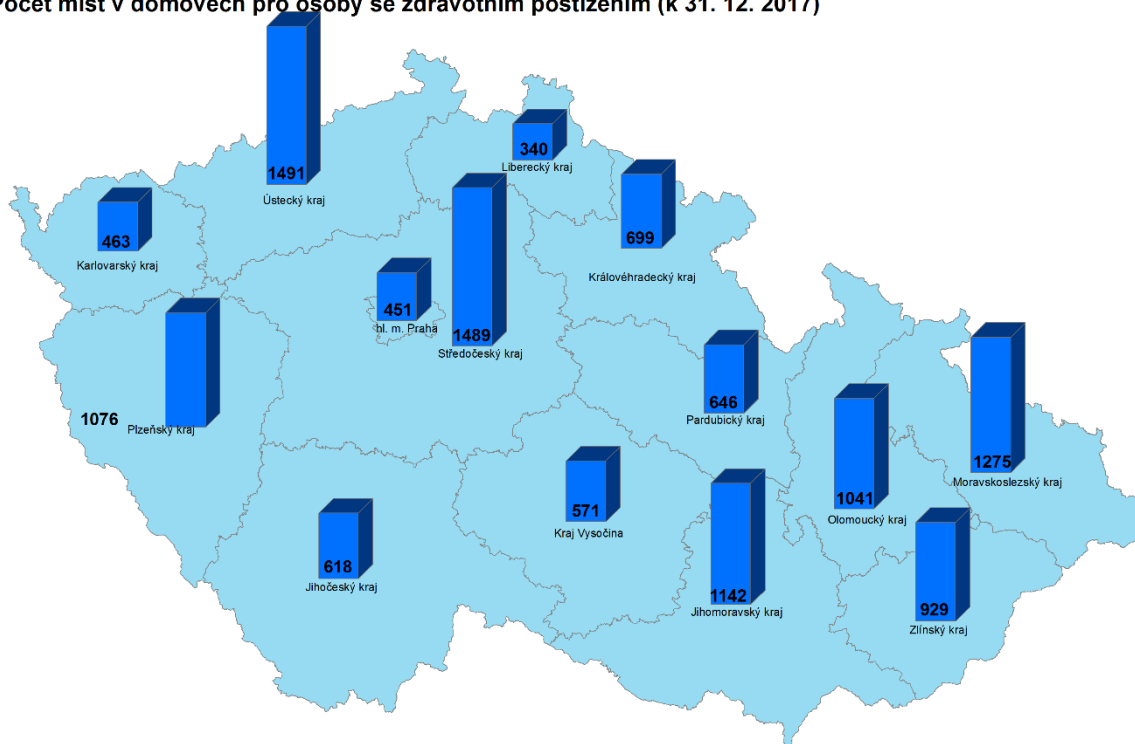
Nejvíce domovů pro osoby se zdravotním postižením se nacházelo na území Ústeckého kraje (33), Moravskoslezského kraje (27) a Středočeského kraje (24). Naopak pouze 7 domovů pro osoby se zdravotním postižením bylo v Jihočeském kraji a po 8 zařízeních bylo v Hl. m. Praze, v Pardubickém kraji a Karlovarském kraji.

Z kartodiagramu níže je patrné, že k 31. 12. 2017 byla nejvyšší nabídka míst v domovech pro osoby se zdravotním postižením na území Ústeckého kraje (1491 lůžek) a Středočeského kraje (1 489 lůžek). Naopak nízká nabídka lůžek v těchto zařízeních byla identifikována v Karlovarském kraji (463 lůžek), Hl. m. Praze (451 lůžek) a Libereckém kraji (340 lůžek).

### Počet poskytovatelů domovů pro osoby se zdravotním postižením (2017)



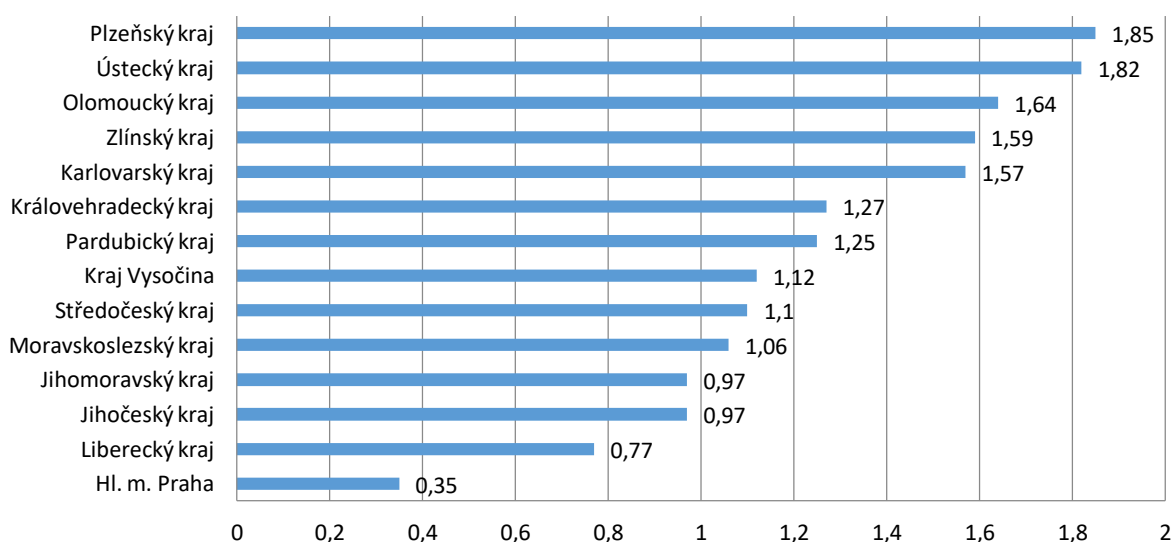
### Počet míst v domovech pro osoby se zdravotním postižením (k 31. 12. 2017)



Zdroj dat: Věřejná databáze ČSÚ (MPSV) 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

V relaci k populační velikosti kraje byla v roce 2017 nabídka kapacit v rámci domovů pro seniory nejvyšší v Plzeňském a Ústeckém kraji, ve kterých připadalo na 1 000 obyvatel 1,85, resp. 1,82 lůžek. Naopak relativně nejnižší nabídka byla zaznamenána opětovně v Hl. m. Praze, kde připadalo na 1 000 obyvatel 0,35 lůžek v těchto zařízeních (viz graf níže).

### Počet míst v domovech pro osoby se zdravotním postižením na 1 000 obyvatel (k 31. 12. 2017)



Zdroj: ČSÚ (MPSV)

K 26. 9. 2018 bylo v ČR registrováno celkem 203 domovů pro osoby se zdravotním postižením. Nejvíce domovů pro osoby se zdravotním postižením mělo sídlo v Ústeckém kraji (32 služeb, tj. 16 %

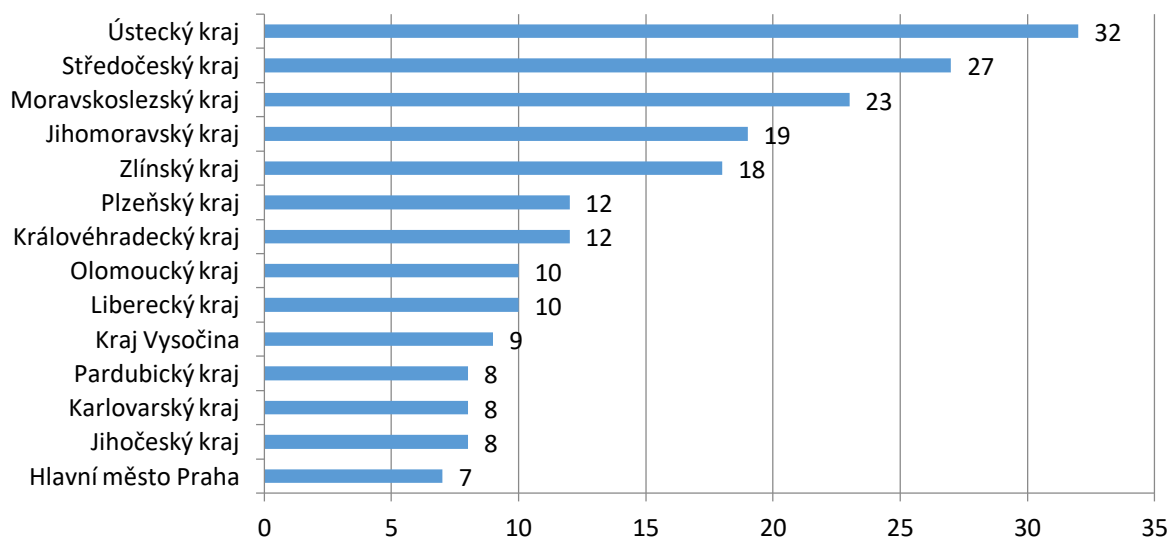
z jejich celkového počtu), Středočeském kraji (27 služeb, 13 %) a Moravskoslezském kraji (23 služeb, 11 %).

#### Počet domovů pro osoby se zdravotním postižením podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018

	Počet služeb	Počet uživatelů	Počet uživatelů na službu
Ústecký kraj	32	1 432	45
Středočeský kraj	27	1 464	54
Moravskoslezský kraj	23	1 256	55
Jihomoravský kraj	19	1 123	59
Zlínský kraj	18	886	49
Královéhradecký kraj	12	680	57
Plzeňský kraj	12	1 022	85
Liberecký kraj	10	326	33
Olomoucký kraj	10	1 005	101
Kraj Vysočina	9	554	62
Jihočeský kraj	8	577	72
Karlovarský kraj	8	433	54
Pardubický kraj	8	634	79
Hlavní město Praha	7	423	60

Zdroj dat: MPSV; Pozn.: Řazeno sestupně

#### Počet domovů pro osoby se zdravotním postižením podle registru sociálních služeb k 26. 9. 2018



Zdroj dat: MPSV

Převážná většina sledovaných pobytových sociálních služeb působila pouze v jednom kraji (ve většině případů v kraji, ve kterém mělo zařízení poskytující sociální službu sídlo – toto ale neplatí bezvýhradně,<sup>37</sup> a i proto je pro vyhodnocení rozložení služeb v krajích vhodné sledovat údaje o jejich působnosti). Územní působnost poskytování služby zahrnovala území jednoho kraje v případě 184 (91 %) domovů pro osoby se zdravotním postižením. Celorepublikovou působnost mělo 9 (4 %)

<sup>37</sup> Působnost v jiném kraji, než ve kterém mělo zařízení sídlo, byla zjištěna u 6 domovů pro osoby se zdravotním postižením, jež měly stanovenou působnost pouze pro území jednoho kraje.

domovů pro osoby se zdravotním postižením. U zbylých 3 služeb (1 %) byla zaznamenána působnost ve více, avšak ne všech krajích.

Nejvíce domovů pro osoby se zdravotním postižením zahrnovalo ve své územní působnosti (ať už výhradně, nebo zároveň i s územím některého dalšího kraje nebo krajů) území Středočeského kraje (42 služeb), Ústeckého (42) a Moravskoslezského kraje (34). Nejméně domovů pro osoby se zdravotním postižením zahrnovalo ve své územní působnosti území Jihočeského, Karlovarského a Pardubického kraje (celkem 19 služeb s působností výhradně v těchto krajích, s celorepublikovou působností nebo s působností ve více krajích včetně tohoto) a v kraji Vysočina (celkem 20 služeb). V dalších krajích se celkový počet domovů pro osoby se zdravotním postižením s působností na území příslušného kraje pohyboval v rozmezí od 21 (Olomoucký kraj) do 29 (Jihomoravský a Zlínský kraj).

Počet domovů pro osoby se zdravotním postižením s působností na území pouze jednoho kraje byl nejvyšší ve Středočeském a Ústeckém kraji (výhradně na území příslušného kraje se omezovala působnost 32 domovů pro osoby se zdravotním postižením s působností v Ústeckém kraji a 27 s působností ve Středočeském kraji).

Nejvíce domovů pro osoby se zdravotním postižením s působností ve více krajích zahrnovalo ve své územní působnosti Hlavní město Praha a Středočeský kraj. Kromě 9 domovů pro osoby se zdravotním postižením s celorepublikovou působností zahrnovalo ve své působnosti území těchto krajů také dalších 8 (v Hlavním městě Praha), respektive 6 (ve Středočeském kraji) těchto služeb s působností v některém z těchto dvou krajů a současně v některém dalším kraji.

Ve všech dalších krajích se počet domovů pro osoby se zdravotním postižením s působností ve více krajích (ale ne ve všech) pohyboval od 1 do 3 těchto služeb.

### 8.13 Naplněnost pobytových sociálních služeb

V případě výše analyzovaných pobytových sociálních služeb, u kterých bylo možné vyjádřit jejich celkovou kapacitu, lze jednoduše postihnout i jejich naplněnost, resp. vztah mezi počtem míst (lůžek) a počtem uživatelů jednotlivých druhů pobytových sociálních služeb. V rámci kapitoly se dále podrobněji zaměříme i na údaje o počtu neuspokojených žádostí (ty jsou evidovány i v případě ambulantních sociálních služeb), resp. na to, jaký je poměr mezi počtem (uspokojených) uživatelů a počtem neuspokojených žádostí. Na základě této analýzy lze následně vyvodit základní bilanční vztah mezi nabídkou a poptávkou, a to i v územním členění podle krajů.

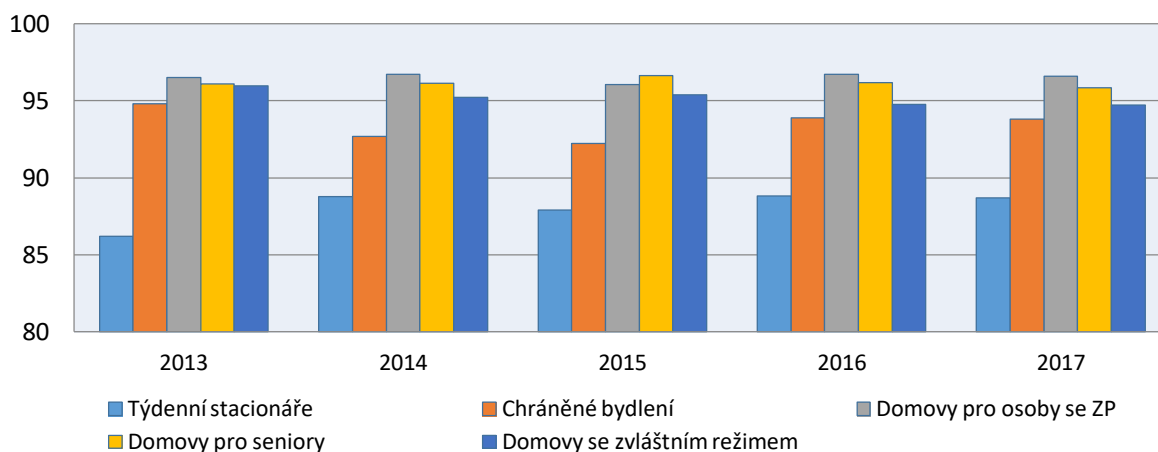
V rámci ČR jsou kapacity zařízení poskytující pobytové sociální služby téměř zcela naplněny. Jak vyplývá z údajů uvedených v tabulce níže, tak v roce 2017 byla nejvyšší naplněnost zaznamenána v případě domovů pro osoby se zdravotním postižením (96,6 %) a u domovů pro seniory (95,9 %). Naopak relativně nejdostupnější byly kapacity v týdenních stacionářích (88,7 %). Z grafu níže je zřejmé, že míra naplněnosti pobytových zařízení sociálních služeb byla v období 2013-2017 stabilní a bez významných změn.

#### Naplněnost vybraných druhů pobytových zařízení sociálních služeb v ČR (v %, 2017)

Druh sociální služby	počet lůžek (kapacita)	počet uživatelů	naplněnost (v %)
Domovy pro seniory	37 037	35 501	95,9
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	12 231	11 815	96,6
Domovy se zvláštním režimem	18 853	17 856	94,7
Týdenní stacionáře	868	770	88,7
Chráněné bydlení	4 014	3 766	93,8

Zdroj: MPSV

#### Vývoj naplněnosti vybraných druhů pobytových zařízení sociálních služeb (v %, 2013-2017)



Zdroj: ČSÚ (MPSV)

Níže uvedené kartogramy zachycují míru naplněnosti kapacit námi sledovaných pobytových zařízení sociálních služeb v roce 2017 podle jednotlivých krajů.

Z kartogramu, který znázorňuje naplněnost kapacit domovů pro seniory, je zřejmé že v 10 ze 14 krajů převyšuje míra naplněnosti 95 %, což fakticky odpovídá plné obsazenosti. Karlovarský kraj



představoval jediný region, kde se naplněnost kapacit domovů pro seniory pohybovala v roce 2017 pod úrovní 90 % (dosahovala 89 %).

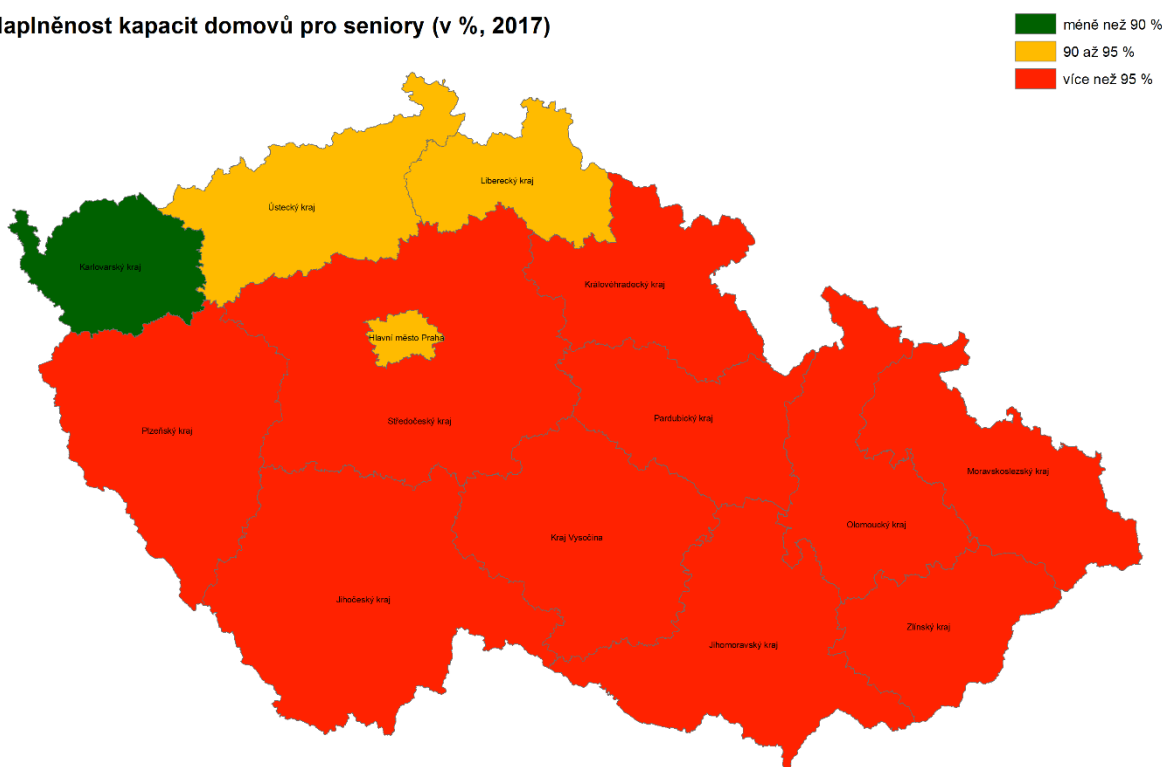
V případě domovů pro osoby se zdravotním postižením nebyl identifikován žádný kraj, ve kterém by se naplněnost pohybovala pod úrovní 90 %. Nejnižší naplněnost kapacit byla v roce 2017 v Jihočeském kraji, ta ale dosahovala 93,3 %. V 10 krajích byla míra naplněnosti vyšší než 95 % (viz kartogram níže).

Z hlediska dostupných kapacit v rámci domovů se zvláštním režimem byla situace nejpříznivější ve Středočeském kraji a Hl. m. Prahy, kde míra naplněnosti dosahovala 88, resp. 89 %. Více než 95 % kapacit bylo obsazeno v rámci 9 krajů (viz kartogram níže).

Týdenní stacionáře představují v rámci sledovaných druhů pobytových sociálních služeb zařízení, v rámci kterých jsou volné kapacity napříč kraji nejdostupnější. V rámci 7 krajů je naplněnost nižší než 90 %, přičemž v Královéhradeckém kraji dosahovala jen 56 %, ve Zlínském kraji 70 % a v Olomouckém kraji 75 %. Naopak pouze v případě Plzeňského kraje můžeme konstatovat fakticky plnou naplněnost kapacit týdenních stacionářů (viz kartogram níže).

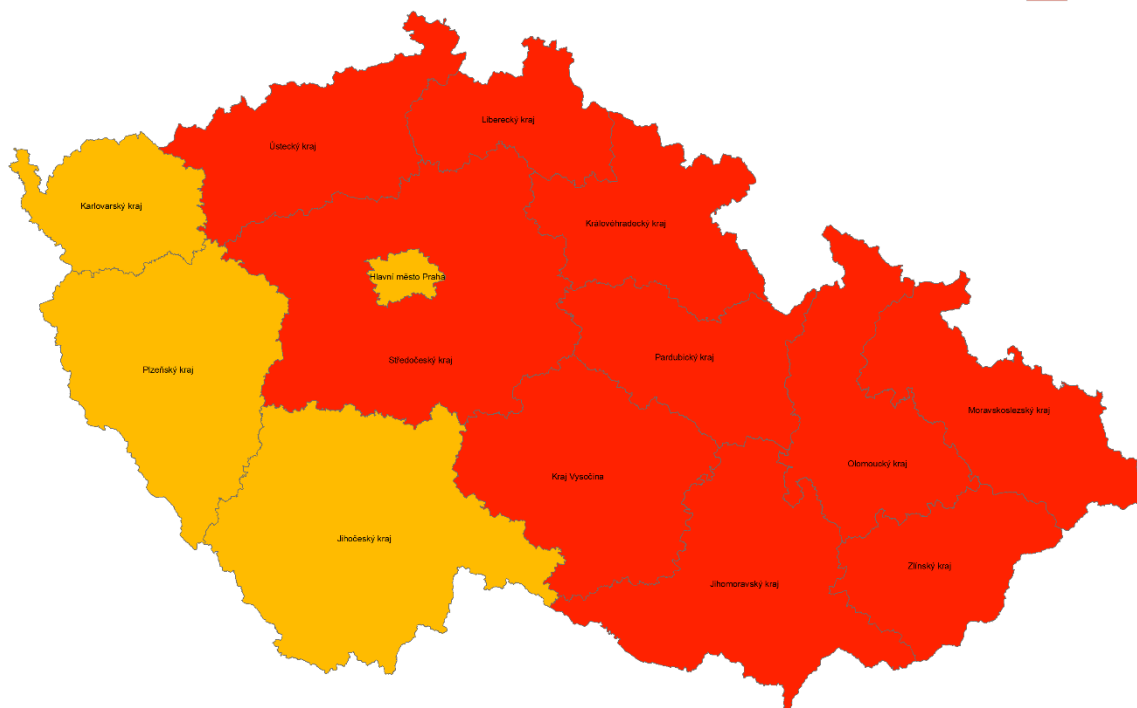
Kartogram níže znázorňuje naplněnost kapacit chráněného bydlení v roce 2017, která oscilovala od 86 % v Karlovarském kraji až po 99 % v rámci Kraje Vysočina. Naplněnost přes 95 % byla identifikována celkem v 6 krajích.

**Naplněnost kapacit domovů pro seniory (v %, 2017)**



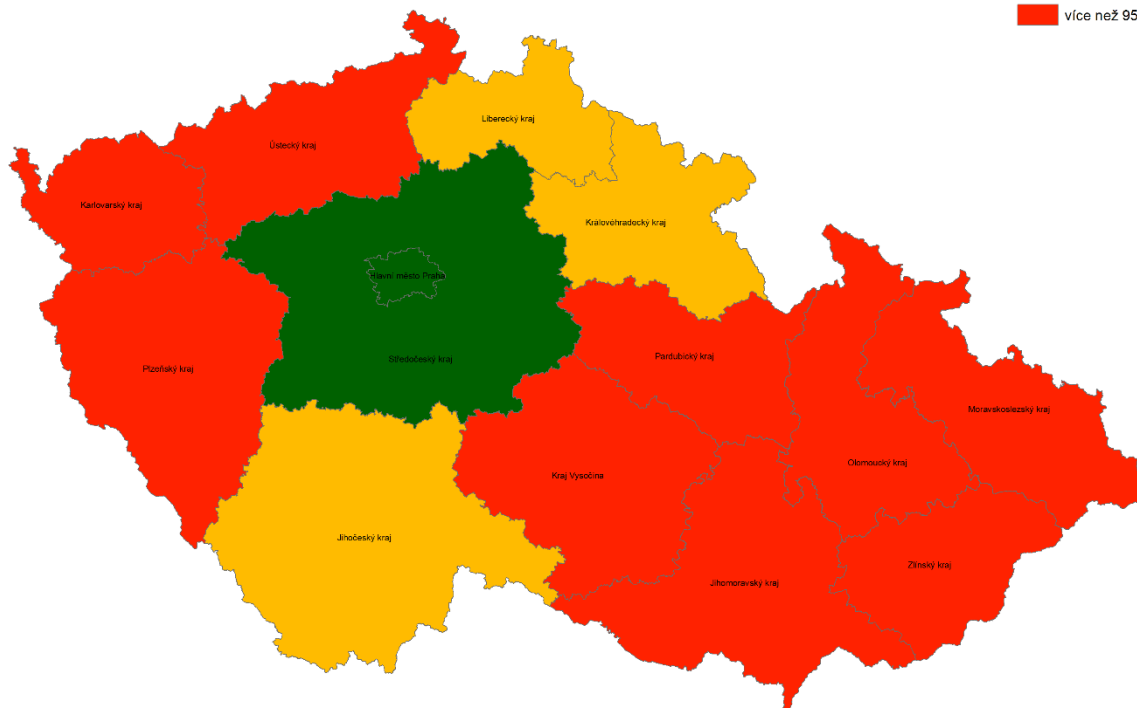
Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### Naplněnost kapacit domovů pro osoby se zdravotním postižením (v %, 2017)



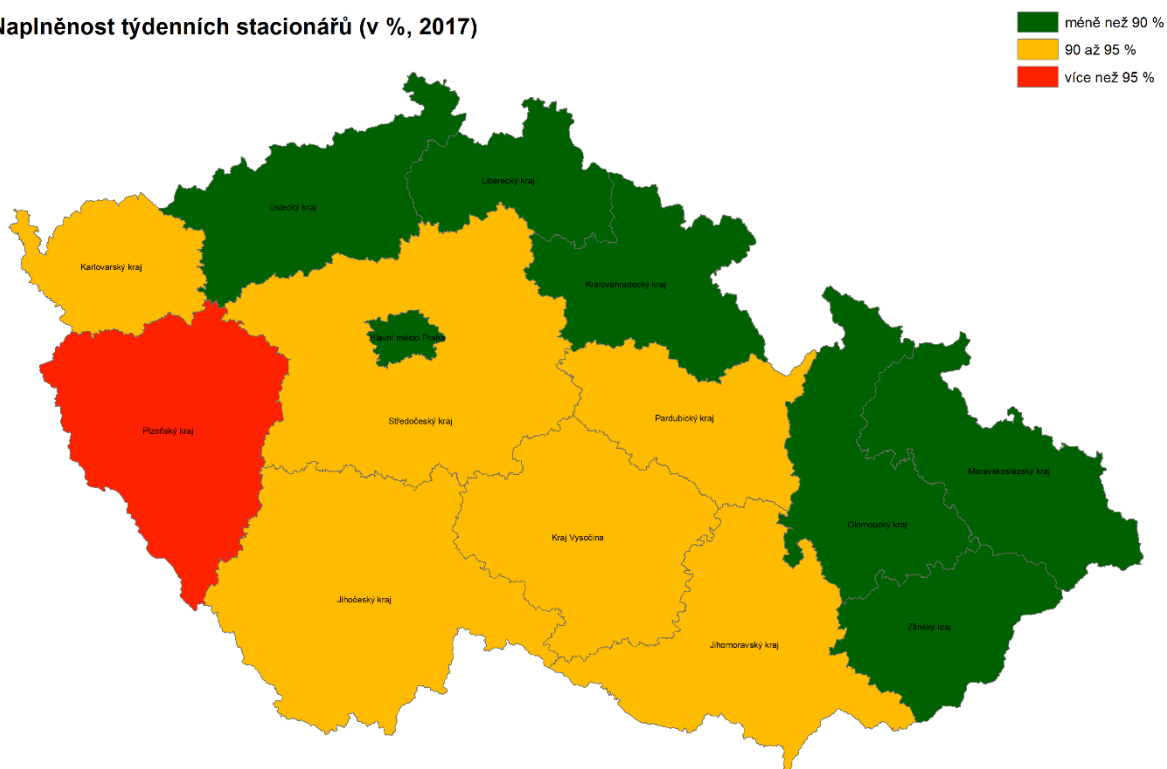
Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### Naplněnost kapacit domovů se zvláštním režimem (v %, 2017)



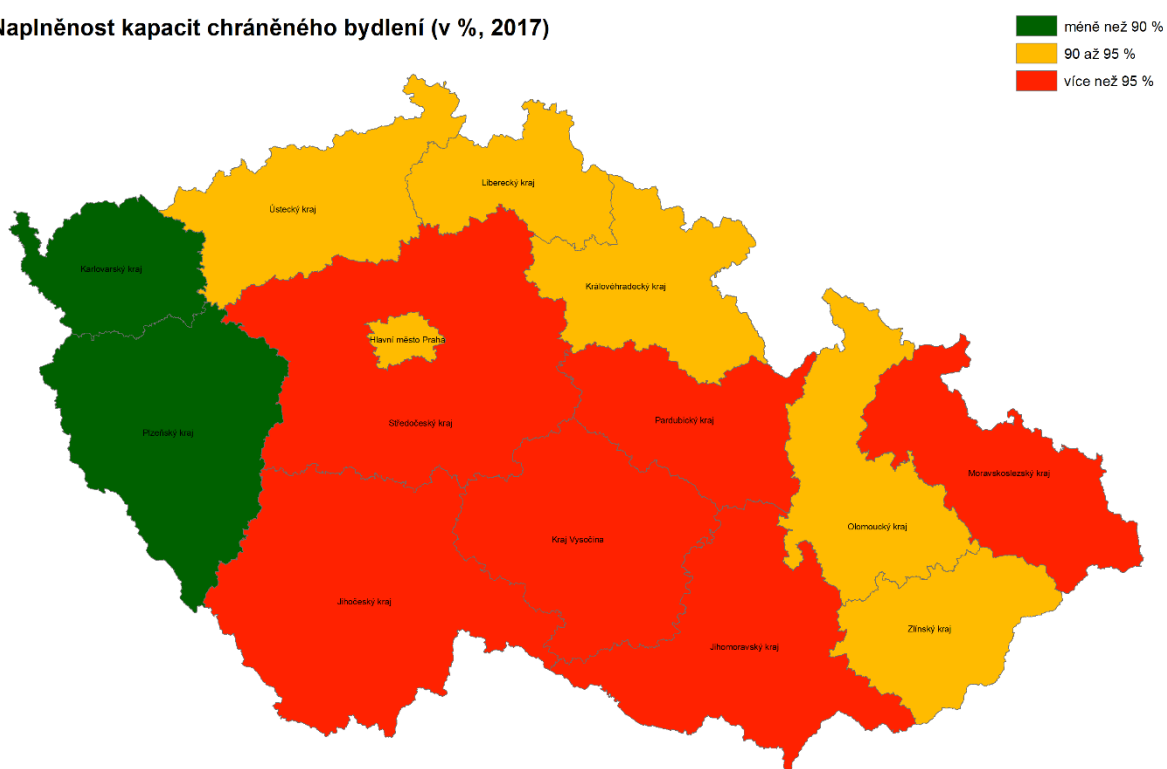
Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### Naplněnost týdenních stacionářů (v %, 2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### Naplněnost kapacit chráněného bydlení (v %, 2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 8.14 Neuspokojené žádosti ve vztahu k počtu uživatelů vybraných sociálních služeb

Z předchozí analýzy sice jednoznačně vyplynulo, že naplněnost sledovaných pobytových sociálních služeb je značná a ve většině případů se přibližuje hranici 100 %. Výše prezentované údaje nám nicméně nenapověděly nic o tom, jak velká část poptávky zůstává z kapacitních důvodů neuspokojena. Proto se v této kapitole blíže zaměříme na veřejně dostupné statistické údaje, které postihují počet neuspokojených (zamítnutých) žádostí o poskytnutí konkrétní sociální služby.

Počet neuspokojených žádostí MPSV sleduje i v případě ambulantních sociálních služeb. Z tabulky níže je patrné, že v rámci sledovaných ambulantních služeb byl sice absolutně nejvyšší počet neuspokojených žádostí evidován v roce 2017 u pečovatelských služeb (5 171), vzhledem k celkovému vysokému počtu uživatelů, který převyšoval 100 tisíc, byl nicméně počet neuspokojených žadatelů relativně nízký. To se již nedá říci v případě odlehčovacích služeb, v jejichž případě bylo v roce 2017 evidováno 5 674 (uspokojených) uživatelů 2 635 neuspokojených žádostí. Neuspokojené žádosti vyjádřené jako podíl na celkovém počtu uživatelů tak tedy dosahovaly hodnoty 46,4 %. Z tabulky níže nicméně vyplývá, že u ostatních druhů ambulantních sociálních služeb byl tento podíl řádově nižší.

Výrazně jiná situace však panuje v rámci sledovaných pobytových sociálních služeb, kde v některých případech počet neuspokojených žádostí dokonce převyšuje počet umístěných uživatelů (viz tabulka níže). To je ale do značné míry dáno i tím, že jedna osoba může podat více žádostí najednou.

### Počet neuspokojených žádostí vůči celkovému počtu uživatelů vybraných ambulantních a pobytových sociálních služeb v roce 2017

Druh sociální služby	Počet uživatelů	Počet neuspokojených žádostí	Neuspokojené žádosti vyjádřené jako podíl na celkovém počtu uživatelů (v %)
<b>Ambulantní sociální služby</b>			
Pečovatelské služby	100 679	5 171	5,1
Služby osobní asistence	8 743	1 403	16,0
Odlehčovací služby	5 674	2 635	46,4
Služby tísňové péče	3 008	0	0,0
Sociálně aktivizační služby	58 093	-	-
Sociální poradny	284 016	2 280	0,8
Denní stacionáře	6 323	191	3,0
<b>Pobytové sociální služby</b>			
Domovy pro seniory	35 501	61 013	171,9
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	11 815	2 716	23,0
Domovy se zvláštním režimem	17 856	22 348	125,2
Týdenní stacionáře	770	137	17,8
Chráněné bydlení	3 766	2 315	61,5

Zdroj: MPSV, vlastní výpočty

Ze všech druhů sledovaných sociálních služeb byl v roce 2017 evidován největší přetlak neuspokojených žádostí nad počtem uspokojených uživatelů v případě domovů pro seniory. U této pobytové sociální služby bylo v roce 2017 evidováno celkem 61 013 neuspokojených žádostí, přičemž počet uživatelů domovů pro seniory dosahoval v rámci ČR jen 35 501. Počet neuspokojených žádostí převyšoval počet uživatelů rovněž v případě domovů se zvláštním režimem. Kapacitní dostupnost

těchto dvou vyjmenovaných pobytových sociálních služeb lze hodnotit jako velmi špatnou, což částečně platí i o zařízeních chráněného bydlení, v rámci kterých bylo v roce 2017 odmítnuto 2 315 žádostí při 3 766 umístěných uživatelích (viz tabulka výše).

Níže uvedené kartogramy ilustrují mezikrajské rozdíly z hlediska poměru neuspokojených žádostí vůči celkovému počtu (uspokojených) uživatelů vybraných ambulantních a pobytových sociálních služeb. Je nutné věnovat náležitou pozornost podílovým hodnotám uvedeným v legendě, které se v rámci jednotlivých kartogramů výrazně liší, a to v závislosti na kapacitní dostupnosti konkrétní sociální služby.

Z kartogramu vyplývá, že dostupnost pečovatelských služeb je napříč kraji poměrně dobrá. Pouze v krajích Karlovarském (12,9 %), Zlínském (12,1 %), Plzeňském (11,9 %) a v Kraji Vysočina (10,3 %) převyšoval podíl neuspokojených žádostí na celkovém počtu uživatelů hranici 10 %. V Ústeckém a Středočeském kraji dokonce nepřevyšovala hodnota tohoto podílu 1 %.

#### Pečovatelské služby:

neuspokojené žádosti vyjádřené jako podíl na celkovém počtu uživatelů (v %, 2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

Dostupnost služeb osobní asistence se v rámci krajů ČR liší přeci jenom významněji. Zatímco v Ústeckém či Plzeňském kraji nepřevyšoval podíl neuspokojených žádostí na celkovém počtu uživatelů 1 %, tak v Libereckém a Jihočeském kraji dosahoval 35, resp. 32 % (viz kartogram níže).

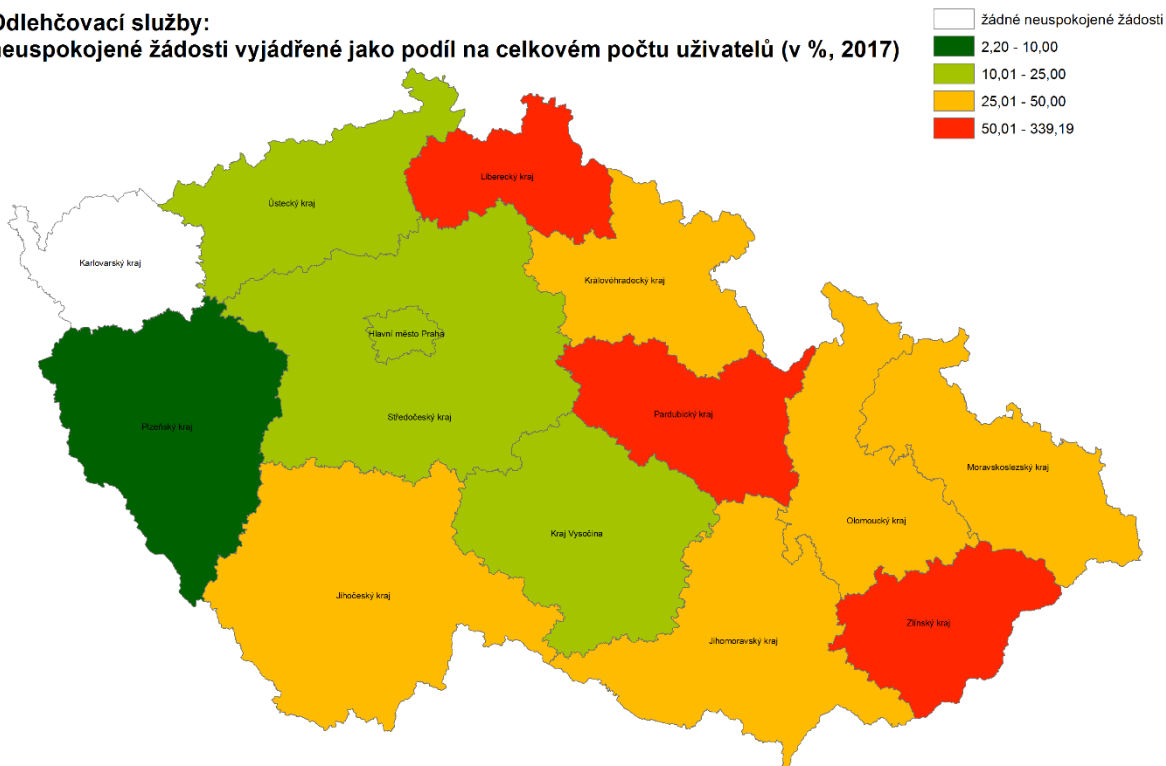
Diametrálně se v rámci jednotlivých krajů odlišuje podíl neuspokojených žádostí na celkovém počtu uživatelů v případě odlehčovacích služeb. V Plzeňském kraji, kde bylo možné vyhovět prakticky všem žadatelům, dosahoval tento podíl jen 2,2 %. Na druhé straně, ve Zlínském (339 %), Libereckém (298 %) a Pardubickém kraji lze hodnotit dostupnost odlehčovacích služeb jako velmi špatnou. V Karlovarském kraji dokonce nabídka odlehčovacích služeb zcela abscentuje (viz kartogram níže).

**Služby osobní asistence:**  
**neuspokojené žádosti vyjádřené jako podíl na celkovém počtu uživatelů (v %, 2017)**



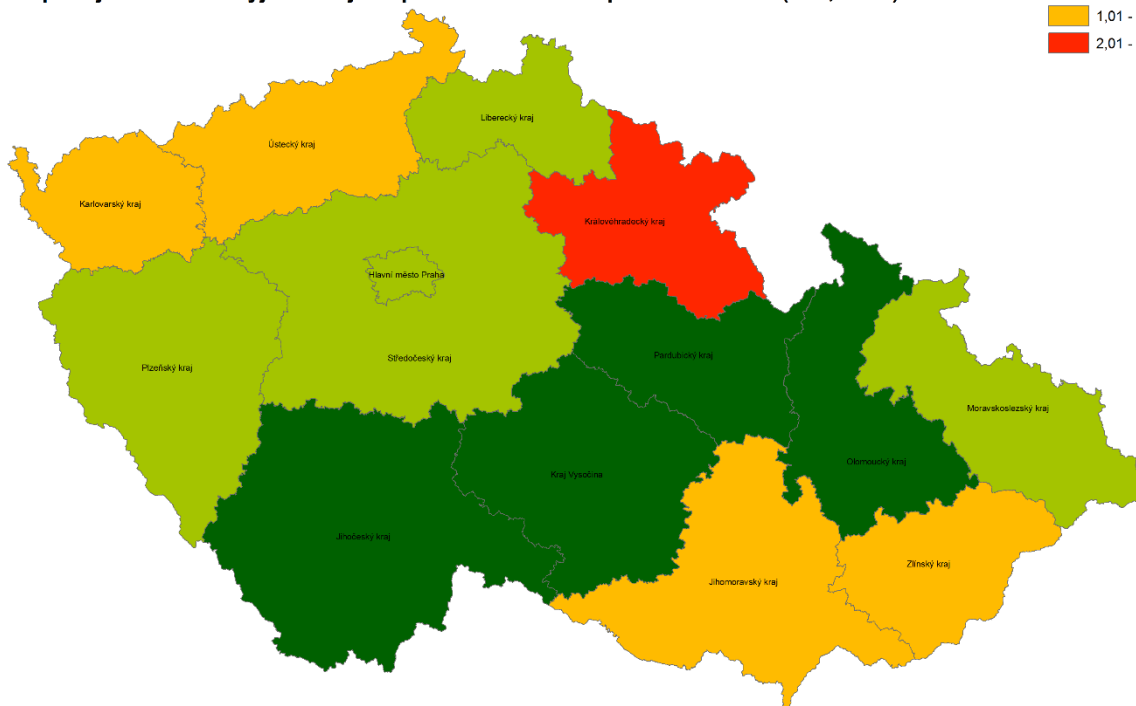
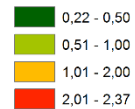
Zdroj dat: MPSV 2018,  
 ©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

**Odlehčovací služby:**  
**neuspokojené žádosti vyjádřené jako podíl na celkovém počtu uživatelů (v %, 2017)**



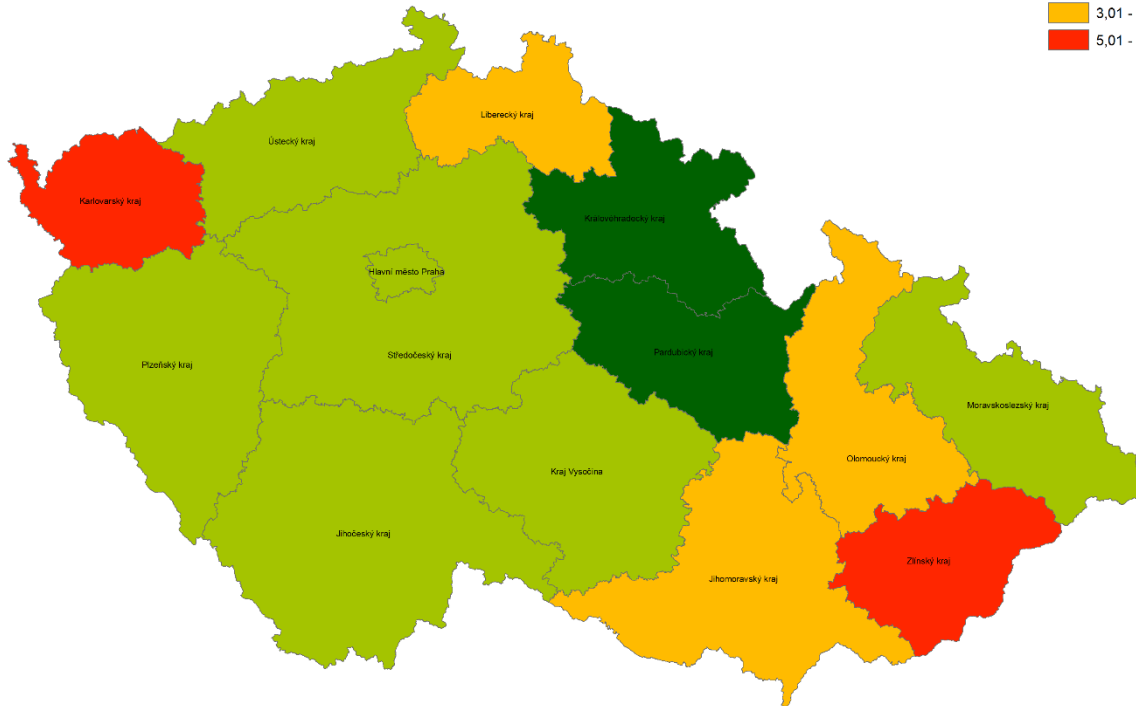
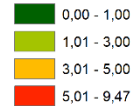
Zdroj dat: MPSV 2018,  
 ©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

**Sociální poradenství:**  
neuspokojené žádosti vyjádřené jako podíl na celkovém počtu uživatelů (v %, 2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

**Denní stacionáře:**  
neuspokojené žádosti vyjádřené jako podíl na celkovém počtu uživatelů (v %, 2017)



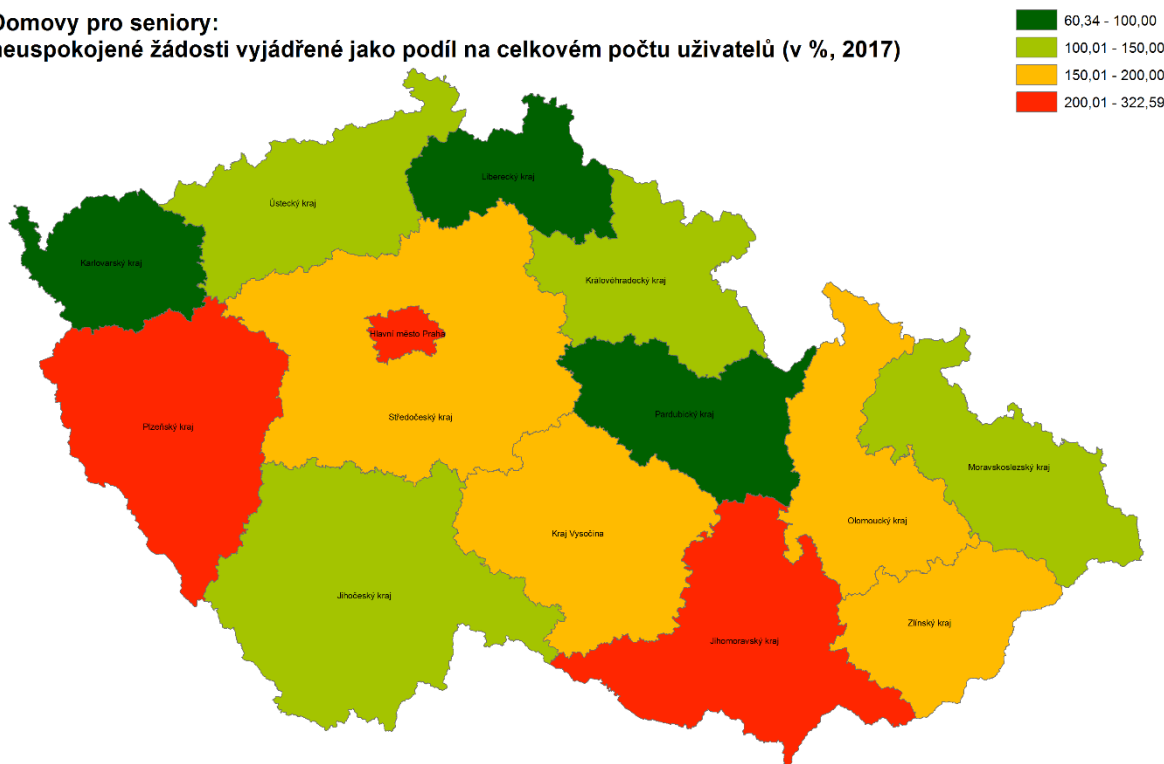
Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

V případě sociálního poradenství je podíl neuspokojené poptávky nízký a s tím souvisejí i víceméně zanedbatelné rozdíly mezi jednotlivými kraji, které zachycuje výše uvedený kartogram. Z něj je zřejmé, že pouze v Královéhradeckém kraji převyšoval v roce 2017 podíl neuspokojených žádostí na celkovém počtu uživatelů sociálních poraden 2 %.

Příliš vysoký převis neuspokojených žadatelů nad uspokojenými uživateli nebyl na základě dat MPSV patrný u sociálních služeb, které poskytují denní stacionáře. V Pardubickém kraji bylo možné v roce 2017 vyhovět dokonce úplně všem žadatelům. Relativně nejhorší situace byla ve Zlínském kraji, kde podíl neuspokojených žádostí na celkovém počtu uživatelů dosahoval 9,5 % (viz kartogram výše).

Jak již bylo uvedeno, domovy pro seniory představují pobytovou sociální službu, v případě které byl v roce 2017 zaznamenán vůbec nejvyšší počet neuspokojených žádostí vůči počtu uspokojených uživatelů. Tuto skutečnost odráží i kartogram níže, ze kterého je patrné, že pouze ve třech krajích (konkrétně v Karlovarském, Pardubickém a Libereckém) nepřevyšoval počet neuspokojených žádostí celkový počet uživatelů domovů pro seniory, jež byl evidován v roce 2017. Naopak nejkritičtější byla situace v Hl. m. Praze, kde podíl neuspokojených žádostí na celkovém počtu uživatelů činil 323 %. Z tohoto pohledu byla velmi špatná situace i v Plzeňském kraji (282 %), v Jihomoravském kraji (271 %) a v celé řadě dalších krajů.

**Domovy pro seniory:  
neuspokojené žádosti vyjádřené jako podíl na celkovém počtu uživatelů (v %, 2017)**

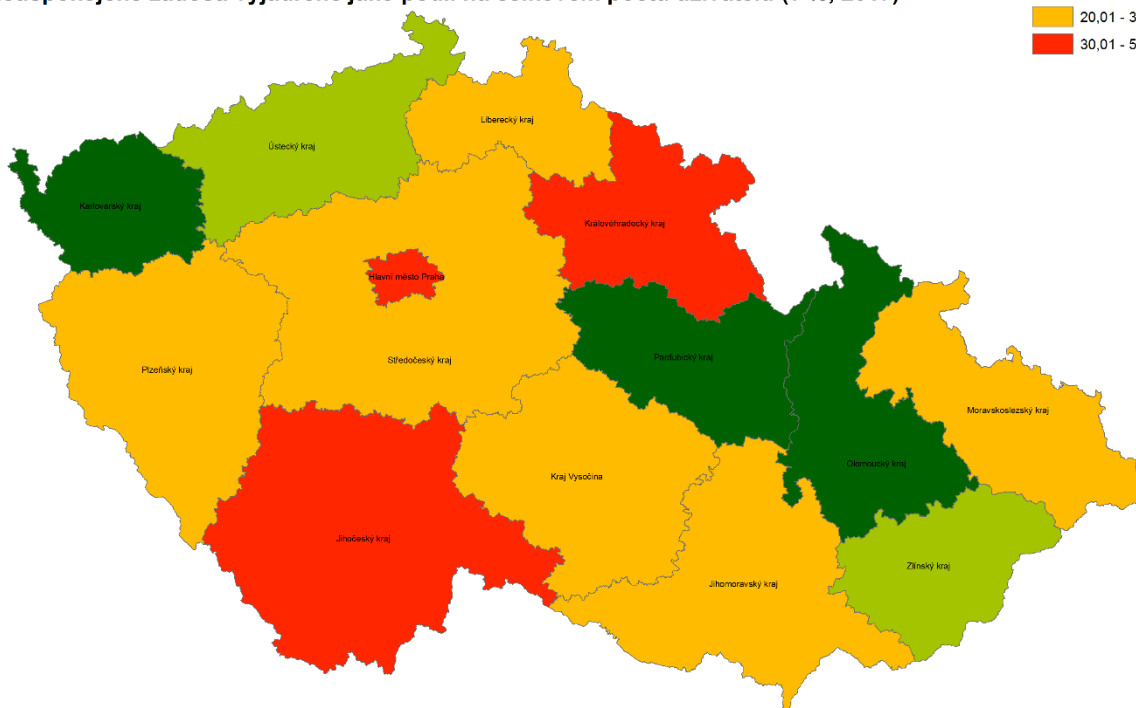
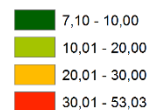


Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

Oproti domovům pro seniory jsou kapacity v domovech pro osoby se zdravotním postižením v rámci jednotlivých krajů dosažitelnější. Ve všech krajích byl počet uspokojených uživatelů vyšší než počet neuspokojených žádostí, přičemž nejlepší z tohoto pohledu byla situace v krajích Pardubickém, Olomouckém a Karlovarském, kde podíl neuspokojených žádostí na celkovém počtu uživatelů nepřevyšoval 10 %. Naopak v Jihočeském kraji dosahoval tento podíl 53 % a šance na umístění do některého z domovů pro osoby se zdravotním postižením zde byla relativně nižší (viz kartogram níže).

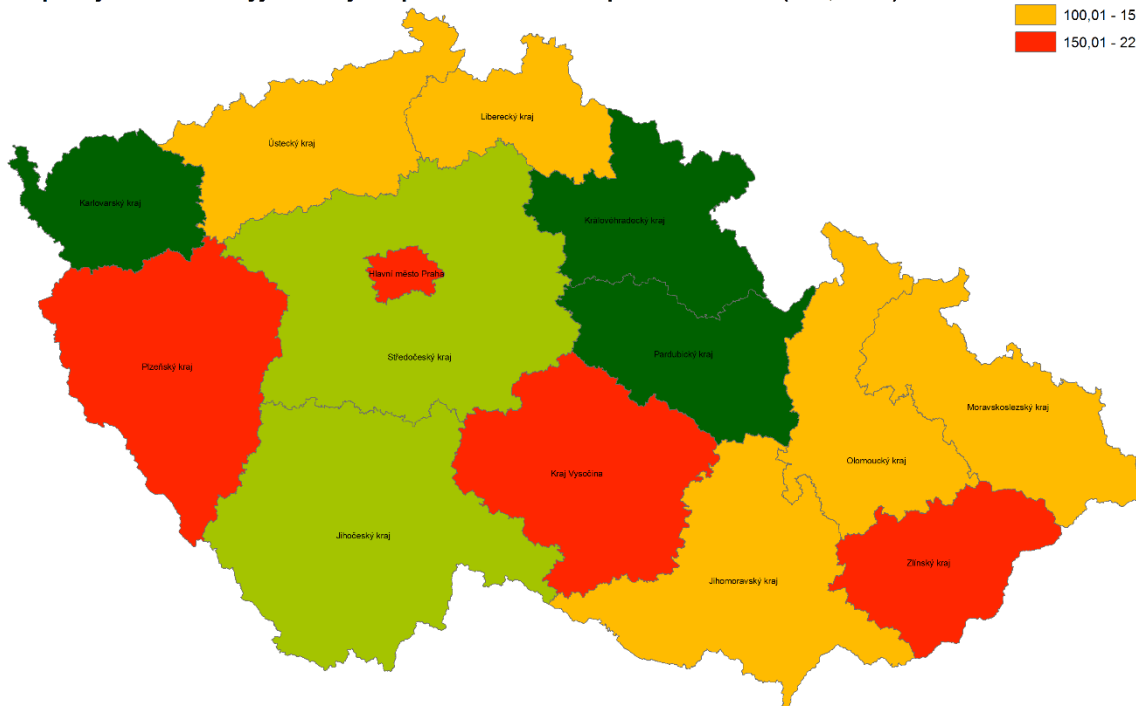
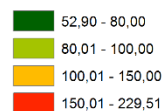


**Domovy pro osoby se zdravotním postižením:  
neuspokojené žádosti vyjádřené jako podíl na celkovém počtu uživatelů (v %, 2017)**



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

**Domovy se zvláštním režimem:  
neuspokojené žádosti vyjádřené jako podíl na celkovém počtu uživatelů (v %, 2017)**



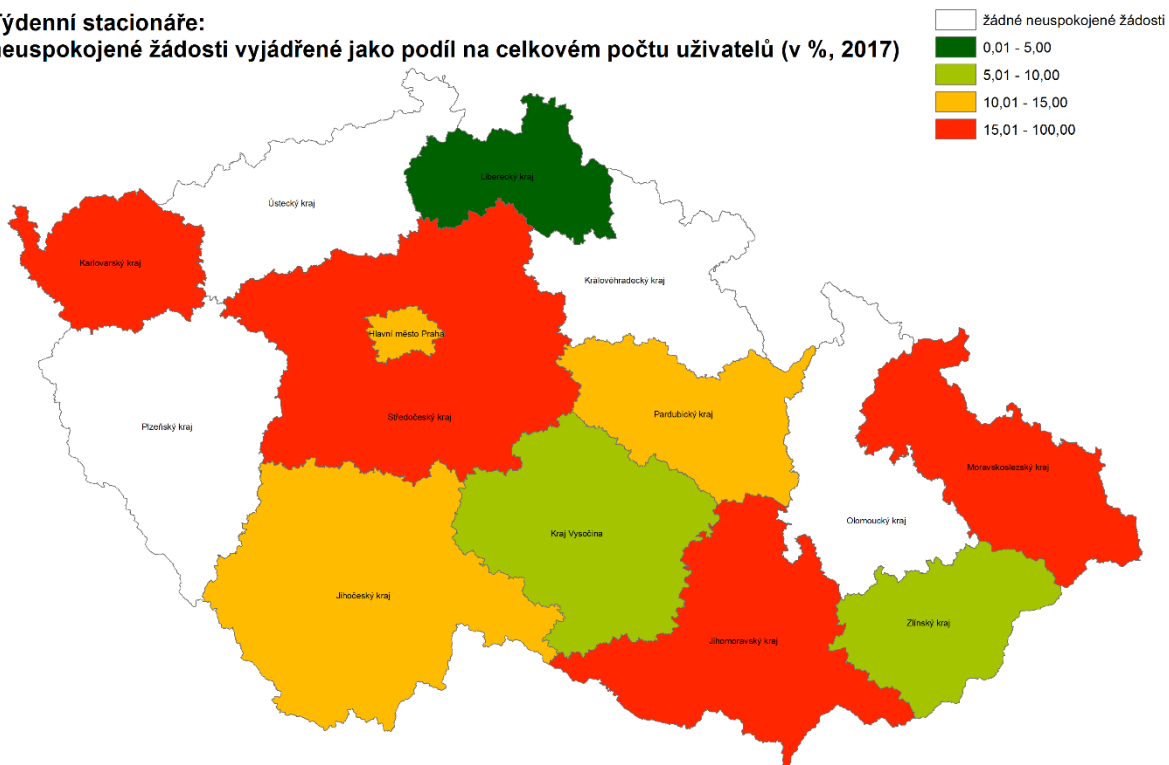
Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

Z výše uvedeného kartogramu vyplývá, že celkem v 9 krajích byl počet neuspokojených žádostí o umístění do domovů se zvláštním režimem vyšší než počet uspokojených uživatelů, což implikuje

značně problematickou kapacitní dostupnost této pobytové sociální služby. Vůbec nejhorší byla z tohoto pohledu situace v Hl. m. Praze a v Plzeňském kraji, kde v roce 2017 dosahoval podíl neuspokojených žádostí na celkovém počtu uživatelů 230, resp. 206 % (viz kartogram výše).

V případě týdenních stacionářů se v roce 2017 podařilo plně uspokojit poptávku v Plzeňském, Ústeckém, Královéhradeckém a Olomouckém kraji, ve kterých MPSV neevidovalo ani jednu neuspokojenou žádost. Naopak nejhorší situace byla v Karlovarském kraji, kde se počet neuspokojených žádostí vyrovnal celkovému počtu uživatelů (viz kartogram níže).

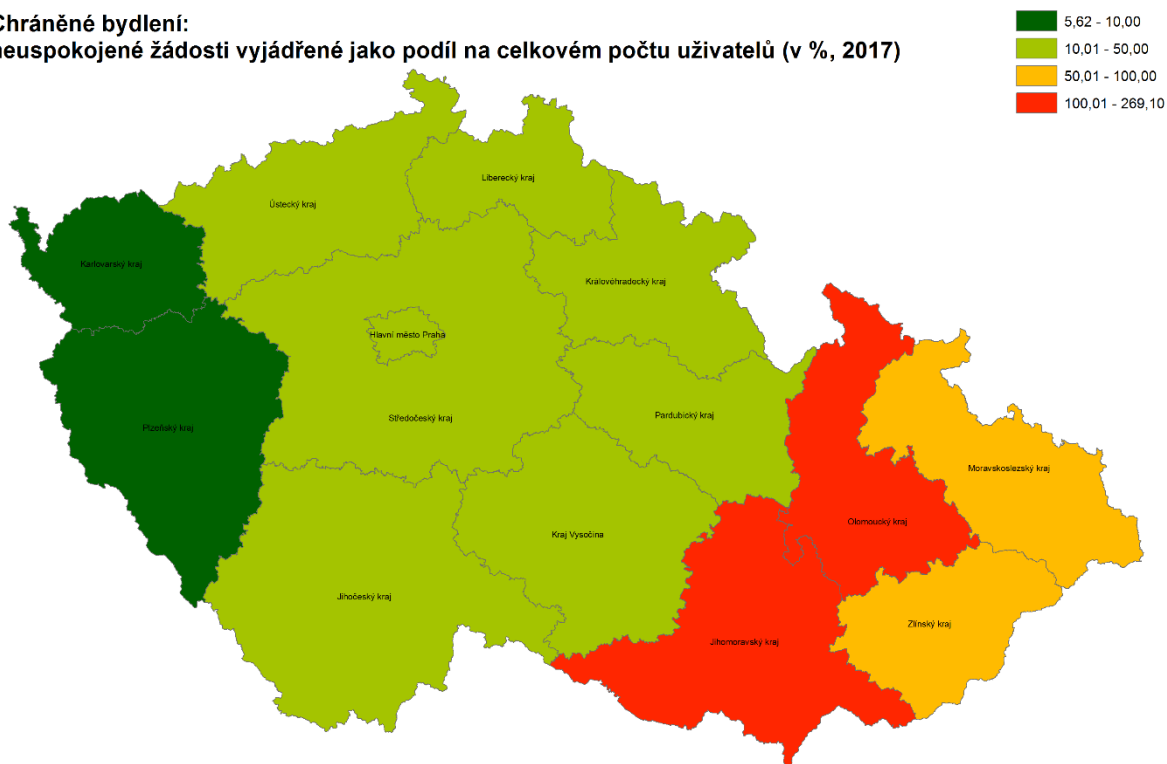
**Týdenní stacionáře:  
neuspokojené žádosti vyjádřené jako podíl na celkovém počtu uživatelů (v %, 2017)**



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

Kartogram níže ilustruje, jak se v rámci jednotlivých krajů v roce 2017 odlišoval podíl neuspokojených žádostí na celkovém počtu uživatelů chráněného bydlení. Z kartogramu je patrné, že lépe se dařilo uspokojovat poptávku po chráněném bydlení v Čechách než na Moravě a ve Slezsku. Zcela nejhorší dostupnost této pobytové sociální služby byla evidována v Olomouckém kraji, kde podíl neuspokojených žádostí na celkovém počtu uživatelů dosahoval 269,1 %. V Jihomoravském kraji, který z tohoto hlediska obsadil v roce 2017 druhou nehorší pozici, byl podíl neuspokojených žádostí a uspokojených uživatelů zhruba vyrovnaný (100,3 %).

### Chráněné bydlení: neuspokojené žádosti vyjádřené jako podíl na celkovém počtu uživatelů (v %, 2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 9. Poskytovatelé dlouhodobé péče ve zdravotnictví

Poskytovatelé zdravotních služeb (viz vymezení jednotlivých druhů zdravotnických zařízení v příloze) jsou v kompetenci krajských úřadů povinně evidováni prostřednictvím Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS). V NRPZS jsou zdravotnická zařízení PZS kategorizována na základě charakteristik druhu poskytované péče. Popis a metodika Národního registru zdravotních služeb je k dispozici na stránkách ÚZIS ČR.<sup>38</sup>

Vývoj poskytovatelů zdravotních služeb během posledních pěti let poukazuje na nárůst počtu hospiců o dvě zařízení a nemocnic následné péče o pět zařízení. Zdánlivý výrazný pokles počtu LDN v roce 2016 způsobila administrativní změna vykazování, kdy 38 zdravotnických zařízení vykazovaných pod poskytovatelem typu nemocnice jako samostatné zpravodajské jednotky bylo pod tyto nemocnice začleněno na úroveň oddělení následné péče. Pro srovnání níže uvedená tabulka kromě lůžkových zdravotnických zařízení také obsahuje zařízení, která poskytují dlouhodobou péči. Zcela zásadní úlohu mají pro tuto oblast péče zařízení domácí zdravotní péče (DZP), která umožňuje poskytovat zdravotní péči v domácím prostředí. Počet poskytovatelů DZP za posledních pět let vzrostl o více než čtvrtinu, tj. o 130 poskytovatelů. Mezi poskytovatele dlouhodobé péče lze zařadit také zařízení pro léčbu drogově závislých, jejichž počet vzrostl více než dvojnásobně. Naopak poklesl počet dětských domovů pro děti do tří let, které s ohledem na věk dětí poskytují také odbornou zdravotní péči a patří mezi zdravotnická zařízení. Pro účely potřeb domácí péče je pozitivním jevem 10 % nárůst počtu výdejen zdravotnických prostředků.

<sup>38</sup> Viz <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nrpzs>

## Vývoj poskytovatelů následné a dlouhodobé zdravotnické péče a služeb v ČR, 2013 - 2017

Druh poskytovatele	2013	2014	2015	2016	2017
101 - Fakultní nemocnice	10	10	10	10	10
102 - Nemocnice	146	145	145	142	146
105 - Nemocnice následné péče	32	34	32	37	37
110 - Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)	73	73	75	*37	35
111 - Léčebna tuberkul. a respir. nemocí (TRN)	8	8	8	8	8
112 - Psychiatrická léčebna	18	18	18	18	18
113 - Rehabilitační ústav	6	6	6	6	6
119 - Ostatní odborné léčebné ústavy	14	15	15	15	11
180 - Hospic	16	17	17	18	18
350 - Domácí zdravotní péče	428	492	500	559	558
398 - Zařízení pro léčbu drogových závislostí	7	10	10	12	17
420 - Dětský domov pro děti do 3 let	31	32	30	27	26
521 - Výdejna zdravotnických prostředků	196	208	206	216	218

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS)

\*Od roku 2016 zahrnuto 38 LDN jako součást nemocnic.

Níže uvedená tabulka a následující kartogramy poukazují na dostupnost následné a dlouhodobé péče z hlediska počtu poskytovatelů v jednotlivých krajích ČR. Tyto počty však nezohledňují reálné kapacity, které je třeba vztahovat k počtu obyvatel spádové oblasti. Přesnější představu o kapacitách a dostupnosti péče pak poskytují počty lůžek a pracovníků těchto zařízení. Tyto údaje jsou uvedeny v kapitolách 10, 11, 13 a 14.

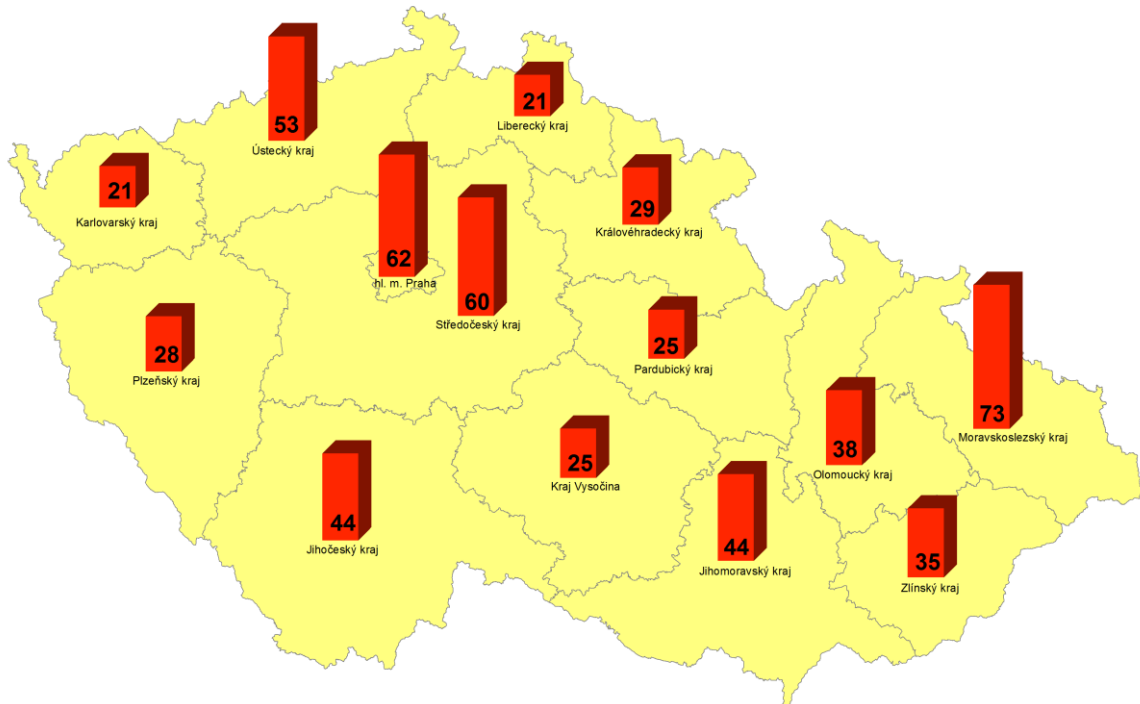
## Počet poskytovatelů následné a dlouhodobé zdravotnické péče v krajích ČR v roce 2017

Kraje ČR	Nemocnice akutní péče	LDN a nem. následné péče	Psychiatrické léčebny	Hospice	Ostatní OLÚ	Domácí zdravotní péče
Hlavní město Praha	21	14	1	2	3	62
Středočeský kraj	22	10	2	2	2	60
Jihočeský kraj	7	3	3	1	1	44
Plzeňský kraj	9	2	1	1	1	28
Karlovarský kraj	4	6	0	0	0	21
Ústecký kraj	11	8	2	2	0	53
Liberecký kraj	9	1	0	1	1	21
Královéhradecký kraj	8	5	1	1	2	29
Pardubický kraj	5	5	0	1	4	25
Kraj Vysočina	6	2	3	0	2	25
Jihomoravský kraj	21	3	1	2	0	44
Olomoucký kraj	8	4	2	1	3	38
Zlínský kraj	7	4	1	2	0	35
Moravskoslezský kraj	18	5	1	2	6	73
<b>ČR celkem</b>	<b>156</b>	<b>72</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>25</b>	<b>558</b>

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS)

## 9.1 Domácí zdravotní péče

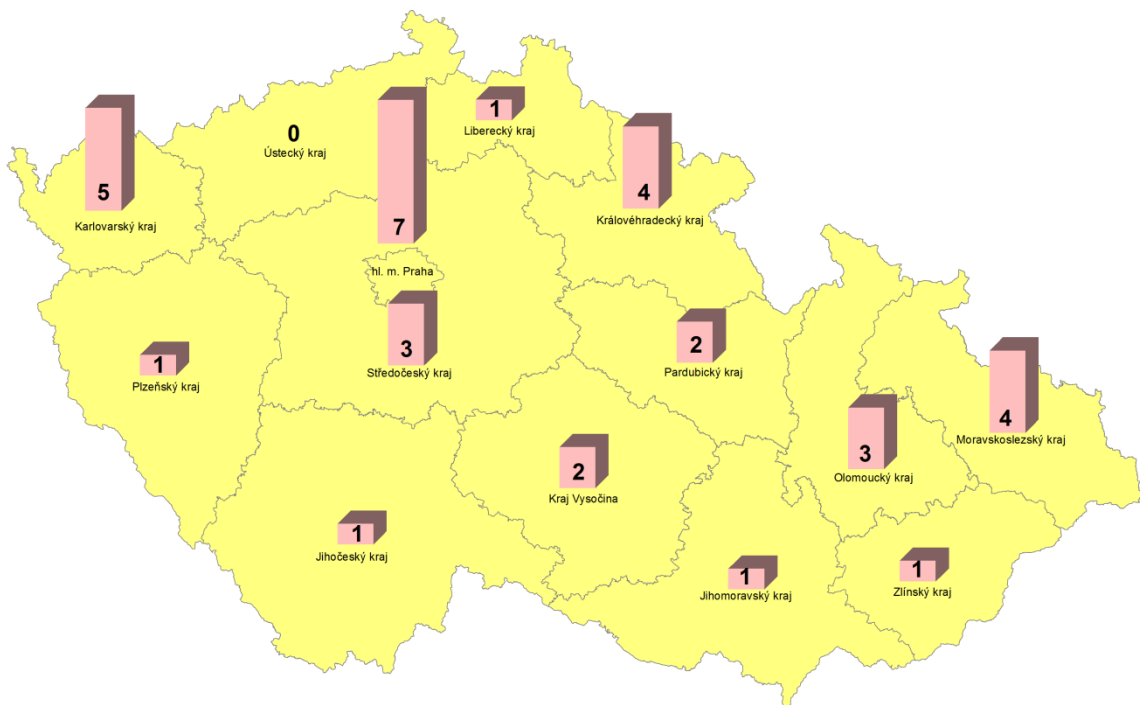
### Počet agentur domácí zdravotní péče (2017)



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcCR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 9.2 Léčebny dlouhodobě nemocných

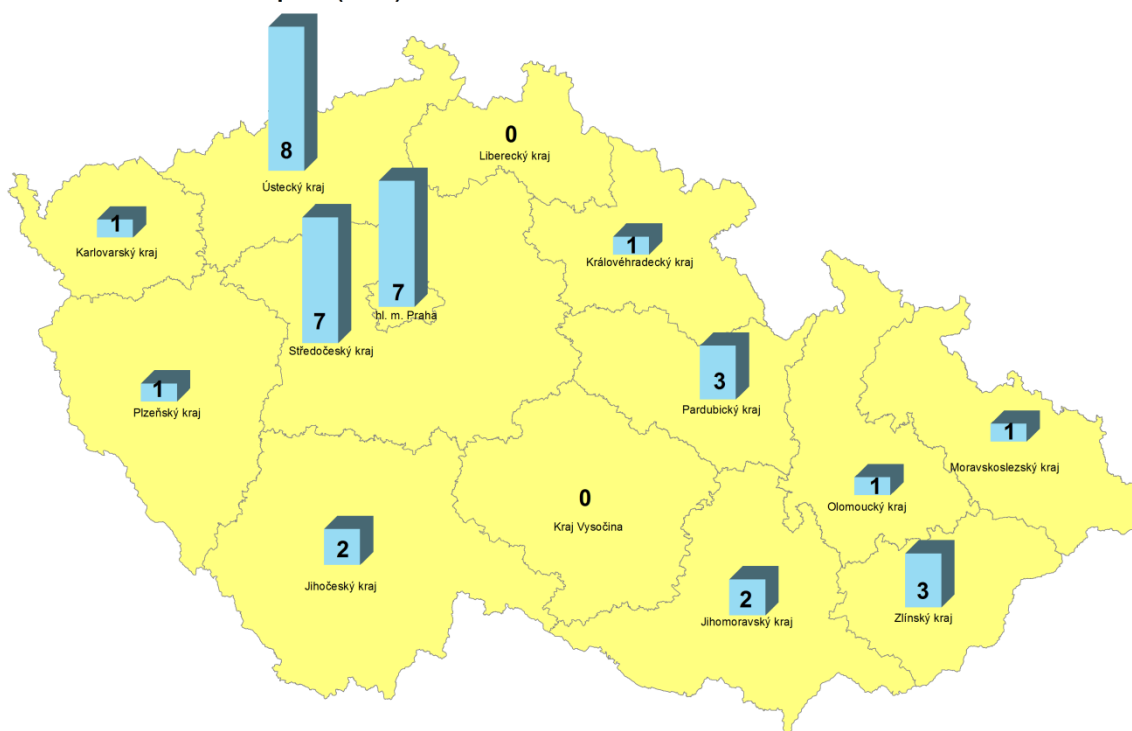
### Počet léčeben pro dlouhodobě nemocné (2017)



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcCR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 9.3 Nemocnice následné péče

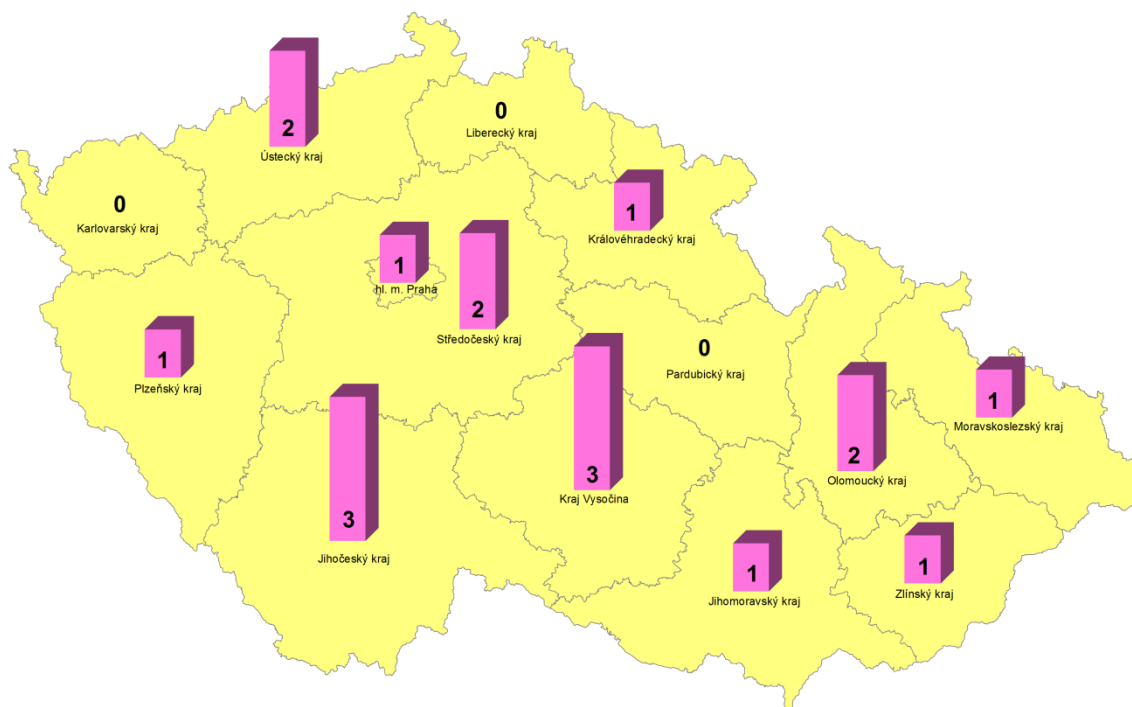
Počet nemocnic následné péče (2017)



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 9.4 Psychiatrické léčebny

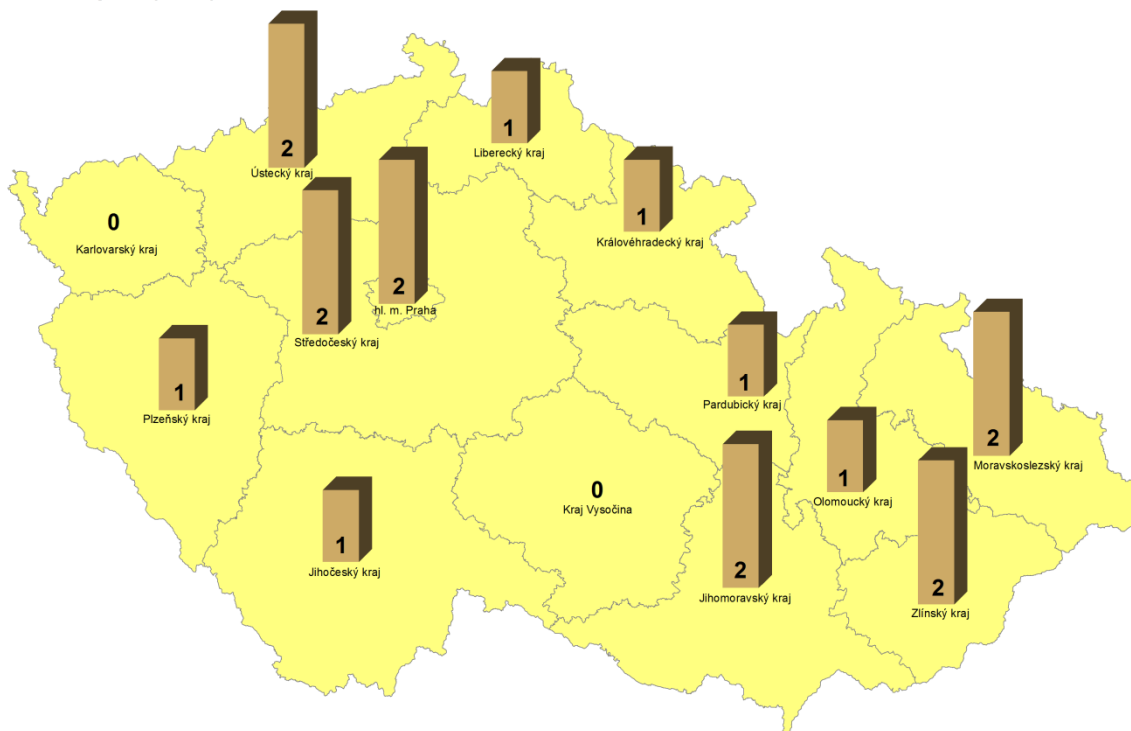
Počet psychiatrických léčeben (2017)



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 9.5 Hospice

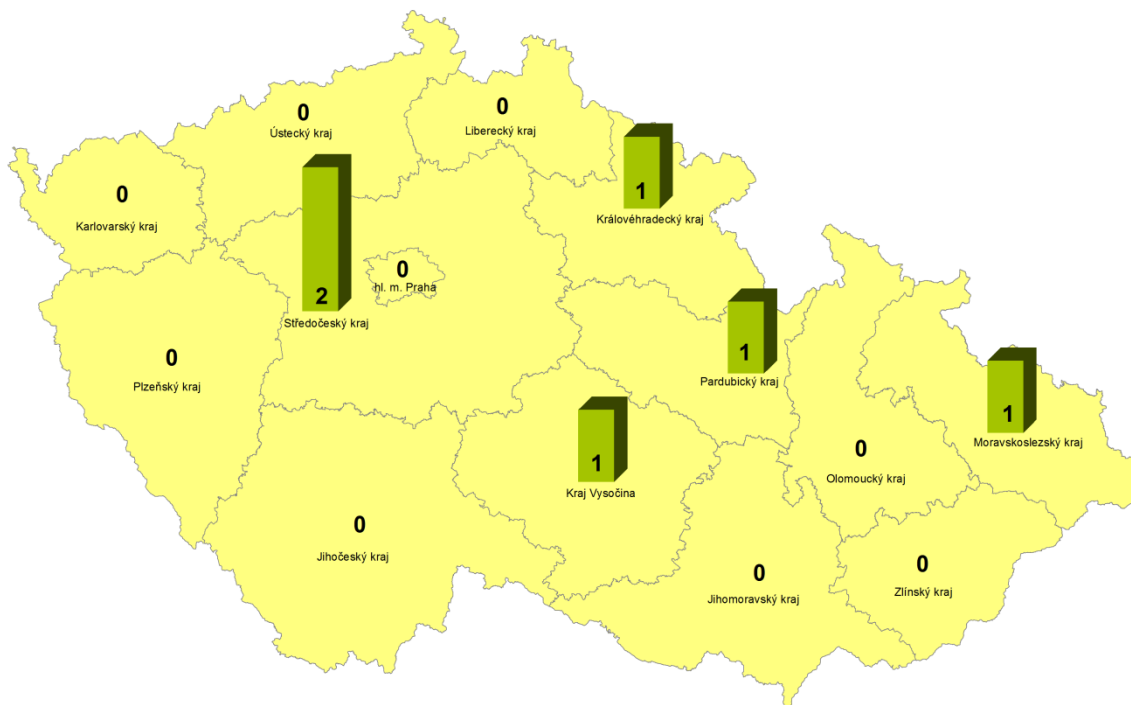
### Počet hospiců (2017)



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcCR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 9.6 Rehabilitační ústavy

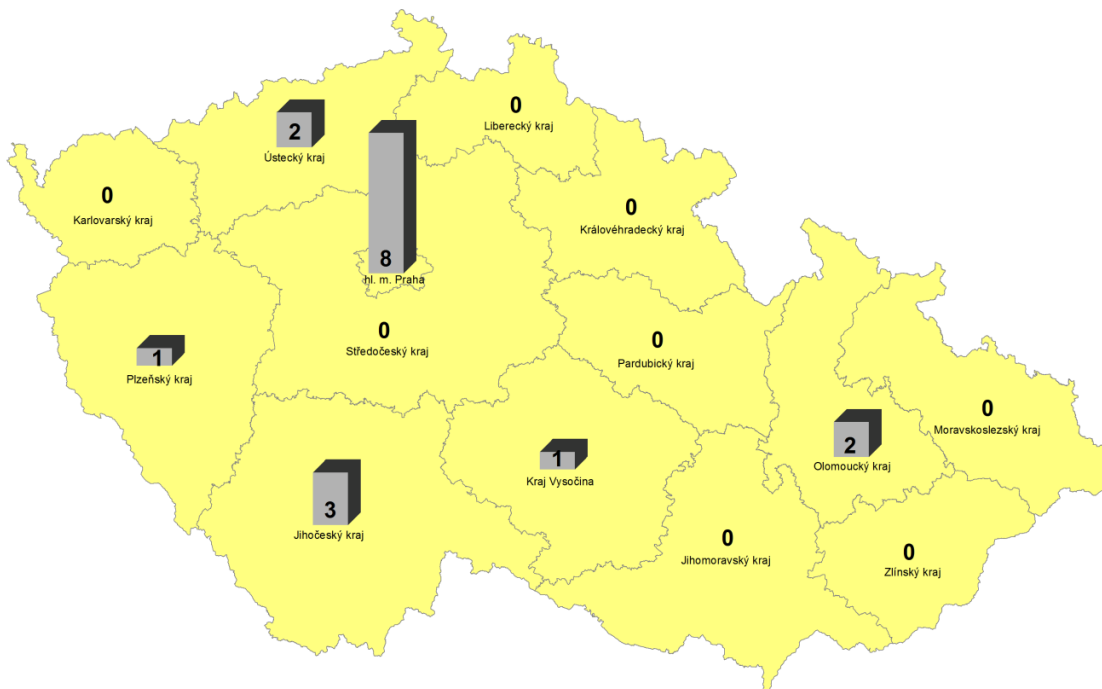
### Počet rehabilitačních ústavů (2017)



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcCR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 9.7 Zařízení pro léčbu drogových závislostí

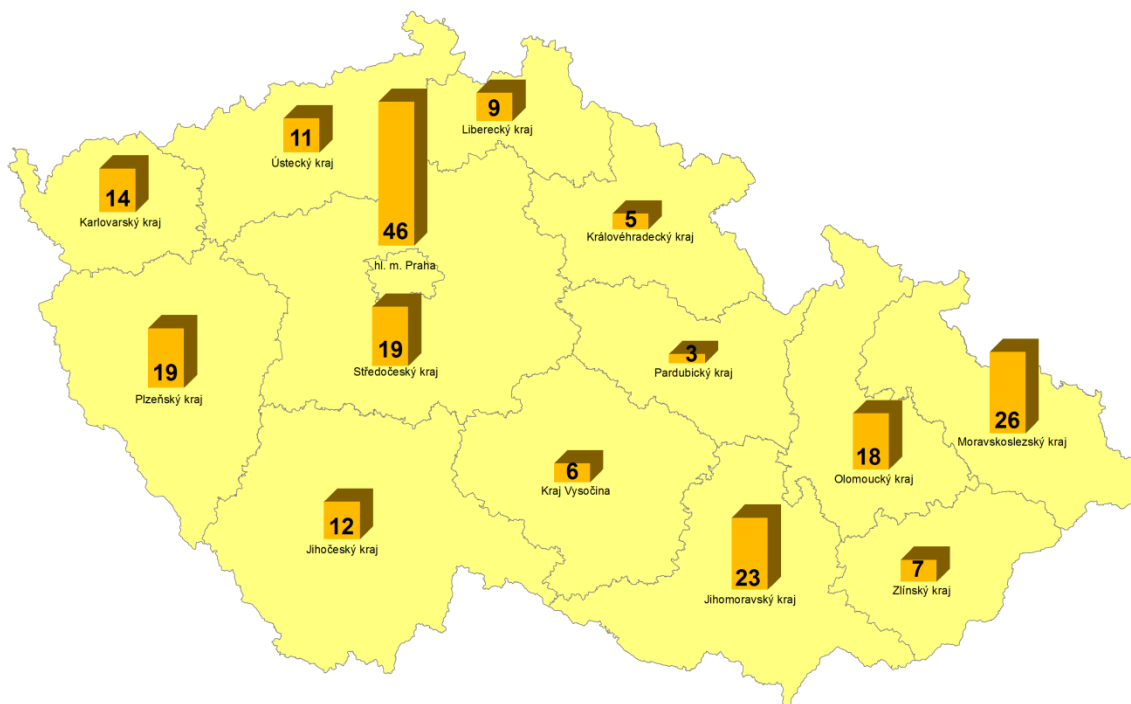
### Počet zařízení pro léčbu drogových závislostí (2017)



Zdroj dat: ÚZIS 2018.  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 9.8 Výdejny zdravotnických prostředků

### Počet výdejen zdravotnických prostředků (2017)



Zdroj dat: ÚZIS 2018.  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016



## 10. Vývoj počtu lůžek následné a dlouhodobé péče dle druhu poskytovatele

Počty lůžek poukazují, že rozhodujícím faktorem pro kapacity dlouhodobé a následné péče nejsou ani tak počty zdravotnických zařízení poskytovatelů zdravotních služeb, ale jedná se především o lůžka a k nim nezbytný předepsaný personál. Nižší uvedená tabulka ukazuje data za lůžka určená pro následnou a dlouhodobou péči, která jsou nově samostatně sledována od roku 2014. Opět je mezi rokem 2015 a 2016 patrný administrativní zásah, který způsobil přesun cca 3,4 tisíc lůžek LDN pod ošetrovatelská lůžka nemocnic akutní péče. I bez toho byl trend nárůstu lůžek tohoto druhu péče v nemocnicích patrný, nyní se však z těchto administrativních důvodů skokově zdvojnásobil na 9,4 tisíce a nemocnice se tak staly nejrozsáhlejším zdrojem kapacit následné lůžkové zdravotnické péče. Z tohoto přesunu je patrné, že zcela samostatné léčebny dlouhodobě nemocných s 3,5 tisíci lůžky zahrnují pouze polovinu tohoto druhu následné a dlouhodobé péče a jejich počet vykazuje mírně klesající trend. Největšími kapacitami disponují psychiatrické léčebny s téměř 8,6 tisíci lůžky. Ze zbývajících zařízení evidujících následná a dlouhodobá lůžka evidujeme nárůst kapacit v léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí (TRN) a hospicích. Výraznější pokles lůžek následné a dlouhodobé péče zaznamenáváme ve skupině nezařazených „ostatních lůžkových zdravotnických zařízení“ a dětských psychiatrických a jiných odborných léčebnách.

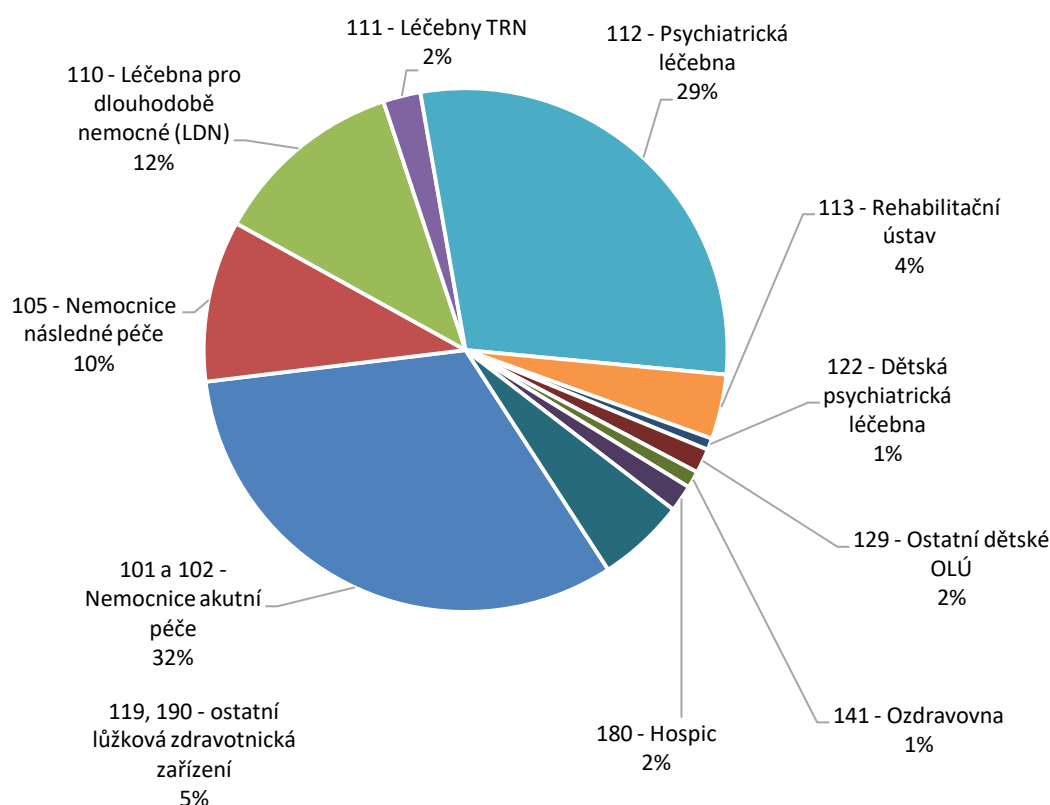
### Vývoj počtu lůžek následné a dlouhodobé péče dle druhu poskytovatele (2014 – 2017)

Druh poskytovatele	2014	2015	2016	2017
101 a 102 - Nemocnice akutní péče	5 155	5 736	*9 059	9 417
105 - Nemocnice následné péče	2 740	2 525	2 871	2 913
110 - Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)	7 076	6 970	*3 595	3 472
111 - Léčebny TRN	628	617	675	675
112 - Psychiatrická léčebna	8 582	8 583	8 741	8 550
113 - Rehabilitační ústav	1 153	1 168	1 168	1 168
122 - Dětská psychiatrická léčebna	250	250	230	210
129 - Ostatní dětské OLÚ	523	518	485	441
141 – Ozdravovna	285	285	285	305
180 – Hospic	460	460	468	484
119, 190 - ostatní lůžková zdravotnická zařízení	1 831	1 787	1 886	1 580
<b>Počet lůžek celkem</b>	<b>28 683</b>	<b>28 899</b>	<b>29 463</b>	<b>29 215</b>

Zdroj: ÚZIS ČR, Výkazy E (MZ) 2-01 a 3-01, do roku 2015 L (MZ) 1-01

\*Od roku 2016 zahrnuta lůžka 38 LDN pod nemocnice.

## Podíl lůžek dle druhů poskytovatele následné a dlouhodobé péče v ČR, 2017



Zdroj: ÚZIS ČR, Výkazy E (MZ) 2-01 a 3-01, do roku 2015 L (MZ) 1-01

## Vývoj počtu lůžek následné a dlouhodobé péče v krajích ČR v letech 2014 – 2017\*

Kraje ČR	2014	2015	2016	2017*
Středočeský kraj	3 531	3 600	3 586	3 632
Moravskoslezský kraj	3 269	3 296	3 431	3 511
Hlavní město Praha	3 546	3 552	3 751	3 457
Jihomoravský kraj	2 220	2 259	2 255	2 333
Ústecký kraj	2 205	2 221	2 216	2 249
Kraj Vysočina	2 159	2 194	2 190	2 204
Plzeňský kraj	2 106	2 121	2 227	2 172
Olomoucký kraj	1 905	1 858	1 931	1 895
Pardubický kraj	1 859	1 837	1 833	1 817
Zlínský kraj	1 797	1 797	1 800	1 815
Královéhradecký kraj	1 420	1 560	1 568	1 458
Jihočeský kraj	1 206	1 219	1 214	1 223
Liberecký kraj	737	741	794	789
Karlovarský kraj	723	644	667	660
<b>ČR celkem</b>	<b>28 683</b>	<b>28 899</b>	<b>29 463</b>	<b>29 215</b>

Zdroj: ÚZIS ČR, Výkazy E (MZ) 2-01 a 3-01, do roku 2015 L (MZ) 1-01; \* Řazeno vzestupně podle počtu lůžek v roce 2017.

Výše uvedená tabulka obsahuje vývoj absolutních počtů lůžek v krajích. Největšími kapacitami lůžek dlouhodobé a následné péče disponují kraje s největším počtem obyvatel. Nejvýraznější nárůst až o 7 % od roku 2014 zaznamenal Moravskoslezský (+242) a Liberecký kraj (+52) a o 5 % se zvýšil počet

lůžek v Jihomoravském kraji (+113). Naopak nejvýraznější pokles o 9 % byl do roku 2017 zaznamenán v Karlovarském kraji (-63), dále o 3 % v Hl. m. Praze (-89) a o 2 % v Pardubickém kraji (-42).

#### Vývoj počtu lůžek následné a dlouhodobé zdravotní péče na 100 tis. obyvatel v letech 2014 – 2017

Kraje ČR	2014	2015	2016	2017*
Kraj Vysočina	423	431	430	433
Plzeňský kraj	367	368	386	375
Pardubický kraj	360	356	355	351
Zlínský kraj	307	307	308	311
Olomoucký kraj	299	293	305	299
Moravskoslezský kraj	268	271	283	291
<b>ČR celkem</b>	<b>273</b>	<b>274</b>	<b>279</b>	<b>276</b>
Ústecký kraj	267	270	269	274
Středočeský kraj	270	273	269	270
Hlavní město Praha	283	281	295	269
Královéhradecký kraj	257	283	284	265
Karlovarský kraj	241	216	224	223
Jihomoravský kraj	190	192	192	198
Jihočeský kraj	189	191	190	191
Liberecký kraj	168	169	180	179

Zdroj: ÚZIS ČR, Výkazy E (MZ) 2-01 a 3-01, do roku 2015 L (MZ) 1-01; \*Pozn.: Řazeno sestupně podle počtu lůžek v r. 2017.

Výše uvedená tabulka přepočítává lůžka na obyvatelstvo daného kraje pro lepší srovnání dostupnosti této péče v jednotlivých regionech. Nadprůměrnými kapacitami lůžkové následné a dlouhodobé péče disponuje především Kraj Vysočina (+57 %), Plzeňský (+36 %), Pardubický (+27 %) a Zlínský kraj (+13 %). Naopak výrazně pod průměrnou dostupností se nachází Liberecký (-35 %), Jihočeský (-31 %), Jihomoravský (-28 %) a Karlovarský kraj (-19 %).

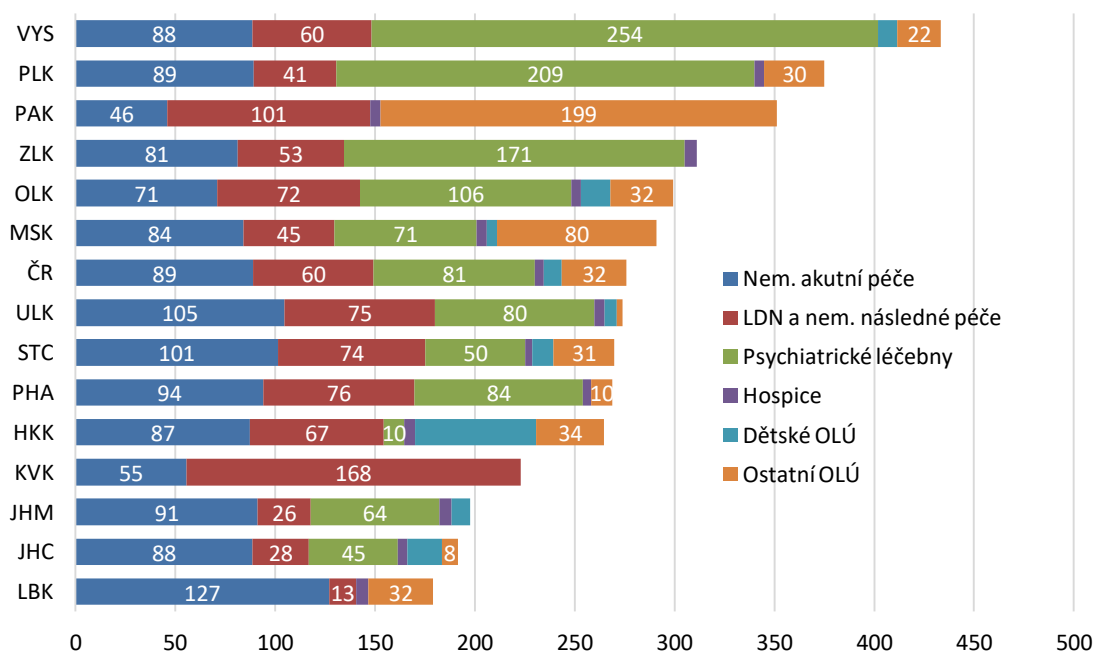
#### Počet lůžek následné a dlouhodobé zdravotní péče dle druhu poskytovatele v krajích v roce 2017

Kraje ČR	Nem. akutní péče	LDN a nem. následné péče	Psychiatrické léčebny	Hospice	Dětské OLÚ	Ostatní OLÚ	Lůžka celkem
Hlavní město Praha	1 208	975	1 085	55	0	134	3 457
Středočeský kraj	1 364	993	675	45	144	411	3 632
Jihočeský kraj	565	182	285	31	110	50	1 223
Plzeňský kraj	516	240	1 213	28	0	175	2 172
Karlovarský kraj	164	496	0	0	0	0	660
Ústecký kraj	858	619	657	41	50	24	2 249
Liberecký kraj	560	59	0	28	0	142	789
Královéhradecký kraj	481	369	56	30	335	187	1 458
Pardubický kraj	238	525	0	27	0	1 027	1 817
Kraj Vysočina	450	304	1 290	0	50	110	2 204
Jihomoravský kraj	1 076	312	761	72	112	0	2 333
Olomoucký kraj	449	453	670	30	93	200	1 895
Zlínský kraj	473	310	995	37	0	0	1 815
Moravskoslezský kraj	1 015	548	863	60	62	963	3 511
<b>ČR celkem</b>	<b>9 417</b>	<b>6 385</b>	<b>8 550</b>	<b>484</b>	<b>956</b>	<b>3 423</b>	<b>29 215</b>

Zdroj: ÚZIS ČR, Výkazy E (MZ) 2-01 a 3-01, do roku 2015 L (MZ) 1-01

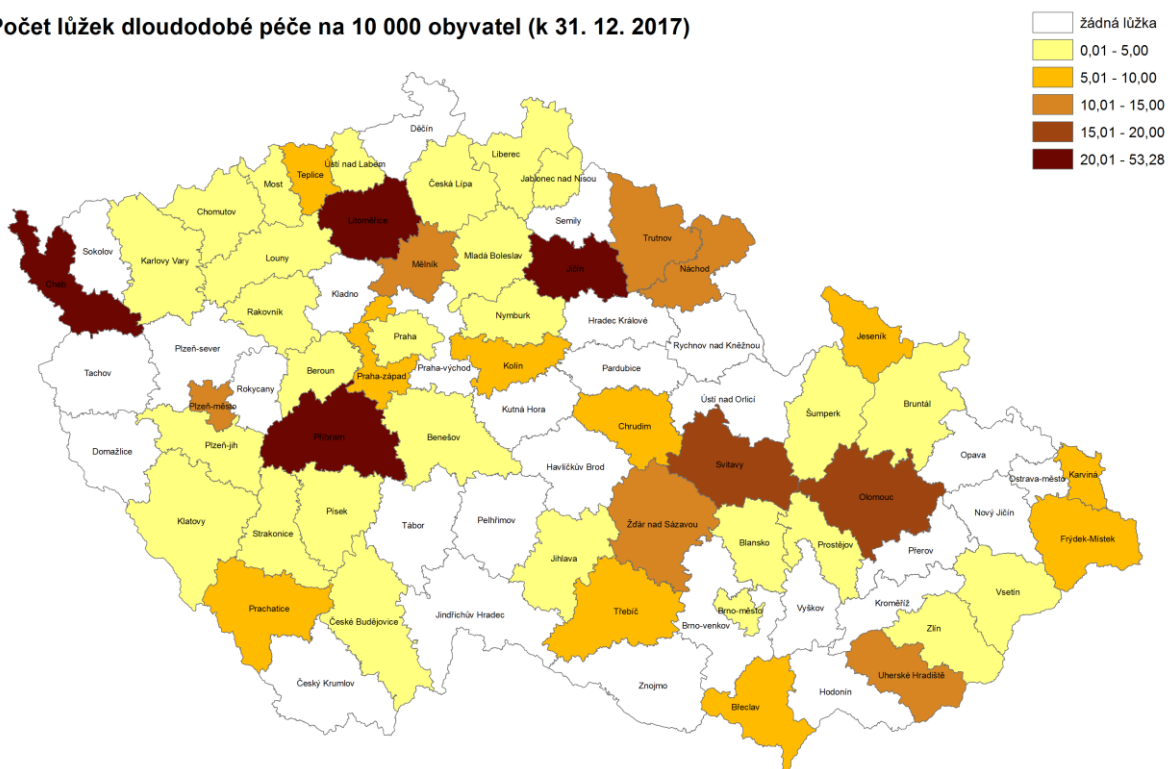
Výše uvedená tabulka ukazuje počty lůžek v krajích ke konci roku 2017 v rozlišení dle druhu poskytovatele zdravotních služeb. Následující graf prezentuje data z této tabulky v přepočtu na obyvatelstvo a řadí kraje od krajů s největšími kapacitami k těm nejnižším. Jak je vidět, největší nevyváženost dostupnosti následné a dlouhodobé péče se ukazuje u specializovaných zařízení typu psychiatrické léčebny, jejichž péče se nedostává v Pardubickém, Královéhradeckém, Karlovarském a Libereckém kraji. Díky administrativnímu přesunu evidence lůžek z LDN do nemocnic jsou mezi kraji výrazné rozdíly i v důsledku tohoto efektu. Pokud však bereme kapacity lůžek následné a dlouhodobé péče za nemocnice a LDN dohromady, pak přeci jen vidíme výrazné rozdíly s nadprůměrnou dostupností této péče překvapivě v Karlovarském kraji. Naopak výrazně pod průměrem kapacit se v rámci této všeobecné následné péče nachází Jihomoravský a Jihočeský kraj.

### Počet lůžek následné a dlouhodobé péče na 100 tisíc obyvatel v krajích ČR, 2017



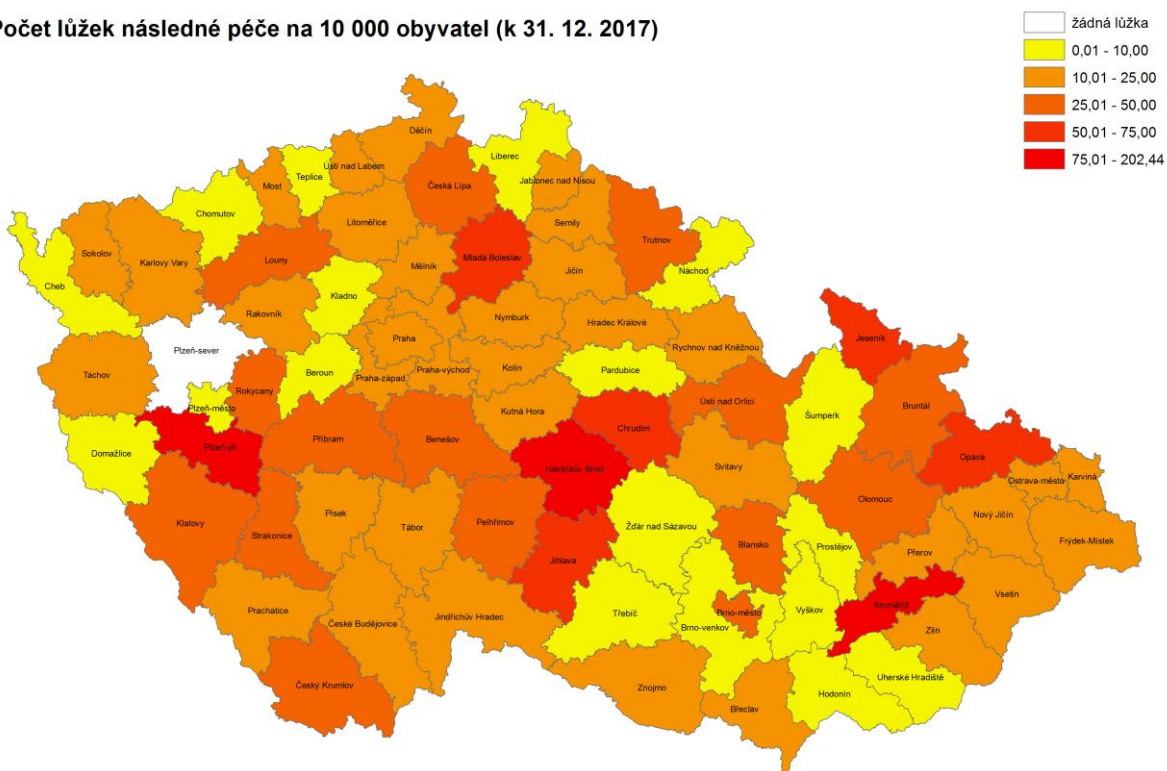
Zdroj: ÚZIS ČR, Výkazy E (MZ) 2-01 a 3-01, do roku 2015 L (MZ) 1-01

### Počet lůžek dlouhodobé péče na 10 000 obyvatel (k 31. 12. 2017)



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### Počet lůžek následné péče na 10 000 obyvatel (k 31. 12. 2017)



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 11. Návaznost sociálních a zdravotních služeb: propuštění pacienti a navazující péče

Z hlediska dlouhodobé péče je důležitá včasná intervence a spolupráce různých sociálních a zdravotních služeb a flexibilní prostupnost různých forem péče a mezi různými specializovanými zařízeními, a to jak v případě zhoršení zdravotního stavu, tak jeho zlepšení. Zmapování mobility mezi zdravotními službami a sociálními službami je obtížné pro nedostatek a nejednotnost resortních dat. Z hlediska potřeby dlouhodobé péče ve zdravotních a sociálních službách jsou důležité údaje o způsobu ukončení hospitalizace a navazující péči. V kontextu této analýzy nás zajímá zejména struktura a vývoj pacientů propouštěných do domácí zdravotní péče a do pobytových sociálních služeb a současně využití zdravotní péče ze strany uživatelů pobytových (ústavních) sociálních služeb.

Následná a dlouhodobá lůžková zdravotnická péče (NDLZP) navazuje buď na akutní lůžkovou či ambulantní zdravotní péči, nebo domácí péči či péči poskytovanou prostřednictvím sociálních služeb. Následná a dlouhodobá péče dříve nebo později končí, a to buď zhoršením zdravotního stavu vedoucího k úmrtí či přeložení do akutní lůžkové péče, nebo zlepšením zdravotního stavu natolik, že může být pacient propuštěn do domácí či sociální péče s případnou potřebou ambulantní zdravotní péče. Na akutní lůžkovou zdravotnickou péči může však místo následné a dlouhodobé lůžkové péče navázat také přímo domácí, sociální a ambulantní zdravotní péče. Na potřebě poskytované následné a dlouhodobé péče se tak odráží celý segment poskytované lůžkové zdravotnické péče sledovaný Národním registrem hospitalizovaných (NRHOSP). Identifikaci rozsahu potřeby čerpání navazující následné a dlouhodobé péče umožňuje NRHOSP prostřednictvím kategorizace veškerých ukončených hospitalizací propuštěných pacientů podle způsobu ukončení a eviduje u nich druh případné potřeby další péče, a to dle níže uvedených číselníků, které jsou součástí zveřejněné metodiky NRHOSP na internetových stránkách ÚZIS ČR<sup>39</sup> (viz též kapitola 2.4 „Charakteristika použitých dat“ a přílohy).

Případy hospitalizace v lůžkových zařízeních poskytovatelů zdravotních služeb v České republice jsou dle zákona o zdravotních službách<sup>40</sup> povinně hlášeny do Národního registru hospitalizovaných (NRHOSP).

V letech 2013-2017 bylo do NRHOSP hlášeno celkem 11,9 milionu případů hospitalizace na oddělení, což představuje průměrně 2,373 mil. případů ročně, tj. 226 případů hospitalizace na oddělení na 1000 obyvatel ročně. Vyšší celkový počet případů u žen (6,6 mil. oproti 5,3 mil. u mužů) je způsoben několika faktory, například započtením případů hospitalizací pro porody, doprovody nemocných (většinou doprovázení nemocného dítěte matkou nebo babičkou) nebo vyšší nadějí dožití u žen.

Pro další analýzu nebyly uvažovány nekompletně vyplněné případy a případy, kdy hospitalizace pokračovala na jiném oddělení téhož zdravotnického zařízení. Pro analýzu potřeby další péče byly dále uvažovány pouze ty případy, které nekončily úmrtím pacienta.

<sup>39</sup> Viz <https://www.uzis.cz/registry-nzis/nrhosp>

<sup>40</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), viz <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

## Způsob ukončení hospitalizace

Údaj popisuje způsob **ukončení** hospitalizace. Vyplňuje se podle číselníku - UKHOSP (číselník ÚZIS ČR).

- 1 - pacient propuštěn domů (do domova důchodců, seniorů)
- 2 - propuštěn do zařízení sociální péče
- 3 - přeložen na jiné lůžkové oddělení téhož zdravotnického zařízení
- 4 - přeložen do lůžkového zdravotnického zařízení následné péče - do LDN nebo na oddělení následné péče téhož zdravotnického zařízení
- 5 - přeložen do zdravotnického zařízení akutní lůžkové péče
- 6 - předčasné ukončení hospitalizace
- 7 - zemřel - pitván (bez ohledu na to, kde je pitva provedena)
- 8 - zemřel - nepitván

**Kód 1 - pacient propuštěn domů** - se uvede i v tom případě, že se pacient vrací zpět do domova důchodců (domova pro seniory apod.), odkud byl k hospitalizaci přijat.

**Kód 2 - propuštěn do zařízení sociální péče** - se uvádí, pokud se pacient nevrací do původního bydliště, ale je předán do sociálního ústavu.

**Kód 4 - přeložen k poskytovateli následné péče** - se uvádí v případě přeložení nemocného do nemocnice následné péče, léčebny pro dlouhodobě nemocné, odborného léčebného ústavu nebo hospice. Tento kód bude použit i v případě, že hospitalizovaný na oddělení akutní péče bude přeložen na jiné pracoviště (oddělení) téhož zařízení, které však poskytuje následnou péči (kód 89 - oddělení nebo pracoviště ošetrovatelské péče, kód 90 – oddělení dlouhodobé intenzivní péče). Pro tento případ (překlad z akutní do následné péče) se výjimečně nepoužije kód 3 - přeložen na jiné oddělení téhož zdravotnického zařízení.

## Potřeba další péče po propuštění

Údaj slouží ke sledování potřeby další zdravotní péče o pacienta po jeho propuštění nebo přeložení na jiné oddělení či do jiného zdravotnického zařízení. Uvádí se podle číselníku - PODAPE (číselník ÚZIS ČR).

- 0 - žádná
- 1 - dočasná ambulantní péče
- 2 - trvalá ambulantní péče
- 3 - lůžková péče (intenzivní, standardní, následná, dlouhodobá)
- 4 - ústavní sociální služba
- 5 - domácí péče
- 6 - lázeňská péče

U zemřelých a jednodenní péče se použije **kód 0**. Tato položka úzce souvisí se způsobem ukončení hospitalizace, např. pokud je hospitalizace ukončena předáním do jiné instituce, tak je tomu asi proto, že byla potřeba této péče.

Naopak při propuštění domů mohou připadat v úvahu prakticky všechny možnosti, např. potřeba umístění v sociálním ústavu.

U doprovodů je „Potřeba další péče = 0 - žádná“ a navazuje na položku „Ukončení hospitalizace = 1 - propuštěn domů“.

Pro účely zjištění potřeby následné a dlouhodobé péče po propuštění z lůžkové zdravotnické péče jsou níže prezentována data za celý segment lůžkové péče sledované NRHOSP se zaměřením na ukončené hospitalizace propuštěním domů, do původního místa bydliště před přijetím pacienta do lůžkové péče vč. domova seniorů, nebo propuštěním do zařízení sociálních služeb, eventuálně propuštění či přeložení na oddělení následné péče. Dále se níže prezentované zpracování dat zaměřuje především u pacientů propuštěných domů na potřebu pobytové sociální služby či domácí péče a ambulantní péče. U pacientů přeložených do navazující lůžkové zdravotnické péče s indikovanou potřebou ústavní sociální péče či domácí péče vypovídá tato kombinace o nedostatečných kapacitách tohoto druhu následné péče.

Z hlediska potřeby další péče naprostá většina případů v letech 2013-2017 (celkem 6 227 631 z 11 208 817, průměrně 1 938 162 ročně) končila propuštěním domů. U žen častěji dochází k přeložení pacienta do zdravotnického zařízení následné péče nebo k propuštění do zařízení sociálních služeb. U mužů dochází častěji k přeložení do zdravotnického zařízení akutní péče. Přibližně ve stejných absolutních počtech dochází u žen i u mužů k úmrtí pacienta během hospitalizace (35 403 mužů resp. 35.247 žen ročně).

#### Počet případů dle potřeby další péče po ukončení případu hospitalizace v lůžkovém zdravotnickém zařízení dle pohlaví v letech 2013–2017

Potřeba další péče	Muži			Ženy		
	absolutně	průměrně za rok	v %	absolutně	průměrně za rok	v %
Dočasná ambulantní	2 688 292	537 658	56,18%	3 539 339	707 868	58,30%
Domácí ošetrovatelská péče	30 538	6 108	0,64%	42 681	8 536	0,70%
Lázeňská péče	16 086	3 217	0,34%	15 918	3 184	0,26%
Trvalá ambulantní	1 213 560	242 712	25,36%	1 202 065	240 413	19,80%
Ústavní sociální služba	62 352	12 470	1,30%	112 520	22 504	1,85%
Ústavní léčba	378 385	75 677	7,91%	398 745	79 749	6,57%
Žádná	395 765	79 153	8,27%	759 321	151 864	12,51%
Celkem	4 784 978	956 996	100,00%	6 070 589	1 214 118	100,00%

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

V roce 2017 skončilo z celkového počtu ukončených 2,3 mil. případů hospitalizace v rámci všech poskytovatelů lůžkové zdravotnické péče v ČR 606,8 tisíc (26 %) pacientů propuštěním s potřebou další pokračující následné péče, kam byli zahrnuti i pacienti propuštění domů vyjma těch, u kterých byla uvedena žádná péče a dočasná ambulantní péče. V přepočtu na tisíc obyvatel se jedná o 57,3 případů oproti 56,6 případům v roce 2007. Zatímco počty propuštěných domů během tohoto období významně poklesly bez ohledu na potřebu péče. Počty propuštění do zařízení sociálních služeb vzrostly o více než polovinu na 38,6 tisíce a v roce 2017 tvořily 6,4 % všech propuštěních s potřebou následné péče. Dalších 3,5 tisíce případů bylo označeno jako propuštění domů, ale s ohledem na potřebu ústavní sociální služby se jednalo nejspíš také o propuštění do zařízení sociální péče, kde pobývali před hospitalizací. Překlady do následné lůžkové zdravotnické péče vzrostly dokonce na dvojnásobek, a to až na 80 tisíc případů v roce 2017, tj. 13 % propuštění s potřebou pokračující péče.



### Případy hospitalizace v lůžk. zdravot. zařízeních podle způsobu ukončení v letech 2007 a 2017

Způsob ukončení hospitalizace	2007	2017	Rozdíl absol.	2007	2017	Rozdíl v %
	absolutně			na tis. obyv.		
Propuštěn domů bez potřeby péče	1 525 556	1 423 264	-102 292	147,8	134,4	-9,1%
Propuštěn domů s potřebou péče	521 044	488 237	-32 807	50,5	46,1	-8,7%
Propuštěn do zařízení sociální péče	24 098	38 553	14 455	2,3	3,6	56,0%
Přeložen do následné lůžkové péče	39 327	80 012	40 685	3,8	7,6	98,3%
Překlady v rámci akutní péče	221 831	234 172	12 341	21,5	22,1	2,9%
Pacient zemřel	69 326	70 258	932	6,7	6,6	-1,2%
Následná péče celkem	584 469	606 802	22 333	56,6	57,3	1,2%
<b>Případy hospitalizace celkem</b>	<b>2 401 182</b>	<b>2 334 496</b>	<b>-66 686</b>	<b>232,6</b>	<b>220,5</b>	<b>-5,2%</b>

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Níže uvedená tabulka se zaměřuje pouze na případy seniorů ve věku 65 a více let. Podíl potřeby následné péče po ukončení hospitalizace byl u seniorů až 40 % v počtu 369 tisíc propuštění v roce 2017. V přepočtu na tisíc obyvatel tohoto věku se jednalo o 183 případů oproti 201 v roce 2007, tj. pokles o 9 %. Pokles se týkal zejména propuštění domů s potřebou péče. Tato část propuštění v roce 2017 tvořila 73 % ukončení hospitalizací s potřebou následné péče. Naopak počet propuštění do „zařízení sociální péče“ vzrostl o více než třetinu na 8,7 % a překlady do následné lůžkové zdravotnické péče vzrostly o polovinu a v roce 2017 tak tvořily 18,1 % potřeby následné péče po ukončení hospitalizace.

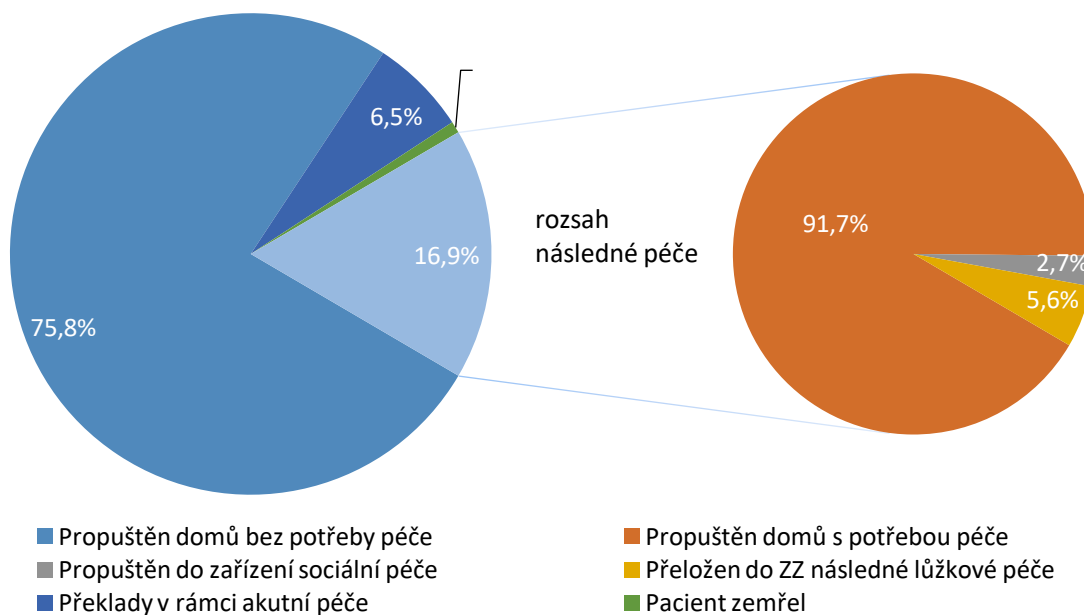
### Případy hospitalizace osob 65+ v lůžkových zdravotnických zařízeních podle způsobu ukončení v letech 2007 a 2017

Způsob ukončení hospitalizace	2007	2017	Rozdíl absol.	2007	2017	Rozdíl v %
	absolutně			na tis. obyv.		
Propuštěn domů bez potřeby péče	299 210	354 315	55 105	200,1	175,9	-12,1%
Propuštěn domů s potřebou péče	250 665	270 077	19 412	167,6	134,1	-20,0%
Propuštěn do zařízení sociální péče	17 516	32 077	14 561	11,7	15,9	36,0%
Přeložen do následné lůžkové péče	32 886	66 789	33 903	22,0	33,2	50,8%
Překlady v rámci akutní péče	114 974	142 383	27 409	76,9	70,7	-8,0%
Pacient zemřel	53 902	59 336	5 434	36,0	29,5	-18,2%
<b>Následná péče celkem</b>	<b>301 067</b>	<b>368 943</b>	<b>67 876</b>	<b>201,3</b>	<b>183,2</b>	<b>-9,0%</b>
<b>Případy hospitalizace celkem</b>	<b>769 153</b>	<b>924 977</b>	<b>155 824</b>	<b>514,3</b>	<b>459,3</b>	<b>-10,7%</b>

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

**Podíly pacientů ve věku 0-64 let dle způsobu ukončení hospitalizací v lůžkových zdravotnických zařízeních v roce 2017**

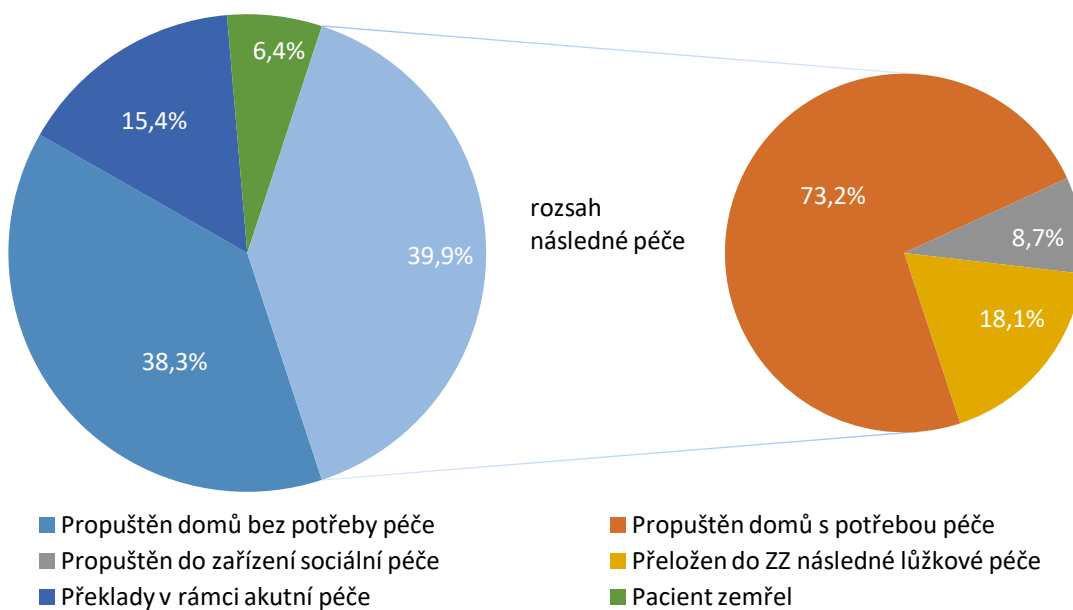
**Věk 0-64 let**



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

**Podíly pacientů ve věku 65 a více let dle způsobu ukončení hospitalizací v lůžkových zdravotnických zařízeních v roce 2017**

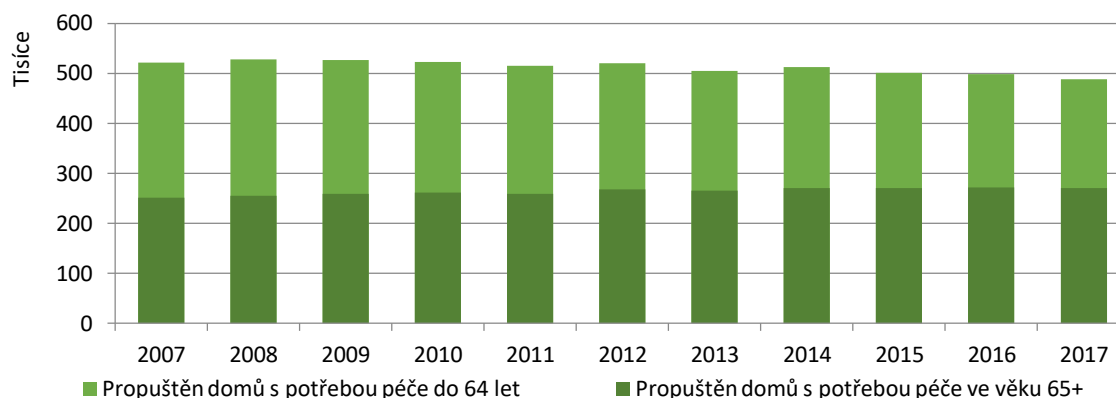
**Věk 65+**



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Z hlediska následné a dlouhodobé péče se zaměříme na propuštění s potřebou této péče. Níže uvedený graf zobrazuje vývoj absolutního počtu propuštěných pacientů v letech 2007 až 2017, u kterých nebyla uvedena žádná potřebná péče nebo pouze dočasná ambulantní péče. Tyto pacienti tudíž byli propuštěni domů či jiných zařízení jim poskytující domov, ale vyžadovali další následnou péči. Z grafu je patrný pokles absolutního počtu z 521 tisíc pacientů roce 2007 na 488 tisíc pacientů v roce 2017. Z toho v roce 2007 tvořili 251 tisíc pacientů seniori ve věku 65 a více let (48 %) oproti 270 tisíc seniorů (55 %) v roce 2017. Navzdory celkovému poklesu těchto pacientů absolutní počet seniorů se zvýšil, a vzrostl tak jejich podíl na všech propuštěných domů s potřebou následné péče.

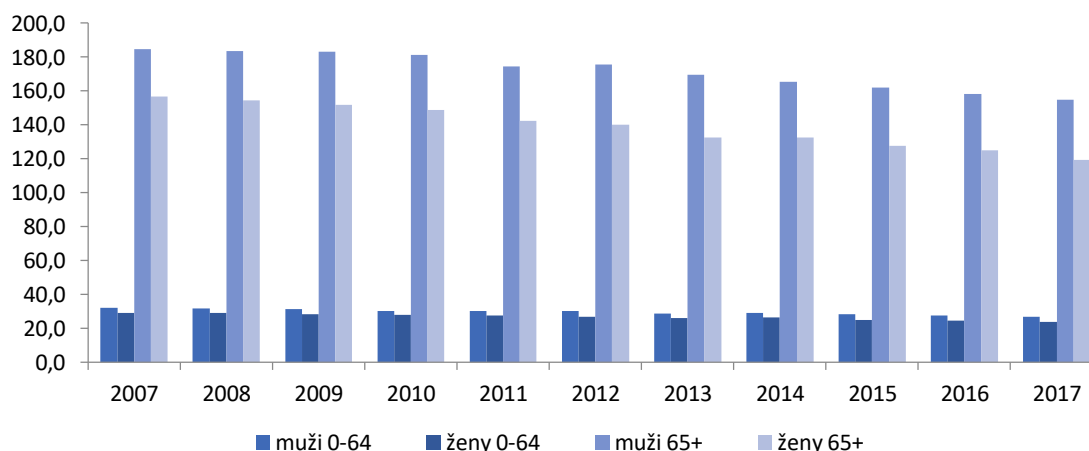
### Vývoj počtu pacientů propuštěných domů z lůžkové zdravotnické péče s potřebou následné péče dle věku v letech 2007 až 2017



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

I přes nárůst absolutního počtu propuštěných seniorů s potřebu následné péče poskytované po návratu domů níže uvedený graf poukazuje na klesající intenzitu v přepočtu na obyvatele tohoto věku a o necelou třetinu zvýšené počty propuštěných v přepočtu na tisíc mužů (154,7) oproti stejnému počtu žen v populaci (119,3) v roce 2017.

### Vývoj počtu propuštěných pacientů z lůžkové zdravotnické péče domů s potřebou následné péče na tisíc obyvatel dle věku a pohlaví v letech 2007 až 2017



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Pro zhodnocení potřeby následné péče po propuštění domů jsou v následující tabulce rozděleny počty pacientů podle číselníku potřeby další péče. Většinu propouštěných pacientů (74 %) dále neuvažujeme jako potenciální klienty následné nebo dlouhodobé péče, protože u nich byla vykázána pouze dočasná potřeby ambulantní péče nebo byli zcela bez potřeby péče, u seniorů to bylo pouze necelých 57 % případů propuštění domů v roce 2017. Pacienti propuštění domů potřebovali ve 455 tisících případech ukončených v roce 2017 trvalou ambulantní péčí, tj. 16 % pacientů mladších 65 let a 24 % seniorů nad tuto věkovou hranici. Dalších 21,6 tisíc případů (1,1 %) se týkalo propuštěných pacientů s potřebou lůžkové zdravotnické péče všeho druhu, která se jim však z nějakého důvodu nedostávala a byli propuštěni do místa svého bydliště. Dalších 3,6 tisíce pacientů vykazovalo potřebu ústavní sociální služby, což může znamenat návrat do ústavu sociální péče, který je považován v takové situaci jako domov. Domácí zdravotní péči dle NRHOSP potřebovalo v roce 2017 necelých 5 tisíc propuštěných pacientů, z toho 3,2 tisíce seniorů (64 %).

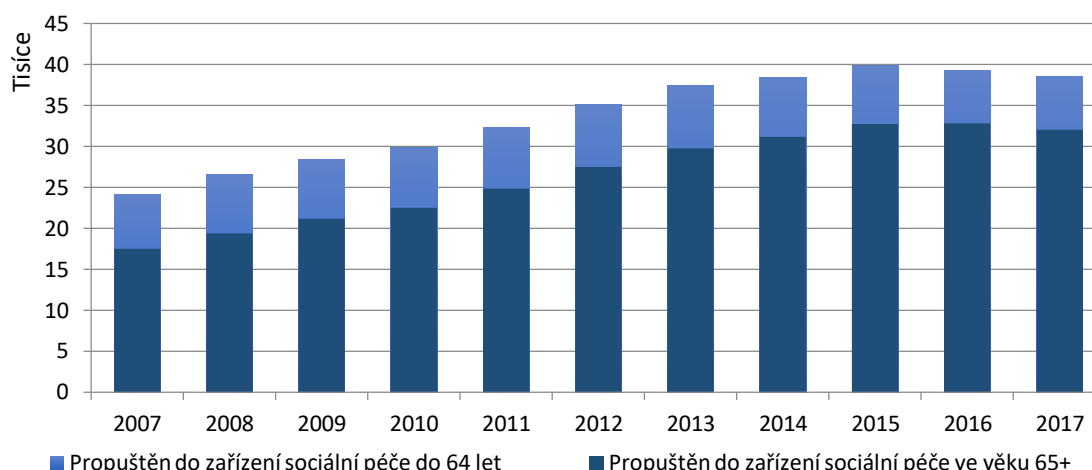
#### Počty propuštěných pacientů z lůžkové zdravotnické péče domů dle druhu potřeby následné péče dle věku v letech 2012 a 2017

Potřeby další péče po propuštění domů	Rok 2012			Rok 2017		
	0-64	65+	celkem	0-64	65+	celkem
žádná	172 985	44 474	217 459	171 431	41 574	213 005
dočasná ambulantní péče	949 877	278 252	1 228 129	897 518	312 741	1 210 259
trvalá ambulantní péče	237 546	254 891	492 437	202 103	252 541	454 644
lůžková zdrav. péče	8 222	7 203	15 425	10 657	10 927	21 584
ústavní sociální služba	1 344	2 243	3 587	1 305	2 265	3 570
domácí péče	1 635	2 846	4 481	1 781	3 202	4 983
lázeňská péče	2 537	1 048	3 585	2 314	1 142	3 456
Počet případů celkem	1 374 146	590 957	1 965 103	1 287 109	624 392	1 911 501
žádná	12,6%	7,5%	11,1%	13,3%	6,7%	11,1%
dočasná ambulantní péče	69,1%	47,1%	62,5%	69,7%	50,1%	63,3%
trvalá ambulantní péče	17,3%	43,1%	25,1%	15,7%	40,4%	23,8%
lůžková zdrav. péče	0,6%	1,2%	0,8%	0,8%	1,8%	1,1%
ústavní sociální služba	0,1%	0,4%	0,2%	0,1%	0,4%	0,2%
domácí péče	0,1%	0,5%	0,2%	0,1%	0,5%	0,3%
lázeňská péče	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Podíl případů celkem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

V průběhu posledních deseti let došlo k výraznému nárůstu absolutního počtu pacientů propuštěných do zařízení sociální péče, a to z 24 tisíc na necelých 39 tisíc. Nárůst se týkal pouze seniorů, kteří z tohoto počtu v roce 2017 tvořili 32 tisíc pacientů (83 %).

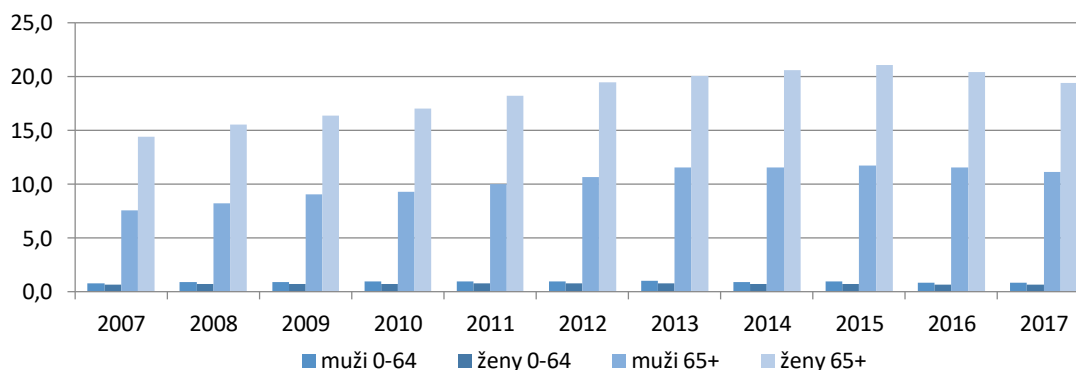
## Vývoj počtu propuštěných pacientů do zařízení sociální péče dle věku v letech 2007 až 2017



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Tento nárůst se projevuje i po přepočtu na počet obyvatel. Zatímco využití zařízení sociální péče je u obyvatel mladších 65 let minimální, u seniorů vyššího věku to bylo až 19,4 případů na tisíc žen oproti 11,1 případů na tisíc mužů. Po dosažení nejvyšších absolutních i relativních počtů případů v roce 2015 dochází druhým rokem k mírnému poklesu využívání sociální péče, což může být v důsledku limitace kapacit této péče.

## Vývoj počtu propuštěných pacientů do zařízení sociální péče na tisíc obyvatel ve věku 65 a více let a pohlaví v letech 2007 až 2017



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Jak ukazuje následující tabulka, 9,7 tisíce (27 %) propuštěných pacientů s potřebou ústavní sociální péče neskončilo v roce 2017 v těchto zařízeních, ale jsou přeloženi do následné lůžkové zdravotní péče nebo případně do akutní lůžkové péče. To opět poukazuje na nedostatečnost dostupnosti této péče vůči její vzrůstající potřebě. Další 3,6 tisíc pacientů s potřebou sociální péče bylo sice propuštěno domů, ale v tomto případě nemůžeme ověřit, zda se tito pacienti v souladu s metodikou NRHOSP pouze nevracejí zpět do zařízení sociální péče.

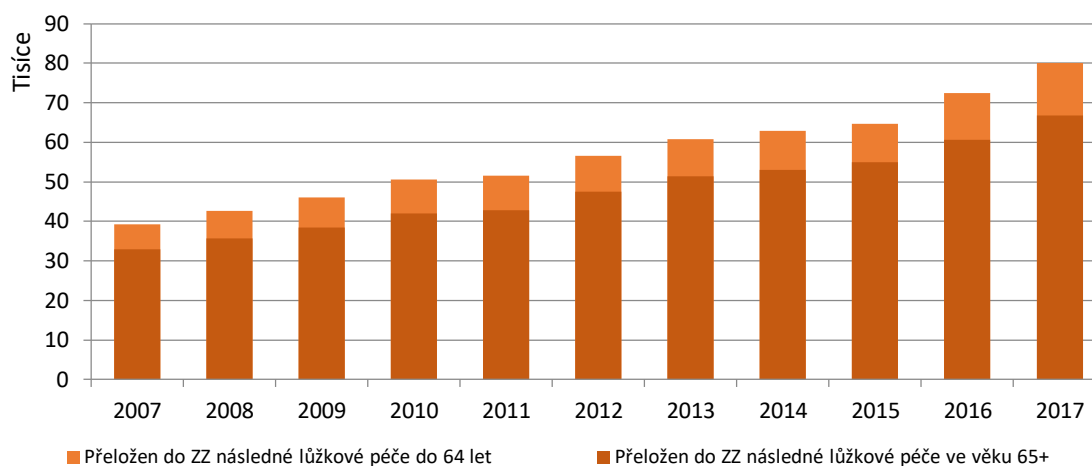
## Počty propuštěných pacientů z lůžkové zdravotnické péče dle věku a způsobu ukončení s potřebou ústavní sociální péče v letech 2007 a 2017

Ukončené hospitalizace s potřebou ústavní sociální péče	Rok 2007			Rok 2017		
	0-64	65+	celkem	0-64	65+	celkem
Propuštěn domů	1 220	2 137	3 357	1 305	2 265	3 570
Propuštěn do sociální péče	3 120	9 563	12 683	3 393	18 998	22 391
Přeložen do následné péče	697	4 131	4 828	1 212	7 638	8 850
Přeložen do akutní péče	210	507	717	209	641	850
Počty hospitalizací celkem	5 247	16 338	21 585	6 119	29 542	35 661
Propuštěn domů	23,3%	13,1%	15,6%	21,3%	7,7%	10,0%
Propuštěn do sociální péče	59,5%	58,5%	58,8%	55,5%	64,3%	62,8%
Přeložen do následné péče	13,3%	25,3%	22,4%	19,8%	25,9%	24,8%
Přeložen do akutní péče	4,0%	3,1%	3,3%	3,4%	2,2%	2,4%
Podíl hospitalizací celkem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Vývoj počtu přeložených do zdravotnického zařízení následné lůžkové péče vykazuje ještě výraznější rostoucí trend než je tomu u propuštěných do zařízení sociální péče. Zde výrazně rostou především počty seniorů, a to z 33 tisíc až na 67 tisíc, ale méně než desetinové počty překladů u mladších pacientů vzrostly také na dvojnásobek z 2,3 na 4,6 tisíce ukončených hospitalizací.

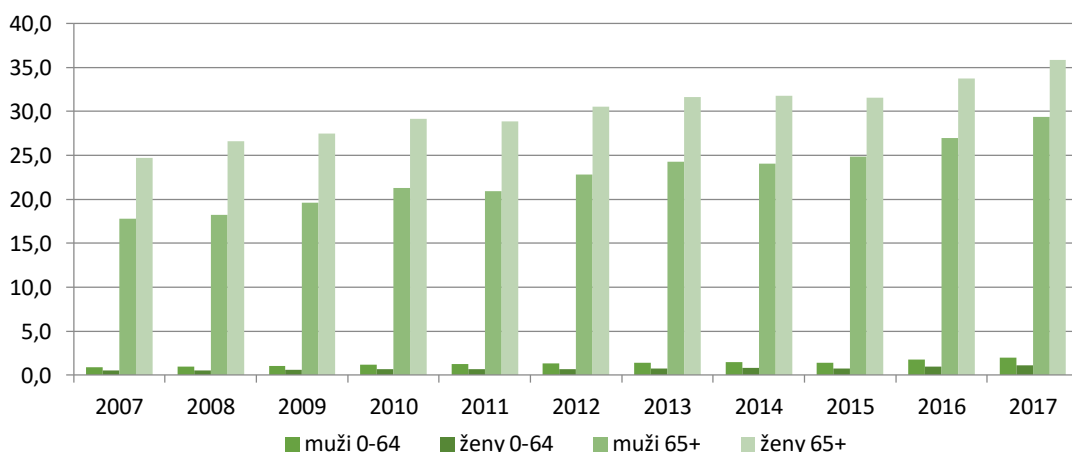
## Vývoj počtu přeložených pacientů do zdravotnických zařízení následné lůžkové péče dle věku v letech 2007 až 2017



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

V přepočtu na tisíc obyvatel se stále projevuje rostoucí trend, výrazně častější potřeba následné lůžkové péče u seniorů a u žen (35,9) než u mužů (29,4).

## Vývoj počtu propuštěných pacientů do zdravotnických zařízení následné lůžkové péče na tisíc pohlaví v letech 2007 až 2017



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Uvedená tabulka poukazuje na potřebu péče u přeložených do zdravotnických zařízení následné lůžkové péče. Na jedné straně je 9 tisíc (11 %) případů, které i přes skutečnost překlady do následné péče nevykazují žádnou nebo pouze ambulantní potřebu. To může poukazovat na situaci, kdy pacient nemá vhodné domácí prostředí pro návrat. Dalších necelých 9 tisíc pacientů (11 %) by místo následné lůžkové zdravotnické péče potřebovalo spíše ústavní sociální službu. Domácí zdravotní péči by místo zdravotnické lůžkové následné péče potřebovalo 6,6 tisíce pacientů (8,3 %) v roce 2017. Lůžkovou zdravotnickou péči by dle vykázaných údajů do NRHOSP potřebovalo jen 67 % přeložených pacientů do této péče.

## Počty přeložených pacientů do zdravotnických zařízení následné lůžkové péče dle druhu potřeby péče dle věku v letech 2012 a 2017

Potřeba péče	Rok 2012			Rok 2017		
	0-64	65+	celkem	0-64	65+	celkem
žádná	427	2 102	2 529	633	3 044	3 677
dočasná ambulantní péče	268	1 334	1 602	457	2 222	2 679
trvalá ambulantní péče	352	1 793	2 145	445	2 357	2 802
lůžková péče	6 313	33 386	39 699	8 908	44 458	53 366
ústavní sociální služba	1 019	5 738	6 757	1 212	7 638	8 850
domácí péče	483	2 861	3 344	914	5 710	6 624
lázeňská péče	181	284	465	654	1 360	2 014
<b>Počet případů celkem</b>	<b>9 043</b>	<b>47 498</b>	<b>56 541</b>	<b>13 223</b>	<b>66 789</b>	<b>80 012</b>
žádná	4,7%	4,4%	4,5%	4,8%	4,6%	4,6%
dočasná ambulantní péče	3,0%	2,8%	2,8%	3,5%	3,3%	3,3%
trvalá ambulantní péče	3,9%	3,8%	3,8%	3,4%	3,5%	3,5%
lůžková péče	69,8%	70,3%	70,2%	67,4%	66,6%	66,7%
ústavní sociální služba	11,3%	12,1%	12,0%	9,2%	11,4%	11,1%
domácí péče	5,3%	6,0%	5,9%	6,9%	8,5%	8,3%
lázeňská péče	2,0%	0,6%	0,8%	4,9%	2,0%	2,5%
<b>Podíl případů celkem</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Jak už bylo výše zmíněno, mezi pohlavími jsou z hlediska počtu ukončených hospitalizací zásadní rozdíly. Tyto rozdíly podle způsobu ukončení shrnuje níže uvedená tabulka. Na muže-seniors

připadalo v roce 2017 o 30 % více propuštění domů s potřebou následné péče, než na ženy. Naopak na muže ve věku 65 a více let připadá o 42 % méně propuštění do zařízení sociální péče a o 18 % přeložení do následné lůžkové péče méně než na ženy. U seniorů celkově propuštění muži z lůžkové zdravotnické péče využívají následnou péči o 12 % častěji než ženy.

#### Rozdíl v počtu hospitalizací dle způsobu ukončení mezi muži a ženami ve věku 65 a více let v roce 2017

Způsob ukončení hospitalizace	Případy absolutně		Rozdíl M-Ž	Na tisíc obyv.		Rozdíl M/Ž v %
	muži	ženy		muži	ženy	
Propuštěn domů bez potřeby péče	162 483	191 832	-29 349	193,0	163,7	17,9%
Propuštěn domů s potřebou péče	130 240	139 837	-9 597	154,7	119,3	29,7%
Propuštěn do zařízení sociální péče	9 384	22 693	-13 309	11,1	19,4	-42,4%
Přeložen do následné lůžkové péče	24 737	42 052	-17 315	29,4	35,9	-18,1%
Překlady v rámci akutní péče	67 143	75 240	-8 097	79,8	64,2	24,3%
Pacient zemřel	28 374	30 962	-2 588	33,7	26,4	27,6%
Následná péče celkem	164 361	204 582	-40 221	195,2	174,5	11,9%
<b>Případy hospitalizace celkem</b>	<b>422 361</b>	<b>502 616</b>	<b>-80 255</b>	<b>501,7</b>	<b>428,8</b>	<b>17,0%</b>

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Níže uvedená tabulka obsahuje počty ukončených případů hospitalizace v LZZ podle uvedené potřeby další péče o propuštěného pacienta bez ohledu na způsob ukončení. Z hlediska následné péče po propuštění je nejčastěji potřebná ambulantní péče (73 %) s výraznou převahou dočasné formy této péče (53 %). Tento druh potřeby za posledních deset let snížil svůj význam o 7 %. Naopak výrazně vzrostl význam potřeby ústavní sociální služby a domácí péče, přesto však tyto potřeby tvoří dohromady pouze 16,8 tisíce (2,2 %) všech propuštěných v roce 2017.

#### Ukončené případy hospitalizace\* podle potřeby další péče v letech 2007 a 2017

Potřeba další péče	2007	2017	Rozdíl absol.	2007	2017	Rozdíl v %
	absolutně			na tis. obyv.		
žádná	353 658	298 364	-55 294	34,3	28,2	-17,8%
dočasná ambulantní péče	1 274 160	1 228 413	-45 747	123,4	116,0	-6,0%
trvalá ambulantní péče	507 018	470 772	-36 246	49,1	44,5	-9,5%
lůžková péče	229 663	277 882	48 219	22,2	26,2	17,9%
ústavní sociální služba	21 585	35 661	14 076	2,1	3,4	61,0%
domácí péče	13 974	16 734	2 760	1,4	1,6	16,7%
lázeňská péče	1 124	6 670	5 546	0,1	0,6	478,5%
<b>Hospitalizace celkem</b>	<b>2 401 182</b>	<b>2 334 496</b>	<b>-66 686</b>	<b>232,6</b>	<b>220,5</b>	<b>-5,2%</b>

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR; \* hospitalizace v lůžkových zdravotnických zařízeních

V případě seniorů vychází potřeba významně vyšší potřeba všech druhů sledované následné péče. Během deseti let se zdvojnásobila potřeba domácí péče téměř na 13 tisíc případů (1,4 %) a o třetinu na 30 tisíc (3,2 %) vzrostla potřeba ústavní sociální péče. Naopak výrazný pokles byl zaznamenán u trvalé ambulantní péče, která v roce 2017 zaujímal 264 tisíc (29 %) ukončených hospitalizací seniorů.



### Ukončené případy hospitalizace seniorů ve věku 65 a více let v lůžkových zdravotnických zařízeních v ČR podle potřeby další péče v letech 2007 a 2017

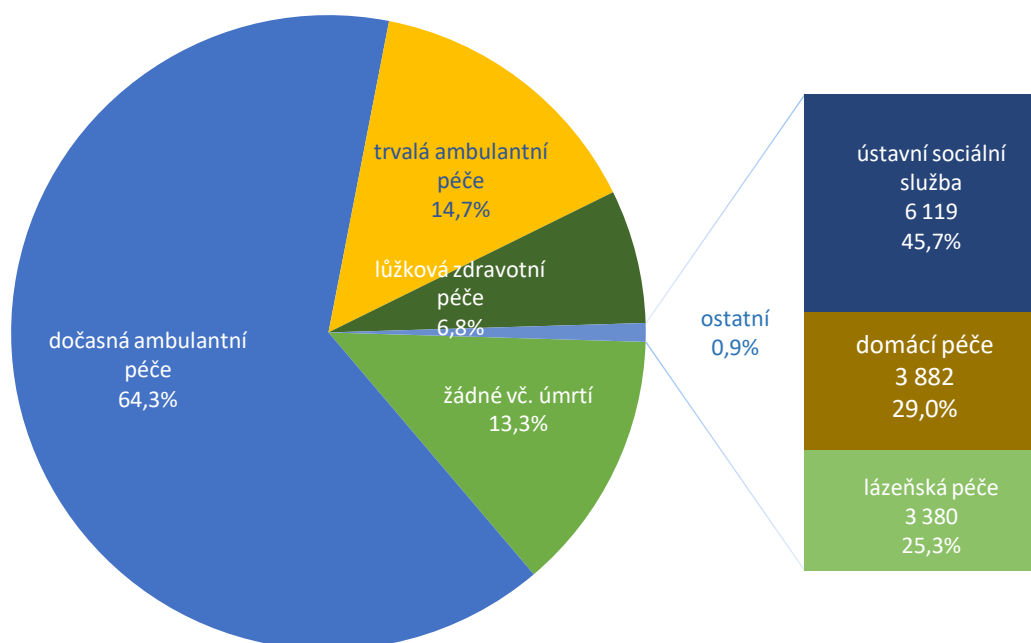
Potřeba další péče	2007	2017	Rozdíl absol.	2007	2017	Rozdíl v %
	absolutně			na tis. obyv.		
žádná	112 042	110 539	-1 503	74,9	54,9	-26,7%
dočasná ambulantní péče	257 657	322 663	65 006	172,3	160,2	-7,0%
trvalá ambulantní péče	247 653	264 246	16 593	165,6	131,2	-20,8%
lůžková péče	128 610	181 845	53 235	86,0	90,3	5,0%
ústavní sociální služba	16 338	29 542	13 204	10,9	14,7	34,3%
domácí péče	6 296	12 852	6 556	4,2	6,4	51,6%
lázeňská péče	557	3 290	2 733	0,4	1,6	338,6%
<b>Hospitalizace celkem</b>	<b>769 153</b>	<b>924 977</b>	<b>155 824</b>	<b>514,3</b>	<b>459,3</b>	<b>-10,7%</b>

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Na rozdíl od seniorů u pacientů ve věku do 64 let dominuje potřeba dočasné ambulantní péče (64 %) a dalších 13,3 % pacientů nepotřebovalo žádnou péči, z nich pouze 4 % představovala úmrtí. U seniorů u potřeby žádné péče tvořily více než polovinu (54 %) případy úmrtí. Dále je u nich dvojnásobně vyšší podíl trvalé ambulantní péče a trojnásobně jsou u nich častější překlady v rámci lůžkové zdravotní péče (19,7 %), ať už akutní či následné.

### Podíly ukončených hospitalizací ve věku 0-64 let v lůžkových zdravotnických zařízeních podle potřeby další péče v roce 2017

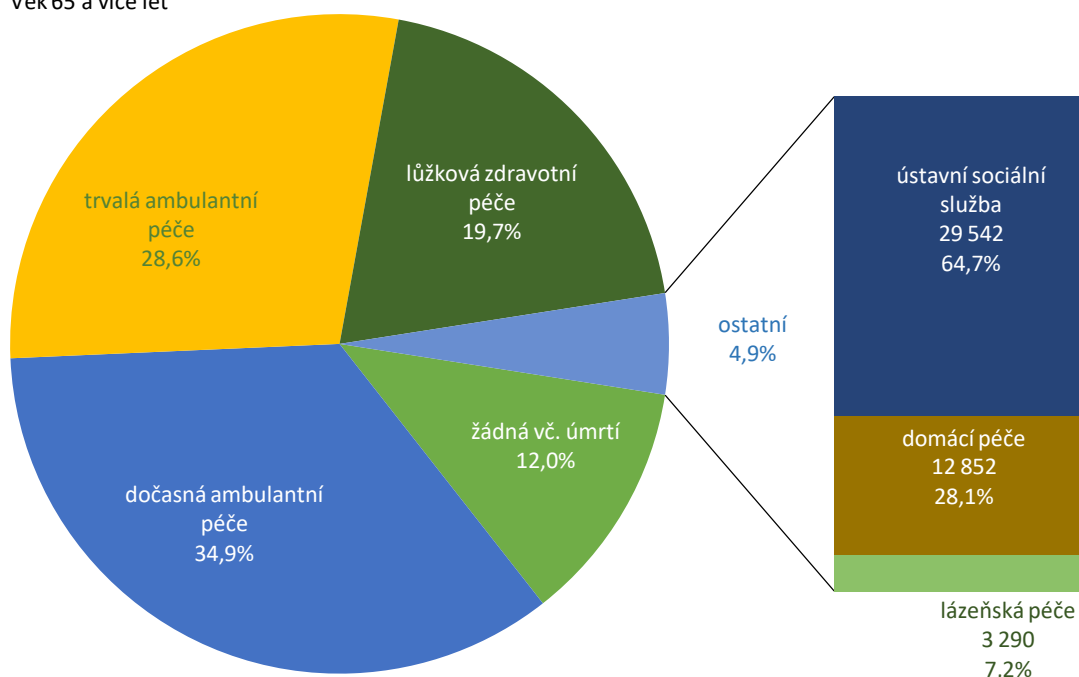
Věk 0-64 let



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

## Podíly ukončených hospitalizací ve věku 65 a více let v lůžkových zdravotnických zařízeních podle potřeby další péče v roce 2017

Věk 65 a více let



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Potřeba péče u seniorů dle pohlaví vykazuje v roce 2017 převahu potřeba žádné nebo ambulantní péče u mužů. U mužů jsou také častější pokračující potřeba lůžkové zdravotnické péče než u žen. Naopak ženy daleko častěji potřebují ústavní sociální péči a domácí péči než muži.

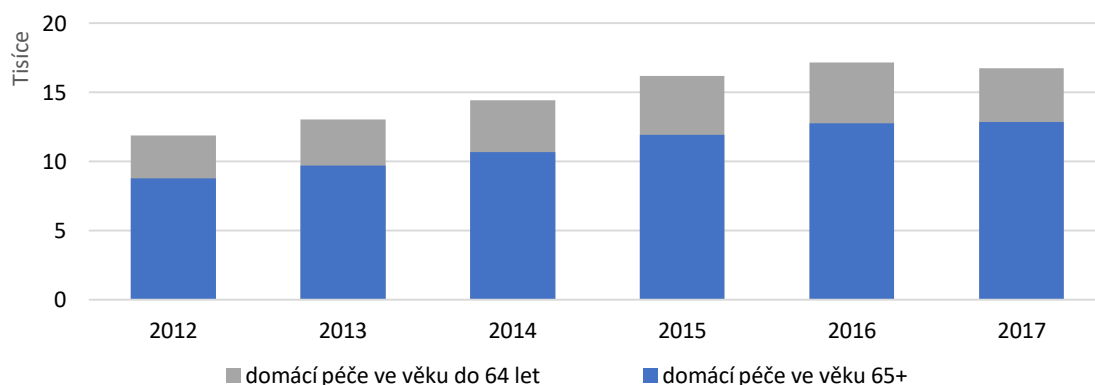
### Rozdíl mezi pohlavími v počtu ukončených hospitalizací dle potřeby další péče ve věku 65 a více let v roce 2017

Potřeba další péče	Případy absolutně		Rozdíl M-Ž	Na tisíc obyv.		Rozdíl M/Ž v %
	muži	ženy		muži	ženy	
žádná	51 119	59 420	-8 301	60,7	50,7	19,8%
dočasná ambulantní péče	147 467	175 196	-27 729	175,2	149,5	17,2%
trvalá ambulantní péče	127 247	136 999	-9 752	151,2	116,9	29,3%
lůžková péče	80 918	100 927	-20 009	96,1	86,1	11,6%
ústavní sociální služba	9 377	20 165	-10 788	11,1	17,2	-35,2%
domácí péče	4 841	8 011	-3 170	5,8	6,8	-15,9%
lázeňská péče	1 392	1 898	-506	1,7	1,6	2,1%
<b>Hospitalizace celkem</b>	<b>422 361</b>	<b>502 616</b>	<b>-80 255</b>	<b>501,7</b>	<b>428,8</b>	<b>17,0%</b>

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Vztah potřeby ústavní sociální služby a překladů byl podrobně popsán výše. Nyní se zaměříme na potřebu domácí péče. Níže uvedený graf poukazuje na významný nárůst potřeby této péče po propuštění z lůžkových zdravotnických zařízení, a to především u seniorů, kteří tvoří 12,8 tisíce (77 %) z celkového počtu 16,7 ukončených případů hospitalizace v lůžkových zdravotnických zařízeních ČR s následnou potřebou domácí péče.

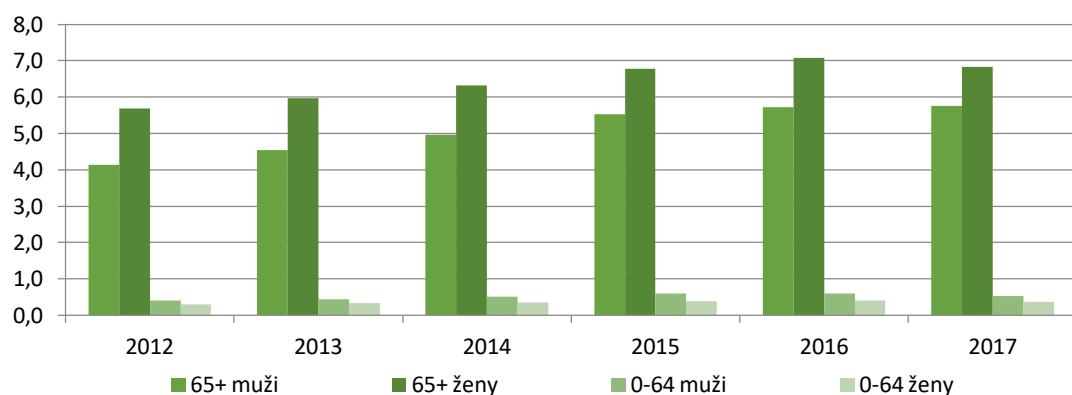
### Vývoj počtu ukončených hospitalizací v zařízeních následné lůžkové péče s potřebou domácí zdravotní péče dle věku v letech 2012 až 2017



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Níže uvedený graf poukazuje na výrazně častější potřebu domácí zdravotní péče u senierek oproti seniorům. Tento rozdíl se mírně snížil na méně než 16 % nižší potřebu domácí péče u mužů oproti ženám. Na tisíc žen ve věku 65 a více let tak připadalo 6,8 případů s potřebou domácí zdravotní péče oproti 5,8 případům u mužů téhož věku. U populace osob mladších 64 let vychází potřeba domácí péče na méně než jeden případ na dva tisíce obyvatel tohoto věku bez ohledu na pohlaví.

### Vývoj počtu ukončených hospitalizací v zařízeních následné lůžkové péče s potřebou domácí zdravotní péče dle věku v letech 2012 až 2017



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Domácí péče však i přes deklarovanou potřebu nemusí být vždy zajištěna. S touto potřebou je propuštěno domů pouze 25 % seniorů a dalších 16 % seniorů s touto potřebou je propuštěno do zařízení sociální péče. I přes tuto deklarovanou potřebu je 60 % těchto seniorů přeloženo do další lůžkové péče. Je otázkou, do jaké míry je toto způsobeno nedostatečnou dostupností domácí péče.

## Případy hospitalizace v zařízeních lůžkové zdravotnické péče v ČR dle způsobu ukončení s potřebou domácí zdravotní péče v letech 2012 a 2017

Ukončené hospitalizace s potřebou domácí péče	Rok 2012			Rok 2017		
	0-64	65+	celkem	0-64	65+	celkem
Propuštěn domů	1 635	2 846	4 481	1 781	3 202	4 983
Propuštěn do sociální péče	216	1 599	1 815	167	1 986	2 153
Přeložen do následné péče	791	1 450	2 241	1 020	1 954	2 974
Přeložen do akutní péče	483	2 861	3 344	914	5 710	6 624
<b>Počty hospitalizací celkem</b>	<b>3 125</b>	<b>8 756</b>	<b>11 881</b>	<b>3 882</b>	<b>12 852</b>	<b>16 734</b>
Propuštěn domů	52,3%	32,5%	37,7%	45,9%	24,9%	29,8%
Propuštěn do sociální péče	6,9%	18,3%	15,3%	4,3%	15,5%	12,9%
Přeložen do následné péče	25,3%	16,6%	18,9%	26,3%	15,2%	17,8%
Přeložen do akutní péče	15,5%	32,7%	28,1%	23,5%	44,4%	39,6%
<b>Podíl hospitalizací celkem</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Zpracovaná data ukazují na rostoucí význam seniorů z hlediska potřeby a čerpání péče. Kromě rostoucí intenzity čerpání a potřeby sociální péče roste především čerpání substituční následné zdravotnické péče. Roste také potřeba domácí péče. Vzhledem k pokračujícímu stárnutí populace a daleko vyšším nárokům seniorů na následnou a dlouhodobou péči než u zbytku populace bude tento efekt nabývat na významu. Je otázkou, jak se v závislosti na to budou vyvíjet kapacity lůžkové péče a alternativní možnosti následné a dlouhodobé péče mimo tato zařízení, tj. domácí a sociální péče.

## Případy hospitalizace dle způsobu ukončení a druhu lůžkového zdrav. zařízení v roce 2017

Druh zdravotnického zařízení (DRZAR)	Propuštěn domů bez potřeby péče	Propuštěn domů s potřebou péče	Propuštěn do zařízení sociální péče	Přeložen do následné péče	Přeložen do akutní péče	Pacient zemřel	Počet případů celkem
Nemocnice akutní péče	1 388 186	439 244	29 876	78 141	224 399	58 435	2 218 281
LDN a nem. násl. péče	6 864	11 250	4 902	1 119	5 688	6 419	36 242
Léčebny TRN	1 454	1 968	121	64	488	483	4 578
Psychiatrické léčebny	9 533	20 348	3 066	353	2 420	1 393	37 113
Rehabilitační ústavy	6 502	2 628	127	76	359	2	9 694
Dětské léčebné ústavy	3 274	1 966	64	4	63		5 371
Hospice	123	187	126	30	104	3 165	3 735
Ostatní OLÚ	7 328	10 646	271	225	651	361	19 482
<b>Hospitalizace celkem</b>	<b>1 423 264</b>	<b>488 237</b>	<b>38 553</b>	<b>80 012</b>	<b>234 172</b>	<b>70 258</b>	<b>2 334 496</b>
Nemocnice akutní péče	63%	20%	1%	4%	10%	3%	100%
LDN a nem. násl. péče	19%	31%	14%	3%	16%	18%	100%
Léčebny TRN	32%	43%	3%	1%	11%	11%	100%
Psychiatrické léčebny	26%	55%	8%	1%	7%	4%	100%
Rehabilitační ústavy	67%	27%	1%	1%	4%	0%	100%
Dětské léčebné ústavy	61%	37%	1%	0%	1%	0%	100%
Hospice	3%	5%	3%	1%	3%	85%	100%
Ostatní OLÚ	38%	55%	1%	1%	3%	2%	100%
<b>Hospitalizace celkem</b>	<b>61%</b>	<b>21%</b>	<b>2%</b>	<b>3%</b>	<b>10%</b>	<b>3%</b>	<b>100%</b>

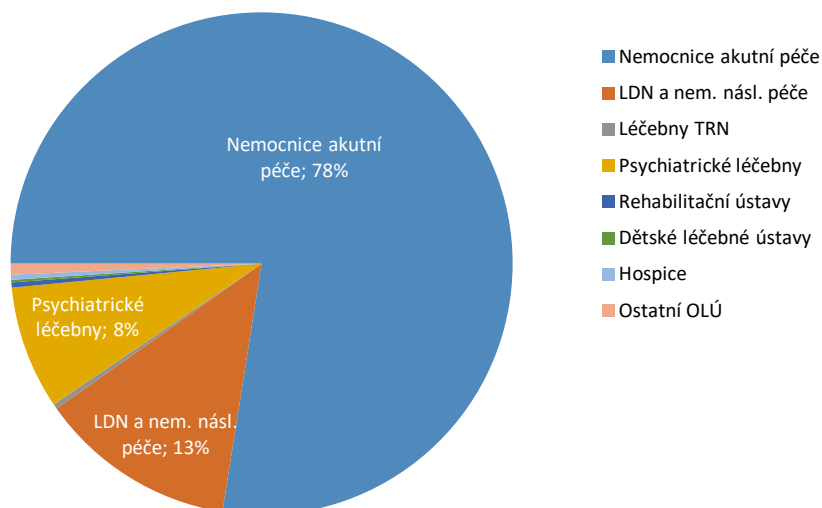
Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Struktura ukončených hospitalizací dle druhů zařízení se vyznačuje největším objemem případů v nemocnicích, kde potřebu další péče po propuštění domů má 439 tisíc pacientů tvořících pětinu objemu jejich ukončených případů v roce 2017. Další největší počet propuštěných domů s potřebou další péče v počtu 20 tisíc případů v roce 2017 vykazují psychiatrické léčebny s tím, že u nich se jedná o více než polovinu všech jimi ukončených hospitalizací. Další 11 tisíc

případů propustily domů s potřebou následné péče léčebny dlouhodobě nemocných a nemocnice následné péče, u nichž se jedná o necelou třetinu pacientů. Celkem propuštění domů s potřebou další péče tvořilo pětinu všech propuštění v roce 2017. Do této skupiny případů nebyla kromě žádné potřeby péče zahrnuta také běžná dočasná ambulantní péče.

Z hlediska následné péče byla druhou nejvýznamnější skupinou s 3 % všech ukončených hospitalizací přeložení do následné lůžkové zdravotnické péče, kam překládají pacienti zejména nemocnice se 78 tisíci případy, následované LDN a nemocnicemi následné péče s pouhým 1,1 tisíci případy z celkových 80 tisíc případů překladů do následné péče.

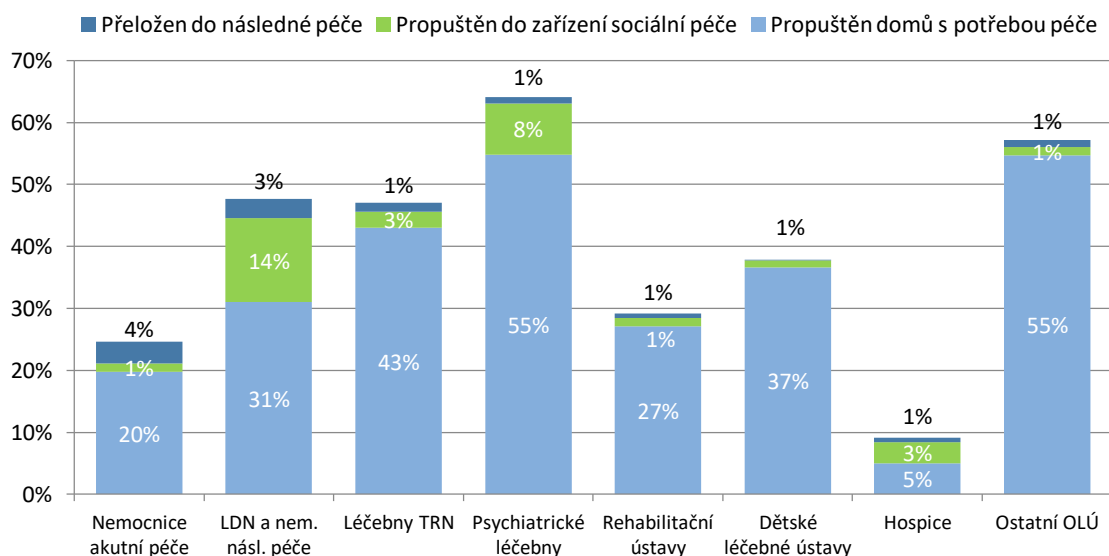
### Případy hospitalizace ukončené propuštěním do zařízení sociální péče



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Na zdravotní péči z pohledu následné a dlouhodobé péče navazují propuštění do zařízení sociální péče, která tvořila 38,6 tisíce ukončených hospitalizací (2 %). Nejintenzivnější vztah mají tato sociální zařízení vůči LDN a nemocnicím následné péče, které tam propouštějí 14 % svých pacientů. Nicméně největší počet téměř 30 tisíc všech propuštění do zařízení sociální péče vykázaly nemocnice akutní péče (78 %), dále to jsou s 5 tisíci pacientů zmiňované LDN a nemocnice následné péče (13 %) a 3 tisíce pacientů předali do sociální péče Psychiatrické léčebny (8 %).

## Struktura propuštěných dle vybraných druhů následné péče a druhu lůžkového zdravotnického zařízení v ČR v roce 2017



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Níže uvedená tabulka zobrazuje rozložení případů hospitalizace dle způsobu ukončení, ale pouze u pacientů ve věku 65 a více let. Z hlediska potřeby následné péče bylo nejvíce seniorů, v počtu 248,6 tisíc v roce 2017, poskytovateli typu nemocnice akutní péče propuštěno domů s potřebou následné péče, dále 65 tisíc seniorů bylo přeloženo do následné péče a 25 tisíc seniorů bylo propuštěno do zařízení sociální péče. Dohromady vykazovalo potřebu následné péče 40 % ukončených hospitalizací seniorů z nemocnic akutní péče v roce 2017. Dalším skupinou zařízení s největším počtem ukončených případů hospitalizace seniorů jsou Léčebny dlouhodobě nemocných a nemocnice následné péče, kde bylo dohromady propuštěno domů s potřebou následné péče 9,3 tisíce seniorů, dalších 4,5 tisíce pacientů bylo propuštěno do zařízení sociální péče a necelý tisíc pacientů bylo pouze přeloženo do jiného zařízení následné péče. Dohromady to tvoří 66 % všech ukončených hospitalizací v těchto zařízeních následné lůžkové péče. Největší podíl 66 % ukončených hospitalizací s potřebou následné převážně domácí péče vykázaly psychiatrické léčebny.

**Případy hospitalizace pacientů ve věku 65 a více let dle způsobu ukončení a druhu lůžkového zdravotnického zařízení v ČR v roce 2017**

Druh zdravotnického zařízení (DRZAR)	Propuštěn domů bez potřeby péče	Propuštěn domů s potřebou péče	Propuštěn do zařízení sociální péče	Přeložen do následné péče	Přeložen do akutní péče	Pacient zemřel	Počet případů celkem
Nemocnice akutní péče	340 179	248 643	25 363	65 378	135 420	48 946	863 929
LDN a nem. násl. péče	5 228	9 337	4 542	902	4 844	5 925	30 778
Léčebny TRN	507	1 318	107	50	351	406	2 739
Psychiatrické léčebny	511	3 253	1 643	233	951	1 201	7 792
Rehabilitační ústavy	3 232	1 399	87	48	238	2	5 006
Hospice	96	147	119	23	79	2 556	3 020
Ostatní OLÚ	4 562	5 980	216	155	500	300	11 713
<b>Hospitalizace celkem</b>	<b>354 315</b>	<b>270 077</b>	<b>32 077</b>	<b>66 789</b>	<b>142 383</b>	<b>59 336</b>	<b>924 977</b>
Nemocnice akutní péče	39%	29%	3%	8%	16%	6%	100%
LDN a nem. násl. péče	17%	30%	15%	3%	16%	19%	100%
Léčebny TRN	19%	48%	4%	2%	13%	15%	100%
Psychiatrické léčebny	7%	42%	21%	3%	12%	15%	100%
Rehabilitační ústavy	65%	28%	2%	1%	5%	0%	100%
Hospice	3%	5%	4%	1%	3%	85%	100%
Ostatní OLÚ	39%	51%	2%	1%	4%	3%	100%
<b>Hospitalizace celkem</b>	<b>38%</b>	<b>29%</b>	<b>3%</b>	<b>7%</b>	<b>15%</b>	<b>6%</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Z hlediska potřeby péče po ukončení hospitalizace celkem jedna třetina případů vykazuje potřebu navazující péče. Trvalá ambulantní péče je nejčastější u propuštěných z psychiatrických léčeben, kde tvořila v roce 2017 polovinu případů. Pokračující lůžkovou péčí se vyznačují nejvíce (19 %) ukončené případy v léčebnách TBC a respiračních nemocí. Potřeba ústavní sociální služby zaujímala přes desetinu pacientů pouze v případy léčeben dlouhodobě nemocných a nemocnic následné péče. Potřeba domácí péče byla vykázána maximálně ve 2 % případů u LDN a rehabilitačních ústavů.

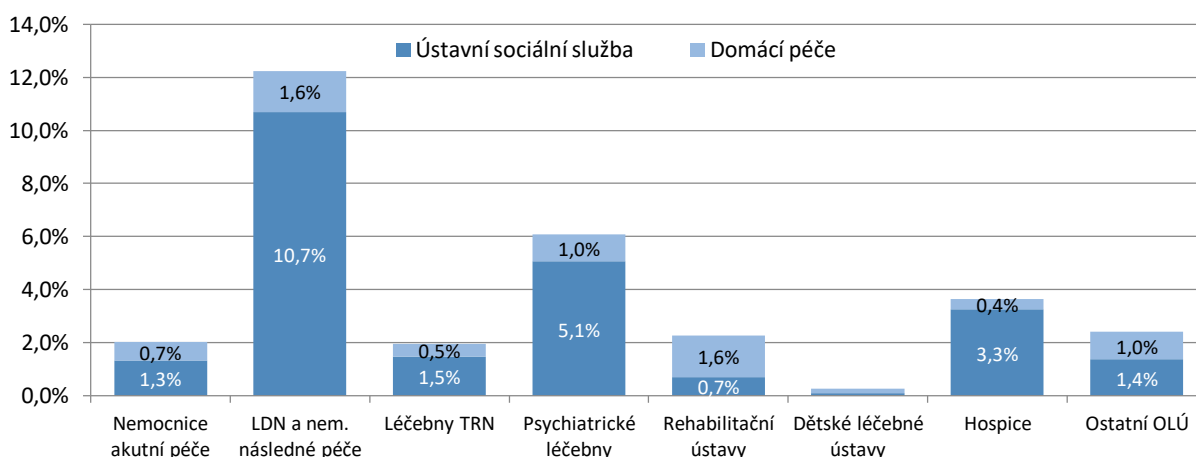
## Případy hospitalizace pacientů dle potřeby další péče a druhu lůžkového zdravotnického zařízení v ČR v roce 2017

Druh zdravotnického zařízení (DRZAR)	Žádná a dočasná péče	Trvalá ambulantní péče	Lůžková zdrav. péče	Ústavní sociální služba	Domácí péče	Celkový součet
Nemocnice akutní péče	1481902	428241	263370	29375	15393	2218281
LDN a nem. následné péče	15014	11223	5567	3876	562	36242
Léčebny TRN	1945	1684	859	67	23	4578
Psychiatrické léčebny	13599	18621	2634	1880	379	37113
Rehabilitační ústavy	6580	2538	356	69	151	9694
Dětské léčebné ústavy	3318	2013	26	5	9	5371
Hospice	3298	170	131	122	14	3735
Ostatní OLÚ	7791	6282	4939	267	203	19482
<b>Hospitalizace celkem</b>	<b>1533447</b>	<b>470772</b>	<b>277882</b>	<b>35661</b>	<b>16734</b>	<b>2334496</b>
Nemocnice akutní péče	67%	19%	12%	1%	1%	100%
LDN a nem. následné péče	41%	31%	15%	11%	2%	100%
Léčebny TRN	42%	37%	19%	1%	1%	100%
Psychiatrické léčebny	37%	50%	7%	5%	1%	100%
Rehabilitační ústavy	68%	26%	4%	1%	2%	100%
Dětské léčebné ústavy	62%	37%	0%	0%	0%	100%
Hospice	88%	5%	4%	3%	0%	100%
Ostatní OLÚ	40%	32%	25%	1%	1%	100%
<b>Hospitalizace celkem</b>	<b>66%</b>	<b>20%</b>	<b>12%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Z pohledu potřeby péče nás dále zajímá ústavní sociální služba a domácí péče. Ústavní sociální služba je nejčastěji indikována v 83 % v nemocnicích akutní péče, následují LDN a nemocnice následné péče s 11 % případů a psychiatrické léčebny s 5 % případů. Z pohledu potřeby domácí péče dominují s 92 % ještě více propuštění z nemocnic a na LDN a Psychiatrické léčebny zbývá pouze 6 % ukončených hospitalizací. Výrazný podíl nemocnic akutní péče je způsoben jejich celkovým převažujícím objemem poskytované péče, která zahrnuje i jimi provozované LDN a oddělení následné péče.

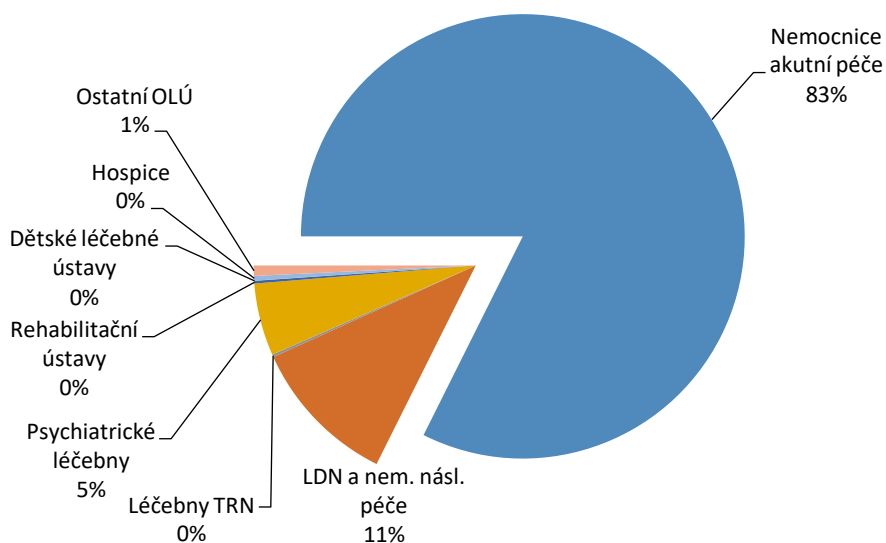
## Ukončené hospitalizace ve věku 65 a více let podle potřeby další péče a druhu lůžkového zdravotnického zařízení v ČR v roce 2017



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

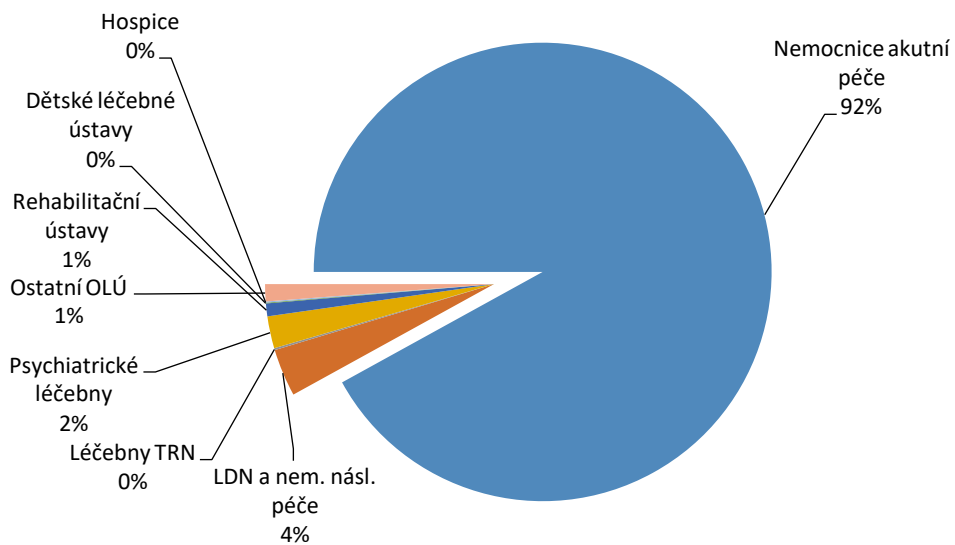


**Ukončené hospitalizace s potřebou „ústavní sociální služby“ podle druhu lůžkového zdravotnického zařízení v roce 2017**



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

**Ukončené hospitalizace s potřebou „domácí péče“ podle druhu lůžkového zdravotnického zařízení v roce 2017**



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Níže uvedená tabulka se zaměřuje pouze potřebu péče o seniory po propuštění z jednotlivých druhů lůžkových zdravotnických zařízení. Potřeba ústavní sociální péče byla požadována u 24,4 tisíc propuštěných z nemocnic, dále 3,6 tisíc propuštěných z léčeben dlouhodobé péče a nemocnic následné péče a 1,1 tisíce seniorů z psychiatrických léčeben. Spolu s ostatními to činí více než 29,5 tisíce propuštěných seniorů s potřebou sociální péče v roce 2017. V případě domácí péče bylo opět nejvíce seniorů 11,8 tisíce propuštěno z nemocnic akutní péče, dále 493 seniorů z LDN a 316 seniorů z psychiatrických léčeben, tj. spolu s ostatními zařízeními celkem potřeba domácí péče pro necelých 13 tisíc seniorů v roce 2017.

#### **Případy hospitalizace ve věku 65 a více let dle potřeby další péče a druhu lůžkového zdravotnického zařízení v ČR v roce 2017**

<b>Druh zdravotnického zařízení (DRZAR)</b>	<b>Žádná a dočasná péče</b>	<b>Trvalá ambulantní péče</b>	<b>Lůžková zdrav. péče</b>	<b>Ústavní sociální služba</b>	<b>Domácí péče</b>	<b>Celkový součet</b>
Nemocnice akutní péče	409919	245186	172594	24394	11836	863929
LDN a nem. následné péče	12588	9327	4766	3604	493	30778
Léčebny TRN	900	1121	637	64	17	2739
Psychiatrické léčebny	2190	3190	992	1104	316	7792
Rehabilitační ústavy	3292	1346	231	43	94	5006
Hospice	2660	134	100	114	12	3020
Ostatní OLÚ	4943	3942	2525	219	84	11713
<b>Hospitalizace celkem</b>	<b>436492</b>	<b>264246</b>	<b>181845</b>	<b>29542</b>	<b>12852</b>	<b>924977</b>
Nemocnice akutní péče	47%	28%	20%	3%	1%	100%
LDN a nem. následné péče	41%	30%	15%	12%	2%	100%
Léčebny TRN	33%	41%	23%	2%	1%	100%
Psychiatrické léčebny	28%	41%	13%	14%	4%	100%
Rehabilitační ústavy	66%	27%	5%	1%	2%	100%
Hospice	88%	4%	3%	4%	0%	100%
Ostatní OLÚ	42%	34%	22%	2%	1%	100%
<b>Hospitalizace celkem</b>	<b>47%</b>	<b>29%</b>	<b>20%</b>	<b>3%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Níže uvedená tabulka poukazuje na absolutní počty ukončených hospitalizací ze všech lůžkových zdravotnických zařízení dle různých charakteristik v rozložení dle jednotlivých krajů ČR. První sloupec ukazuje celkový počet propuštěných a přeložených pacientů s potřebou další péče, která zahrnuje trvalou ambulantní, lůžkovou sociální či zdravotní nebo domácí péči dohromady, bez ohledu na to, kam byly ve skutečnosti propuštěni či přeloženi. Druhý sloupec představují počty seniorů s potřebou péče, kteří jsou zahrnuti v celkových počtech v prvním sloupci. Třetí sloupec poukazuje pouze na propuštěné domů resp. domova seniorů z celkového počtu pacientů z prvního sloupce. Dále opět z celkového počtu pacientů uvedených v prvním sloupci tvoří čtvrtý sloupec počty pacientů s deklarovanou potřebou domácí péče, pátý sloupec počty propuštěných pacientů do sociální péče a šestý sloupec přeložené pacienty do následné lůžkové zdravotnické péče. Poslední sloupec doplňuje mimo výčet relevantních charakteristik z pohledu potřeb následné péče počet ukončených hospitalizací úmrtím pacienta. Poslední řádek „celkem“ netvoří prostý součet výše uvedených hodnot, ale zahrnuje také nezařazené případy hospitalizací bezdomovců a cizinců s neurčeným místem pobytu. Tyto absolutní počty neumožňují porovnávat kraje z pohledu intenzity potřeby péče. Strukturální rozdíly umožňuje porovnání procentuálních podílů charakteristik v následujících grafech.

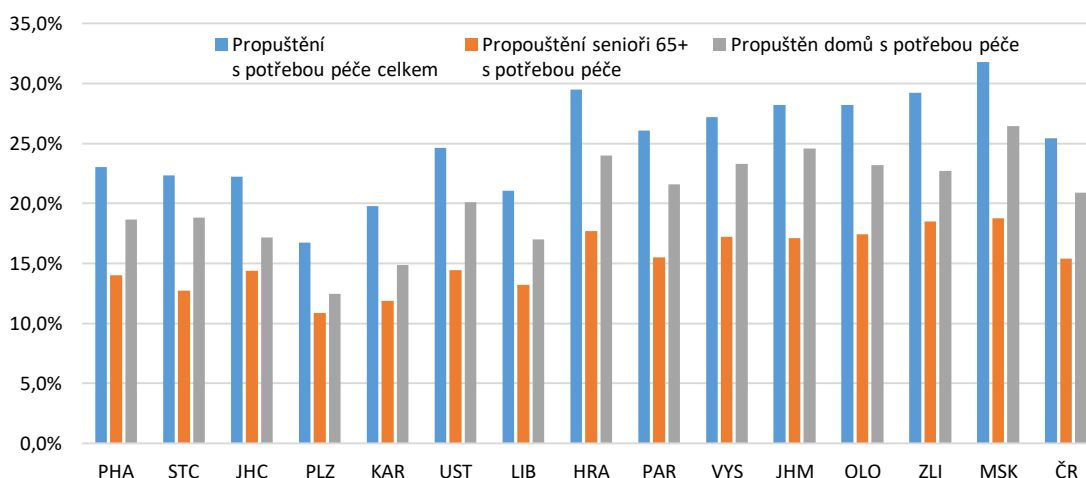
## Počty případů hospitalizace v lůžkových zdravotnických zařízeních ČR dle potřeby další péče a způsobu ukončení v roce 2017

Kraje ČR	Propuštění s potřebou péče celkem	Propouštění seniori 65+ s potřebou péče	Propuštěn domů s potřebou péče	Potřeba domácí péče	Propuštěn do sociální péče	Přeložen do následné péče	Pacient zemřel
PHA	51 060	31 075	41 410	1 266	4 281	8 269	7 387
STC	63 446	36 163	53 358	1 301	3 927	8 702	8 494
JHC	33 167	21 476	25 550	908	3 047	5 399	4 020
PLZ	20 411	13 242	15 237	604	2 358	3 115	4 257
KAR	13 400	8 041	10 088	355	811	2 771	2 302
UST	50 692	29 756	41 396	2 767	3 831	6 672	6 302
LIB	21 103	13 251	17 057	305	1 444	3 487	3 504
HRA	32 381	19 415	26 338	635	1 949	4 254	3 522
PAR	29 275	17 402	24 223	914	1 535	3 937	3 266
VYS	32 984	20 841	28 220	1 079	1 642	3 586	3 061
JHM	70 950	42 941	61 817	1 556	3 679	6 255	7 344
OLO	41 737	25 752	34 310	2 208	2 218	5 463	4 479
ZLI	41 162	26 067	31 988	577	2 451	7 160	3 969
MSK	89 725	52 928	74 646	2 219	5 323	10 795	8 158
<b>Celkem</b>	<b>594 275</b>	<b>358 920</b>	<b>488 237</b>	<b>16 734</b>	<b>38 553</b>	<b>80 012</b>	<b>70 258</b>

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Mezi propuštěnými vykazují největší podíl potřeby následné péče pacienti bydlící v Moravskoslezském (31,8 %) a Královéhradeckém (29,5 %) kraji. V počtu propuštěných s potřebou péče jsou zahrnuti propuštění domů, jejichž podíl byl největší kromě Moravskoslezského (26,4 %) a Královéhradeckého (24,0 %) také v Jihomoravském (24,6 %) kraji. Ukončené případy hospitalizace seniorů s potřebou další péče tvořili největší podíl ukončených hospitalizací krom Moravskoslezského (18,7 %) také ve Zlínském kraji (18,5 %).

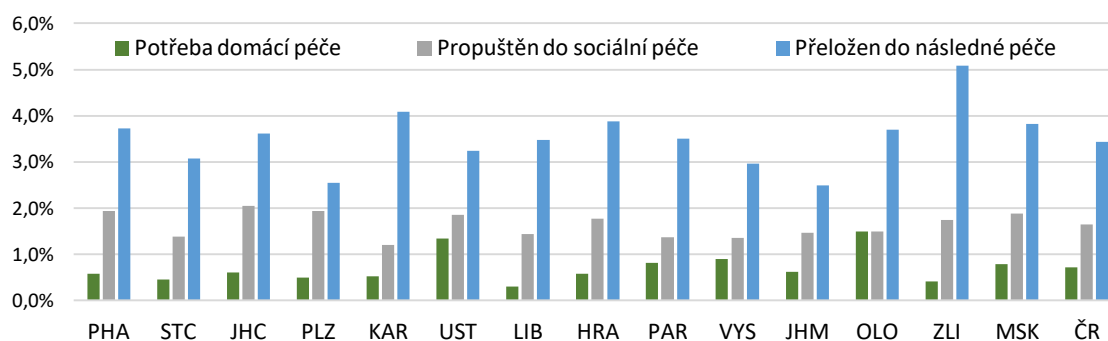
### Podíly ukončených případů hospitalizace v lůžkových zdravotnických zařízeních v krajích dle bydliště a potřeby další péče v roce 2017



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Z pohledu konkrétních potřeb následné péče po propuštění mají největší zastoupení ukončené hospitalizace s potřebou následné zdravotnické lůžkové péče ve Zlínském kraji (5,1 %) následovaný Karlovarským krajem (4,1 %). Největším podílem propuštěných do sociální péče se vyznačují naopak české kraje, jako jsou Jihočeský kraj (2,0 %) a shodně Hl. m. Praha (1,9 %), Plzeňský a Moravskoslezský kraj. Největším podílem vykázané potřeby domácí zdravotní péče se vyznačovali pacienti Olomouckého (1,5 %) a Ústeckého (1,3 %) kraje.

### Podíly ukončených případů hospitalizace v lůžkových zdravotnických zařízeních ČR v krajích ČR dle bydliště a potřeby domácí, sociální a následné péče v roce 2017



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

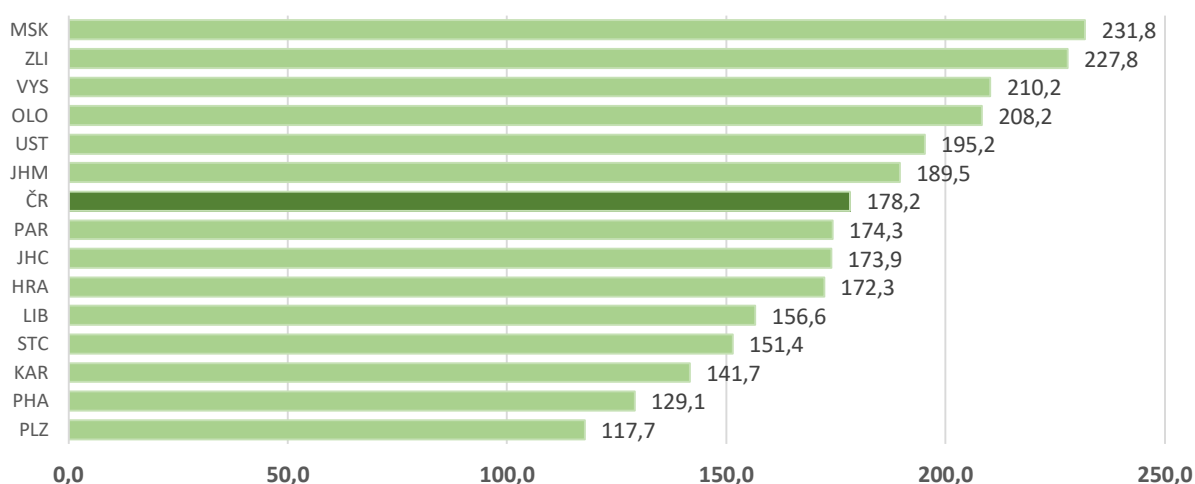
### Počty případů hospitalizace v lůžkových zdravotnických zařízeních na tisíc obyvatel v krajích ČR dle bydliště a potřeby další péče a způsobu ukončení v roce 2017

Kraje ČR	Ukončené hospitalizace s potřebou péče celkem	Ukončené hospitalizace s potřebou péče 65+	Propuštěn domů s potřebou péče	Potřeba domácí péče	Propuštěn do sociální péče	Přeložen do následné péče	Pacient zemřel
PHA	39,7	129,1	32,2	1,0	3,3	6,4	5,7
STC	47,1	151,4	39,6	1,0	2,9	6,5	6,3
JHC	51,9	173,9	40,0	1,4	4,8	8,4	6,3
PLZ	35,2	117,7	26,3	1,0	4,1	5,4	7,3
KAR	45,3	141,7	34,1	1,2	2,7	9,4	7,8
UST	61,7	195,2	50,4	3,4	4,7	8,1	7,7
LIB	47,9	156,6	38,7	0,7	3,3	7,9	7,9
HRA	58,8	172,3	47,8	1,2	3,5	7,7	6,4
PAR	56,6	174,3	46,8	1,8	3,0	7,6	6,3
VYS	64,8	210,2	55,5	2,1	3,2	7,0	6,0
JHM	60,1	189,5	52,4	1,3	3,1	5,3	6,2
OLO	65,9	208,2	54,2	3,5	3,5	8,6	7,1
ZLI	70,6	227,8	54,9	1,0	4,2	12,3	6,8
MSK	74,3	231,8	61,8	1,8	4,4	8,9	6,8
ČR	<b>56,1</b>	<b>178,2</b>	<b>46,1</b>	<b>1,6</b>	<b>3,6</b>	<b>7,6</b>	<b>6,6</b>

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Hodnoty z výše uvedené tabulky zobrazují jednotlivé následující grafy s pořadím krajů ČR. Propuštění senioři mají průměrně více než trojnásobnou pokračující potřebu péče po propuštění oproti celé populaci. Nejvíce ukončených hospitalizací u seniorů s potřebou další péče bylo zdravotnickými zařízeními vykázáno v přepočtu na tisíc obyvatel ve věku 65 a více let u bydlících v Moravskoslezském (231,8) a Zlínském (227,8) kraji, naopak nejmenší počet byl zaznamenán v Plzeňském kraji (117,7) a Hl. m. Praze (129,1).

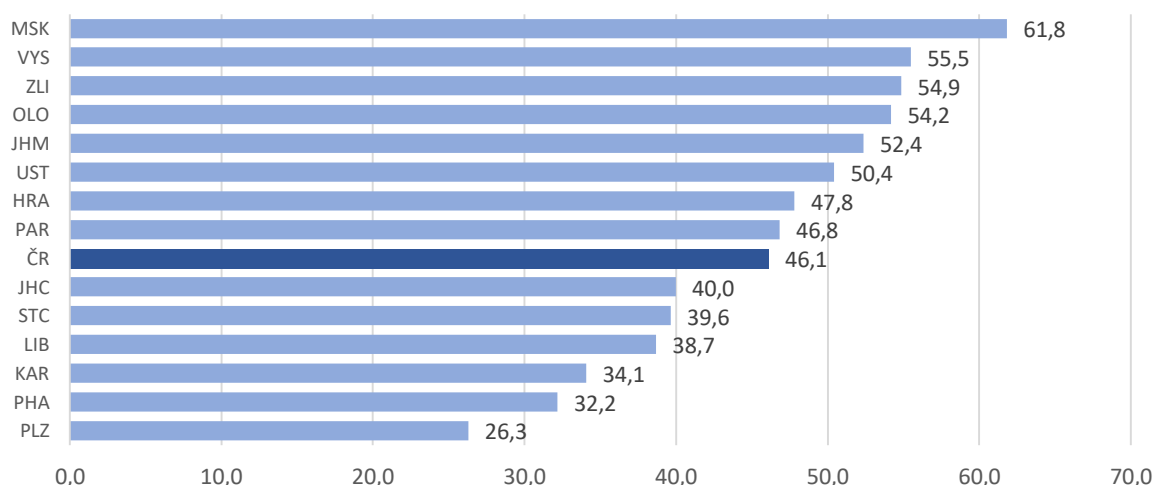
#### Ukončené hospitalizace osob 65+ s potřebou další péče na tis. obyv. podle bydliště v r. 2017



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Nejvíce propuštěných pacientů z lůžkových zdravotnických zařízení domů s potřebou následné péče vyjma krátkodobé ambulantní bylo zaznamenáno v přepočtu na tisíc obyvatel opět v Moravskoslezském kraji (61,8). Nad průměrem ČR se pohybuje celý moravský region. Výrazně podprůměrné počty propuštěných domů s potřebou následné péče připadá na tisíc obyvatel Plzeňského kraje (26,3), Hl. m. Prahy (32,2) a Karlovarského kraje (34,1).

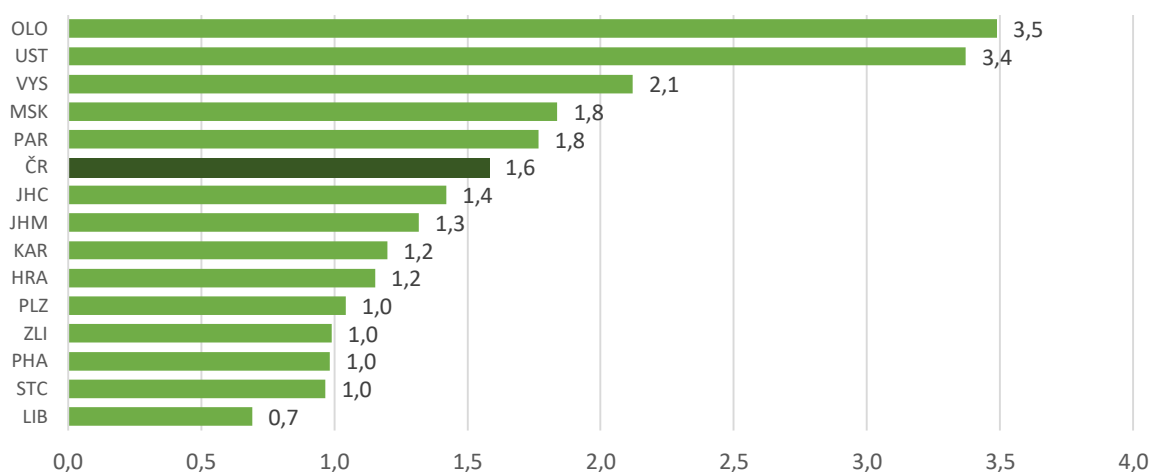
#### Propuštění pacienti domů s potřebou další péče na tisíc obyvatel dle bydliště v roce 2017



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Specifická potřeba domácí zdravotní péče byla nejčastěji vykázána na tisíc obyvatel Olomouckého (3,5) a Ústeckého (3,4) kraje. Naopak nejméně to bylo v Libereckém kraji (0,7).

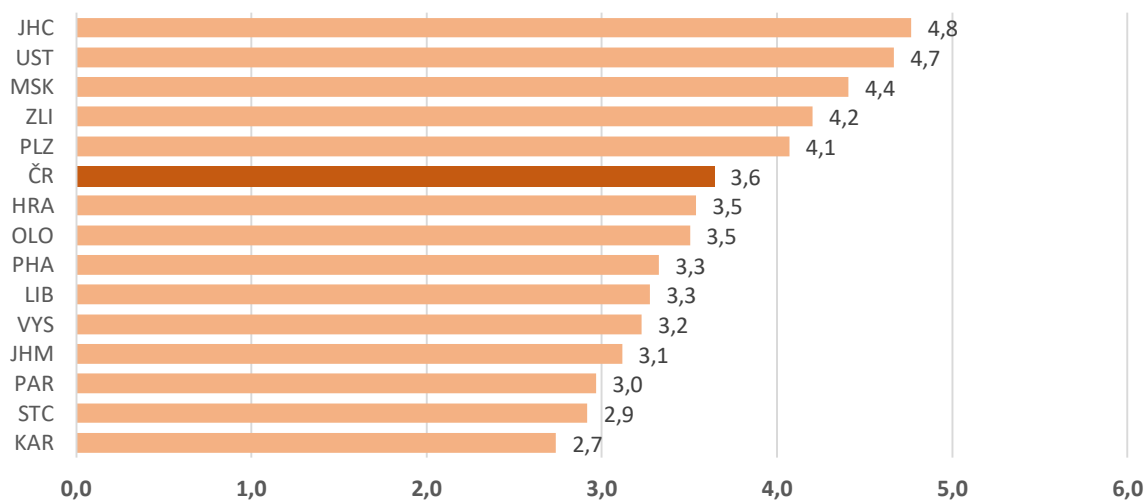
### Potřeba DZP u ukončených hospitalizací v LZZ na tis. obyvatel podle kraje bydliště v roce 2017



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

Do zařízení sociální péče bylo oproti celé ČR z lůžkových zdravotnických zařízení nadprůměrně propuštěno v přepočtu na tisíc obyvatel v Jihočeském (4,8), Ústeckém (4,7) a Moravskoslezském (4,4), Zlínském (4,2) a Plzeňském (4,1) kraji. Výrazně pod průměrem byl v počtu propuštění do zařízení sociální péče na tisíc obyvatel Karlovarský (2,7), Středočeský (2,9) a Pardubický (3,0) kraj.

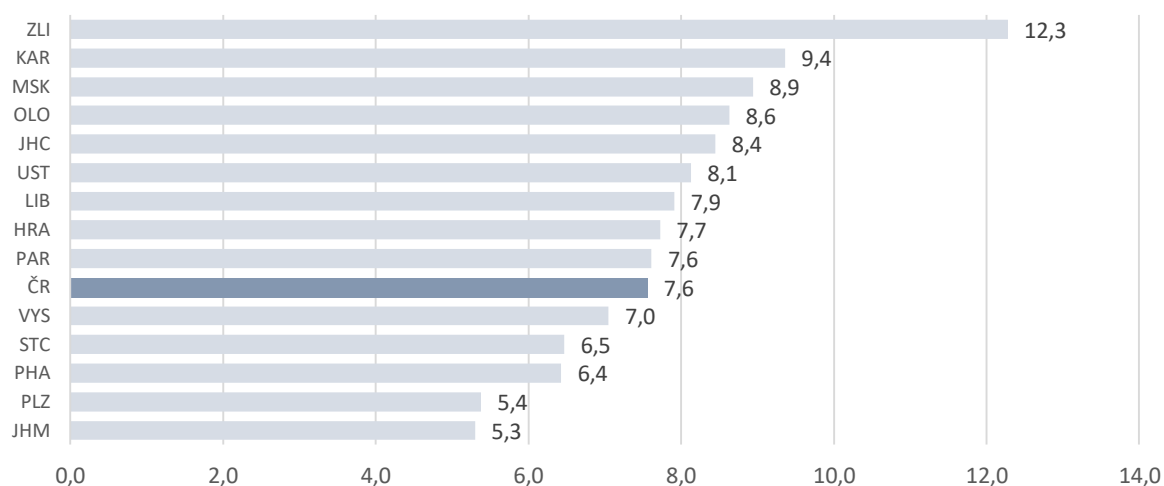
### Propuštění pacienti z lůžkové zdrav. péče do sociální péče na tis. obyv. v krajích v roce 2017



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

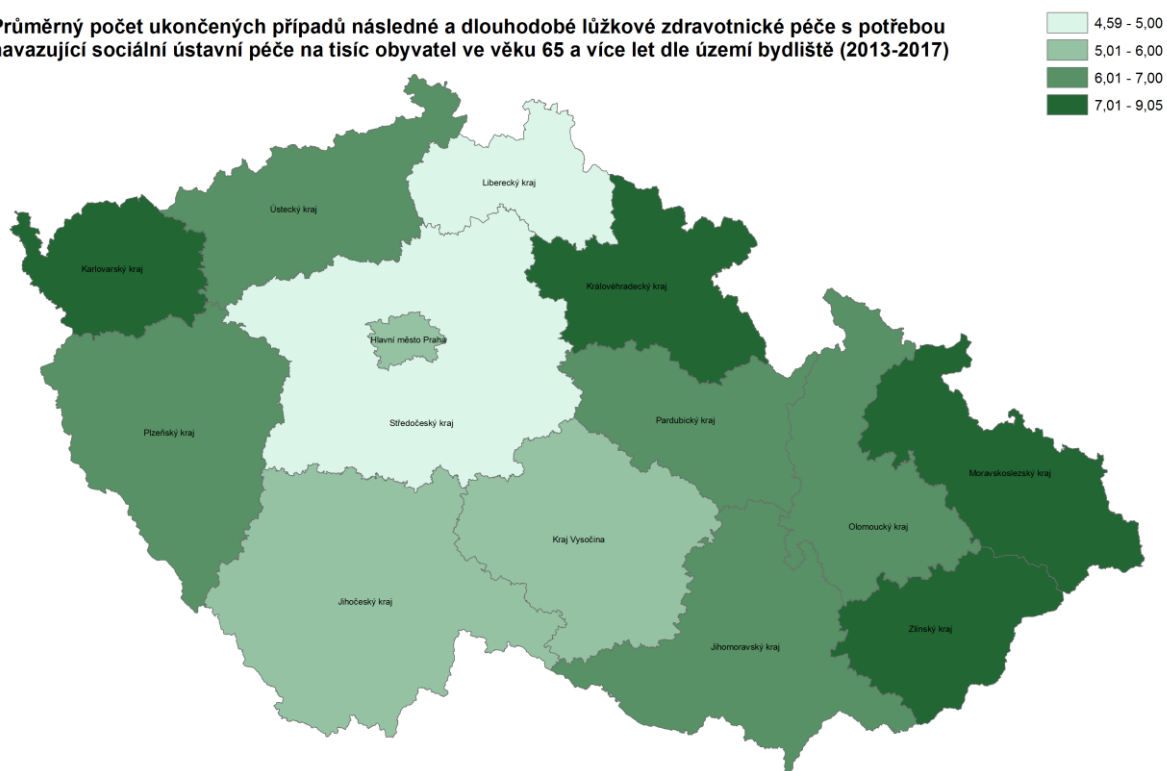
Nejvyšší počet přeložených pacientů do následné lůžkové zdravotní péče v rozsahu poskytovatelů lůžkové zdravotní péče byl v roce 2017 zaznamenán u obyvatel ve Zlínském kraji (12,3). Výrazně pod průměrem ČR, 7,6 pacientů s potřebou následné lůžkové zdravotní péče na tisíc obyvatel, vycházely počty pacientů na tisíc obyvatel v Jihomoravském a Plzeňském kraji.

## Přeložení pacienti do následné lůžkové zdrav. péče na tisíc obyvatel v krajích ČR v roce 2017



Zdroj: Národní registr hospitalizovaných, ÚZIS ČR

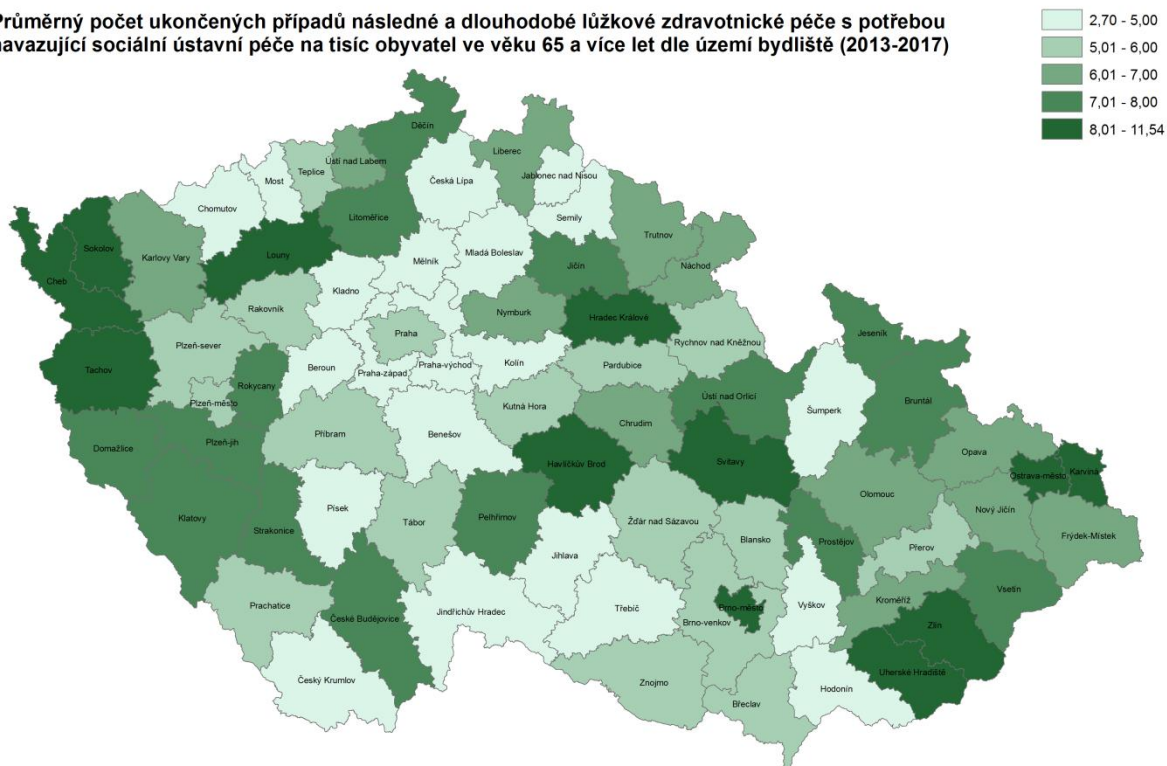
## Průměrný počet ukončených případů následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péče s potřebou navazující sociální ústavní péče na tisíc obyvatel ve věku 65 a více let dle území bydliště (2013-2017)



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z.s. (socialnipolitika.eu)

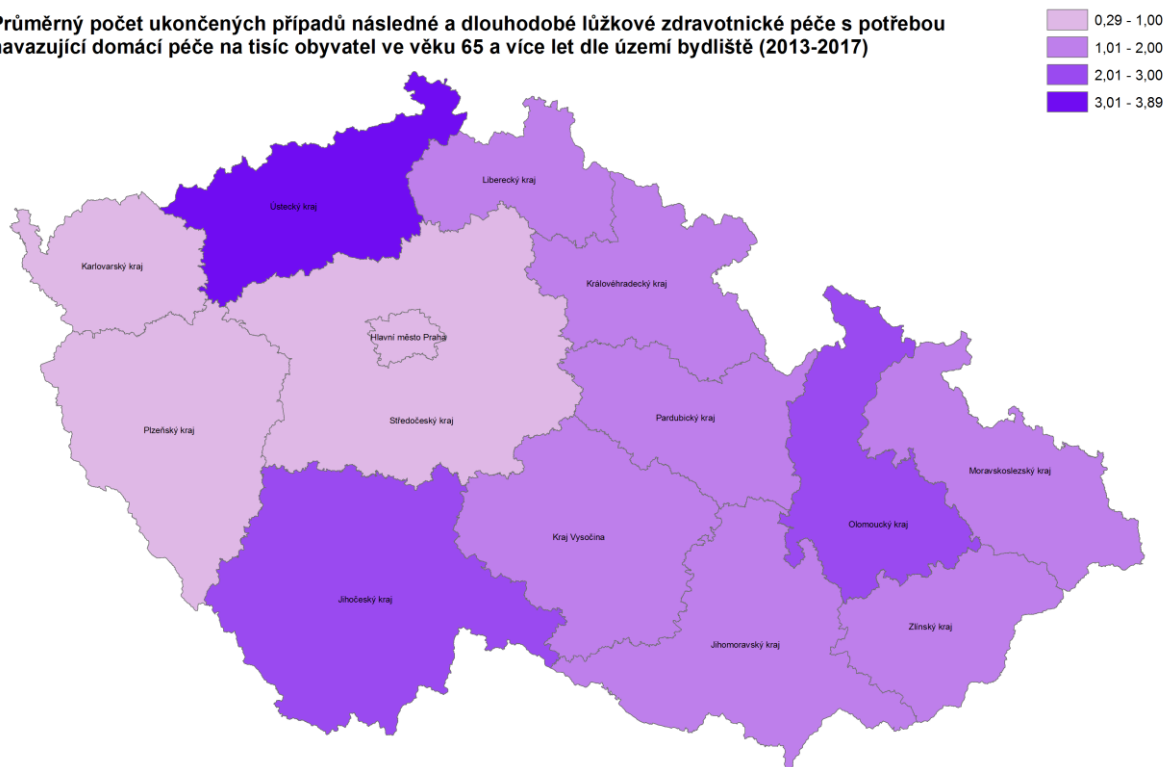
**Průměrný počet ukončených případů následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péče s potřebou navazující sociální ústavní péče na tisíc obyvatel ve věku 65 a více let dle území bydliště (2013-2017)**



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z.s. (socialnipolitika.eu)

**Průměrný počet ukončených případů následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péče s potřebou navazující domácí péče na tisíc obyvatel ve věku 65 a více let dle území bydliště (2013-2017)**

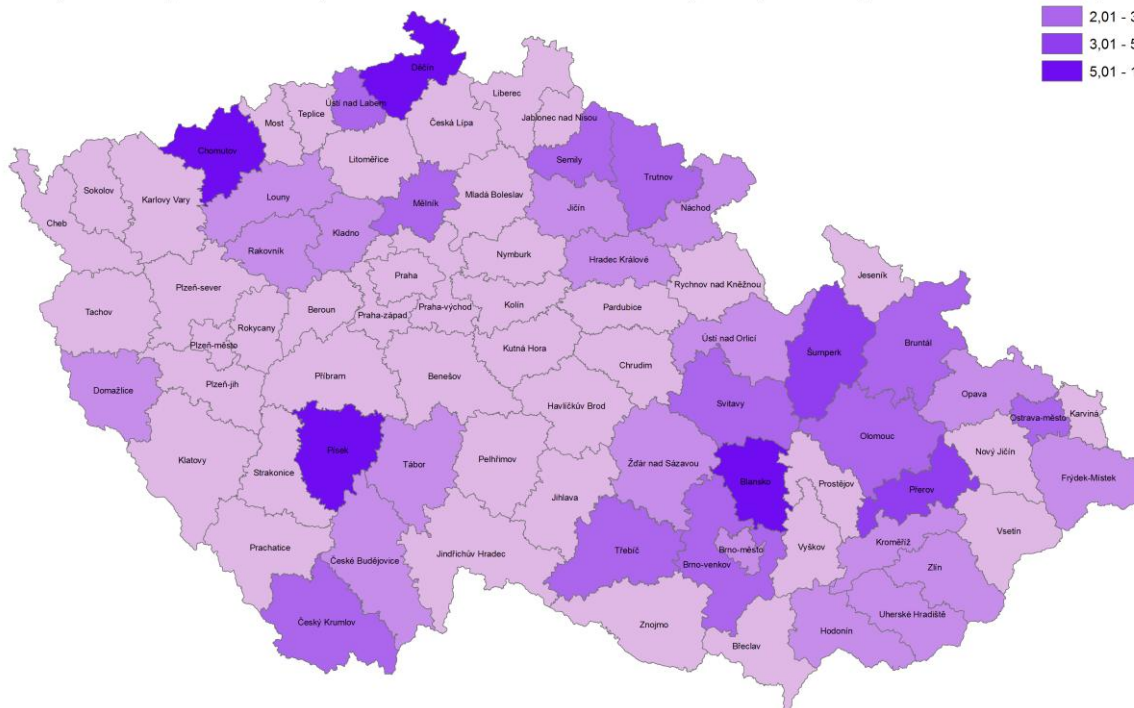
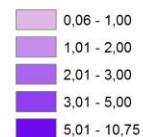


Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z.s. (socialnipolitika.eu)



**Průměrný počet ukončených případů následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péče s potřebou navazující domácí péče na tisíc obyvatel ve věku 65 a více let dle území bydliště (2013-2017)**



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z.s. (socialnipolitika.eu)

## 12. Počet zemřelých podle místa úmrtí

Zdrojem údajů o počtu zemřelých podle místa úmrtí (doma, v zařízení sociálních služeb, v lůžkovém zdravotnickém zařízení atd.) byl „Informační systém Zemřelí“ (IS ZEM)<sup>41</sup>, který spravuje Český statistický úřad. Informační systém vychází z „Hlášení o úmrtí“, které za každý případ úmrtí zasílá Českému statistickému úřadu matrika příslušná místu úmrtí. Prvotním dokladem je „List o prohlídce zemřelého“ (LPZ).

Následující kartogramy ukazují podíly zemřelých doma, v lůžkovém zdravotnickém zařízení a v zařízení sociálních služeb v krajích ČR.

S nárůstem počtu klientů dlouhodobé péče, zejména v rámci sociálních služeb, roste také počet zemřelých v některém ze zařízení dlouhodobé péče. Podle údajů ČSÚ v roce 2017 zemřelo v ČR celkem 111 443 osob, z toho 72 084 (65 %) v lůžkovém zdravotnickém zařízení, 24 263 (22 %) doma a 8 846 (8 %) v zařízení sociálních služeb. Podíl zemřelých v zařízení sociálních služeb se mezi roky 2013 až 2017 zvýšil z 5,6 na 7,9 %. Podíl zemřelých doma se zvýšil z 20 na 22 %. Zatímco zemřelých bylo v roce 2017 o 2 % více než v roce 2013, počet zemřelých doma se zvýšil o 10 % a v zařízení sociálních služeb o 45 %. Počet zemřelých v lůžkovém zdravotnickém zařízení se zvýšil jen nepatrně (o 0,2 %).

Podíl **zemřelých doma** na celkovém počtu zemřelých se v jednotlivých krajích v roce 2017 pohyboval od jedné čtvrtiny (25 %) v Kraji Vysočina a Královéhradeckém kraji po 18 % v kraji Plzeňském a 19 % v kraji Ústeckém a v hlavním městě Praze.

Podíl **zemřelých v zařízeních sociálních služeb** na celkovém počtu zemřelých byl v roce 2017 nejvyšší v Jihočeském kraji (10,1 %) a v Plzeňském kraji (9,8 %), naopak nejnižší v Karlovarském (5,5 %) a Ústeckém kraji (6,2 %), po kterých následuje Hlavní město Praha (6,8 %) a Středočeský kraj (6,9 %).

Podíl **zemřelých v lůžkovém zdravotnickém zařízení** na celkovém počtu zemřelých byl v roce 2017 nejvyšší v Ústeckém (69,4 %) a v Karlovarském kraji (68,2 %), nejnižší v Moravskoslezském kraji (61,8 %). Obdobný podíl (mírně nad 62 %) byl v dalších čtyřech krajích: Královéhradeckém, Jihomoravském, Jihočeském a Kraji Vysočina.

### Zemřelí v roce 2017 podle místa úmrtí

Kraj	doma	zařízení soc. služeb	lůžkové zdrav. zařízení	celkem
Hlavní město Praha	2 376	829	8 122	12 199
Středočeský kraj	2 805	917	8 880	13 248
Jihočeský kraj	1 535	681	4 198	6 752
Plzeňský kraj	1 119	609	4 208	6 242
Karlovarský kraj	714	188	2 323	3 406
Ústecký kraj	1 705	569	6 364	9 172
Liberecký kraj	962	359	3 173	4 707
Královéhradecký kraj	1 437	479	3 588	5 783
Pardubický kraj	1 199	501	3 376	5 389
Kraj Vysočina	1 346	396	3 294	5 288
Jihomoravský kraj	2 789	1 030	7 632	12 275
Olomoucký kraj	1 573	559	4 512	7 033
Zlínský kraj	1 511	482	4 037	6 389
Moravskoslezský kraj	3 192	1 247	8 377	13 560
<b>Celkem</b>	<b>24 263</b>	<b>8 846</b>	<b>72 084</b>	<b>111 443</b>

Zdroj: ÚZIS, Informační systém Zemřelí

<sup>41</sup> viz <https://www.uzis.cz/registry/datovych-souboru-csu/zemreli>

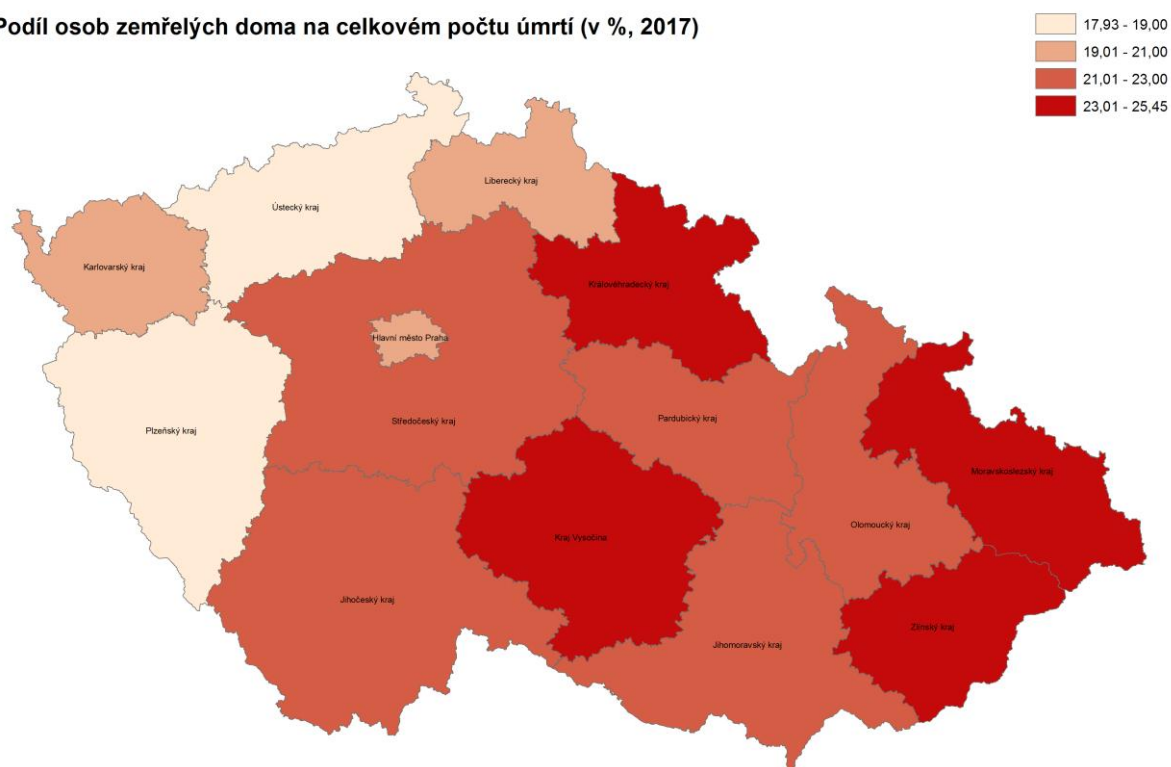
## Zemřelí v zařízeních sociálních služeb v letech 2013 až 2017\*

Kraj	2013	2014	2015	2016	2017*
Moravskoslezský kraj	834	949	1 084	1 091	1247
Jihomoravský kraj	611	716	827	884	1030
Středočeský kraj	681	634	776	882	917
Hlavní město Praha	568	645	772	784	829
Jihočeský kraj	484	536	659	616	681
Plzeňský kraj	336	402	519	547	609
Ústecký kraj	421	428	481	501	569
Olomoucký kraj	359	372	423	489	559
Pardubický kraj	410	389	443	438	501
Zlínský kraj	353	376	468	388	482
Královéhradecký kraj	391	446	432	403	479
Kraj Vysočina	305	337	408	404	396
Liberecký kraj	246	252	280	292	359
Karlovarský kraj	76	112	124	160	188
<b>Celkem</b>	<b>6 075</b>	<b>6 594</b>	<b>7 696</b>	<b>7 879</b>	<b>8846</b>

Zdroj: ÚZIS, Informační systém Zemřelí \* Řazeno sestupně podle počtu v roce 2017

## 12.1 Zemřelí doma

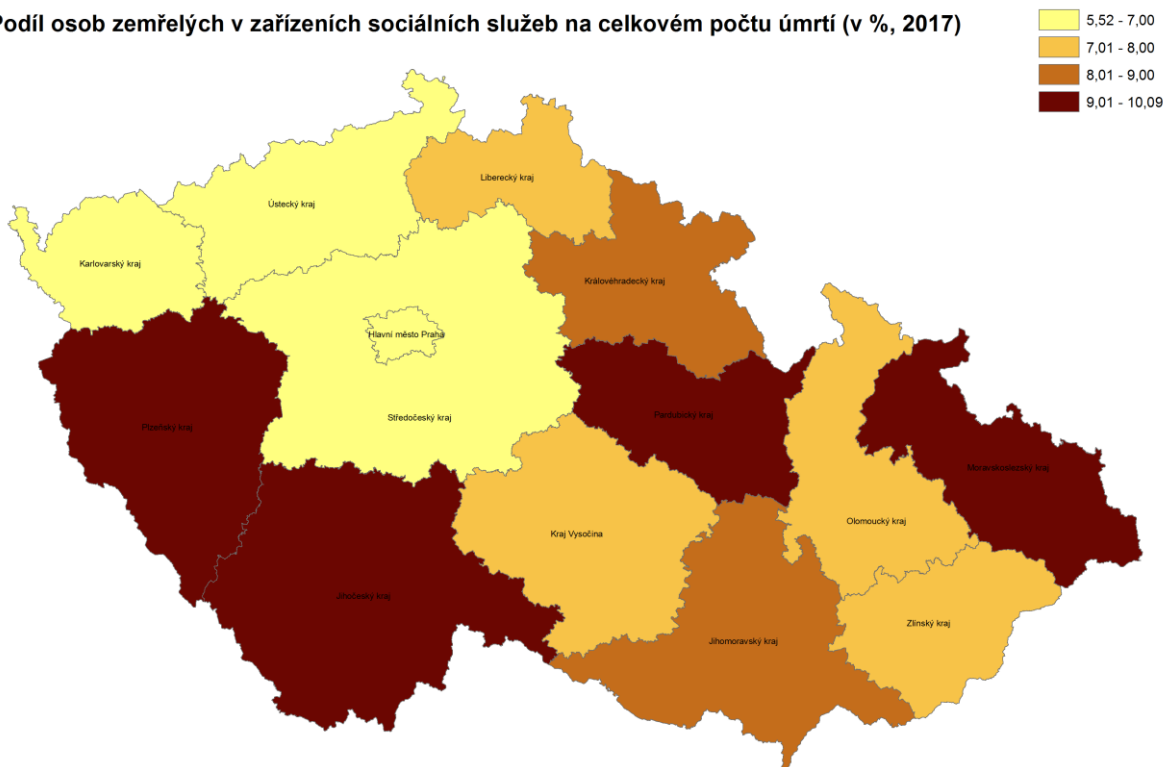
Podíl osob zemřelých doma na celkovém počtu úmrtí (v %, 2017)



Zdroj dat: ČSÚ 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 12.2 Zemřelí v zařízení sociálních služeb

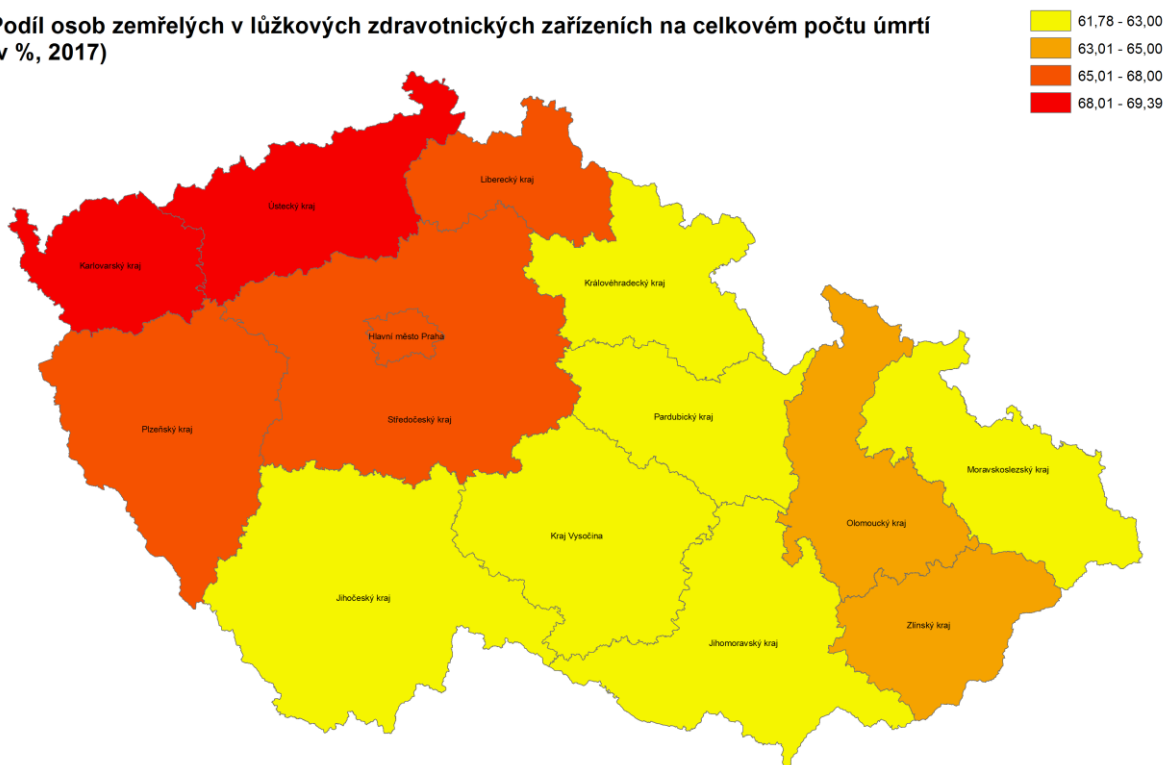
Podíl osob zemřelých v zařízeních sociálních služeb na celkovém počtu úmrtí (v %, 2017)



Zdroj dat: ČSÚ 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 12.3 Zemřelí v lůžkových zdravotnických zařízeních

Podíl osob zemřelých v lůžkových zdravotnických zařízeních na celkovém počtu úmrtí (v %, 2017)

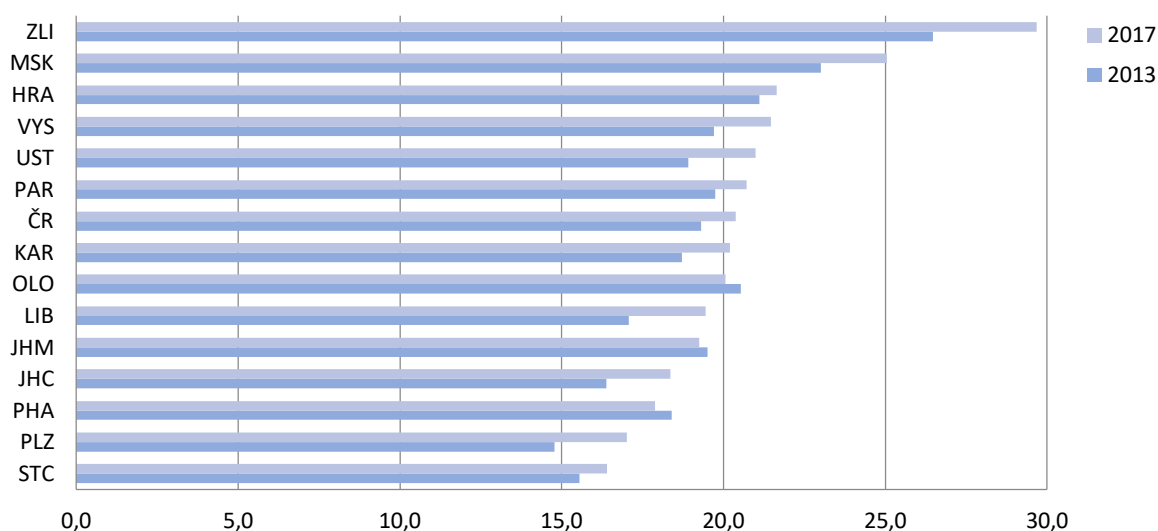


Zdroj dat: ČSÚ 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### 13. Vývoj následné a dlouhodobé zdravotní péče v krajích

Celková potřeba NDLP v krajích se na základě počtu případů hospitalizace připadajících na tisíc obyvatel v letech 2013 až 2017 zvyšuje a také narůstá rozdíl mezi nejvyšší a nejnižší dosaženou hodnotou ukazatele. Zatímco v roce 2013 byl nejnižší počet 14,8 případů hospitalizace v rámci NDLP na tisíc obyvatel zaznamenán v Plzeňském kraji a nejvyšší počet 25,5 případů ve Zlínském kraji, v roce 2017 to bylo 16,4 případů ve Středočeském kraji oproti 29,7 případům ve Zlínském kraji. Výrazně nadprůměrná potřeba NDLP s rostoucím trendem se kromě Zlínského kraje projevuje také v Moravskoslezském kraji. Rostoucí trend se v průběhu let 2013 až 2017 projevil také v Ústeckém, Libereckém, Plzeňském a Jihočeském kraji. Mírný celkový pokles byl naopak zaznamenán pouze v Olomouckém kraji a Hl. m. Praze.

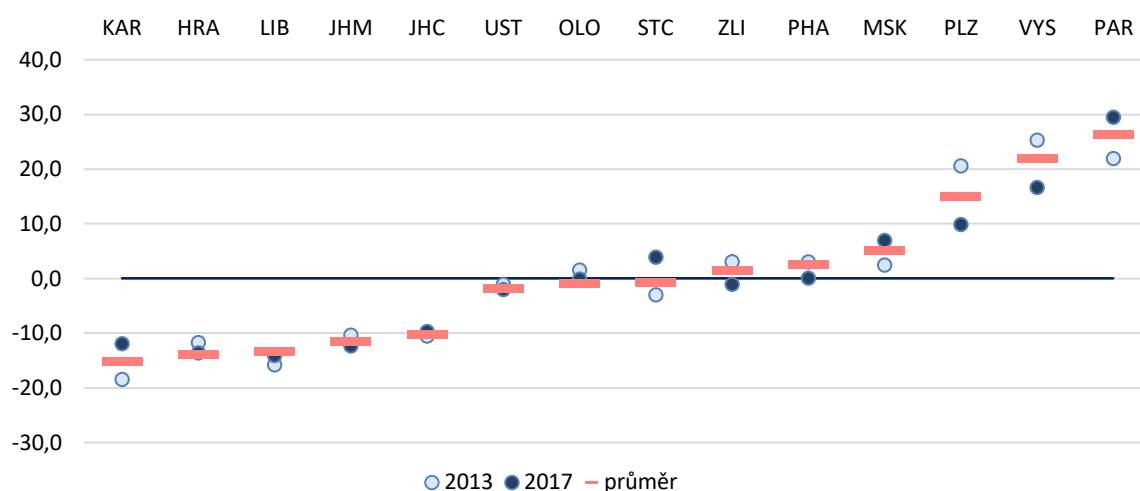
#### Vývoj počtu případů hospitalizace na tisíc obyvatel v krajích v letech 2013 až 2017



Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLP)

Vzrůstající potřeba NDLP ve většině krajů je podporována demografickým stárnutím populace, které se v průběhu let 2013 až 2017 projevovalo ve všech krajích rostoucím podílem obyvatel starších 65 let, a to o více než 2 procentní body v Karlovarském (19,2 %), Libereckém (19,2 %) a Ústeckém (18,6 %) kraji. Naopak nejméně demografické stárnutí postoupilo o necelý procentní bod v Hl. m. Praze, kde v roce 2017 bylo 18,7 % obyvatel ve věku nad 65 let. Nejmenším podílem seniorů se v roce 2017 vyznačoval Středočeský kraj (17,3 %) a naopak největším podílem Kraj Vysočina (20,5 %).

## Srovnání procentuálního rozdílu mezi poskytovanou a čerpanou péčí v krajích v letech 2013 až 2017



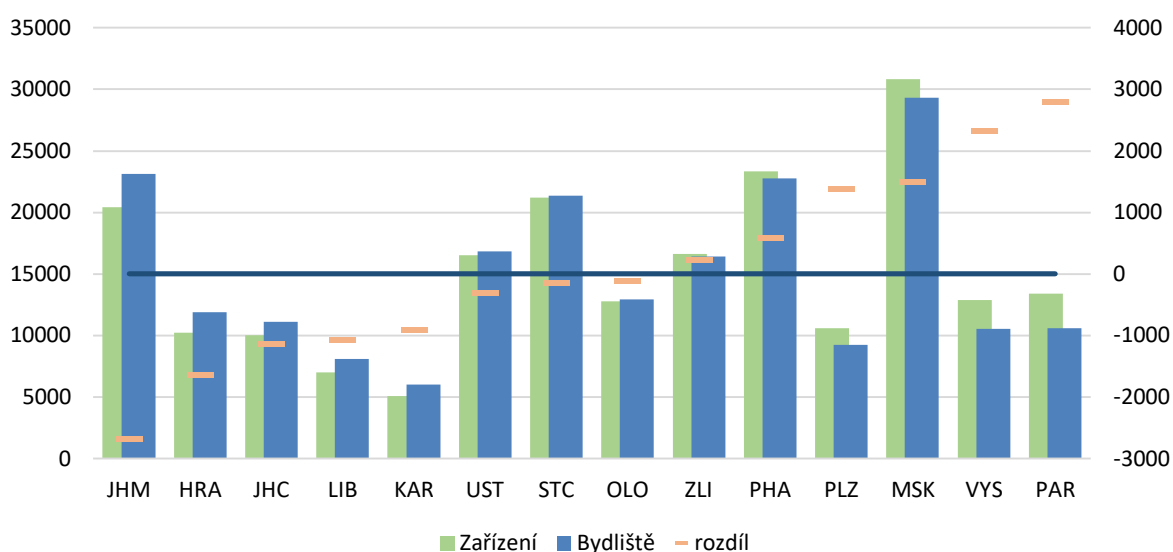
Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDZLP)

Mezi potřebou NDZLP a rozsahem poskytované péče v jednotlivých krajích není vždy soulad a případné rozdíly jsou kompenzovány migrací pacientů za potřebnou péčí. Tato migrace však může být i vzájemná a nevyhnutelná s ohledem na rozdíly v potřebě specifické péče dostupné v jiných krajích. Výše uvedený graf znázorňuje pořadí krajů z hlediska procentuálního rozdílu mezi využívanou a poskytovanou NDZLP v krajích ČR v přepočtu na celkový rozsah využívané péče v počtu ukončených hospitalizací z let 2013 až 2017. V průběhu sledovaného období se jako nejvíce podhodnocená NDZLP ukazuje v Karlovarském kraji, kde průměrně chybělo 15 % potřebné péče, ale během sledovaného období došlo k poklesu rozdílu z -19 % na -12 %. Více než desetinu péče postrádají dále pacienti Královéhradeckého, Libereckého, Jihomoravského a Jihočeského kraje. Naopak výrazným přebytkem poskytované péče nad její spotřebou se vyznačuje Pardubický kraj (26 %), Kraj Vysočina (22 %) a Plzeňský kraj (15 %).

### 13.1 Rozdíly v poskytované a čerpané péči v krajích

Na regionální nerovnosti přístupu k NDZLP poukazuje rozdíl v poskytované a čerpané péči v průměrném počtu ukončených případů hospitalizace obyvatel s bydlištěm v daném kraji oproti rozsahu poskytované péče v kraji. Nevyváženost bilance ve prospěch poskytované péče oproti čerpané péči obyvateli v krajích působí průměrně 745 hospitalizací cizinců a bezdomovců z let 2013-2017. Absolutně největší nedostatek poskytované péče oproti čerpané péči v počtu 2,7 tisíce případů, které tvoří necelých 12 % hospitalizací obyvatel kraje, byl zaznamenán v Jihomoravském kraji. Z hlediska podílu na počtu hospitalizovaných dle kraje bydliště dosahuje s 15,2 % nejvíce Karlovarský kraj. Naopak největší přebytek péče v absolutním i relativním vyjádření dosáhl Pardubický kraj s 2,8 tisíci hospitalizacemi a přebytku více než čtvrtinou hospitalizací.

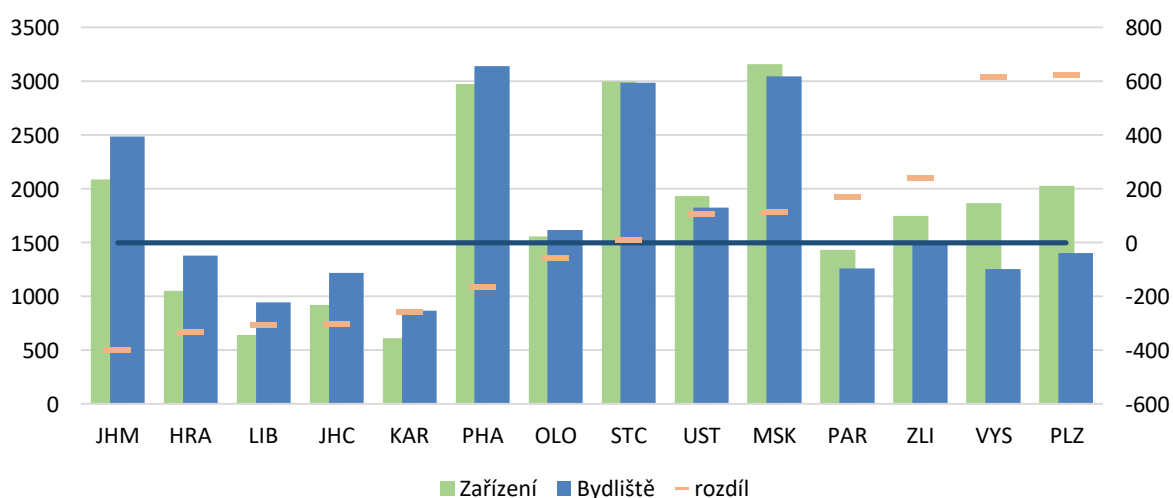
### Průměrný počet ukončených hospitalizací v NDLZP v krajích ČR v letech 2013-2017



Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLZP)

Odišný pohled vyjadřuje rozdíl z hlediska počtu čerpaných ošetrovacích dnů v zařízeních daného kraje oproti čerpaným ošetrovacím dnům obyvatel bydlicích v daném kraji. Opět sice v absolutním přesahu průměrného stavu pacientů v NDLZP dominuje s 396 pacienty (16 % PDS hospitalizovaných obyvatel kraje) Jihomoravský kraj, ale podobného nedostatku poskytované péče oproti čerpané v rozsahu okolo tři set pacientů dosahuje také obyvatelstvo Královéhradeckého (24 %), Libereckého (32 %) a Jihočeského (25 %) kraje, kde jsou podíly na PDS hospitalizovaných obyvatel kraje daleko vyšší. Výraznými přebytky poskytované péče v počtu PDS pacientů z tohoto pohledu nedisponuje tak jako v počtu ukončených hospitalizací Pardubický kraj, ale hlavně Plzeňský kraj s počtem 624 PDS pacientů (45 %) a dále opět Kraj Vysočina (618), kde podíl PDS pacientů přesahuje o 49 % potřeby péče obyvatel kraje. Ostatní kraje vykazují podstatně menší rozdíly mezi čerpanou a poskytovanou NDLZP v průměrném počtu pacientů z let 2013 - 2017.

### Průměrný denní stav hospitalizovaných v NDLZP v krajích ČR v letech 2013-2017



Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLZP)

Oba výše uvedené ukazatele rozsahu poskytované a čerpané NDLP porovnává níže uvedená tabulka. Tyto počty zahrnují obě pohlaví, všechny věkové skupiny i druhy poskytovatelů souhrnně a bez ohledu na celkové počty obyvatel v jednotlivých krajích.

#### Průměrné počty ukončených hospitalizací a denního stavu pacientů NDLP v krajích ČR, 2013 - 2017

Kraj	Počet případů hospitalizace				Průměrný denní stav pacientů			
	zařízení	bydliště	rozdíl	podíl (%)	zařízení	bydliště	rozdíl	podíl (%)
PHA	23364	22783	581	2,5%	2976	3140	-164	-5,2%
STC	21216	21364	-148	-0,7%	3002	2990	12	0,4%
JHC	10001	11137	-1136	-10,2%	920	1222	-302	-24,7%
PLZ	10617	9240	1376	14,9%	2029	1405	624	44,5%
KAR	5099	6013	-913	-15,2%	609	866	-256	-29,6%
UST	16540	16848	-307	-1,8%	1934	1828	106	5,8%
LIB	7003	8086	-1083	-13,4%	643	947	-303	-32,1%
HRA	10233	11883	-1650	-13,9%	1050	1381	-331	-24,0%
PAR	13390	10597	2792	26,4%	1432	1262	170	13,5%
VYS	12881	10562	2319	22,0%	1871	1253	618	49,3%
JHM	20452	23134	-2682	-11,6%	2091	2488	-396	-15,9%
OLO	12789	12913	-123	-1,0%	1561	1617	-56	-3,5%
ZLI	16637	16416	221	1,3%	1750	1509	240	15,9%
MSK	30809	29311	1498	5,1%	3163	3049	114	3,7%
<b>ČR</b>	<b>211032</b>	<b>210287</b>	<b>745</b>	<b>0,4%</b>	<b>25031</b>	<b>24956</b>	<b>75</b>	<b>0,3%</b>

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLP)

Níže uvedená tabulka má stejnou strukturu jako předchozí, ale zaměřuje se na pacienty ve věku 65 a více let. Z hlediska počtu ukončených hospitalizačních případů se nejvíce poskytované péče nedostává opět v případě seniorů Jihomoravského kraje, kde 1,2 tisíce hospitalizací (8 %) je realizováno v jiném kraji. Z hlediska procentuálního podílu z celkového počtu hospitalizací obyvatel je na tom hůře pouze Jihočeský kraj (9 %) s 671 hospitalizacemi nad rámec poskytnuté péče v kraji. Podobně je tomu i z hlediska průměrného denního stavu pacientů, kde činí záporná bilance v Jihomoravském kraji 134 pacientů (9 %), ale v Jihočeském kraji se 130 pacienty mimo kraj činí rozdíl až 19 % hospitalizovaných obyvatel. V absolutním vyjádření PDS pacientů nejvíce přesahuje potřebnou péči o seniory tu poskytovanou o 274 osob v Hl. m. Praze (14 %). Jak je níže patrné, Středočeský kraj přesně pokrývá péči o seniory s bydlištěm v Hl. m. Praze.

Z opačného pohledu nejvíce NDLP seniorům ostatních krajů poskytuje v počtu ukončených hospitalizací opět Pardubický kraj s přesahem 1,9 tisíc případů, což představuje největší podíl vůči počtu hospitalizací seniorů s bydlištěm v tomto kraji (28 %). Přesahem poskytované péče nad potřebnou dále následují Kraj Vysočina (8 %), Plzeňský (7 %), Středočeský (7 %) a Moravskoslezský (5 %). Z hlediska průměrného denního stavu hospitalizovaných seniorů NDLP byl Pardubický kraj předstížen, v přesahu poskytované péče nad čerpanou v absolutním vyjádření, Středočeským krajem o 216 pacientů (12 %) a z hlediska podílu 27 % PDS pacientů v Kraji Vysočina z hospitalizovaných seniorů bydlících v témže kraji.



## Průměrné počty hospitalizací a denního stavu pacientů NDZLP ve věku 65+ v krajích ČR, 2013 - 2017

Kraj	Počet hospitalizací ve věku 65+				Průměrný stav pacientů ve věku 65+			
	zařízení	bydliště	rozdíl	podíl (%)	zařízení	bydliště	rozdíl	podíl (%)
PHA	14010	15008	-998	-6,6%	1762	2035	-274	-13,5%
STC	13666	12821	845	6,6%	1970	1755	216	12,3%
JHC	6544	7215	-671	-9,3%	570	700	-130	-18,6%
PLZ	6463	6034	428	7,1%	945	815	130	16,0%
KAR	3869	4064	-195	-4,8%	503	545	-42	-7,7%
UST	10321	10389	-68	-0,7%	1057	1020	36	3,5%
LIB	4836	5121	-285	-5,6%	457	535	-78	-14,5%
HRA	7652	8165	-514	-6,3%	821	923	-103	-11,1%
PAR	8716	6815	1901	27,9%	988	833	155	18,6%
VYS	6890	6368	523	8,2%	894	705	189	26,8%
JHM	14182	15377	-1195	-7,8%	1333	1467	-134	-9,1%
OLO	8554	8579	-25	-0,3%	930	960	-30	-3,1%
ZLI	10368	10844	-476	-4,4%	866	866	0	0,0%
MSK	19337	18504	832	4,5%	1864	1791	72	4,0%
<b>ČR</b>	<b>135408</b>	<b>135305</b>	<b>103</b>	<b>0,1%</b>	<b>14960</b>	<b>14950</b>	<b>10</b>	<b>0,1%</b>

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDZLP)

### 13.2 Rozdíly v dostupnosti péče podle druhu zařízení v krajích

Rozdíly v poskytované a čerpané péči v jednotlivých krajích přispívá také nerovnoměrné zastoupení kapacit určitých druhů zdravotnických zařízení poskytujících NDZLP. První část níže uvedené tabulky znázorňuje počty případů hospitalizace na 10 tisíc obyvatel daného kraje v rozdělení dle základních skupin druhů zařízení. Nejvíce NDZLP v rámci nemocnic akutní péče čerpají obyvatelé Libereckého a Jihomoravského kraje. Naopak o polovinu méně čerpají tuto péči obyvatelé Pardubického a Olomouckého kraje a Hl. m. Prahy. Více než dvojnásobně nadprůměrně čerpá péči nemocnic následné péče (NNP) a léčeben dlouhodobě nemocných (LDN) obyvatelstvo Zlínského kraje, následované Karlovarským, Olomouckým a Ústeckým krajem. Zlínský kraj výrazně nadprůměrně čerpá také psychiatrickou péči. V rámci rehabilitačních ústavů čerpá péči výrazně nadprůměrně obyvatelstvo Královéhradeckého, Moravskoslezského a Pardubického kraje.

**Případy hospitalizace dle druhu poskytovatele a kraje bydliště pacienta v ČR na 10 tisíc obyvatel a podíl poskytované vůči čerpané péči obyvateli v krajích v procentech (průměr z let 2013–2017)**

Kraj bydliště	Nemocnice akutní péče	NNP a LDN	TRN	Psych. léčebny	Rehab. ústavy	Hospice	Ostatní	Celkem
ČR abs.	89 454	50 212	4 373	38 376	9 320	3 645	14 906	210 287
PHA	57,2	54,8	3,0	41,6	7,7	2,1	13,8	180,3
STC	68,8	32,3	3,0	35,3	10,8	1,4	10,1	161,7
JHC	79,6	49,9	6,9	27,8	5,0	3,3	2,2	174,7
PLZ	73,6	38,0	8,8	31,4	2,3	3,7	2,6	160,5
KAR	96,8	73,6	3,2	23,2	2,0	1,0	1,7	201,4
UST	92,6	67,9	5,5	28,9	3,1	3,9	2,7	204,6
LIB	121,9	12,8	10,7	25,0	8,5	1,9	3,2	184,0
HRA	104,0	45,5	0,3	21,7	28,0	7,2	8,8	215,5
PAR	53,7	50,4	0,6	20,4	17,4	6,2	56,4	205,2
VYS	91,6	34,1	3,1	47,6	6,9	0,7	23,2	207,3
JHM	117,2	22,3	0,6	36,7	2,2	5,0	13,1	197,0
OLO	56,3	69,3	6,0	44,9	5,3	3,9	17,7	203,3
ZLI	97,9	97,6	1,5	56,2	3,5	3,5	20,4	280,7
MSK	96,5	47,1	7,3	45,8	17,9	4,5	22,1	241,1
ČR rel.	84,8	47,6	4,1	36,4	8,8	3,5	14,1	199,4
PHA	9,0%	-5,2%	-65,6%	35,8%	-100,0%	-13,6%	-19,1%	2,5%
STC	10,0%	2,5%	-100,0%	-54,9%	116,3%	-33,1%	13,8%	-0,7%
JHC	-5,6%	-11,3%	-4,9%	-0,3%	-100,0%	-1,1%	-100,0%	-10,2%
PLZ	-8,9%	11,2%	84,0%	70,2%	-100,0%	3,3%	-41,2%	14,9%
KAR	5,4%	-6,5%	-100,0%	-100,0%	-100,0%	-100,0%	-100,0%	-15,2%
UST	-8,6%	8,5%	-100,0%	28,5%	-100,0%	17,8%	-68,9%	-1,8%
LIB	0,5%	-39,2%	155,8%	-100,0%	-100,0%	-8,3%	-100,0%	-13,4%
HRA	-0,7%	-5,6%	-100,0%	-79,0%	-5,1%	3,4%	-90,8%	-13,9%
PAR	-17,9%	10,0%	-100,0%	-100,0%	77,4%	15,6%	115,6%	26,4%
VYS	1,9%	28,8%	104,1%	113,9%	6,6%	-100,0%	-100,0%	22,0%
JHM	3,4%	-5,7%	-100,0%	-27,6%	-100,0%	9,5%	-100,0%	-11,6%
OLO	-0,4%	-1,5%	7,5%	-8,1%	-100,0%	-3,1%	44,8%	-1,0%
ZLI	-4,0%	-0,2%	-100,0%	57,7%	-100,0%	25,1%	-100,0%	1,3%
MSK	-0,2%	-1,9%	9,0%	-4,9%	31,9%	-9,9%	44,1%	5,1%
ČR rel.	0,2%	0,1%	0,2%	1,1%	0,9%	0,1%	0,0%	0,4%

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLZP)

Druhá část tabulky ukazuje podíl rozdílu mezi poskytovanou péčí v kraji a čerpanou péčí obyvateli daného kraje. Ukazuje se, že nemocnice akutní péče poskytují o 18 % méně následné dlouhodobé péče, než obyvatelé Pardubického kraje využívají. Naopak je tomu ve Středočeském kraji, kde nabídka NDLZP o desetinu převyšuje poptávku obyvatel kraje. V rámci nemocnic následné péče a léčen dlouhodobě nemocných se projevuje největší nedostatek NDLZP v Libereckém kraji (39 %) a přebytek v Kraji Vysočina (29 %). Nedostupnost psychiatrické léčebny v kraji bydliště se projevuje v Libereckém, Karlovarském a Pardubickém kraji. Naopak téměř o 114 % více lůžkové psychiatrické péče je poskytováno obyvatelům jiných krajů v Kraji Vysočina, která je dále následovaná Plzeňským (70 %) a Zlínským (58 %) krajem. Ještě výraznější mezikrajskou nerovnoměrností dostupnosti péče se vyznačuje specifická rehabilitační péče, kde obyvatele 9 krajů musí tuto péči vyhledat v jiných krajích, a to zejména ve Středočeském, Pardubickém a Moravskoslezském kraji. Podobně tomu je také ve specializované péči týkající se dýchacího ústrojí, kde v tomto oboru neposkytuje péči sedm krajů. Hospicová péče v kraji bydliště je nedostupná pro obyvatele Karlovarského kraje a Kraje Vysočina. Podobný obrázek o rozložení potřebné a poskytované péči v krajích ČR lze pozorovat také při zaměření na následnou dlouhodobou lůžkovou zdravotnickou péči týkající se seniorů ve věku 65 a více let.

**Případy hospitalizace ve věku 65+ dle druhu poskytovatele a bydliště pacienta na 10 tis. obyv. a podíl poskytované vůči čerpané péči seniory v krajích ČR v procentech (průměr z let 2013–2017)**

Kraj bydliště	Nemocnice akutní péče	NNP a LDN	TRN	Psych. léčebny	Rehab. ústavy	Hospice	Ostatní	Celkem
ČR abs.	<b>65 981</b>	<b>42 305</b>	<b>2 499</b>	<b>7 941</b>	<b>4 679</b>	<b>2 893</b>	<b>9 008</b>	<b>135 305</b>
PHA	227,3	263,5	6,7	61,5	21,8	9,4	57,8	<b>648,1</b>
STC	296,2	164,1	7,6	38,3	23,7	6,2	37,5	<b>573,7</b>
JHC	314,2	230,9	25,0	23,1	7,4	13,6	5,6	<b>619,7</b>
PLZ	302,9	161,8	33,2	38,9	4,0	17,0	7,5	<b>565,2</b>
KAR	381,3	345,2	9,3	14,9	3,5	4,6	5,7	<b>764,4</b>
UST	353,7	312,5	12,7	17,8	5,9	17,2	7,9	<b>727,8</b>
LIB	509,9	58,6	27,2	16,0	25,1	8,4	4,9	<b>650,1</b>
HRA	405,9	201,2	0,7	16,8	89,6	31,4	21,8	<b>767,4</b>
PAR	220,1	226,8	1,5	17,4	53,4	27,0	175,7	<b>721,8</b>
VYS	351,7	160,5	10,3	69,9	15,7	2,8	65,9	<b>676,8</b>
JHM	485,7	106,2	1,0	48,7	4,7	21,5	45,1	<b>712,9</b>
OLO	238,1	310,3	23,4	64,0	14,6	17,5	63,9	<b>731,7</b>
ZLI	392,7	445,2	5,5	69,8	7,0	15,3	61,6	<b>997,1</b>
MSK	410,0	221,9	28,1	44,2	58,3	19,0	74,1	<b>855,5</b>
ČR rel.	<b>346,2</b>	<b>222,0</b>	<b>13,1</b>	<b>41,7</b>	<b>24,5</b>	<b>15,2</b>	<b>47,3</b>	<b>709,9</b>
PHA	2,0%	-5,5%	-85,8%	10,6%	-100,0%	-15,0%	-18,5%	-6,6%
STC	8,0%	5,5%	-100,0%	-50,5%	100,2%	-29,8%	26,6%	6,6%
JHC	-2,8%	-12,3%	-2,1%	-29,7%	-100,0%	-1,4%	-100,0%	-9,3%
PLZ	-5,9%	10,3%	74,9%	54,8%	-100,0%	3,2%	-19,2%	7,1%
KAR	5,1%	-5,2%	-100,0%	-100,0%	-100,0%	-100,0%	-100,0%	-4,8%
UST	-6,2%	7,3%	-100,0%	81,5%	-100,0%	17,8%	-60,3%	-0,7%
LIB	1,1%	-34,5%	92,8%	-100,0%	-100,0%	-9,1%	-100,0%	-5,6%
HRA	0,0%	-5,8%	-100,0%	-96,9%	-0,3%	3,2%	-93,2%	-6,3%
PAR	-13,1%	7,1%	-100,0%	-100,0%	74,6%	16,5%	107,3%	27,9%
VYS	3,6%	26,4%	106,2%	71,9%	50,3%	-100,0%	-100,0%	8,2%
JHM	1,3%	-4,5%	-100,0%	-16,8%	-100,0%	8,8%	-100,0%	-7,8%
OLO	-1,4%	-0,9%	7,5%	-25,3%	-100,0%	-2,7%	52,5%	-0,3%
ZLI	-2,3%	-0,1%	-100,0%	51,5%	-100,0%	23,9%	-100,0%	-4,4%
MSK	0,3%	-1,3%	9,1%	-1,7%	25,5%	-10,2%	34,2%	4,5%
ČR rel.	<b>0,1%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,2%</b>	<b>0,4%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,1%</b>

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLPZ)

V porovnání s předchozí tabulkou je patrná více než čtyřnásobná intenzita využívání NDLPZ v nemocnicích a léčebnách pro dlouhodobě nemocné a oblasti hospicové péče oproti průměru za celou populaci. Více než trojnásobná péče je v oblasti léčen TRN a méně než trojnásobná v oblasti rehabilitační péče. Minimální vliv věku je patrný v oblasti psychiatrické péče. Jako nedostatečně dostupná oproti využívané péči se jeví NDLPZ v nemocnicích a LDN v případě seniorů Libereckého (35 %) a Jihočeského (12 %) kraje a v rámci nemocnic akutní péče také v Pardubickém kraji (13 %). Naopak výrazný převis poskytované péče nad čerpanou NDLPZ lze u LDN a NNP zaznamenat v případě seniorů kraje Vysočina (26 %). Jak moc se celková poskytovaná a čerpaná NDLPZ mezi kraji kompenzuje a prolíná, poukazuje další podkapitola týkající se mezikrajské migrace za péčí.

### 13.3 Mezikrajská migrace pacientů za péčí

Mezi kraji probíhá migrace pacientů za NDLPZ buď z důvodu nedostatečné dostupnosti v daném kraji, z důvodu nerovnoměrného rozložení určité odbornosti nebo z důvodu dopravní dostupnosti apod. V níže uvedené tabulce jsou zobrazeny podíly hospitalizací pacientů s bydlištěm v daném kraji podle toho, kde byli hospitalizováni.

## Podíl pacientů hospitalizovaných v kraji svého bydliště v letech 2013-2017

Kraj bydl.	Podíl hospitalizací mimo kraj bydliště (v %)														
	PHA	STC	JHC	PLZ	KAR	UST	LIB	HRA	PAR	VYS	JHM	OLO	ZLI	MSK	ČR
PHA	72	19	1	1	0	1	1	1	1	2	0	0	0	0	100
STC	18	62	1	4	0	5	1	1	2	5	1	0	0	0	100
JHC	3	5	78	5	0	0	0	0	1	7	0	0	0	0	100
PLZ	2	5	2	86	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	100
KAR	3	2	2	12	76	2	0	1	0	1	1	0	0	0	100
UST	4	3	1	1	1	84	3	0	1	1	0	0	0	0	100
LIB	4	12	1	0	0	7	68	5	2	1	0	0	0	0	100
HRA	2	5	0	0	0	0	3	75	8	5	0	0	0	0	100
PAR	2	2	0	0	0	0	0	3	80	8	1	2	0	1	100
VYS	1	2	2	0	0	0	0	0	11	78	3	1	0	1	100
JHM	1	0	0	0	0	0	0	0	5	2	82	2	5	2	100
OLO	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	79	7	7	100
ZLI	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	4	85	7	100
MSK	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	94	100
Bez.	3	3	9	2	15	6	5	0	2	2	3	0	6	45	100
Ciz.	38	13	2	10	2	2	1	1	1	5	10	1	4	11	100
ČR	11	10	5	5	2	8	3	5	6	6	10	6	8	15	100

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLZP)

Nejmenším podílem hospitalizovaných pacientů v kraji bydliště (62 %) se vyznačuje Středočeský kraj, z jehož hospitalizovaných obyvatel čerpalo 18 % NDLZP v Hl. m. Praze. Druhý nejnižší podíl vlastních obyvatel mezi pacienty kraje má Liberecký kraj, jehož hospitalizovaní obyvatelé čerpají 12 % NDLZP ve Středočeském kraji, a Hl. m. Praha, z jejichž hospitalizovaných obyvatel čerpalo 19 % NDLZP ve Středočeském kraji. Významně se také projevuje migrace pacientů za NDLZP v Královéhradeckém kraji především směrem do Pardubického kraje (8 %), v Karlovarském kraji směrem do Plzeňského kraje (12 %), v Jihočeském kraji směrem do kraje Vysočina (7 %), v Kraji Vysočina směrem do Pardubického kraje (11 %) a v Olomouckém kraji směrem do Zlínského (7 %) a Moravskoslezského kraje (7 %). Z pacientů čerpajících NDLZP bez udání bydliště bylo 45 % hospitalizováno v Moravskoslezském a 15 % v Karlovarském kraji. Z cizinců s krátkodobým pobytem to bylo 38 % v Hl. m. Praze, 13 % ve Středočeském kraji a po desetinách v Plzeňském, Jihomoravském a Moravskoslezském kraji.

## Podíl pacientů 65+ hospitalizovaných v kraji svého bydliště v letech 2013-2017

Kraj bydl.	Podíl hospitalizací mimo kraj bydliště (v %)														
	PHA	STC	JHC	PLZ	KAR	UST	LIB	HRA	PAR	VYS	JHM	OLO	ZLI	MSK	ČR
PHA	75	19	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	100
STC	14	74	0	2	0	3	1	1	1	3	0	0	0	0	100
JHC	2	3	86	3	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	100
PLZ	1	3	1	91	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	100
KAR	2	1	0	6	87	1	0	1	0	0	1	0	0	0	100
UST	2	2	0	0	1	91	3	0	0	0	0	0	0	0	100
LIB	2	7	0	0	0	4	80	5	0	0	0	0	0	0	100
HRA	1	2	0	0	0	0	3	85	7	2	0	0	0	0	100
PAR	1	1	0	0	0	0	0	3	89	4	1	1	0	1	100
VYS	1	1	2	0	0	0	0	0	10	81	2	1	0	1	100
JHM	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	89	1	2	2	100
OLO	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	86	3	5	100
ZLI	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	89	5	100
MSK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	96	100
Bez.	0	0	0	0	14	14	14	0	7	7	14	0	0	29	100
Ciz.	24	9	2	7	6	3	3	1	2	4	15	3	4	19	100
ČR	10	10	5	5	3	8	4	6	6	5	10	6	8	14	100

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDZLP)

Pokud se ve stejném duchu zaměříme pouze na populaci seniorů ve věku 65 a více let, pak je patrná obecně daleko nižší úroveň migrace mezi kraji než v celopopulačním měřítku. Opět vykazuje minimální podíl pacientů čerpajících NDZLP v kraji bydliště Středočeský kraj, ale tentokrát ze 74 %. Opět se projevuje nejsilnější vzájemná migrace mezi Středočeským krajem a Hl. m. Prahou, a to 19 % obyvatel Prahy a 14 % obyvatel Středočeského kraje. Dále 10 % hospitalizovaných seniorů v Kraji Vysočina čerpá tuto NDZLP v Pardubickém kraji. Významně migrují senioři za NDZLP také z Libereckého kraje směrem do Středočeského kraje (7 %), z Královéhradeckého kraje do Pardubického kraje (7 %) a z Karlovarského kraje do Plzeňského kraje (6 %). Celkově v celorepublikovém měřítku ve sledovaném období 2013-2017 největší podíl hospitalizací (14 %) seniorů skončil v Moravskoslezském kraji a dále po 10 % v Jihomoravském kraji, Hl. m. Praze a ve Středočeském kraji.

### 13.4 Rozdíly v charakteristikách následné a dlouhodobé zdravotní péče v krajích a okresech

Kromě vzájemné migrace pacientů a bilance mezi rozsahem poskytované a čerpané zdravotnické péče je třeba zhodnotit i další rozdíly v charakteristikách pacientů čerpajících NDZLP v jednotlivých krajích. Níže uvedená tabulka zobrazuje porovnání krajů v počtu hospitalizovaných osob v průměru za jeden rok v letech 2013–2017. Dále přepočítáme tyto osoby na tisíc obyvatel daného kraje. V absolutním vyjádření vykazují nejvyšší počty osob čerpajících NDZLP populačně největší kraje, ale při přepočtu na obyvatele čerpalo NDZLP každoročně průměrně 22 osob z tisíce obyvatel Zlínského kraje oproti necelým 14 ve Středočeském a Plzeňském kraji. Největší podíl žen dosahující téměř 60 % mezi pacienty v NDZLP byl zaznamenán v Královéhradeckém kraji a Hl. m. Praze. Největší podíl zemřelých, až 18 % z hospitalizovaných pacientů, byl zaznamenán v Karlovarském a Plzeňském kraji.

## Průměrné počty hospitalizací a ošetřovací doba dle krajů bydliště v letech 2013 - 2017

Kraj	Počet hospitalizovaných osob				Rozsah ošetřovací doby			
	absolutně	na 1000 obyv.	podíl žen	podíl zemřelých	prům. oš. doba ve dnech	prům. denní stav	podíl z obyv. v promile	podíl kat. 3-5
PHA	19 009	7,5	59,2%	14,6%	60,3	3 140	1,24	79,7%
STC	18 129	6,9	56,4%	13,6%	60,2	2 990	1,13	74,2%
JHC	9 316	7,3	57,0%	11,8%	47,9	1 222	0,96	77,7%
PLZ	7 769	6,7	56,1%	17,5%	66,0	1 405	1,22	82,0%
KAR	4 928	8,3	56,3%	18,2%	64,1	866	1,45	87,7%
UST	13 840	8,4	56,3%	16,4%	48,2	1 828	1,11	76,8%
LIB	6 758	7,7	55,8%	15,7%	51,1	947	1,08	64,6%
HRA	9 650	8,8	59,3%	13,0%	52,2	1 381	1,25	63,3%
PAR	9 002	8,7	57,6%	13,0%	51,2	1 262	1,22	60,4%
VYS	8 823	8,7	56,8%	11,2%	51,8	1 253	1,23	69,6%
JHM	18 852	8,0	57,4%	12,3%	48,2	2 488	1,06	66,3%
OLO	10 477	8,2	55,5%	14,4%	56,3	1 617	1,27	63,2%
ZLI	13 339	11,4	57,0%	11,7%	41,3	1 509	1,29	65,3%
MSK	22 646	9,3	55,6%	10,4%	49,1	3 049	1,25	58,9%
Bez.	16	0,0	11,0%	7,3%	93,2	4	0,00	55,6%
Ciz.	653	0,0	32,1%	3,1%	39,8	71	0,00	55,8%
<b>ČR</b>	<b>173 207</b>	<b>8,2</b>	<b>56,8%</b>	<b>13,3%</b>	<b>52,7</b>	<b>25 031</b>	<b>1,19</b>	<b>70,6%</b>

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLZP)

Průměrná ošetřovací doba hospitalizace v NDLZP vychází vyšší než 60 dnů na pacienty z Plzeňského, Karlovarského, Středočeského kraje a Hl. m. Prahy. Průměrný denní stav (PDS) pacientů vychází z absolutního počtu vynaložených ošetřovacích dní v přepočtu na jeden den v roce. Po přepočtu PDS na tisíc obyvatel daného kraje tak vychází průměrný denní stav pacientů v promile. Největší průměrný podíl, až 3 promile hospitalizovaných pacientů, vychází u obyvatel Karlovarského kraje. Naopak nejméně, pod 2 promile obyvatel, bylo průměrně hospitalizováno v NDLZP v Jihočeském kraji. Karlovarský kraj se kromě nadprůměrné ošetřovací doby také vyznačuje nejvyšším podílem zemřelých pacientů a imobilních a nesoběstačných pacientů v kategorii ošetřovací doby 3 až 5. V podílu zemřelých a nesoběstačných pacientů následuje Plzeňský kraj, který vykazuje průměrně nejvíce ošetřovacích dní na pacienta.

Z celkového počtu hospitalizovaných osob v NDLZP uvedených ve výše zobrazené tabulce se tabulka níže zaměřuje pouze na seniory ve věku 65 a více let, jejichž podíl dosáhl mezi těmito pacienty více než dvě třetiny v Královéhradeckém a Karlovarském kraji. Naopak nejmladší pacienty v NDLZP má obyvatelstvo Kraje Vysočina a Středočeského kraje. Výrazně vyšší byl podíl hospitalizovaných obyvatel ve věku nad 65 let ve Zlínském kraji, a to až 80 z tisíce (8 %). Nejméně to bylo v Plzeňském kraji (4,7 %). Podíl zemřelých se ve srovnání s celou populací u seniorů zvyšuje až na 24 % v Plzeňském a Karlovarském kraji. Nejmenším podílem zemřelých seniorů se vyznačuje Moravskoslezský kraj (14 %).

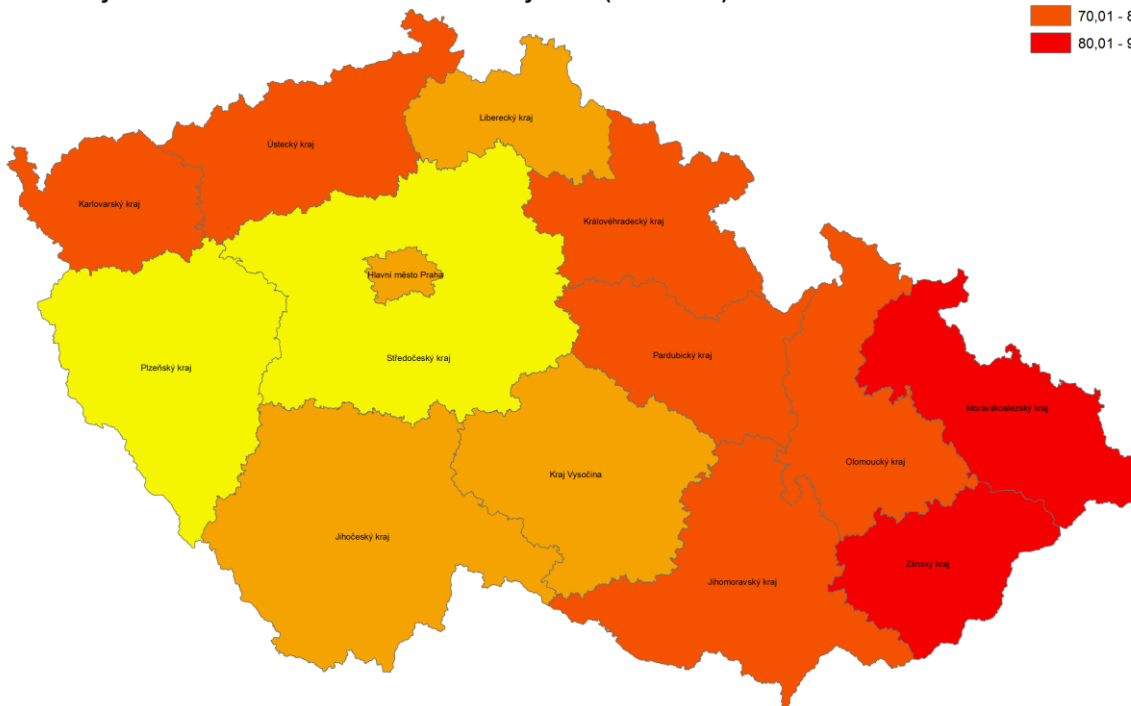
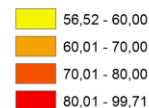
## Průměrné počty hospitalizací a ošetrovacích doba u seniorů dle krajů bydliště v letech 2013 - 2017

Kraj	Hospitalizované osoby ve věku 65				Rozsah ošetrovací doby ve věku 65+			
	podíl seniorů	na 1000 obyv.	podíl žen	podíl zemřelých	prům. oš. doba ve dnech	prům. denní stav	podíl z obyv. v promile	podíl kat. 3-5
PHA	65,2%	26,8	65,6%	20,7%	59,9	64,8%	4,4	80,0%
STC	59,4%	24,1	64,2%	20,6%	59,5	58,7%	3,9	81,2%
JHC	64,4%	25,8	63,7%	16,1%	42,6	57,3%	3,0	79,4%
PLZ	65,2%	23,7	63,1%	24,1%	58,8	58,0%	3,8	80,0%
KAR	66,4%	30,8	63,2%	24,0%	60,7	62,9%	5,1	89,5%
UST	61,0%	29,6	63,8%	23,2%	44,1	55,8%	3,6	79,9%
LIB	62,8%	26,9	63,0%	22,1%	46,0	56,5%	3,4	81,2%
HRA	67,2%	30,5	64,8%	17,5%	51,9	66,8%	4,3	72,6%
PAR	63,0%	30,0	64,2%	18,2%	53,6	66,0%	4,4	67,9%
VYS	59,2%	27,8	64,1%	16,7%	49,2	56,3%	3,7	73,2%
JHM	65,1%	28,5	64,4%	16,8%	43,6	59,0%	3,4	75,7%
OLO	65,4%	29,2	63,2%	19,4%	51,2	59,4%	4,1	70,6%
ZLI	65,2%	40,0	65,0%	16,0%	36,4	57,4%	4,0	75,7%
MSK	61,6%	32,2	64,6%	14,4%	46,9	58,8%	4,1	65,1%
Bez.	15,9%	0,0	7,7%	15,4%	64,9	11,0%	0,0	88,7%
Ciz.	13,9%	0,0	58,4%	11,7%	37,2	13,0%	0,0	62,9%
<b>ČR</b>	<b>63,2%</b>	<b>28,7</b>	<b>64,3%</b>	<b>18,7%</b>	<b>49,9</b>	<b>59,8%</b>	<b>3,9</b>	<b>76,3%</b>

Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hospitalizovaných (vybraná zařízení a pracoviště NDLP)

Průměrná roční ošetrovací doba je u seniorů nižší než u celkové populace průměrně o necelé 3 dny. Nejdelší průměrnou ošetrovací dobou až 61 dnů s vysokou úmrtností se vyznačovaly pobyty seniorů z Karlovarského kraje a nejkratší 36 dnů pak pobyty u seniorů ze Zlínského kraje, u nichž byla úmrtnost naopak podprůměrná. Největším podílem seniorů z průměrného denního stavu pacientů v NDLP až dvě třetiny se vyznačovali hospitalizovaní z Královéhradeckého a Pardubického kraje. Pokud vztáhneme průměrný denní stav k obyvatelstvu ve věku 65 a více let, tak bylo průměrně denně hospitalizováno více než 10 promile populace Karlovarského kraje, kde je také největší podíl nesoběstačných a nemobilních pacientů v kategorii 3 a více (90 %). Výrazněji nadprůměrný podíl seniorů čerpajících NDLP vykazuje také populace Hl. m. Prahy, Pardubického a Královéhradeckého kraje. Naopak výrazně podprůměrný podíl 6 promile hospitalizovaných seniorů byl zaznamenán v populaci Jihočeského kraje. V nejlepší kondici se nacházejí hospitalizovaní senioři Moravskoslezského a Pardubického kraje, kde bylo imobilních a nesoběstačných pacientů méně než 70 % průměrného denního stavu pacientů.

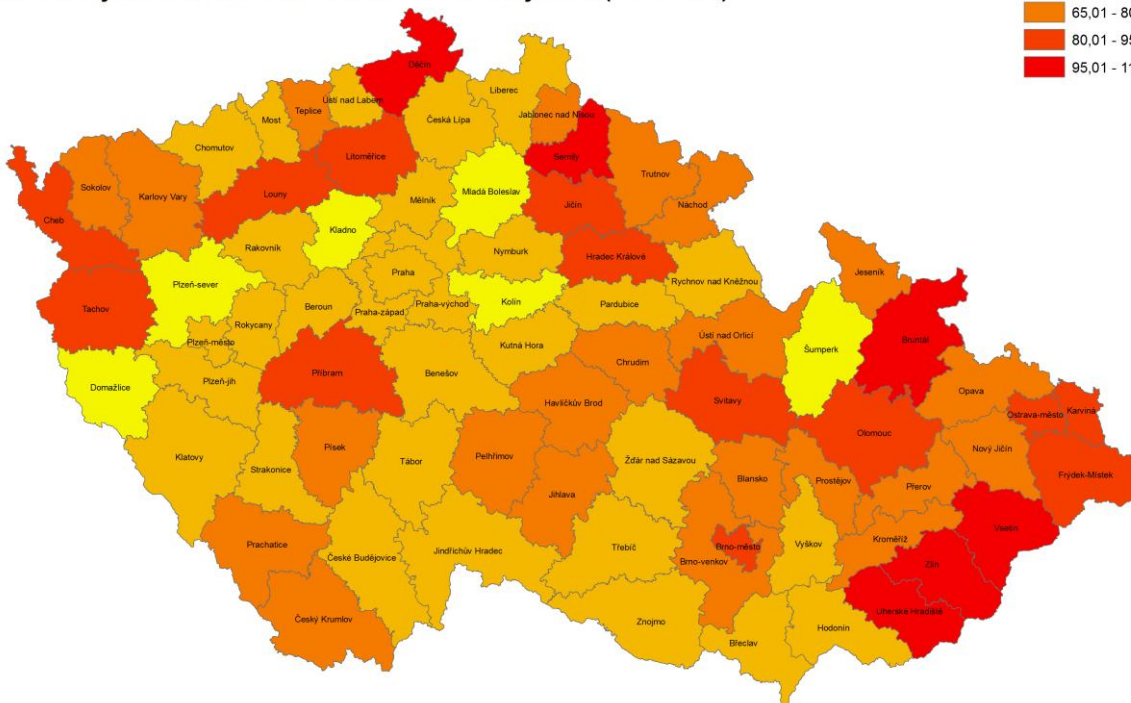
**Průměrný počet ukončených případů následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péče na tisíc obyvatel ve věku 65 a více let dle území bydliště (2013-2017)**



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z.s. (socialnipolitika.eu)

**Průměrný počet ukončených případů následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péče na tisíc obyvatel ve věku 65 a více let dle území bydliště (2013-2017)**



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

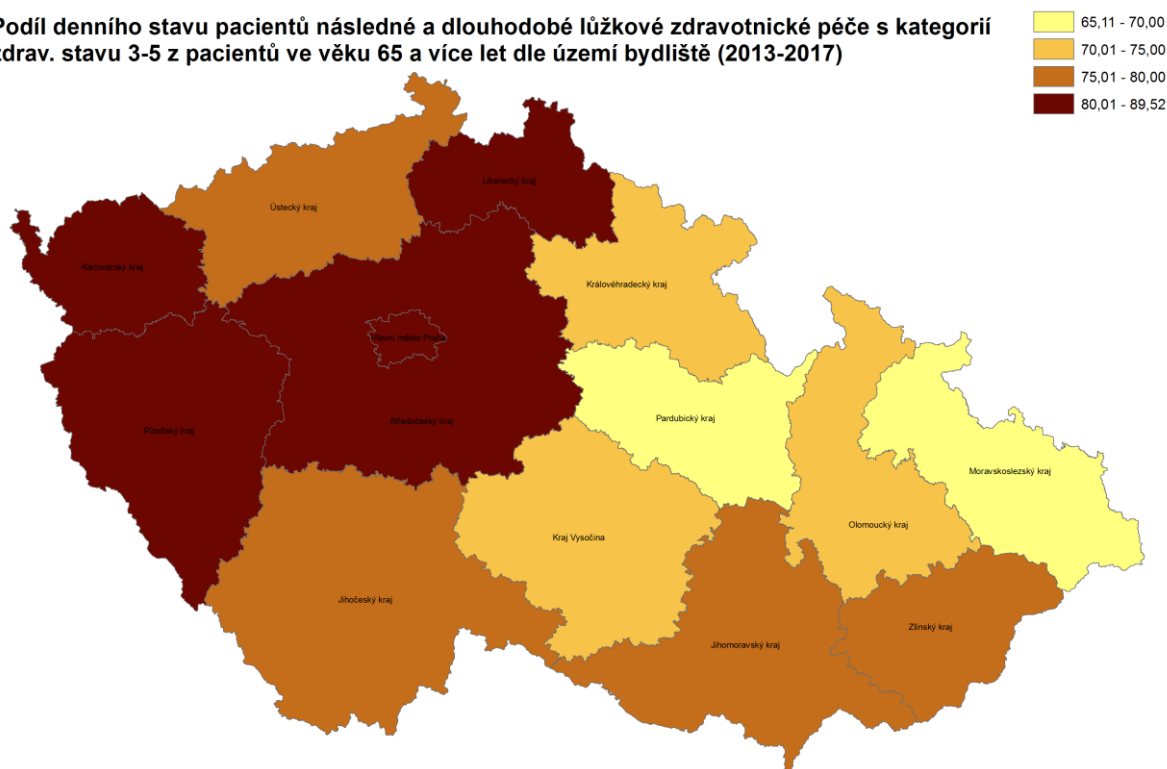
© ISPV, z.s. (socialnipolitika.eu)



Výše uvedené kartogramy znázorňují v tabulkách uvedené počty ukončených případů hospitalizace následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péče u seniorů ve věku 65 a více let v přepočtu na tisíc obyvatel bez ohledu na druh poskytovatele. Pro zachycení dlouhodobého stavu jsou hodnoty vypočteny jako průměr z let 2013 až 2017. Je zde lépe patrné častější využívání této péče v tmavě červených krajích a okresech. Především se jedná o Zlínský a Moravskoslezský kraj. Ve Zlínském kraji dosahuje počtu více než 100 hospitalizací na tisíc obyvatel seniorů ročně okres Vsetín a Zlín. V Moravskoslezském kraji dosahuje přes 98 hospitalizací na tisíc seniorů okres Bruntál. Naopak minimálním počtem hospitalizací na tisíc obyvatel v rámci následné péče se vyznačují senioři Středočeského a Plzeňského kraje. Zde se jedná především o okres Mladá Boleslav (38), dále okresy Domažlice (44), Kolín (47), Kladno (49) a Plzeň-sever (50), ale také Šumperk (44) z Olomouckého kraje.

Další kartogramy v hnědé skále se zaměřují na regionální rozdíly ve zdravotním stavu hospitalizovaných seniorů pobývajících v zařízeních následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péče na základě kategorizace ošetrovací doby dle VZP. Největší podíl přes 80 % imobilních a nesoběstačných osob z hospitalizovaných seniorů byl zaznamenán ve středních a západních Čechách a v Libereckém kraji. Především se jednalo s více než 90 % nesoběstačných pacientů mezi seniory v okresech Sokolov, Cheb a Mělník. Naopak nejlepší zdravotní stav hospitalizovaných seniorů v rámci následné a dlouhodobé péče pod 60 % vykazují okresy Bruntál, Klatovy, Chrudim a Žďár nad Sázavou.

**Podíl denního stavu pacientů následné a dlouhodobé lůžkové zdravotnické péče s kategorií zdrav. stavu 3-5 z pacientů ve věku 65 a více let dle území bydliště (2013-2017)**



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z.s. (socialnipolitika.eu)



## 14. Pracovníci sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče

### 14.1 Pracovníci ve zdravotnictví

Údaje pro kartogramy v této kapitole vychází z ročního výkazu o zaměstnavatelích, evidenčním počtu zaměstnanců, smluvních pracovních a odměňování (E (MZ) 4-01)<sup>42</sup>.

Následující kartogramy prezentují počty vybraných zdravotnických profesí s výrazným uplatněním v oblasti následné a dlouhodobé péče (všeobecné sestry, fyzioterapeutky a fyzioterapeuti, ergoterapeutky a ergoterapeuti, nutriční terapeutky a terapeuti - asistenti, zdravotně sociální pracovníce a pracovníci, ošetřovatelky a ošetřovatelé a sanitáři a sanitářky)<sup>43</sup> v přepočtu na 10 tisíc obyvatel jako základní ukazatele personálních kapacit těchto pracovníků v krajích ČR.

Největší počet **všeobecných sester** (přepočtené plné úvazky) na 10 tisíc obyvatel byl v roce 2017 v hlavním městě Praze (107,3) a Olomouckém kraji (80,6), naopak nejnižší ve Středočeském (49,2) a Libereckém kraji (56,3). Celkem bylo v ČR 75 841 přepočtených úvazků všeobecných sester.

Obdobně **praktických sester**, kterých je celkem téměř 25krát méně (3 068 přepočtených úvazků) než všeobecných sester, bylo nejvíce v hlavním městě Praze (4,2 na 10 tisíc obyvatel), nejméně ve Středočeském kraji (1,8).

**Fyzioterapeutů** bylo nejvíce v Karlovarském kraji (12,4) a hl. městě Praze (10,9), nejméně v Kraji Vysočina (4,8) a Zlínském kraji (5,5). Fyzioterapeutů bylo v přepočtu na úvazky v ČR celkem 7 906, tj. zhruba 10krát méně než všeobecných sester.

**Zdravotně -sociálních pracovníků** bylo nejvíce v Jihočeském (1,2) a Královéhradeckém (1,1) kraji (respektive 12 a 11 na 100 000 obyvatel), nejméně v Libereckém (0,3 na 10 tisíc obyvatel, respektive 3,0 na 100 000 obyvatel a Zlínském kraji (3,4/100 000 obyvatel). Celkem bylo v ČR v roce 2017 evidováno celkem 720,9 zdravotně -sociálních pracovníků.

**Nutričních terapeutů – asistentů** bylo nejvíce v Karlovarském kraji (13/100 000 obyvatel) a naopak nejméně ve Středočeském kraji (4,7 na 100 tisíc obyvatel). V přepočtu na plné úvazky bylo v ČR celkem 783,3 těchto zdravotnických nelékařských pracovníků.

**Ergoterapeutů** bylo v roce 2017 nejvíce v Moravskoslezském kraji (1,0 úvazku na 10 tisíc obyvatel), naopak nejméně ve Zlínském kraji (0,1). Celkem bylo v ČR evidováno 488,7 úvazků ergoterapeutů.

**Sanitářů** bylo v roce 2017 v přepočtu na plné úvazky nejvíce v Karlovarském kraji (27,2 na 10 tisíc obyvatel) a v Hlavním městě Praze (24,6), nejméně v kraji Zlínském (13,7) a Moravskoslezském (14,1).

**Ošetřovatelů** bylo v roce 2017 nejvíce v Moravskoslezském kraji (12,3), naopak nejméně v Kraji Vysočina (1,2).

<sup>42</sup> viz: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nrhosp>

<sup>43</sup> Viz Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

**Počty úvazků vybraných zdravotnických pracovníků v krajích ČR v roce 2017\***

Kraje ČR	Všeobecná sestra	Fyzioterapeut	Ergoterapeut	Nutriční terapeut-asistent	Zdravotně-sociální pracovník	Ošetřovatel	Praktická sestra
Hl. m. Praha	13 807,9	1 400,70	62,7	149,8	112	417,2	535,1
Středočeský kraj	6 615,5	791,6	37,1	63	129,4	252,9	239,1
Jihočeský kraj	4 213,1	469,1	12,7	38,7	75,3	269,8	181,5
Plzeňský kraj	4 040,7	357	27,8	39,6	34,9	271,7	137,6
Karlovarský kraj	2 285,9	368,4	26,6	38,7	28	229,7	110,2
Ústecký kraj	5 455,3	549,2	70,1	43,2	42,5	440,0	280,0
Liberecký kraj	2 481,3	265,3	19,7	23	13,2	163,9	158,2
Královéhradecký kraj	4 323,5	480,4	22,2	32	59,4	235,4	116,8
Pardubický kraj	3 175,3	408,9	19	29,3	23,1	125,1	125,7
Kraj Vysočina	3 694,6	243,8	14	39	26,4	60,9	112,2
Jihomoravský kraj	8 563,5	730,6	27,5	97	51,1	217,8	358,7
Olomoucký kraj	5 101,4	517,5	20,9	58,9	47,7	287,8	146,1
Zlínský kraj	3 636,0	319,7	8,2	38,6	19,5	243,6	167,7
Moravskoslezský kraj	8 447,0	1 003,50	120,4	92,6	58,2	1 490,2	399,4
ČR	75 840,9	7 905,80	488,7	783,3	720,9	4 706,0	3 068,4

\* Průměrné přepočtené počty úvazků

Zdroj: ÚZIS ČR, Výkazy E (MZ) 4-01

**Počty úvazků vybraných zdravotnických pracovníků na 100 tisíc obyvatel v krajích ČR v roce 2017**

Kraje ČR	Fyzioterapeut	Ergoterapeut	Nutriční terapeut-asistent	Zdravotně-sociální pracovník
Hlavní město Praha	108,9	4,9	11,6	8,7
Středočeský kraj	58,8	2,8	4,7	9,6
Jihočeský kraj	73,4	2	6,1	11,8
Plzeňský kraj	61,6	4,8	6,8	6
Karlovarský kraj	124,4	9	13,1	9,5
Ústecký kraj	66,9	8,5	5,3	5,2
Liberecký kraj	60,2	4,5	5,2	3
Královéhradecký kraj	87,2	4	5,8	10,8
Pardubický kraj	79,1	3,7	5,7	4,5
Kraj Vysočina	47,9	2,8	7,7	5,2
Jihomoravský kraj	61,9	2,3	8,2	4,3
Olomoucký kraj	81,7	3,3	9,3	7,5
Zlínský kraj	54,8	1,4	6,6	3,4
Moravskoslezský kraj	83,1	10	7,7	4,8
ČR	74,7	4,6	7,4	6,8

\* Průměrné přepočtené počty úvazků

Zdroj: ÚZIS ČR, Výkazy E (MZ) 4-01

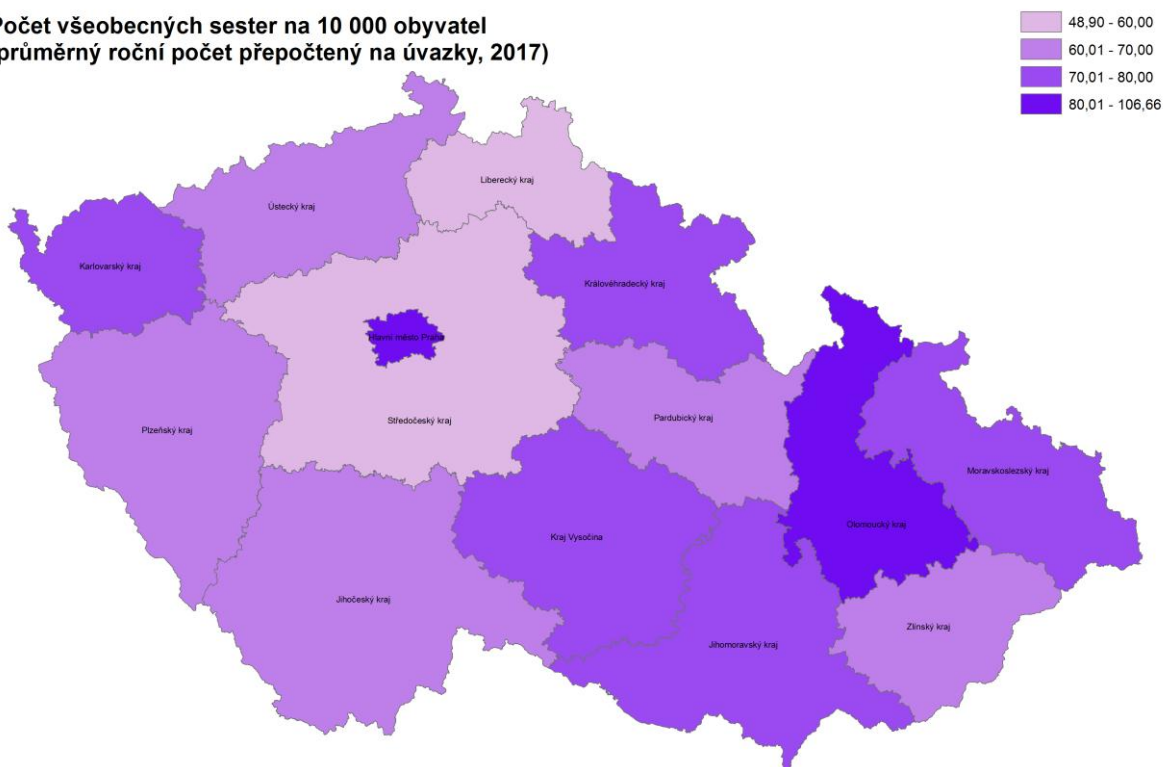
## Počty úvazků vybraných zdravotnických pracovníků na 100 tisíc obyvatel v krajích ČR v roce 2017

	Všeobecná sestra	Sanitář	Ošetřovatel	Praktická sestra
Hlavní město Praha	1 073,20	245,7	32,4	41,6
Středočeský kraj	491,6	146,4	18,8	17,8
Jihočeský kraj	659,1	153,4	42,2	28,4
Plzeňský kraj	697,6	188	46,9	23,8
Karlovarský kraj	772	271,7	77,6	37,2
Ústecký kraj	664,5	182,9	53,6	34,1
Liberecký kraj	562,7	145,6	37,2	35,9
Královéhradecký kraj	784,9	204,5	42,7	21,2
Pardubický kraj	613,9	166,8	24,2	24,3
Kraj Vysočina	726,3	199,8	12	22,1
Jihomoravský kraj	725,4	185,4	18,5	30,4
Olomoucký kraj	805,7	172,5	45,5	23,1
Zlínský kraj	623,6	137,2	41,8	28,8
Moravskoslezský kraj	699,6	141,1	123,4	33,1
ČR	716,2	178,9	44,4	29

\* Průměrné přepočtené počty úvazků

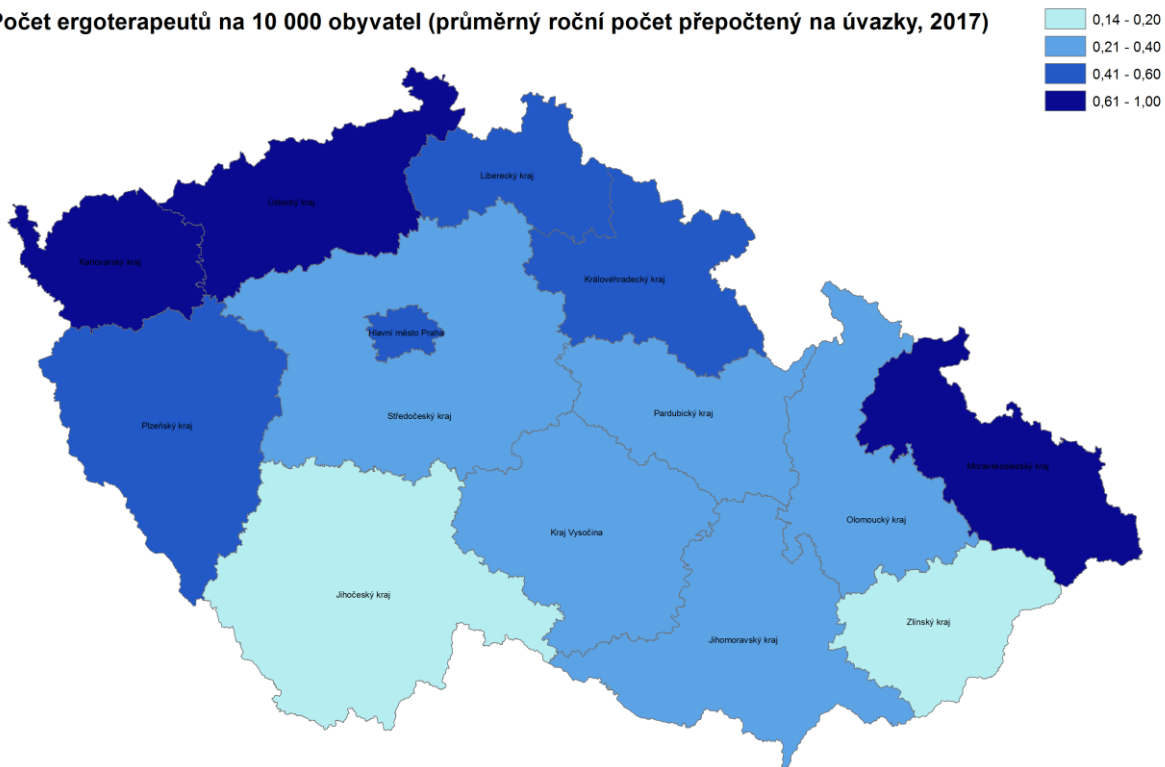
Zdroj: ÚZIS ČR, Výkazy E (MZ) 4-01

### Počet všeobecných sester na 10 000 obyvatel (průměrný roční počet přepočtený na úvazky, 2017)



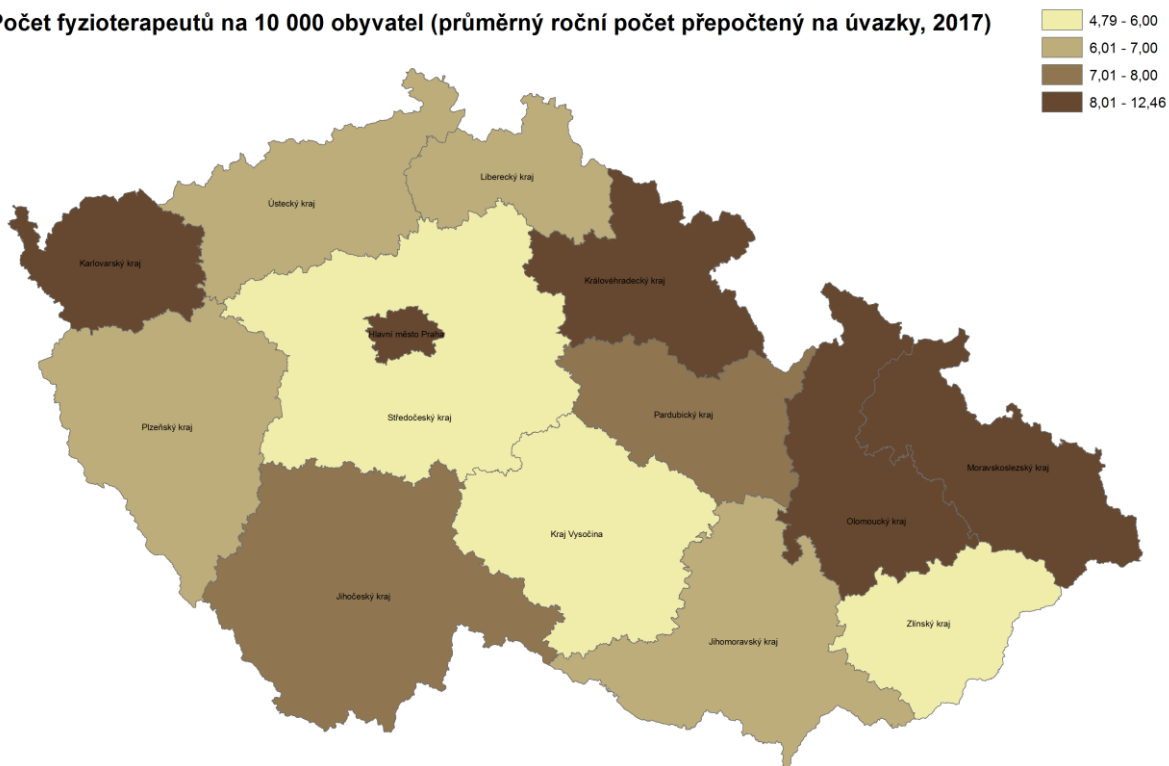
Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

Počet ergoterapeutů na 10 000 obyvatel (průměrný roční počet přepočtený na úvazky, 2017)



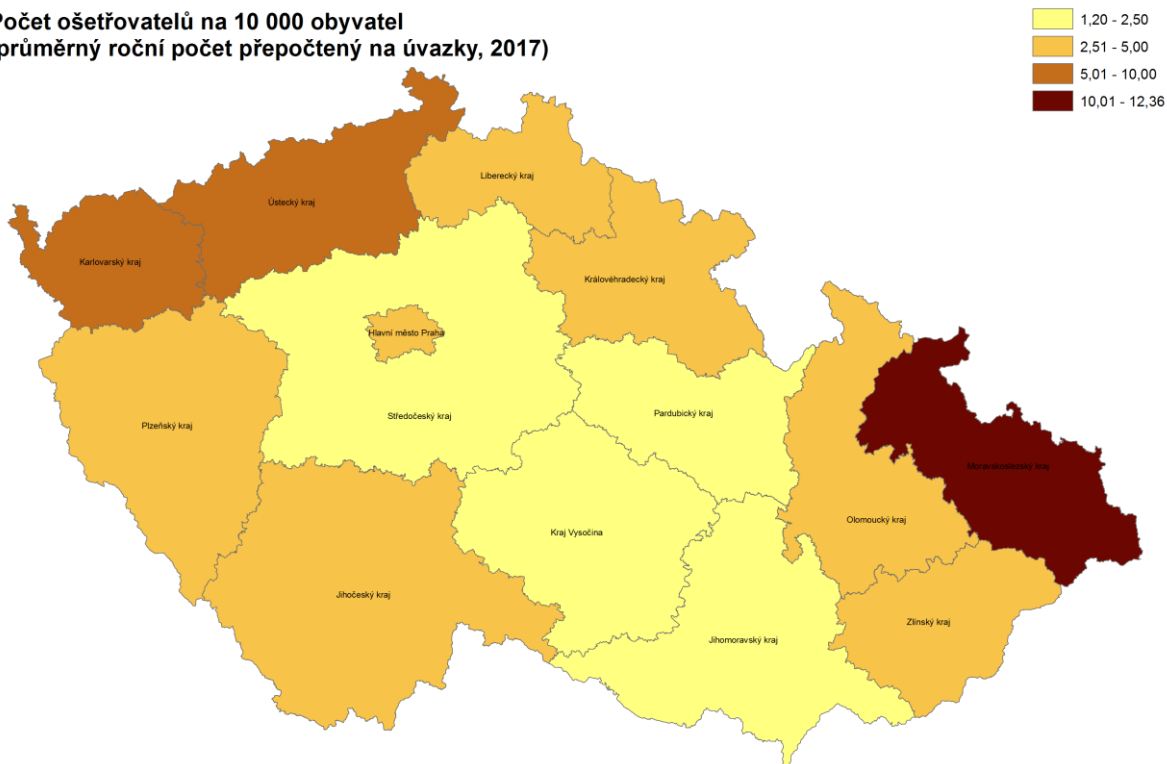
Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

Počet fyzioterapeutů na 10 000 obyvatel (průměrný roční počet přepočtený na úvazky, 2017)



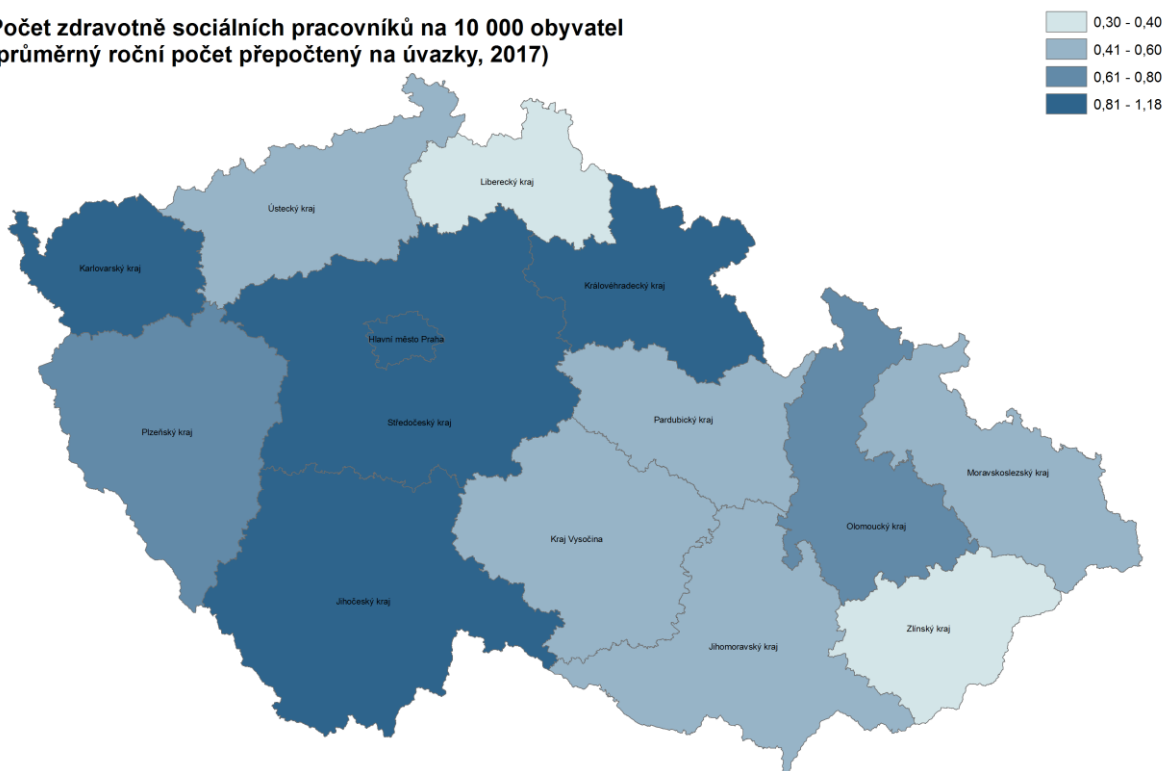
Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

**Počet ošetrovateľů na 10 000 obyvateľů  
(průměrný roční počet přepočtený na úvazky, 2017)**



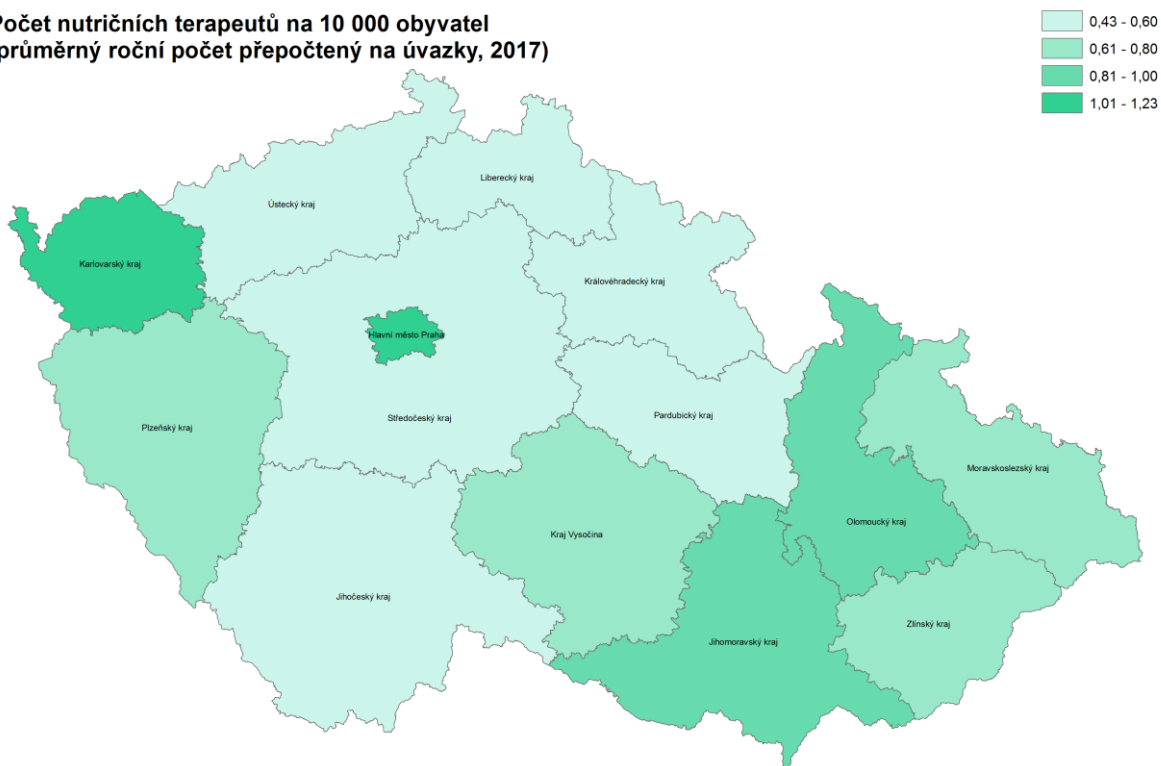
Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

**Počet zdravotně sociálních pracovníků na 10 000 obyvateľů  
(průměrný roční počet přepočtený na úvazky, 2017)**



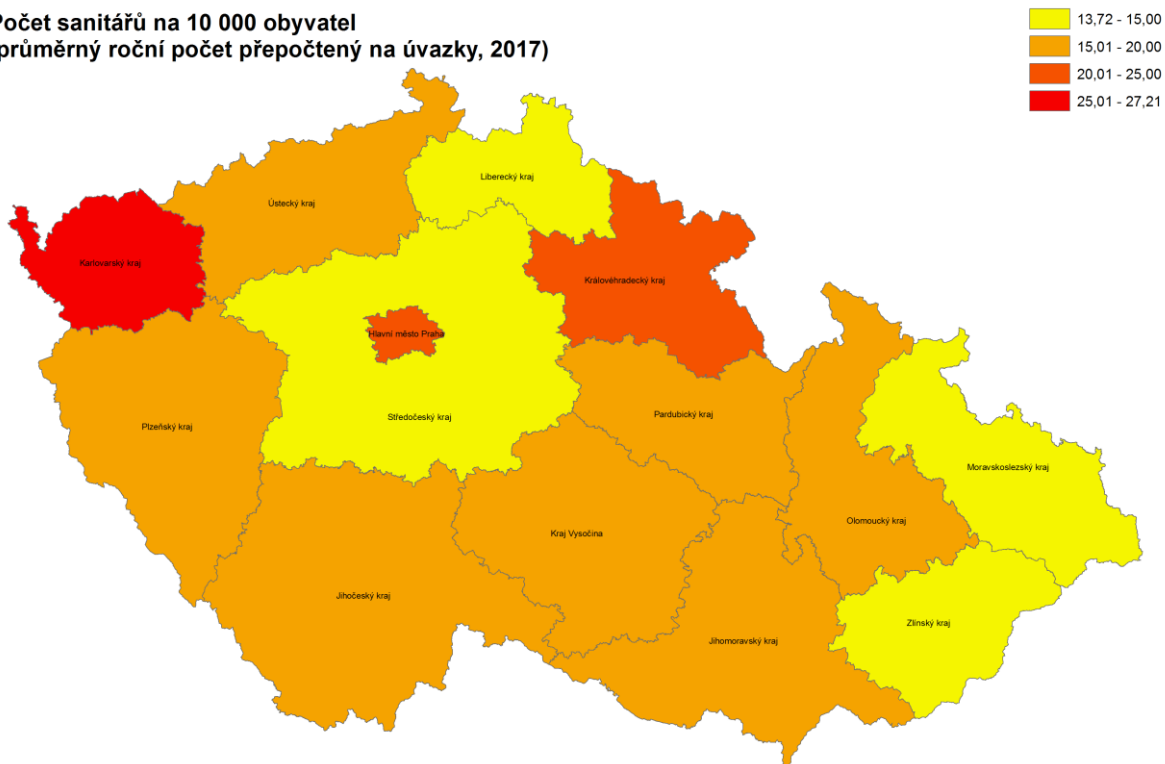
Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

**Počet nutričních terapeutů na 10 000 obyvatel  
(průměrný roční počet přepočtený na úvazky, 2017)**



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

**Počet sanitářů na 10 000 obyvatel  
(průměrný roční počet přepočtený na úvazky, 2017)**



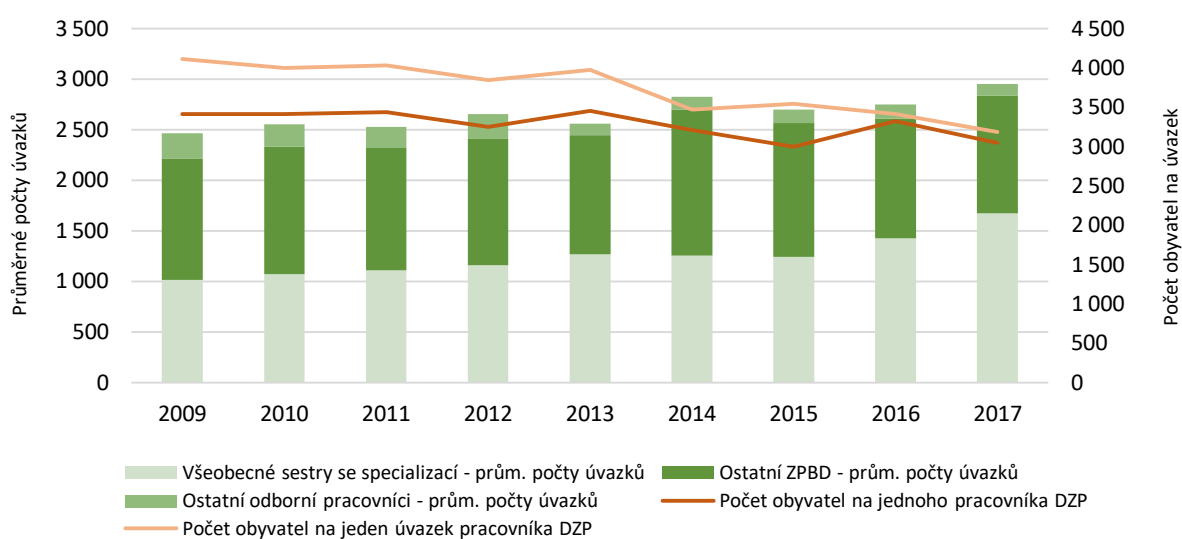
Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016



## 14.2 Pracovníci domácí zdravotní péče

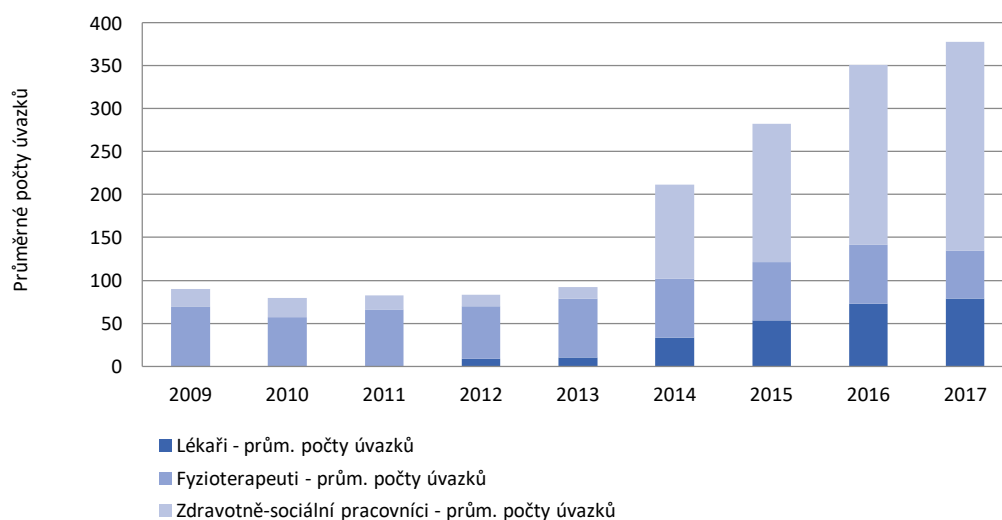
Poskytovatelů domácí zdravotní péče bylo v roce 2017 Národním registrem poskytovatelů zdravotních služeb registrováno 658, a to celkem 49 poskytovatelů lůžkové péče a 609 poskytovatelů ambulantní péče, tj. nárůst o 35 % oproti 486 evidovaným poskytovatelům v roce 2009. Nicméně nárůst rozsahu počtu odevzdaných výkazů se zvýšil pouze o 15 %, a to ze 434 v roce 2009 na 497 zpravodajských jednotek v roce 2017. Návratnost výkazu tak poklesla z 89 % na téměř 75 %. Přes tuto skutečnost níže uvedený graf poukazuje na rostoucí kapacity domácí zdravotní péče nejen v počtu poskytovatelů, ale především v počtu úvazků zdravotnického personálu. Je nutné také upozornit, že ve statistikách z let 2014 - 2016 byly použity analytické korekce extrémních hodnot v počtech úvazků a výkonů oproti předaným statistikám od poskytovatelů.

### Vývoj průměrných úvazků pracovníků domácí zdravotní péče v letech 2009 - 2017



Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01, Domácí zdravotní péče (A089)

### Vývoj průměrných úvazků pracovníků domácí zdravotní péče v letech 2009 - 2017



Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01, Domácí zdravotní péče (A089)

I přes pokles návratnosti výkazu domácí zdravotní péče vzrostl od roku 2009 celkový počet fyzického stavu zdravotnického personálu o 13 % a jejich průměrný počet úvazků dokonce o 30 %. Celková dostupnost domácí zdravotní péče se dle dat výkazu během devíti let významně zvýšila minimálně o třetinu. Zejména se zvýšila odbornost personálu v počtu lékařů, jejichž specializace na domácí zdravotní péči započala od roku 2012, a jejich počet se zvýšil od tohoto roku z 13 na 89. Dále výrazně vzrostl počet specializovaných zdravotních sester ze 1,1 tisíce na 1,8 tisíce (59 %), a zdravotně-sociálních pracovníků, u kterých se díky úvazkům smluvních pracovníků zvýšila celková kapacita více než desetkrát, z 20 úvazků na 243 úvazků. Naopak o pětinu poklesl počet úvazků fyzioterapeutů a o 56 % počet úvazků ostatních odborných pracovníků. Počet obyvatel připadajících na jednu fyzickou osobu personálu DZP poklesl o 11 % na 3 tisíce a na úvazek dokonce o 23 % na 3,2 tisíce obyvatel.

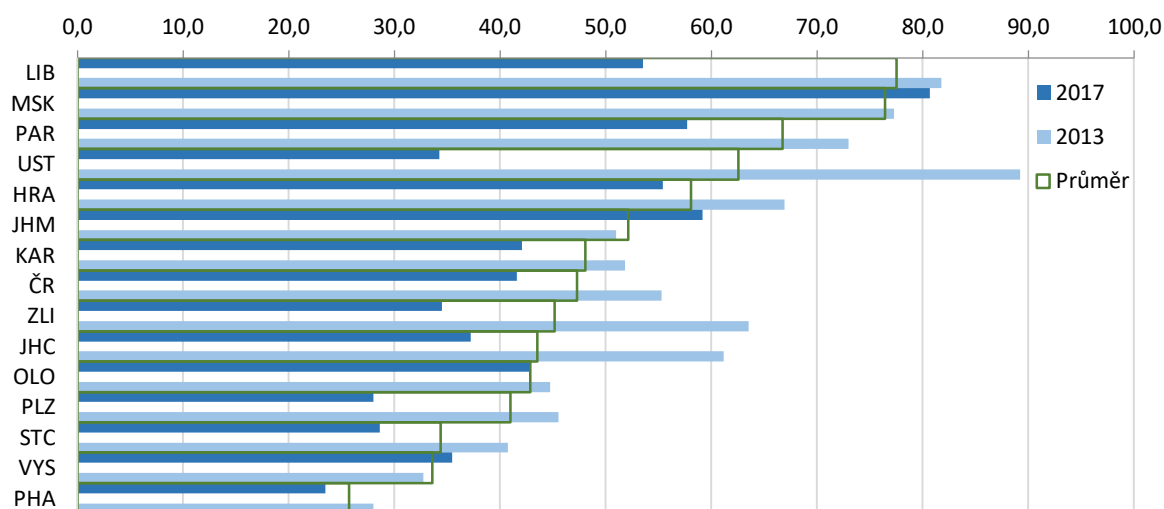
### Vývoj základních ukazatelů domácí zdravotní péče v letech 2009 až 2017

Ukazatele domácí zdravotnické péče	2009	2017	Rozdíl 2017-2009
Počet poskytovatelů s odevzdaným výkazem	434	497	63
Počet poskytovatelů s neodevzdaným výkazem	52	161	109
Podíl neodevzdaných výkazů ZI	10,7%	24,5%	14%
Lékaři - fyzické počty	0	89	89
Fyzioterapeuti - fyzické počty	76	56	-20
ZPBD dle § 5-21 zákona č. 96/2004 Sb. - fyzické počty	2 721	3 217	496
z toho všeobecné sestry se specializací - fyzické počty	1 109	1 767	658
z toho zdravotně-sociální pracovníci - fyzické počty	25	159	134
Ostatní odborní pracovníci - fyzické počty	276	118	-158
Lékaři - prům. počty úvazků	0,0	79,2	x
Fyzioterapeuti - prům. počty úvazků	69,2	55,2	-20%
ZPBD dle § 5-21 zákona č. 96/2004 Sb. - prům. počty úvazků	2 231,1	3 081,4	38%
z toho všeobecné sestry se specializací - prům. počty úvazků	1 012,9	1 670,8	65%
z toho zdravotně-sociální pracovníci - prům. počty úvazků	20,6	243,1	1079%
Ostatní odborní pracovníci - prům. počty úvazků	251,1	109,8	-56%

Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01, domácí zdravotní péče (A089)

Níže uvedený graf poukazuje na pořadí krajů z pohledu průměrného vytížení personálu domácí zdravotní péče v letech 2013 až 2017. Jak ukazují hodnoty počtu pacientů na úvazek personálu DZP, v mezních letech stanovaného intervalu výrazně kolísají. Důvodem je mimo jiné rozdílná návratnost výkazů a kvalita sběru. Z tohoto důvodu byly kraje seřazeny dle průměrných hodnot za celé období. Výrazně nadprůměrné vytížení personálu bylo zjištěno v Libereckém a Moravskoslezském kraji. Naopak výrazně podprůměrné vytížení personálu bylo evidováno v Praze, na Vysočině a ve Středočeském kraji.

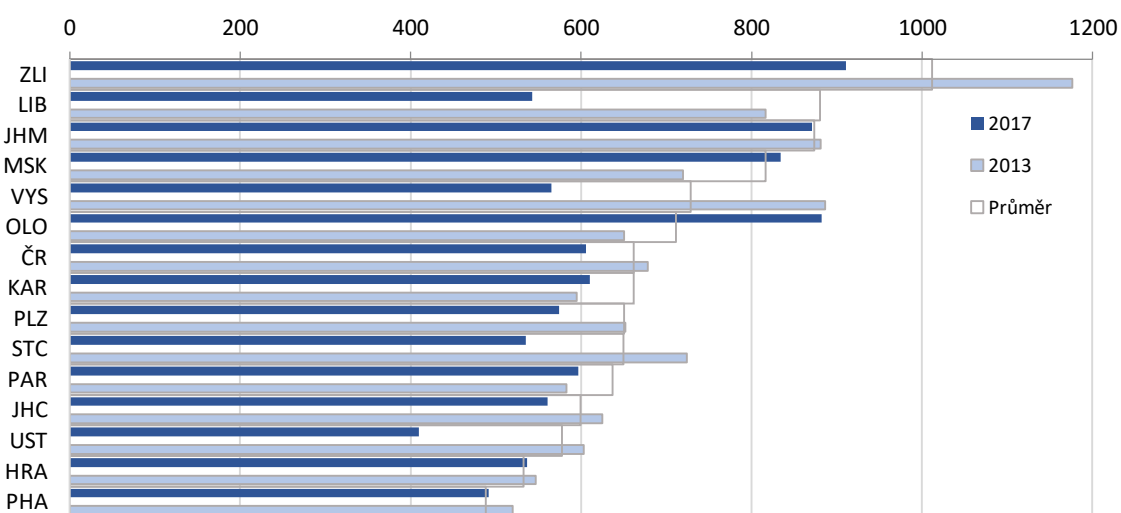
**Počet pacientů na průměrný roční úvazek zaměstnance domácí zdravotní péče v krajích ČR v letech 2013 a 2017 a průměr období 2013 až 2017**



Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01, Domácí zdravotní péče (A089)

Níže uvedený graf se zaměřuje na dostupnost personálu v krajích ve vztahu k počtu obyvatel ve věku 65 a více let, kde je hlavní potenciál klientů domácí zdravotní péče. V tomto pohledu se vyznačuje výrazně podprůměrnou dostupností domácí zdravotní péče v období let 2013-2017 Zlínský, Liberecký, Jihomoravský a Moravskoslezský kraj. Výrazné zlepšení však poukazují výsledky za rok 2017 v Libereckém kraji a v Kraji Vysočina. Zhoršení naopak v Olomouckém kraji. Nejvyšší dostupnost personálu vychází dlouhodobě v Hl. m. Praze, kde na jeden úvazek připadá pouze 488 pacientů, tj. o polovinu méně než je tomu ve Zlínském kraji.

**Počet obyvatel ve věku 65+ na úvazek zdravotnického pracovníka domácí péče v krajích ČR v letech 2013 a 2017 a průměr období 2013 až 2017**



Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01, Domácí zdravotní péče (A089)

Níže uvedená tabulka poukazuje na průměrné rozdíly ve stavu úvazků personálu v období posledních tří let z hlediska jejich jednotlivých základních druhů a počet obyvatel ve věku 65 a více let na jeden úvazek jejich průměrného stavu. Ve vztahu k tomu tabulka v druhé části poukazuje na hypotetickou potřebu celkového počtu úvazků personálu domácí zdravotní péče

v jednotlivých krajích na základě průměrného vztahu počtu úvazků na populaci seniorů v celé ČR. Výsledný rozdíl mezi vykázanými počty úvazků v krajích a mezi průměrnou potřebou této péče v ČR kvantifikují poslední dva sloupce. V absolutním vyjádření se tedy nejvíce zdravotnického personálu nedostává v počtu 90 úvazků zaměstnanců DZP v Jihomoravském, Moravskoslezském kraji. V procentuálním vyjádření v těchto krajích chybí čtvrtina úvazků. Ve Zlínském kraji tak hypoteticky chybí až třetina úvazků oproti průměru ČR. Nejvýraznější přebytek v počtu 133 (35 %) úvazků DZP na obyvatele 65+ vykazuje Hl. m. Praha v přebytku úvazků oproti průměru ČR pak následuje Ústecký a Královéhradecký kraj.

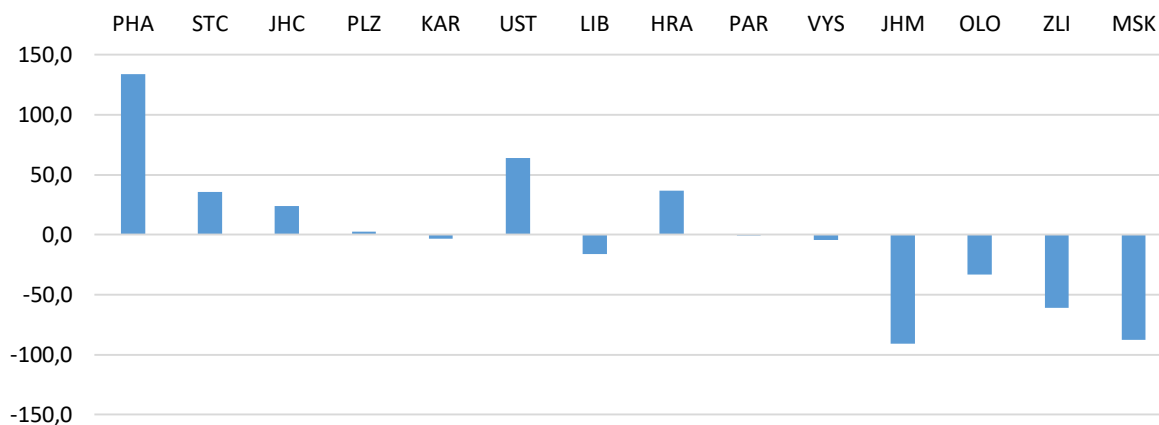
### Průměrné roční počty personálu domácí zdravotní péče v krajích v letech 2015-2017

Kraj	Průměrný stav úvazků personálu				Prům. počet obyv. 65+ na úvazek	Potřeba personálu na obyv. 65+		
	lékaři	fyzio-terapeuti	ZPBD	JOP		potřeba úvazků v DZP	rozdíl (dispozice-potřeba)	rozdíl v %
PHA	8,7	15,4	452,9	34,4	461,6	377,4	133,9	35%
STC	3,5	3,7	389,2	8,7	570,6	369,6	35,5	10%
JHC	6,0	5,2	195,2	9,4	555,9	191,7	24,0	12%
PLZ	9,2	2,4	147,6	19,0	615,5	175,4	2,8	2%
KAR	3,5	1,6	74,8	5,0	648,3	88,0	-3,1	-4%
UST	6,9	11,3	272,1	9,7	492,6	236,3	63,7	27%
LIB	2,7	1,5	108,7	2,0	711,9	130,7	-15,9	-12%
HRA	8,2	8,8	190,1	4,7	517,2	175,2	36,7	21%
PAR	3,4	2,4	146,8	1,8	629,0	155,2	-0,9	-1%
VYS	0,8	0,0	149,0	0,3	643,8	154,5	-4,4	-3%
JHM	6,4	2,2	246,0	8,4	840,8	353,6	-90,6	-26%
OLO	0,7	7,0	144,0	7,8	755,4	192,6	-33,2	-17%
ZLI	5,0	0,7	103,0	8,6	951,5	178,4	-61,1	-34%
MSK	3,7	1,7	256,0	6,7	829,5	355,4	-87,4	-25%
<b>ČR</b>	<b>68,4</b>	<b>63,8</b>	<b>2 875,4</b>	<b>126,4</b>	<b>625,4</b>	<b>3 134,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0%</b>

Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01, domácí zdravotní péče (A089)

Níže uvedený graf prezentuje počty vykázaných úvazků, které jsou nad či pod průměrnou vykázanou potřebou úvazků ve vztahu k populaci seniorů ve věku 65 a více let. Jedná se o hodnoty z výše uvedené tabulky v předposledním sloupci.

### Rozdíl mezi počtem evidovaných úvazků a průměrnou potřebou personálu na obyvatele 65+v krajích ČR v letech 2015-2017



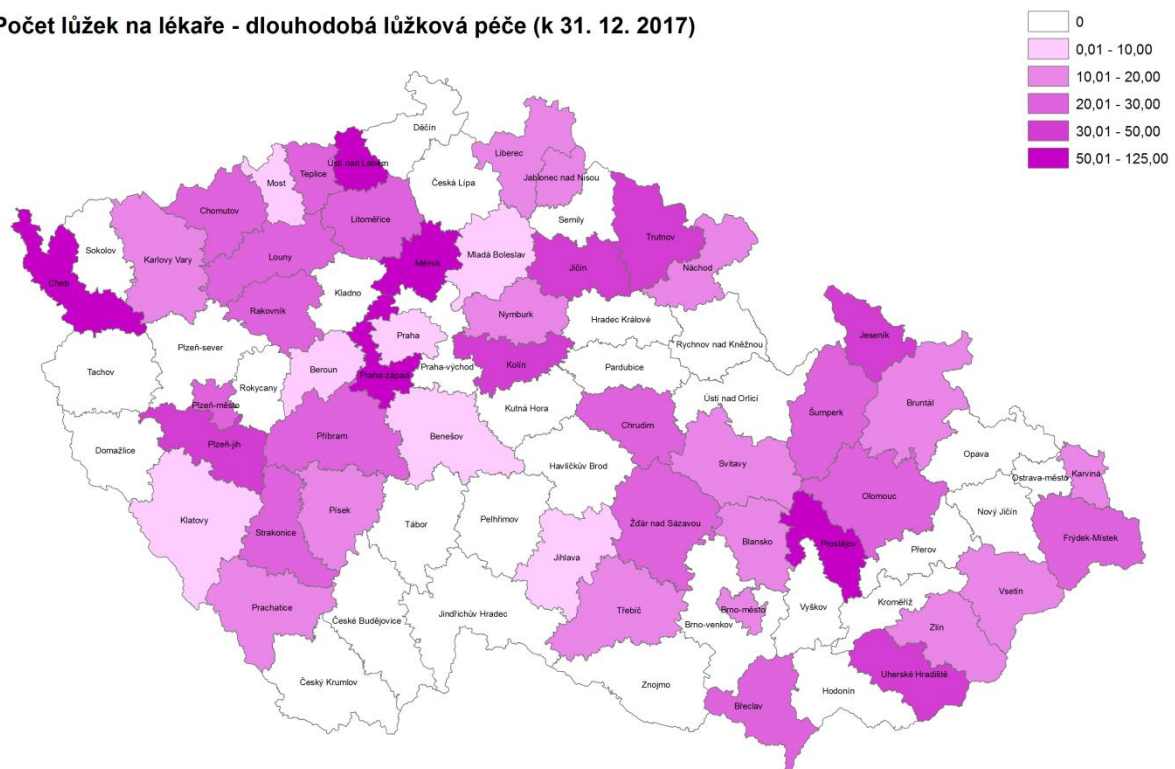
Zdroj: ÚZIS ČR, Výkaz A (MZ) 1-01, domácí zdravotní péče (A089)

### 14.3 Pracovníci lůžkové následné a dlouhodobé péče ve zdravotnictví

Výkazy řady E (MZ) 2-01 a 3-01 sledují v příloze kapacity následné a dlouhodobé péče v počtu lůžek a personálu. Níže uvedené kartogramy poukazují na rozdíly v pokrytí lůžek následné a dlouhodobé péče odborným personálem. Níže uvedený kartogram zobrazuje počty lůžek na lékaře. V okresech zvýrazněných barvou, kde jsou tato data dostupná, bylo ke konci roku 2017 nejméně lékařů v přepočtu na lůžka dlouhodobé péče vykázáno v okresech Prostějov, Mělník, Praha-západ, Ústí nad Labem a Cheb. V případě lůžek následné péče bylo nejméně lékařů v přepočtu na lůžka vykázáno v okrese Šumperk a Ostrava-město. Z porovnání obou následujících kartogramů je také patrné, že celková dostupnost lůžek následné péče je výrazně vyšší, než je tomu v případě lůžek dlouhodobé péče.

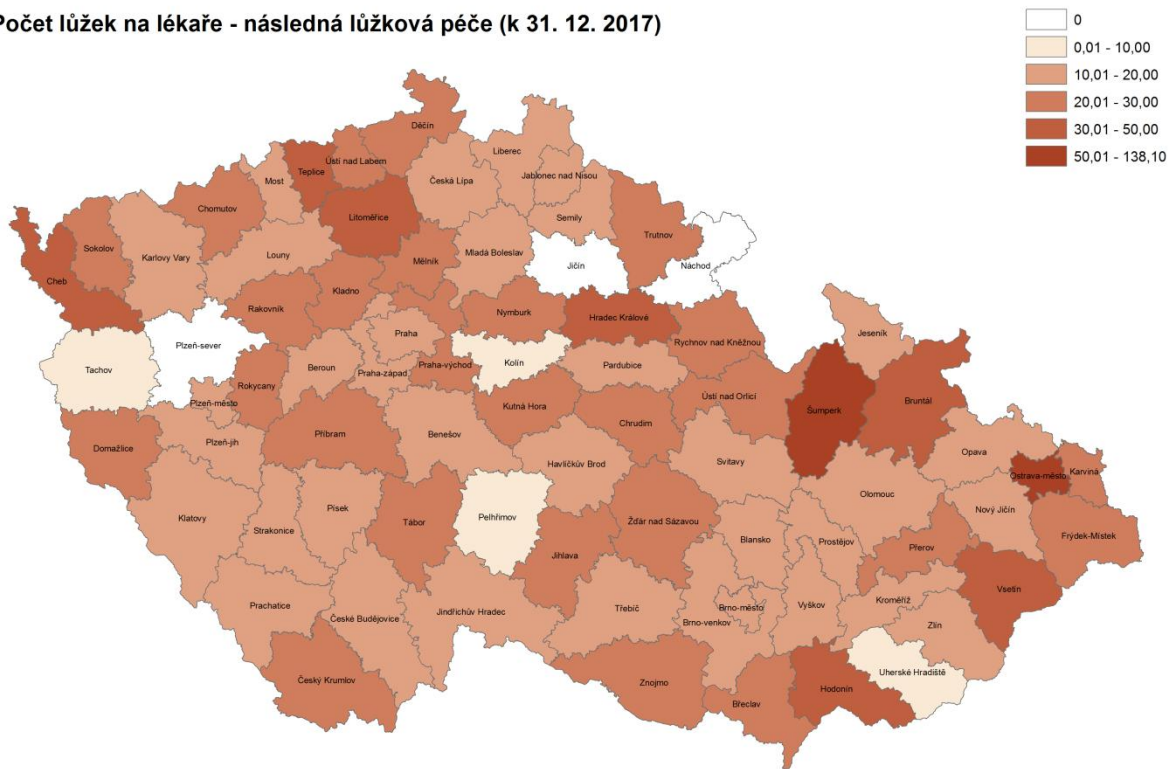
Třetí a čtvrtý kartogram srovnává pokrytí lůžek následné a dlouhodobé péče úvazky zdravotních sester. Nejvýraznější nedostatek úvazků zdravotních sester v okresech, kde se dlouhodobá lůžka nacházejí, vykazují lůžka v okresech Karlovy Vary, Ústí nad Labem, Jičín, Teplice a Cheb. Více než 6 lůžek následné péče na úvazek zdravotní sestry (ZPBD) vykazují zdravotnická zařízení v okresech Třebíč, Cheb, Praha-východ a západ, Ostrava-město a Hradec Králové.

**Počet lůžek na lékaře - dlouhodobá lůžková péče (k 31. 12. 2017)**



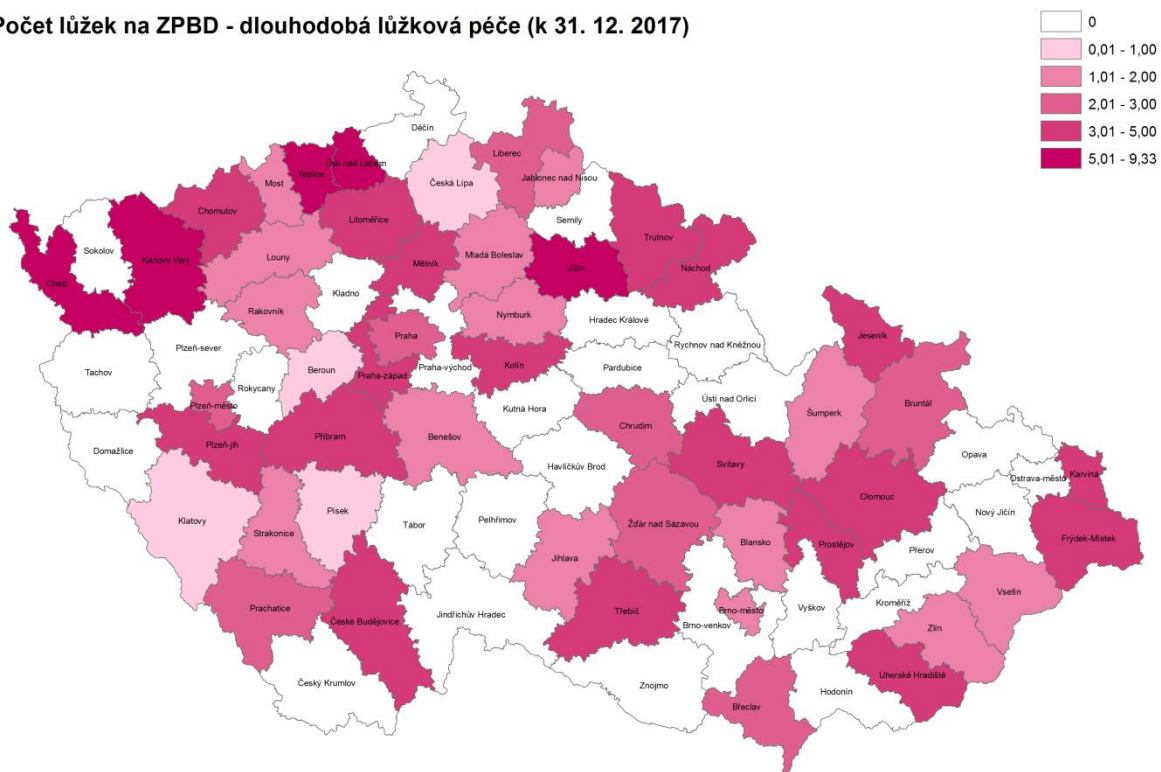
Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcCR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

Počet lůžek na lékaře - následná lůžková péče (k 31. 12. 2017)



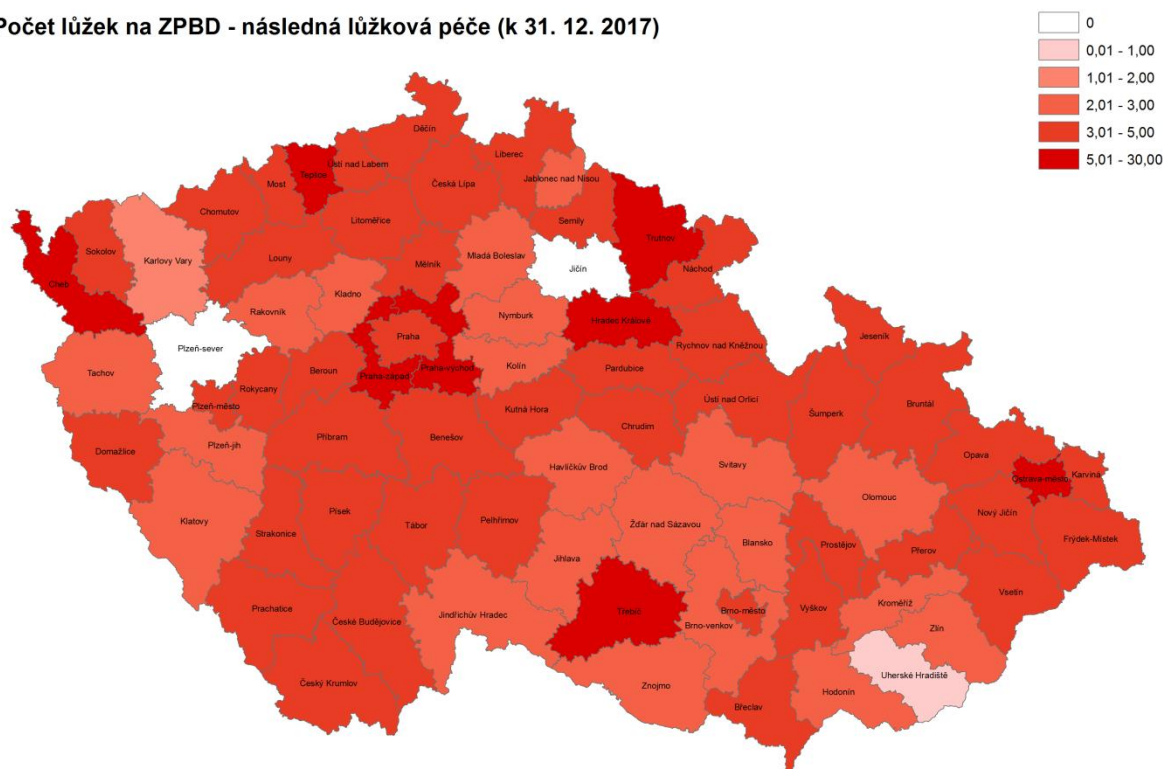
Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

Počet lůžek na ZPBD - dlouhodobá lůžková péče (k 31. 12. 2017)



Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

Počet lůžek na ZPBD - následná lůžková péče (k 31. 12. 2017)



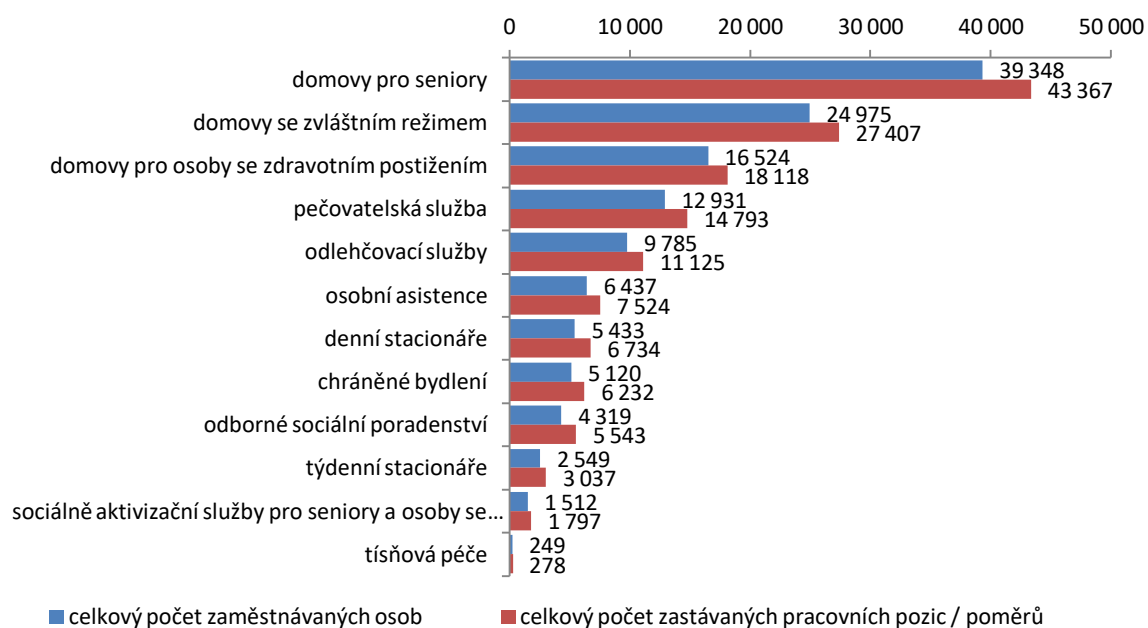
Zdroj dat: ÚZIS 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

## 14.4 Pracovníci sociálních služeb

Největší počet pracovníků (39 348 osob, tj. 41 % z celkového počtu osob zaměstnaných ve 12 sledovaných službách) byl zaměstnán v domovech pro seniory. Druhý největší počet pracovníků (24 975 osob, 26 %) byl zaměstnán v domovech se zvláštním režimem. Následovaly domovy pro osoby se zdravotním postižením (16 524 osob, 17 %), pečovatelská služba (12 931, 14 %) a odlehčovací služby (9 785, 10 %). U čtyř služeb (osobní asistence, denní stacionáře, chráněné bydlení, odborné sociální poradenství) se počet pracovníků pohyboval zhruba v rozmezí 4,5-6,5 tis. osob (5-7 %). V týdenních stacionářích bylo zaměstnáno 2,5 tis. osob (3 %) a v sociálně aktivizačních službách 1,5 tis. osob (2 %). Službu tísňová péče zajišťovalo 249 pracovníků (0,3 %).

U jednotlivých sledovaných druhů sociálních služeb připadalo na jednoho pracovníka od 1,1 do 1,28 evidovaných pracovních poměrů. I přes tyto rozdíly se ale pořadí služeb a vzájemné rozdíly mezi jednotlivými službami podle počtu zaměstnaných pracovníků a podle počtu evidovaných pracovních poměrů mezi službami nelišily.

### Počet pracovníků vybraných sociálních služeb (všichni pracovníci) a jimi zastávaných pracovních pozic / poměrů podle druhu služby



Zdroj dat: MPSV (2018)

**Průměrný počet pracovníků na jednu sociální službu** byl nejvyšší (průměrná hodnota u jedné služby 81,4) u domovů pro osoby se zdravotním postižením. Jen o málo nižší byl průměrný počet pracovníků u domovů se zvláštním režimem (76,6) a u domovů pro seniory (74,4). Čtvrtou službou s nejvyšším průměrným počtem pracovníků na jednu sociální službu byly týdenní stacionáře (43,9). Průměrný počet přibližně 30 pracovníků na jednu službu byl zaznamenán u odlehčovacích služeb (32,7) a osobní asistence (28,2). Přibližně 25 pracovníků (24,4) připadalo průměrně na jednu službu chráněné bydlení a necelých 20 na denní stacionáře (19,8) a pečovatelskou službu (18,2). Nejmenší průměrný počet pracovníků na jednu službu byl zjištěn u tísňové péče (14,6), sociálně aktivizačních služeb (9,9) a odborného sociálního poradenství (8,8).

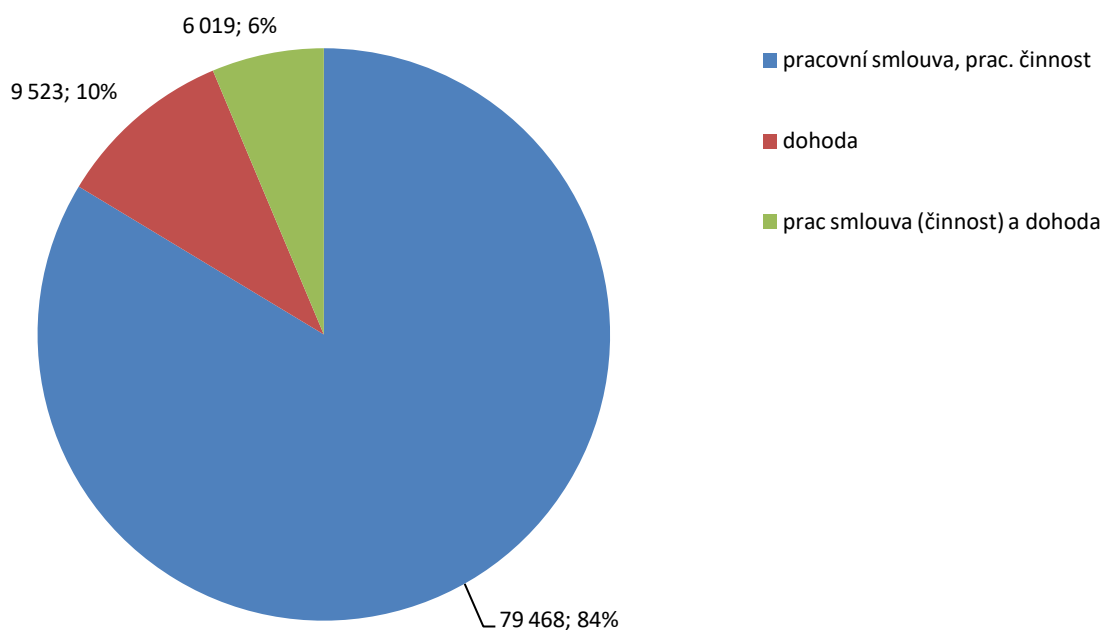


### Celkový počet zaměstnáváných osob a počet zastávaných pracovních pozic / poměrů

	Celkový počet zaměstnáváných osob	Celkový počet zastávaných pracovních pozic / poměrů
domovy pro seniory	39 348	43 367
domovy se zvláštním režimem	24 975	27 407
domovy pro osoby se ZP	16 524	18 118
pečovatelská služba	12 931	14 793
odlehčovací služby	9 785	11 125
osobní asistence	6 437	7 524
denní stacionáře	5 433	6 734
chráněné bydlení	5 120	6 232
odborné sociální poradenství	4 319	5 543
týdenní stacionáře	2 549	3 037
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se ZP	1 512	1 797
tísňová péče	249	278

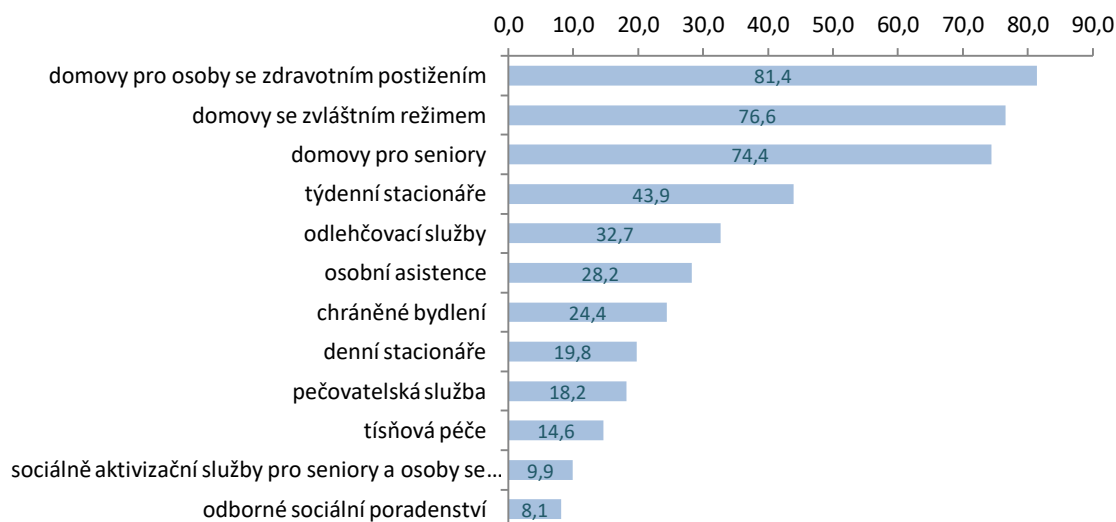
Zdroj dat: MPSV (2018)

### Pracovní úvazky podle druhu smlouvy



Zdroj dat: MPSV (2018)

## Průměrný počet pracovníků vybraných sociálních služeb (všichni pracovníci) na jednu službu podle druhu služby



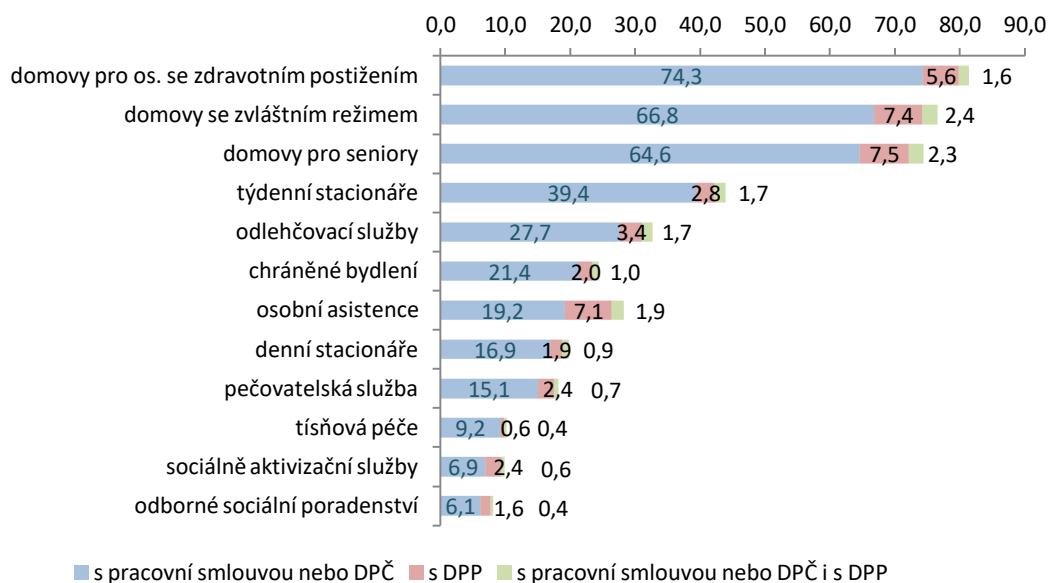
Zdroj dat: MPSV (2018)

Průměrný počet pracovníků s pracovní smlouvou nebo pracujících na základě DPČ na jednu službu byl nejvyšší u domovů pro osoby se zdravotním postižením (74,3), domovů se zvláštním režimem (66,8) a domovů pro seniory (64,6). U dalších dvou, z hlediska tohoto údaje v pořadí následujících, služeb, týdenních stacionářů a odlehčovacích služeb byl průměrný počet pracovníků zaměstnaných v pracovním poměru nebo na základě DPČ oproti těmto třem službám podstatně nižší (průměrně 39,4 u týdenních stacionářů a 27,7 u odlehčovacích služeb). U dalších čtyř sledovaných služeb (chráněné bydlení, osobní asistence, denní stacionáře, pečovatelská služba) se průměrný počet těchto pracovníků pohyboval zhruba od 15 do 20 osob. V případě tísňové péče mělo pracovní smlouvu nebo bylo zaměstnáno na základě DPČ průměrně 9,2 pracovníků, v případě sociálně aktivizačních služeb a odborného sociálního poradenství bylo takto zaměstnáno průměrně 6-7 osob.

Průměrné počty pracovníků s DPP na jednu službu se u všech sledovaných druhů sociálních služeb pohyboval v rozmezí hodnot 0,6-7,5. I z tohoto hlediska tak bylo možné konstatovat existenci relativně výrazných rozdílů mezi sledovanými službami, i přesto, že oproti předchozím údajům již byl rozptýl zaznamenaných hodnot podstatně nižší. Nejvyšší průměrný počet pracovníků s DPP na jednu službu byl zjištěn u domovů pro seniory (7,5), domovů se zvláštním režimem (7,4), osobní asistence (7,1) a domovů pro osoby se zdravotním postižením (5,6). U pěti druhů sociálních služeb se průměrný počet pracovníků s DPP na jednu službu pohyboval mezi hodnotami 2,0 a 3,4. Nejnižší průměrný počet pracovníků s DPP na jednu službu byl zaznamenán u tísňové péče (0,6), odborného sociálního poradenství (1,6) a denních stacionářů (1,9).

Průměrné počty pracovníků, kteří práci vykonávali současně na základě DPP a pracovní smlouvy nebo DPČ, se mezi sledovanými druhy sociálních služeb lišil již jen velmi málo, hodnoty tohoto údaje se pohybovaly v rozpětí hodnot od 0,4 do 2,4.

## Průměrný počet pracovníků vybraných sociálních služeb (všichni pracovníci) na jednu službu podle typu pracovního poměru druhu služby



Zdroj dat: MPSV (2018)

Vzhledem k výrazným rozdílům mezi sledovanými službami co do celkového průměrného počtu pracovníků na jednu službu je v případě údajů o typu pracovního poměru nezbytné porovnat mezi sebou nejen zjištěné absolutní hodnoty těchto průměrů, ale i **podíl pracovníků rozlišených podle typu pracovního poměru z celkového počtu pracovníků** zjištěného u příslušného druhu sociálních služeb.

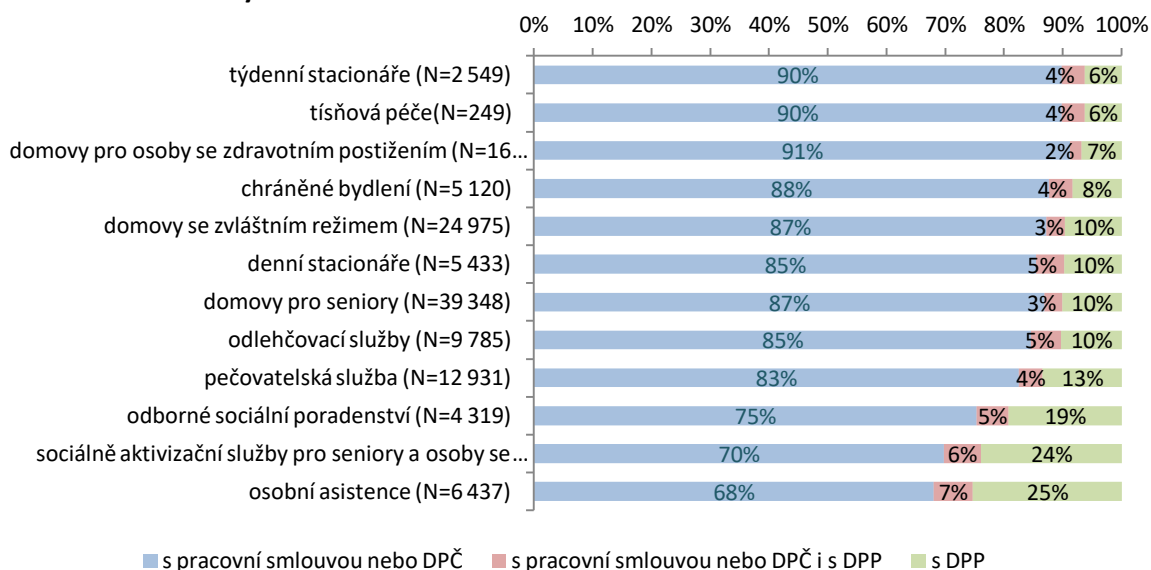
U osmi z 12 sledovaných druhů sociálních služeb reprezentovali pracovníci s pracovní smlouvou nebo s DPČ (včetně těch, kteří současně vykonávali pracovní činnosti i na základě DPP) více než 90 % z celkového počtu všech pracovníků zaměstnaných v příslušné kategorii sociálních služeb. Nejvyšší byl podíl těchto pracovníků u týdenních stacionářů a tísňové péče (obojí 94 %), domovů pro osoby se zdravotním postižením (93 %) a chráněného bydlení (92 %). Následovaly domovy se zvláštním režimem, denní stacionáře, domovy pro seniory a odlehčovací služby (vše 90 %).

Nejnižší podíl těchto pracovníků byl u pečovatelské služby (87 %), odborného sociálního poradenství (81 %), sociálně aktivizačních služeb (76 %) a osobní asistence (75 %). U tří posledně jmenovaných služeb tak byl ze všech 12 sledovaných druhů sociálních služeb nejvyšší podíl zaměstnanců vykonávajících pracovní činnost na základě DPP. Pracovní činnost na základě DPP (samostatně nebo v kombinaci s výkonem pracovní činnosti na základě pracovního poměru nebo DPČ) vykonávalo 32 % pracovníků služby osobní asistence, 30 % pracovníků sociálně aktivizačních služeb a 25 % pracovníků služby odborné sociální poradenství.

U těchto tří služeb byl nejvyšší i podíl pracovníků zaměstnaných pouze na DPP: 25 % u osobní asistence, 24 % u sociálně aktivizačních služeb a 19 % u odborného sociálního poradenství.

U ostatních devíti sociálních služeb se celkový podíl osob vykonávajících pracovní činnosti na základě DPP i pracovní smlouvy nebo DPČ pohyboval od 9 do 17 % a podíl osob zaměstnaných pouze na základě DPP od 6 do 13 %.

## Podíl pracovníků vybraných sociálních služeb (všichni pracovníci) podle typu pracovního poměru a druhu služby



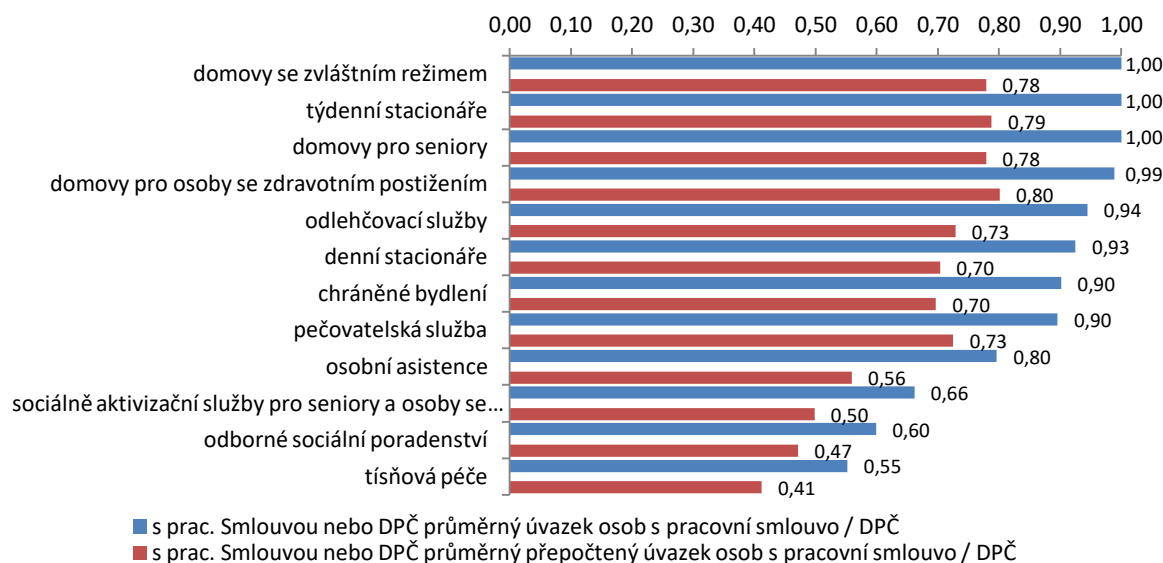
Zdroj dat: MPSV (2018)

U čtyř druhů sociálních služeb (domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře, domovy pro seniory a domovy pro osoby se zdravotním postižením) **průměrná výše pracovního úvazku na jednoho pracovníka s pracovní smlouvou nebo DPČ** odpovídala, respektive téměř odpovídala (domovy pro osoby se zdravotním postižením) jednomu celému úvazku. U dalších čtyř služeb (odlehčovací služby, denní stacionáře, chráněné bydlení a pečovatelská služba) se průměrná výše úvazku na jednoho pracovníka s pracovní smlouvou nebo DPČ pohybovala od 0,90 do 0,95. V případě osobní asistence byl průměrný pracovní úvazek těchto zaměstnanců 0,80 a v případě sociálně aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, odborného sociálního poradenství a tísňová péče se průměrná výše úvazku těchto zaměstnanců pohybovala od 0,55 do 0,66.

Výše **přepočteného průměrného pracovního úvazku na jednoho pracovníka s pracovní smlouvou nebo DPČ** byla u osmi z dvanácti sledovaných služeb nižší zhruba o 0,2 úvazku. U dalších čtyř služeb (sociálně aktivizační služby, odborné sociální poradenství a tísňová péče) byl přepočtený úvazek nižší přibližně o 0,15 bodu. Pořadí služeb podle průměrného přepočteného pracovního úvazku na jednoho pracovníka s pracovní smlouvou nebo DPČ se tak lišilo jen minimálně oproti výše popsanému pořadí podle nepřepočtených průměrných úvazků na jednoho pracovníka.

Nejvyšší tak byly průměrné přepočtené pracovní úvazky na jednoho pracovníka s pracovní smlouvou nebo DPČ u domovů se zvláštním režimem, týdenních stacionářů, domovů pro seniory a domovů pro osoby se zdravotním postižením (0,78-0,80). Následovaly odlehčovací služby, pečovatelská služba, denní stacionáře a chráněné bydlení (0,70-0,73). U dalších čtyř sledovaných druhů sociálních služeb (osobní asistence, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, odborné sociální poradenství a tísňová péče) se průměrná výše přepočteného pracovního úvazku na jednoho pracovníka s pracovní smlouvou nebo DPČ pohybovala od 0,41 do 0,56.

## Průměrná výše úvazku a přepočteného úvazku na jednoho pracovníka u vybraných sociálních služeb (pouze pracovníci s pracovní smlouvou nebo DPČ) podle druhu služby

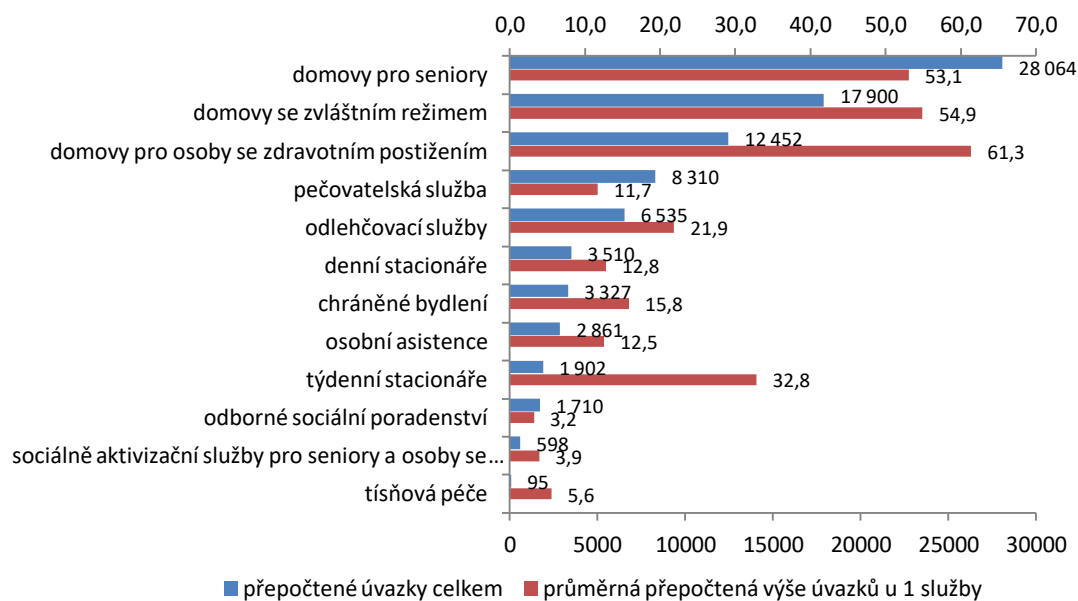


Zdroj dat: MPSV (2018)

Vzájemné srovnání úhrnné výše úvazků a přepočtených úvazků ukazuje v podstatě shodné rozložení hodnot, jaké bylo pozorováno již u počtu pracovníků. Pouze s tím rozdílem, že význam tíšňové služby je co do výše úvazků ještě nižší, než jak to vyplývalo z vyhodnocení počtu pracovníků a počtu pracovních poměrů evidovaných u této služby. Nejvyšší úhrnná výše úvazků a přepočtených úvazků byla zjištěna (stejně jako u počtu pracovníků a počtu pracovních poměrů) mezi pracovníky domovů pro seniory. V pořadí druhou službou byly z hlediska obou těchto údajů domovy se zvláštním režimem. U těch byla výše úvazků i přepočtených úvazků oproti domovům seniorům přibližně o třetinu nižší. V pořadí třetí službou jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením (s přibližně polovičními hodnotami oproti domovům pro seniory) a čtvrtou pečovatelská služba (obě hodnoty jsou u této služby oproti úhrnným hodnotám u domovů pro seniory zhruba třetinové).

Jednotlivé sledované druhy sociálních služeb bylo možno rozdělit do skupiny služeb s úhrnnou výší pracovních úvazků za příslušný druh služeb, převyšující 17 000 přepočtených úvazků (domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem), služby s úhrnnou výší přepočtených úvazků mezi 6 a 13 tis. (domovy pro osoby se zdravotním postižením, pečovatelská služba a odlehčovací služby), služby s úhrnnou výší přepočtených úvazků v rozmezí 1,5-3,5 tis. (denní stacionáře, chráněné bydlení, osobní asistence, týdenní stacionáře a odborné sociální poradenství) a sociální služby, u kterých úhrnná výše přepočtených úvazků pracovníků činila pouze několik desítek (tísňová péče) nebo dosahovala několika málo stovek (sociálně aktivizační služby).

## Úhrnná výše úvazků a přepočtených úvazků u vybraných sociálních služeb (pouze pracovníci s pracovní smlouvou nebo DPČ) podle druhu služby

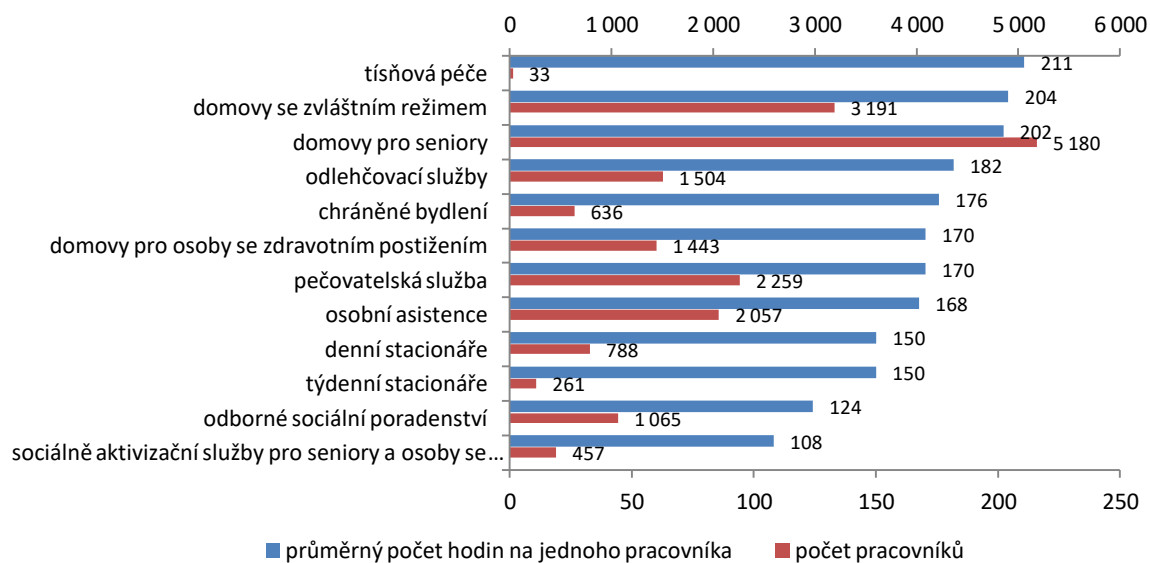


Zdroj dat: MPSV (2018)

U tří druhů sociálních služeb (tísňová péče, domovy se zvláštním režimem a domovy pro seniory) převyšoval **průměrný počet hodin práce vykonaných na základě dohody o provedení práce na jednoho pracovníka** vykonávajícího práci na základě dohody o provedení práce hodnotu 200. U dalších pěti služeb (odlehčovací služby, chráněné bydlení, domovy pro osoby se zdravotním postižením, pečovatelská služba a osobní asistence) se průměrný počet hodin práce pohyboval od 168 do 182, u dalších dvou (týdenní a denní stacionáře) bylo na základě DPP vykonáváno průměrně 150 hodina u posledních dvou (odborné sociální poradenství a sociálně aktivizační služby) se pohyboval od 108 do 124.

Celkové počty pracovníků vykonávajících práci na základě dohody o provedení práce (a tedy i úhrnného počtu hodin vykonaných v rámci dohody o provedení práce pracovníky dané služby) byly nejvyšší u domovů pro seniory, následovaly domovy se zvláštním režimem, pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služby a domovy pro osoby se zdravotním postižením.

## Počet pracovníků s DPP a průměrný počet vykonaných hodin práce na jednoho pracovníka (pouze pracovníci s DPP) podle druhu služby

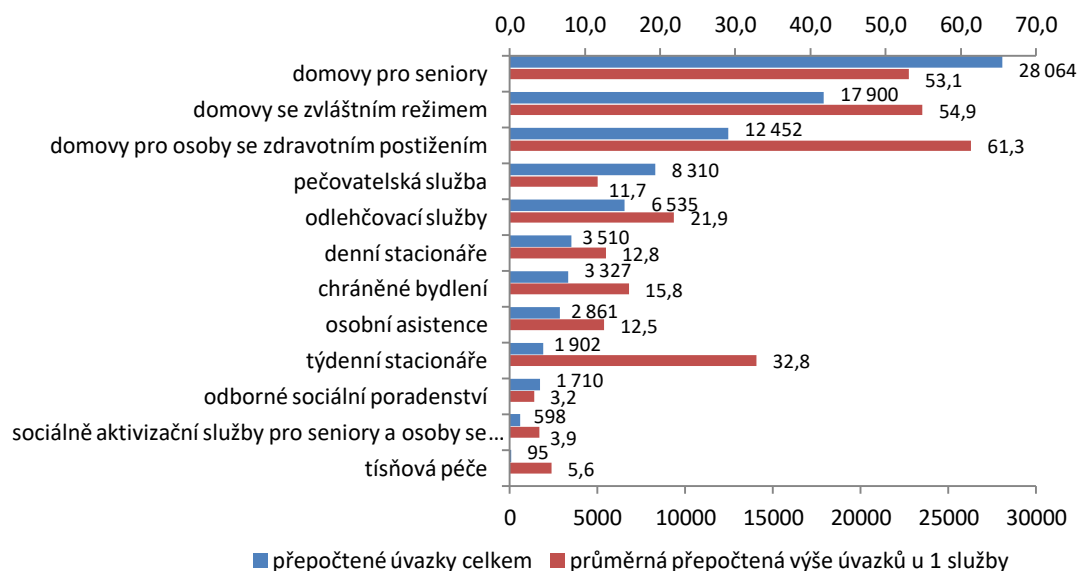


Zdroj dat: MPSV (2018)

Vzhledem k tomu, že u všech služeb je podstatná část pracovních úvazků reprezentována úvazky u pracovních smluv, má i **úhrnná výše celkových přepočtených úvazků** (tj. součty přepočtených úvazků u pracovních smluv, u dohod o pracovní činnosti a přepočtených hodin u pracovních poměrů založených na dohodě o provedení práce) shodné rozložení, jaké bylo popsáno výše při vyhodnocení údajů o výši přepočtených úvazků k pracovním smlouvám a DPČ. Tj. nejvyšší úhrnné hodnoty přepočtených úvazků jsou u domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem, domovů pro osoby se zdravotním postižením a pečovatelské služby. I v případě rozlišení počtu služeb podle celkového počtu přepočtených úvazků pak lze vycházet z výše popsaného rozlišení do skupin služeb s úhrnnou výší celkových přepočtených úvazků vyšší než 17 tis., služby s úhrnnou výší celkových přepočtených úvazků v rozmezí 6-13 tis., služby s úhrnnou výší celkových přepočtených úvazků od 1,5 do 3,5 tis. a služby s úhrnnou výší celkových přepočtených úvazků v řádu desítek nebo několika málo stovek.

U tří druhů sociálních služeb (domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem a domovy pro seniory) se průměrný počet celkových přepočtených úvazků (tj. úvazků k pracovním smlouvám, DPČ i DPP) na jednu službu pohyboval v rozmezí od 53,1 do 61,3. U týdenních stacionářů byl průměrný počet celkových přepočtených úvazků na jednu službu 32,8, u odlehčovacích služeb 21,9. U dalších čtyř služeb (chráněné bydlení, denní stacionáře, osobní asistence a pečovatelská služba) se pohyboval od 11,7 do 15,8. Nejnižší byla průměrná výše celkového přepočteného úvazek na jednu službu u tísňové péče (5,6), sociálně aktivizačních služeb (3,9) a odborného sociálního poradenství (3,2).

## Úhrnná a průměrná (průměr pro jednu službu) výše celkových přepočtených úvazků u vybraných sociálních služeb (všichni pracovníci) podle druhu služby



Zdroj dat: MPSV (2018)

**Pracovní poměr** (tj. práci dle sjednané pracovní smlouvy, dohody o provedení práce nebo dohody o pracovní činnosti) vykonávalo v roce 2017 v 11 sledovaných druzích sociálních služeb<sup>44</sup> celkem 95 010 pracovníků. Při celkovém počtu 3519 sociálních služeb zahrnutých do tohoto srovnání tak na jednu sociální službu připadalo v průměru 27 pracovníků. Celkově tito pracovníci zastávali 145 677 pracovních pozic, respektive úvazků k pracovní pozici u některého z 11 druhů sledovaných služeb (tj. 50 667 pracovních pozic bylo zastáváno společně s nejméně jednou další pracovní pozicí). Na jednoho pracovníka tak připadalo v průměru 1,53 evidovaných pracovních pozic / úvazků k pracovním pozicím.

Celkem 64 894 pracovníků (tj. 68 % z jejich celkového počtu) vykonávalo jeden pracovní poměr v jedné ze sledovaných služeb, 20 351 (21 %) pracovníků vykonávalo dva pracovní poměry. Tři pracovní úvazky vykonávalo 5 341 pracovníků a čtyři 2 242 pracovníků. Pět nebo více pracovních poměrů vykonávalo 2 182 pracovníků.

<sup>44</sup> Tj. denní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, odborné sociální poradenství, odlehčovací služby, osobní asistence, pečovatelská služba, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a týdenní stacionáře. Ze všech služeb sledovaných v této analýze tak do tohoto celkového srovnání nebyly zahrnuty údaje o tísňové péči. Souhrnné údaje prezentované v této kapitole ale tato skutečnost příliš neovlivnila vzhledem k tomu, že službu tísňová péče provozuje jen minimum poskytovatelů sociálních služeb (jde o celkem 17 registrovaných sociálních služeb, pro které pracuje 249 pracovníků). V rámci podrobnějšího vyhodnocení jednotlivých sledovaných druhů sociálních služeb již ale tato služba byla sledována také.



Čtyři pětiny z celkového počtu pracovníků (77 136) měly pracovní poměr zakotvený formou pracovní smlouvy. Dalších 11 945 pracovníků (13 %) vykonávalo pracovní činnost na základě dohody o provedení práce a pracovní poměr 2 273 pracovníků, kteří měli dva nebo více pracovních poměrů, byl založen současně na pracovní smlouvě a na dohodě o provedení práce. Pracovní poměr zakotvený formou dohody o pracovní činnosti mělo 2493 pracovníků (3 %) a dalších 1 163 pracovníků mělo více pracovních vztahů, z nichž jeden byl založen na dohodě o pracovní činnosti a další na pracovní smlouvě, dohodě o provedení práce nebo obou těchto formách ukotvení pracovního poměru.

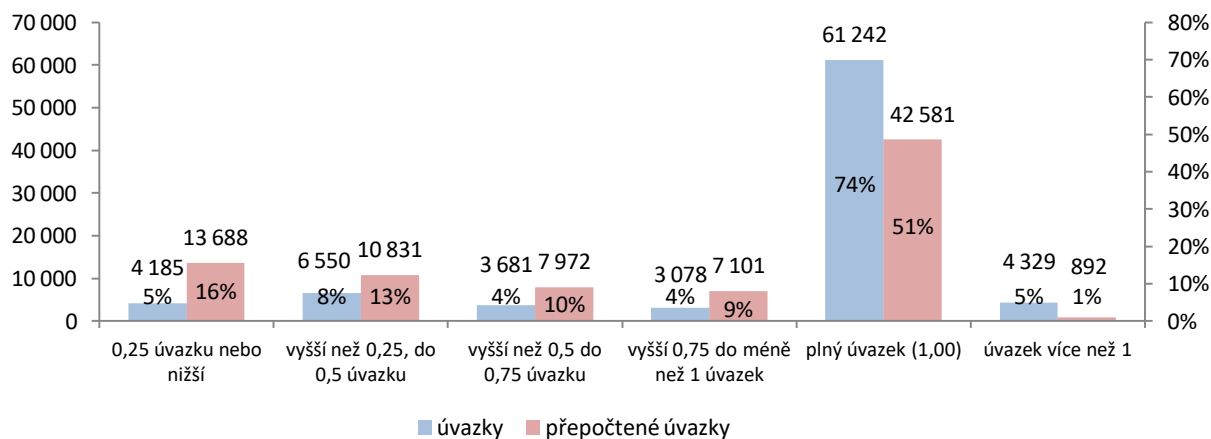
Vzhledem k malému počtu pracovních poměrů založených na dohodě o pracovní činnosti nebudou při následujícím vyhodnocení velikosti úvazků tyto dvě formy mezi sebou rozlišovány. Budou tak rozlišeny skupina pracovníků s pracovním poměrem založeným na pracovní smlouvě a/nebo na dohodě o pracovní činnosti (celkem 79 806 pracovníků), pracovníci zaměstnaných na základě dohody o provedení práce (11 945 pracovníků) a pracovníci, kteří jsou zaměstnání současně na základě dohody o provedení práce a současně na základě kterékoli z obou dalších dvou forem pracovního poměru (3 259 pracovníků).

Celková výše pracovních úvazků všech 83 065 **pracovníků zaměstnaných na základě pracovní smlouvy nebo dohody o pracovní činnosti** (tj. včetně těch, kteří současně měli pracovní poměr na základě dohody o provedení práce) činila 78 134 úvazků, tj. průměrný pracovní úvazek na jednoho pracovníka měl hodnotu 0,94 úvazku. Po přepočtení úvazků dle odpracovaného počtu dní (přepočtený úvazek) byl celkový počet těchto přepočtených úvazků 61 190, tj. průměrně 0,74 přepočteného úvazků na jednoho pracovníka.

Celkem 61 242 pracovníků (tj. 74 % z celkového počtu 83 065 s pracovní smlouvou nebo smlouvou o pracovní činnosti) mělo plný úvazek, 10 735 pracovníků (13 %) poloviční nebo nižší úvazek a 6 759 pracovníků (8 %) mělo vyšší než poloviční úvazek, který ale nedosahoval celého úvazku (tj. byl nižší než 1,00).

Po přepočtení úvazků podle počtu odpracovaných dnů mělo plný přepočtený úvazek 42 581 pracovníků (51 %). Přepočtený úvazek v rozsahu 0,5 nebo menším mělo 24 519 pracovníků (30 %). Celkem 15 073 pracovníků (18 %) mělo vyšší než poloviční přepočtený úvazek, který ale nedosahoval celého úvazku (tj. byl nižší než 1,00).

### Počet pracovníků vybraných sociálních služeb (pouze pracovníci s pracovní smlouvou nebo DPČ) podle výše úvazku a přepočteného úvazku



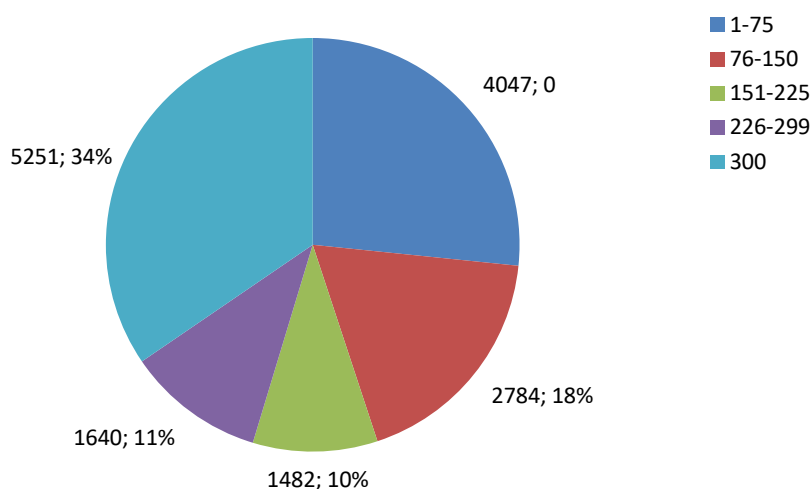
Zdroj dat: MPSV (2018)

**Pracovníci zaměstnaní na základě dohody o provedení práce** (tj. včetně těch, kteří současně měli pracovní poměr na základě pracovní smlouvy nebo dohody o pracovní činnosti) měli dohody sjednané na celkem 2 750 881 hodin práce, tj. jeden pracovník zaměstnaný touto formou vykonával průměrně 181 hodin práce (maximální počet pracovních hodin, které mohou být vykonány v rámci dohody o provedení práce je 300). Po přepočtení na úvazky vykonávalo všech 15 204 pracovníků zaměstnaných na dohodu o provedení práce celkem 1375 úvazků, tj. průměrně 0,09 úvazku na jednoho pracovníka (kdy maximální úvazek realizovaný v rámci dohody o provedení práce může být 0,15).

Vzhledem k tomu, že přepočtení hodin práce na výši úvazku v případě těchto údajů spočívá ve vydělení počtu hodin konstantní hodnotou 2000, není účelné, v dalším textu dále samostatně komentovat počet přepočtených úvazků u pracovníků zaměstnaných formou dohody. Údaj o počtu přepočtených úvazků proto bude v dalším textu uveden již pouze v závorce společně s údaji o vykonaném počtu hodin.

Přibližně čtvrtina pracovníků zaměstnaných formou dohody o provedení práce (4047 pracovníků) vykonávala práci v rozsahu 1-75 pracovních hodin (přepočtený úvazek do 0,04). U další přibližně čtvrtiny pracovníků (4266 pracovníků) se počet pracovních hodin pohyboval v rozmezí od 76 do 225 hodin (přepočtený úvazek do 0,11). Více než 225 hodin práce (tj. až přepočteného úvazku ve výši do 0,15 včetně) vykonávala necelá polovina pracovníků zaměstnaných na základě dohody o provedení práce (6891 osob).

#### **Počet pracovníků vybraných sociálních služeb (pouze pracovníci s DPP) podle počtu hodin práce vykonané na základě DPP**



Zdroj dat: MPSV (2018)

Celkový počet přepočtených úvazků za 11 sledovaných služeb po započtení přepočtených hodin u pracovních poměrů založených na dohodě o provedení práce 62 583 přepočtených úvazků.

#### **Srovnání druhů sociálních služeb podle počtu pracovníků a typu pracovních poměrů**

Při následujícím srovnání i všech dalších srovnáních údajů týkajících se jednotlivých druhů sociálních služeb je potřebné vést v patrnosti to, že někteří pracovníci vykonávají pracovní činnosti ve více různých sociálních službách současně. Tyto pracovníky je proto potřebné

započítat u každé služby zvlášť (a totéž platí i o některých dalších sledovaných údajích). Z těchto důvodů jsou při srovnávání jednotlivých služeb dle údajů, které jsou započítány u každé služby samostatně (počtu jejich pracovníků, ale i dalších samostatně sledovaných údajů), celkové součty těchto jednotlivých hodnot vyšší než odpovídající údaj zjištěný nejprve za všech 11 sledovaných druhů služeb společně a za tíšňovou péčí (tj. výše uvedený počet 95 010 pracovníků navýšený o 249 pracovníků tíšňové péče).

Zároveň je třeba upozornit, že celkový údaj vypočtený jako součet údajů zjištěných u jednotlivých služeb nelze v důsledku opakovaných započtení totožných případů používat pro výpočet relativních (procentuálních) četností. Při výpočtu relativních četností je nutné vycházet z údaje zjištěného společně za všechny sledované sociální služby. Tím, že někteří pracovníci zastávají pracovní pozice ve více službách, a je tak pro výpočet relativních hodnot nutné kombinovat dílčí údaje, které zahrnují pracovníky působící ve více službách opakovaně, s celkovými výchozími údaji (do kterých je každý pracovník započten vždy jen jedenkrát), překračuje součet relativních četností u všech služeb hodnotu 1,00 (respektive 100 %).

Při vyhodnocení počtu pracovníků jednotlivých druhů sociálních služeb bylo do celkového součtu opakovaně zahrnuto celkem 33 923 opakovaných záznamů o pracovnících, kteří zastávali pracovní pozici ve dvou nebo více různých službách.<sup>45,46</sup>

---

<sup>45</sup> Spojení „opakovaný záznam o pracovnících“ je použito proto, že uvedený údaj nevypovídá o počtu pracovníků pracujících ve více službách, ale pouze o počtu opakovaných zahrnutí určitých pracovníků do celkového součtu kvůli jejich pracovnímu poměru ve více službách. Počet pracovníků s pracovním poměrem ve více službách by uvedená hodnota ilustrovala jen v případě, že by nikdo z těchto pracovníků neměl pracovní poměr ve více než dvou službách.

<sup>46</sup> Součet této hodnoty a údaje o počtu pracovníků ve 12 sledovaných službách má hodnotu 129 182 a je tedy 1,36 násobkem výše uvedeného počtu pracovníků. Součet relativních četností počtu pracovníků zastávajících jednotlivé sledované sociální služby z celkového počtu pracovníků v těchto službách tak má hodnotu 1,36.

## 15. Vývoj výdajů na vybrané dávky podmíněné zdravotním stavem

V roce 2017 tvořily souhrnné výdaje na dlouhodobou péči 72,2 mld. Kč, což představovalo 18,6 % z běžných výdajů na zdravotní péči, které dosáhly v daném roce 387,4 mld. Kč. Sledované výdaje ve skupině dlouhodobé péče byly v roce 2017 složeny ze 70 % (v absolutních hodnotách 50,4 mld. Kč) z dlouhodobé péče zdravotní a zbývajících 30 % (v absolutních hodnotách 21,8 mld. Kč) se vztahuje k službám sociální péče určeným pro osoby potřebujících zároveň péči zdravotnickou (ČSÚ 2019).

### 15.1 Vývoj výdajů na příspěvek na péči

Podle údajů ze Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí činily v roce 2017 celkové výdaje na zajištění příspěvku na péči přibližně 25,1 miliard Kč, což představovalo meziroční nárůst zhruba o 2 miliardy Kč (resp. o 9 %) v porovnání s rokem 2016. Pro srovnání: v roce 2010 dosahovaly celkové výdaje na příspěvek na péči přibližně 19,6 miliard Kč, tedy o 28 % méně než v roce 2017.

Z tabulky níže je zřejmé, že v roce 2017 bylo pro státní rozpočet finančně nejnáročnější finanční pokrytí příspěvku na péči v krajích Moravskoslezském a Jihomoravském (cca 3,1 mld. Kč), s výraznějším odstupem následoval nejlidnatější Středočeský kraj (cca 2,6 mld. Kč) a dále Ústecký kraj (cca 2,1 mld. Kč) a Hl. m. Praha (cca 2,0 mld. Kč). Uvedené pořadí v zásadě odpovídalo průměrnému měsíčnímu počtu vyplacených dávek v jednotlivých krajích.

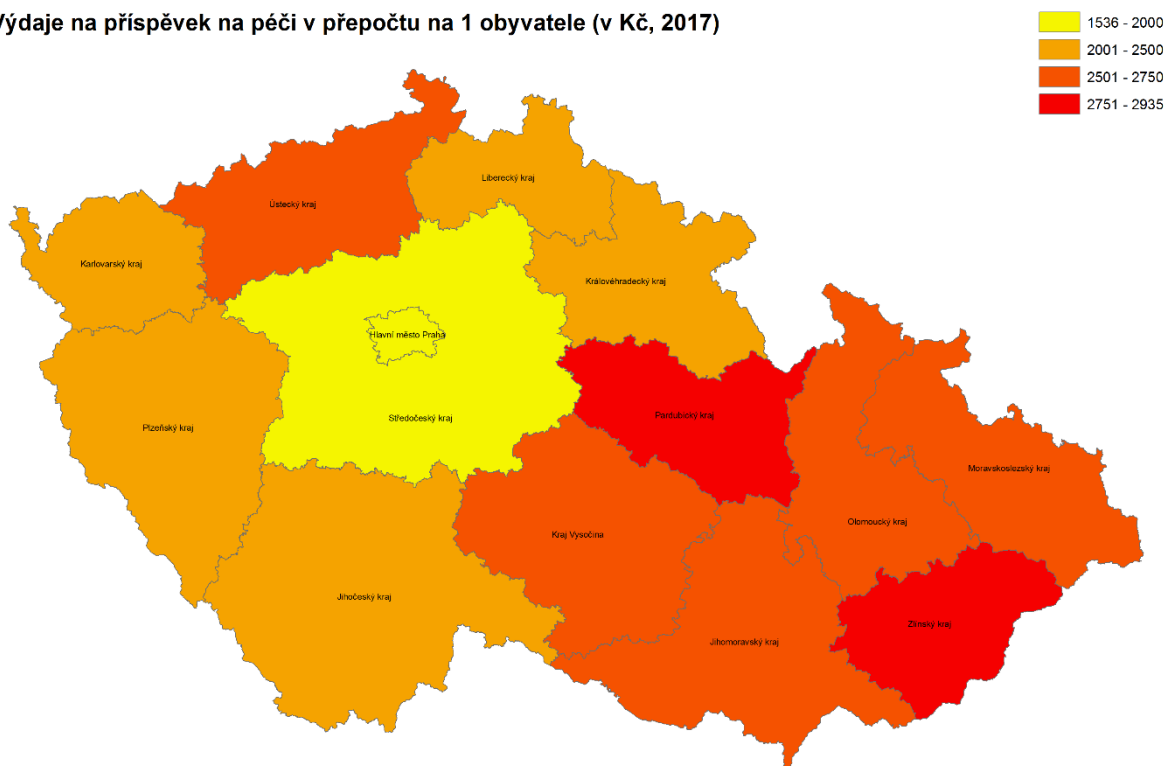
#### Výdaje a počet příspěvků na péči v roce 2017 podle krajů

Kraj	Výdaje (v tis. Kč)	Průměrný měsíční počet vyplacených dávek
Moravskoslezský kraj	3 147 167	43 191
Jihomoravský kraj	3 109 421	42 699
Středočeský kraj	2 591 870	37 277
Ústecký kraj	2 056 185	30 358
Hlavní město Praha	1 988 114	30 138
Zlínský kraj	1 711 054	22 833
Olomoucký kraj	1 610 112	23 105
Jihočeský kraj	1 571 281	21 802
Plzeňský kraj	1 444 497	19 503
Pardubický kraj	1 434 657	19 552
Kraj Vysočina	1 372 319	18 568
Královéhradecký kraj	1 362 401	19 470
Liberecký kraj	1 065 312	15 303
Karlovarský kraj	655 188	9 220
<b>Celkem ČR</b>	<b>25 119 576</b>	<b>353 020</b>

Zdroj: MPSV

Z kartogramu níže vyplývá, že v přepočtu na 1 obyvatele byly v roce 2017 výdaje na příspěvek na péči vyšší spíše ve východní polovině republiky a naopak nejnižší byly ve Středočeském kraji a Hl. m. Praze. Další kartogram pak znázorňuje, jak se mezi lety 2010 a 2017 v jednotlivých krajích v relativním vyjádření navýšily výdaje na příspěvek na péči. K relativně nejvyššímu navýšení došlo v západní části republiky, konkrétně v Karlovarském kraji (index změny 145) a Plzeňském kraji (142). Velmi podstatně, a v absolutním vyjádření i výrazněji než v obou zmíněných západočeských krajích, se navýšily výdaje na příspěvek na péči také v Hl. m. Praze (index změny 139) a ve Středočeském kraji (135).

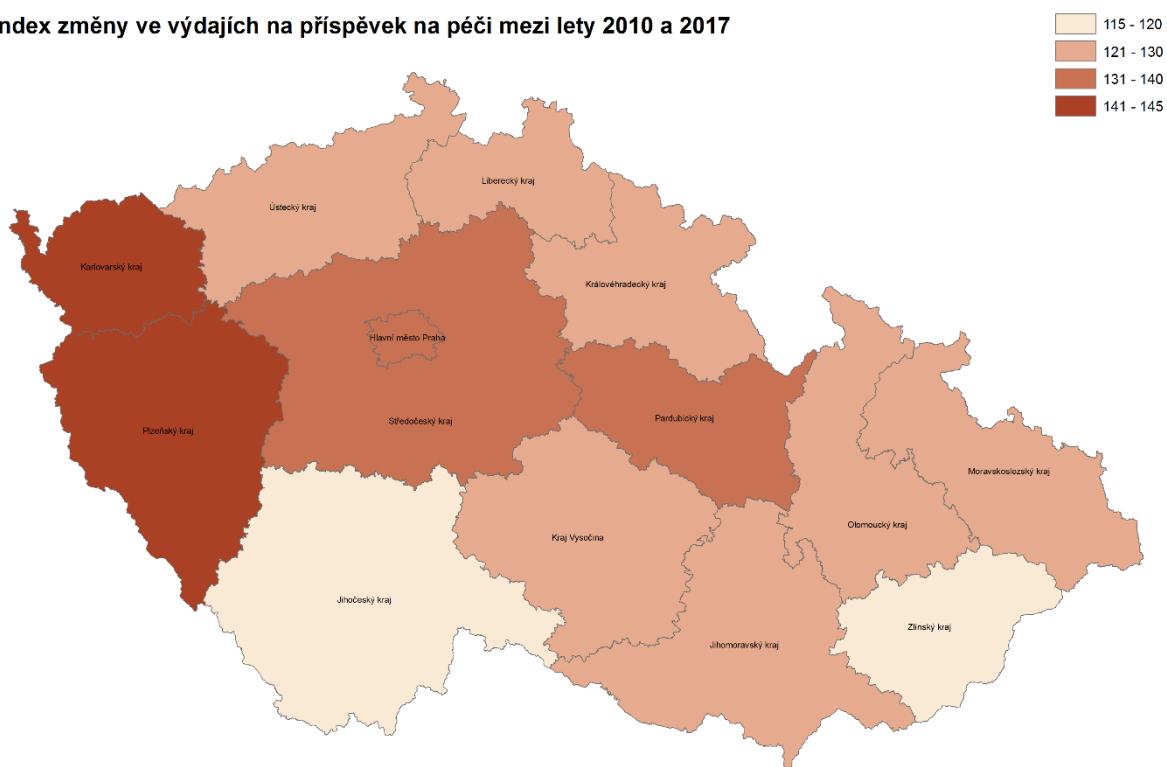
## Výdaje na příspěvek na péči v přepočtu na 1 obyvatele (v Kč, 2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z.s. (socialnipolitika.eu)

## Index změny ve výdajích na příspěvek na péči mezi lety 2010 a 2017



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z.s. (socialnipolitika.eu)

## 15.2 Výdaje na příspěvek na mobilitu

Celkové státní výdaje jdoucí ve prospěch příjemců příspěvku na mobilitu dosahovaly v roce 2017 v rámci ČR přibližně 1,2 miliardy Kč. Meziročně se tak objem těchto výdajů zvýšil o 3 % a v porovnání s rokem 2012 o více než 19 %.

Z tabulky níže vyplývá, že v roce 2017 přesahovaly výdaje na příspěvky na mobilitu hranici miliardy korun v krajích Jihomoravském (1,47 mld. Kč), Středočeském (1,32 mld. Kč), Moravskoslezském (1,17 mld. Kč) a v Hl. m. Praze (1,07 mld. Kč).

### Výdaje a počet příspěvků na mobilitu v roce 2017 podle krajů

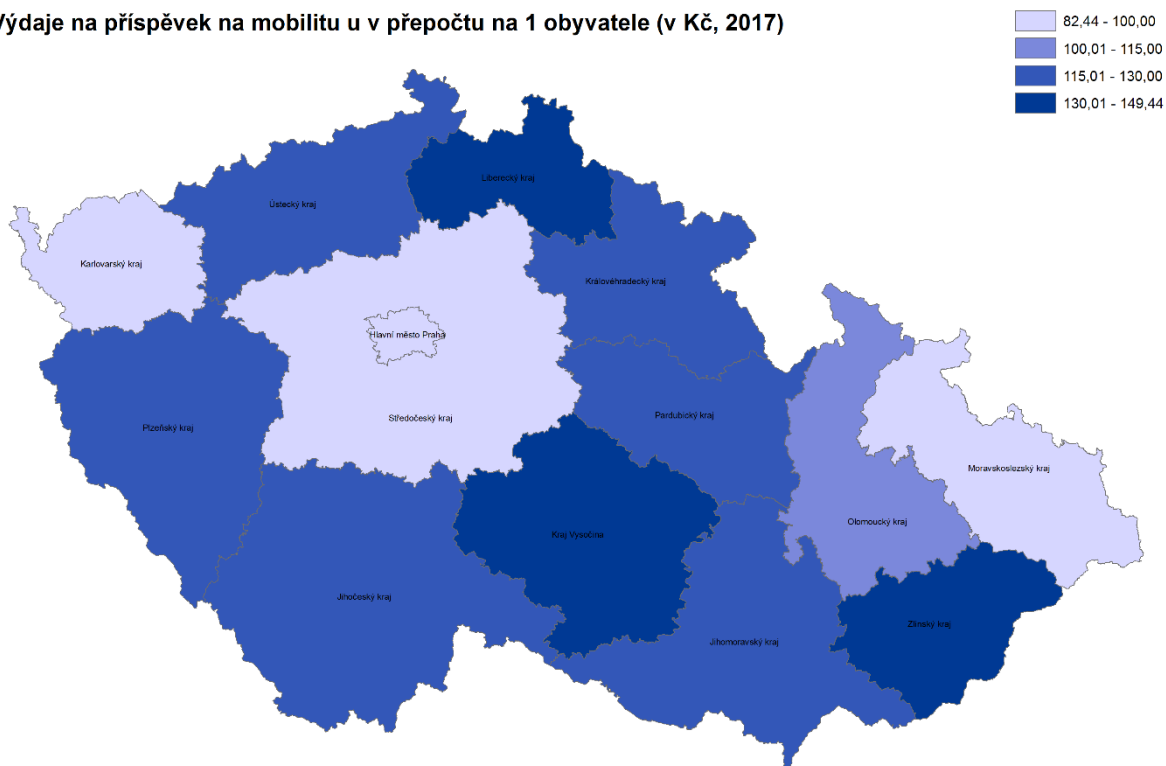
Kraj	Výdaje (v tis. Kč)	Průměrný měsíční počet vyplacených dávek
Jihomoravský kraj	147 220	30 737
Středočeský kraj	131 975	27 582
Moravskoslezský kraj	116 894	24 421
Hlavní město Praha	106 725	22 332
Ústecký kraj	97 044	20 314
Jihočeský kraj	81 718	17 071
Zlínský kraj	81 247	16 968
Plzeňský kraj	73 438	15 324
Královéhradecký kraj	70 498	14 709
Kraj Vysočina	70 101	14 623
Olomoucký kraj	68 904	14 399
Liberecký kraj	65 950	13 783
Pardubický kraj	61 893	12 915
Karlovarský kraj	27 855	5 841
<b>Celkem ČR</b>	<b>1 201 463</b>	<b>251 019</b>

Zdroj: MPSV

Přepočteme-li absolutní částky výdajů na příspěvek na mobilitu na počet obyvatel v jednotlivých krajích, tak můžeme konstatovat, že v relaci populační velikosti kraje byly v roce 2017 tyto výdaje nejvyšší v Kraji Vysočina, ve Zlínském a Libereckém kraji a naopak nejnižší v Hl. m. Praze, Středočeském, Karlovarském a Moravskoslezském kraji (viz kartogram níže).

Mezi lety 2012 a 2017 se výdaje na příspěvek na mobilitu navýšily ve všech 14 krajích, přičemž relativně nejvýznamnější byl tento nárůst v Karlovarském kraji (index změny 144) a v Ústeckém kraji (131). Oproti tomu kupříkladu v Jihočeském kraji se celkové výdaje zvýšily jen nepatrně (o 2 %) – viz kartogram níže.

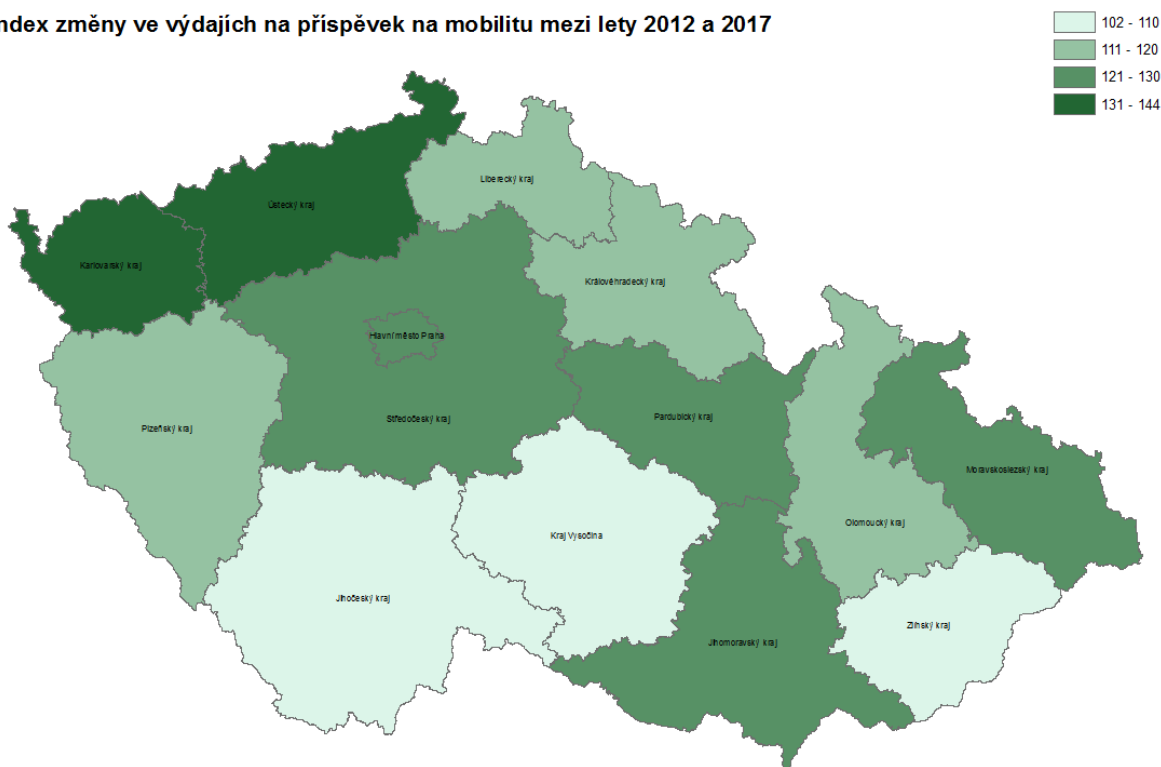
## Výdaje na příspěvek na mobilitu u v přepočtu na 1 obyvatele (v Kč, 2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z.s. (socialnipolitika.eu)

## Index změny ve výdajích na příspěvek na mobilitu mezi lety 2012 a 2017



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### 15.3 Výdaje na příspěvek na zvláštní pomůcku

Oproti příspěvkům na péči a na mobilitu zatěžují výdaje jdoucí na příspěvky na zvláštní pomůcku státní rozpočet nejméně. V roce 2017 dosahovaly celkové výdaje cca 0,75 mld. Kč a meziročně se dokonce snížily téměř o 9 %. Nicméně oproti roku 2012 se výdaje na příspěvky na zvláštní pomůcku zdvojnásobily.

Z tabulky níže je zřejmé, že v mezikrajském porovnání směřovalo v roce 2017 nejvíce výdajů do Moravskoslezského kraje (necelých 126 mil. Kč), kde bylo rovněž vypláceno nejvíce příspěvků na zvláštní pomůcku (v průměru přes 1 tisíc za měsíc).

#### Výdaje a počet příspěvků na zvláštní pomůcku v roce 2017 podle krajů

Kraj	Výdaje (v tis. Kč)	Průměrný měsíční počet vyplacených dávek
Moravskoslezský kraj	125 535	1 014
Středočeský kraj	87 970	713
Jihomoravský kraj	79 741	749
Hlavní město Praha	58 668	580
Ústecký kraj	56 934	461
Jihočeský kraj	47 933	415
Olomoucký kraj	47 375	417
Zlínský kraj	46 265	397
Královéhradecký kraj	43 245	344
Plzeňský kraj	39 388	349
Liberecký kraj	36 042	291
Kraj Vysočina	33 608	275
Pardubický kraj	32 326	290
Karlovarský kraj	19 146	174
<b>Celkem ČR</b>	<b>754 174</b>	<b>6 469</b>

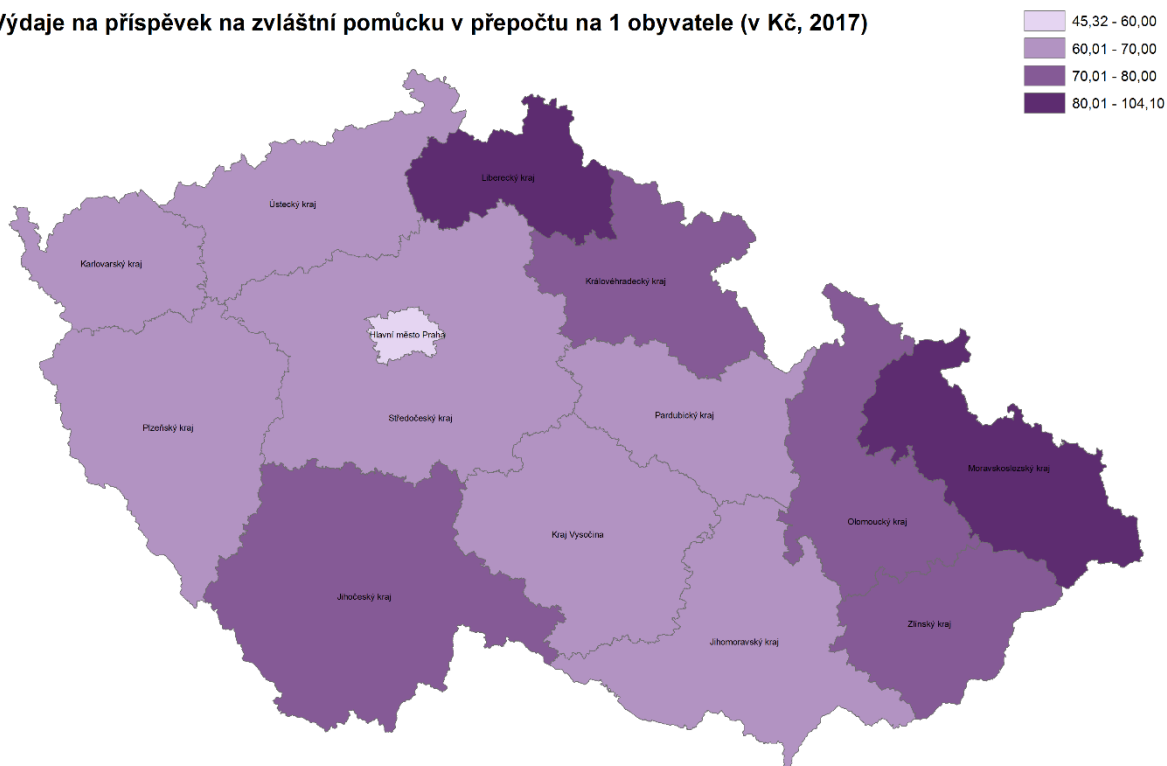
Zdroj: MPSV

V přepočtu na počet obyvatel byly v roce 2017 nejvyšší výdaje na příspěvek na zvláštní pomůcku v Libereckém a Moravskoslezském kraji, naopak nejnižší byly, tak jako ve výše uvedených případech, v Hl. m. Praze (viz kartogram níže).

Mezi lety 2012 a 2017 došlo k relativně nejvýznamnějšímu navýšení výdajů na příspěvek na zvláštní pomůcku v Hl. m. Praze (index změny 281). Z dalšího kartogramu je zřejmé, že naopak nejmenší relativní nárůst byl zaznamenán v Kraji Vysočina (123) a ve Středočeském kraji (145).



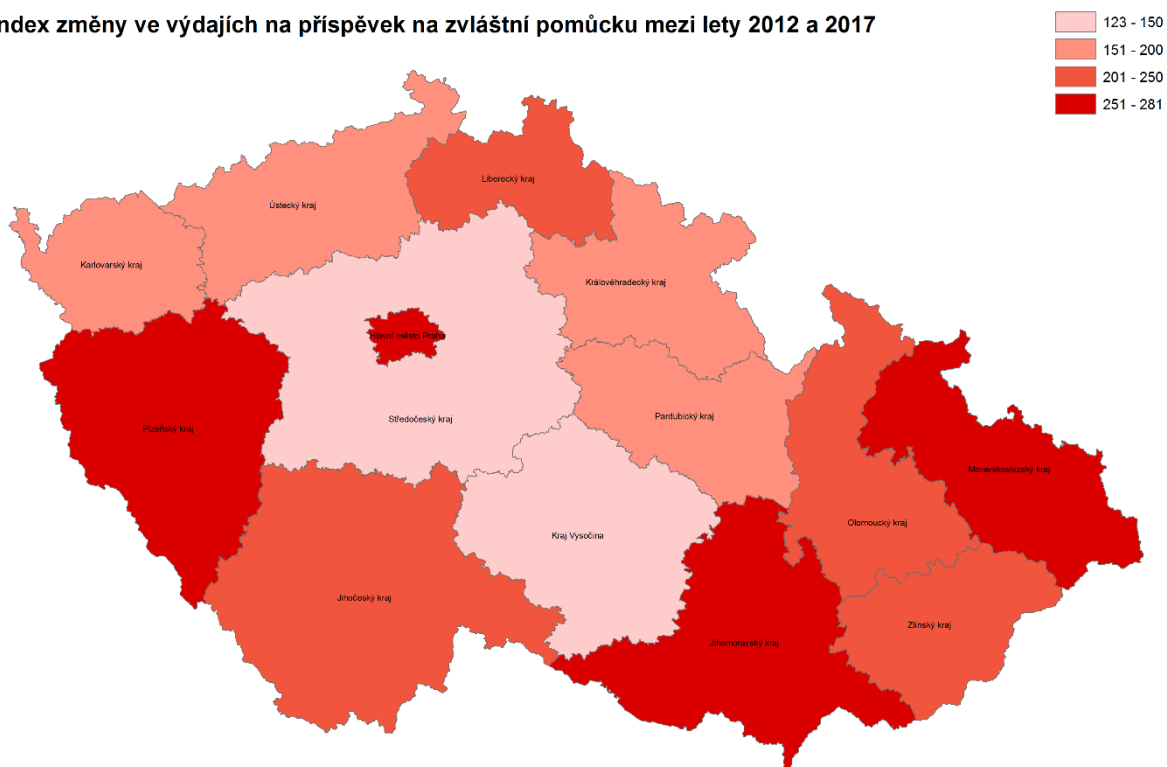
### Výdaje na příspěvek na zvláštní pomůcku v přepočtu na 1 obyvatele (v Kč, 2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z.s. (socialnipolitika.eu)

### Index změny ve výdajích na příspěvek na zvláštní pomůcku mezi lety 2012 a 2017



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

© ISPV, z.s. (socialnipolitika.eu)

## 16. Vybrané údaje o výdajích na sociální služby dlouhodobé péče

### 16.1 Dotace krajů na sociální služby

Níže jsou analyzovány vybrané údaje o dotacích poskytnutých jednotlivými kraji pro tři skupiny zahrnující dva nebo více druhů sociálních služeb:

- pečovatelská služba a osobní asistence,
- denní a týdenní stacionáře a
- chráněné bydlení, odborné sociální poradenství, odlehčovací služby, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a tísňová péče.

Dále jsou analyzovány údaje za tři druhy pobytových sociálních služeb: Domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením.

#### 16.1.1 Dotace krajů na pečovatelskou službu a osobní asistenci

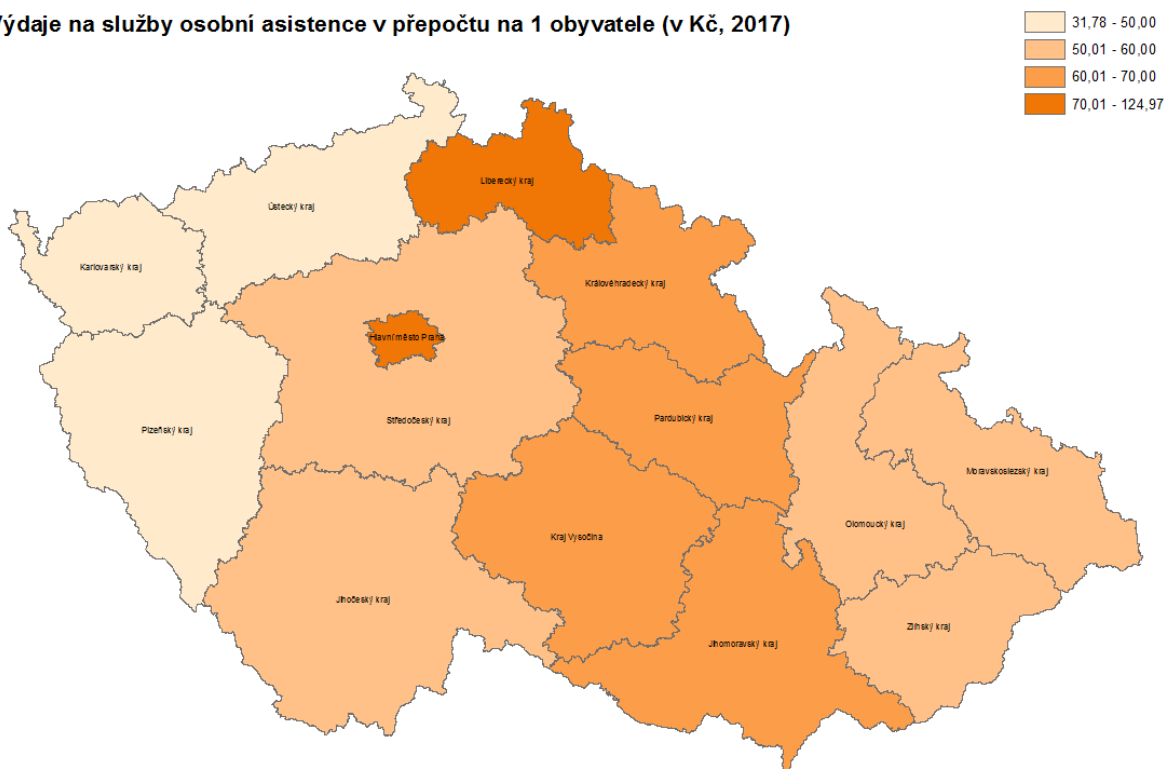
Nejvíce dotačních prostředků na pečovatelskou službu a osobní asistenci poskytnuty Hlavní město Praha a Jihomoravský kraj. Nejméně prostředků na tyto služby poskytnuly Liberecký a Karlovarský kraj.

#### **Celková výše dotací krajů pro pečovatelskou službu a osobní asistenci podle kraje v Kč**

<b>Kraj*</b>	<b>Pečovatelská služba</b>	<b>Osobní asistence</b>
Hlavní město Praha	80 601 511	46 782 470
Jihomoravský kraj	35 889 383	11 150 895
Olomoucký kraj	25 734 768	4 033 100
Jihočeský kraj	27 112 065	1 130 643
Zlínský kraj	20 454 600	6 341 721
Pardubický kraj	19 896 501	6 813 667
Ústecký kraj	24 032 316	2 527 203
Královéhradecký kraj	20 270 700	3 286 460
Moravskoslezský kraj	12 491 200	8 080 001
Kraj Vysočina	10 033 778	6 428 750
Středočeský kraj	12 575 535	2 617 900
Plzeňský kraj	10 514 322	2 814 066
Karlovarský kraj	9 943 783	1 141 802
Liberecký kraj	4 464 596	1 252 031

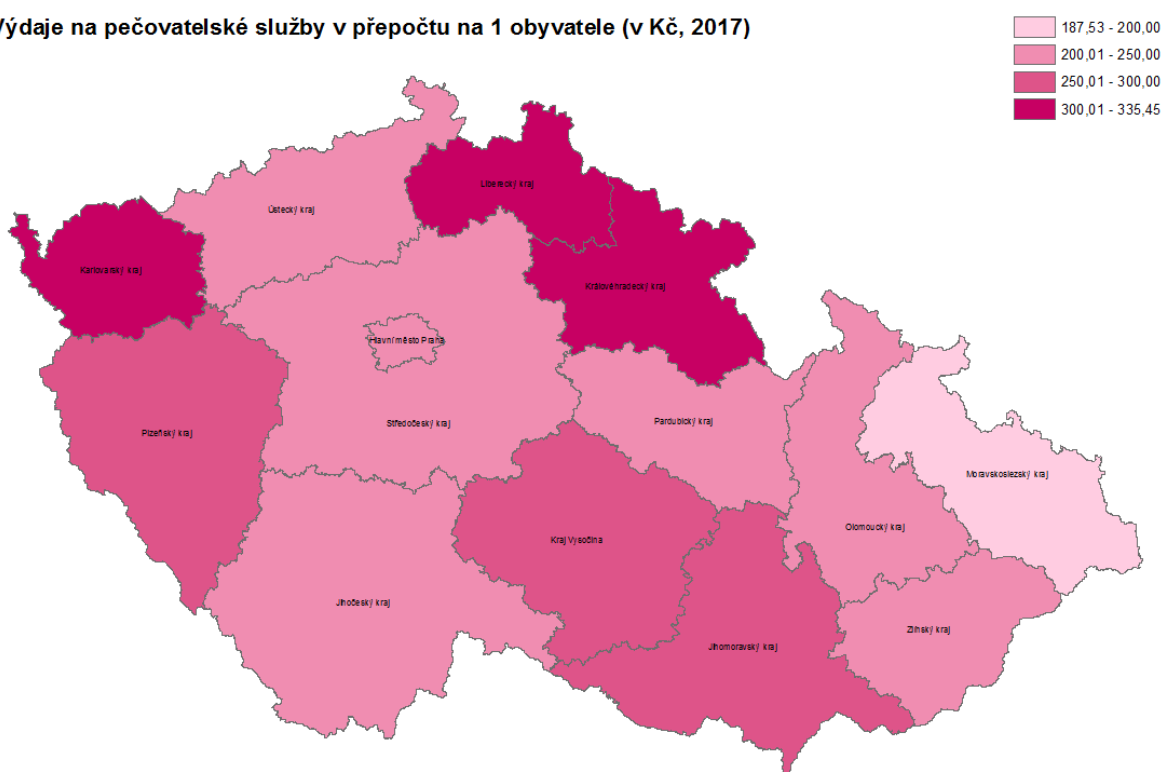
Zdroj dat: MPSV; \*Pozn.: Řazeno dle úhrnné výše dotace pro obě služby

### Výdaje na služby osobní asistence v přepočtu na 1 obyvatele (v Kč, 2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### Výdaje na pečovatelské služby v přepočtu na 1 obyvatele (v Kč, 2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### 16.1.2 Dotace krajů na denní a týdenní stacionáře

Nejvíce dotačních prostředků pro denní a týdenní stacionáře poskytnuly Hlavní město Praha, Olomoucký a Jihomoravský kraj. Nejméně prostředků na tyto služby poskytnuly Karlovarský, Plzeňský a Královéhradecký kraj.

#### Celková výše dotací krajů pro denní a týdenní stacionáře podle kraje v Kč

Kraj*	Denní stacionáře	Týdenní stacionáře
Hlavní město Praha	74 061 475	56 717 422
Olomoucký kraj	15 527 368	2 038 728
Jihomoravský kraj	12 233 109	5 233 464
Pardubický kraj	12 454 000	1 172 000
Jihočeský kraj	4 481 640	8 834 040
Středočeský kraj	4 679 625	6 673 700
Zlínský kraj	8 948 100	158 100
Kraj Vysočina	7 365 518	1 011 000
Moravskoslezský kraj	8 018 500	30 000
Ústecký kraj	5 800 294	2 005 152
Liberecký kraj	1 660 320	5 425 021
Královéhradecký kraj	3 881 795	350 200
Plzeňský kraj	2 880 430	
Karlovarský kraj	1 196 300	237 000

Zdroj dat: MPSV; \*Pozn.: Řazeno dle úhrnné výše dotace pro obě služby

### 16.1.3 Dotace krajů na chráněné bydlení, sociální poradenství, odlehčovací služby a sociálně aktivizační služby

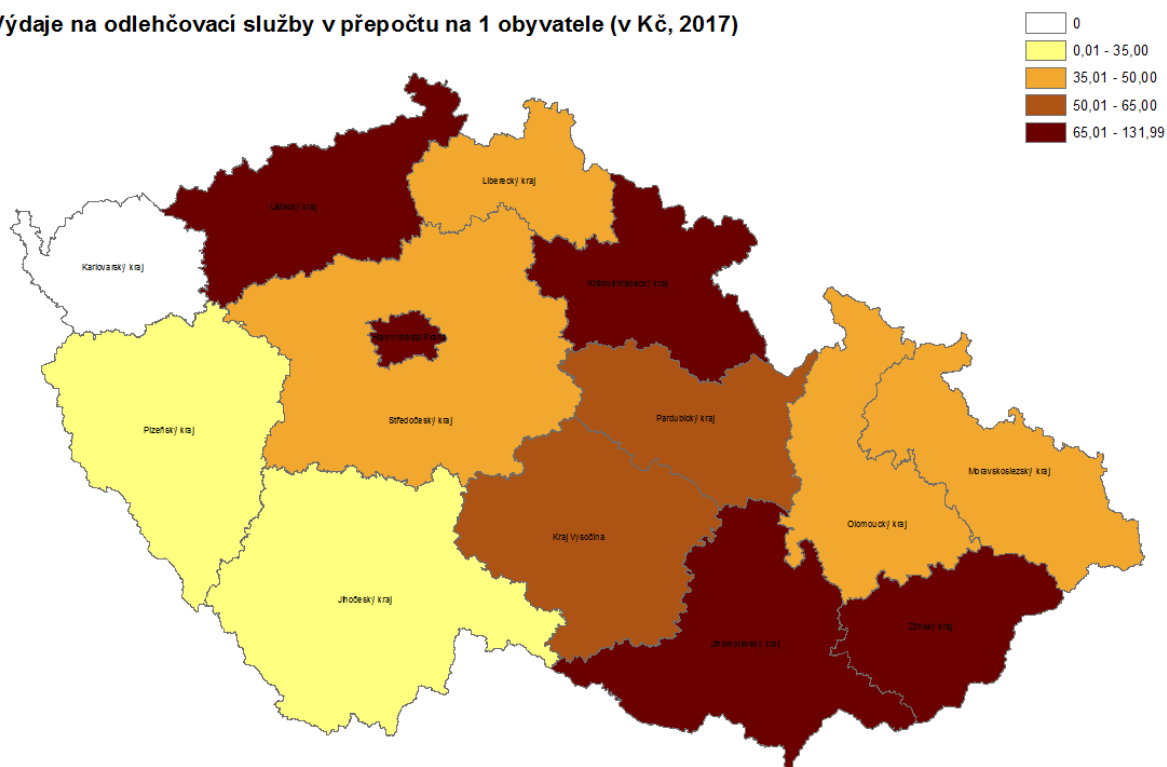
Dalším pěti sledovaným druhům sociálních služeb (chráněné bydlení, odborné sociální poradenství, odlehčovací služby, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a tísňová péče) poskytnuly z krajských poskytovatelů nejvyšší dotace Hlavní město Praha, Ústecký a Moravskoslezský kraj, nejnižší naopak Liberecký a Karlovarský kraj.

## Celková výše dotací krajů pro další sledované druhy sociálních služeb podle kraje v Kč

Kraj*	Chráněné bydlení	Odborné sociální poradenství	Odlehčovací služby	Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	Tísňová péče
Hlavní město Praha	32 587 015	55 486 916	42 551 201	5 543 457	6 193 000
Ústecký kraj	21 654 268	14 411 582	8 816 545	904 837	
Moravskoslezský kraj	26 433 508	10 008 259	2 231 000	468 000	
Pardubický kraj	13 943 657	12 461 000	9 491 001	1 388 000	
Jihomoravský kraj	16 012 997	9 978 054	6 211 900	3 277 700	104 100
Jihočeský kraj	19 736 950	5 085 145	5 102 079	1 292 614	1 221 000
Olomoucký kraj	10 846 807	7 662 624	8 291 755	2 269 400	
Středočeský kraj	9 025 943	11 429 938	3 903 910	1 506 506	696 000
Královéhradecký kraj	9 858 769	6 551 881	6 897 976	88 200	421 330
Kraj Vysočina	7 800 876	8 553 309	4 685 198	515 000	349 000
Zlínský kraj	8 148 512	4 377 085	3 712 943	823 900	
Plzeňský kraj	2 184 736	9 594 298	393 301	2 769 607	
Karlovarský kraj	7 774 579	2 494 846		173 816	83 300
Liberecký kraj	1 185 495	4 682 716	2 620 800	185 0	

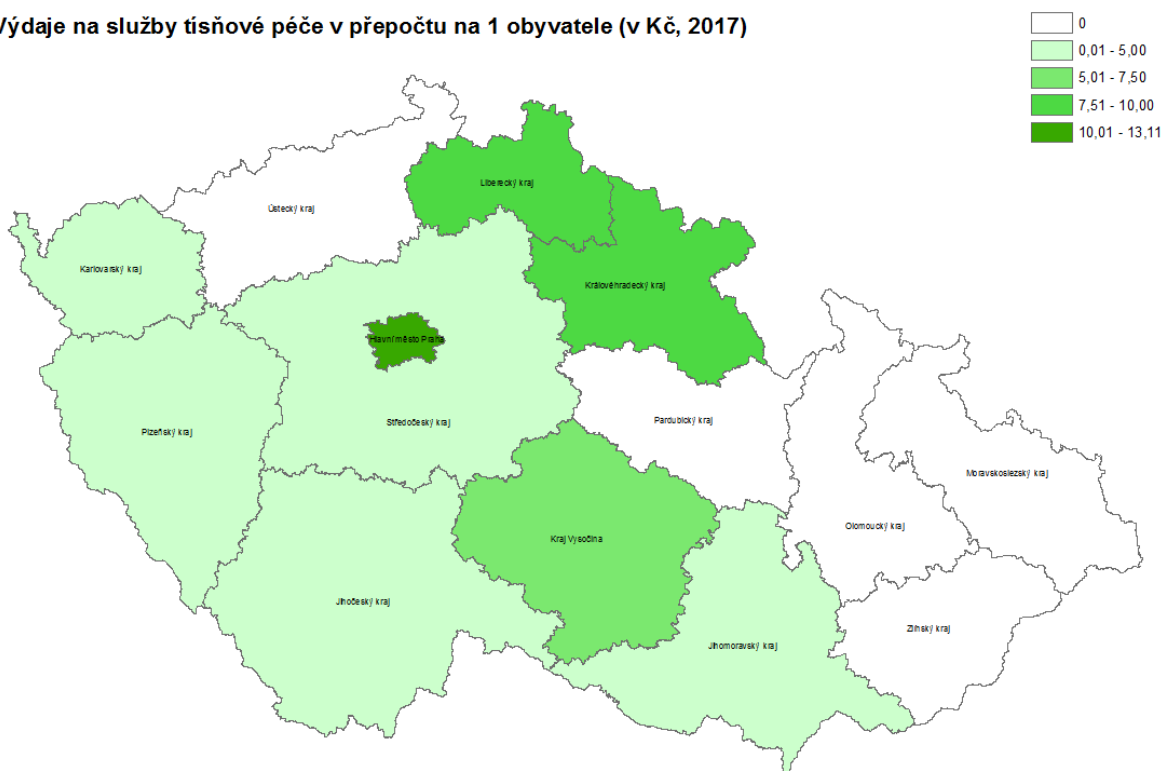
Zdroj dat: MPSV; \*Pozn.: Řazeno dle úhrnné výše dotace pro všechny služby

## Výdaje na odlehčovací služby v přepočtu na 1 obyvatele (v Kč, 2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

### Výdaje na služby tísňové péče v přepočtu na 1 obyvatele (v Kč, 2017)



Zdroj dat: MPSV 2018,  
©ArcČR, ARCDATA PRAHA, ZÚ, ČSÚ, 2016

#### 16.1.4 Dotace krajů na domovy pro seniory

Nejvíce prostředků pro službu domov pro seniory poskytlo Hlavní město Praha (361 mil. Kč). Následoval Ústecký kraj (149 mil. Kč) a Olomoucký kraj (136 mil. Kč). Dotace pro domovy pro seniory přesahující 100 mil. Kč poskytnuly také Středočeský a Jihomoravský kraj. Jihočeský a Královéhradecký kraj poskytnuly pro domovy pro seniory dotace ve výši od 73 do 83 mil. Kč a čtyři kraje poskytnuly domovům pro seniory 36-56 mil. Kč. Nejméně dotačních prostředků pro domovy pro seniory poskytnuly Zlínský (necelých 17 mil. Kč) a Liberecký kraji (necelých 29 mil. Kč).

### Celková výše dotací krajů pro domovy pro seniory podle kraje

Kraj	Celkem Kč
Hlavní město Praha	361 526 292
Ústecký kraj	149 562 332
Olomoucký kraj	136 354 990
Středočeský kraj	113 200 907
Jihomoravský kraj	106 532 869
Moravskoslezský kraj	104 876 706
Jihočeský kraj	83 512 769
Královéhradecký kraj	73 673 878
Plzeňský kraj	56 586 884
Pardubický kraj	42 803 000
Kraj Vysočina	36 088 739
Karlovarský kraj	36 054 298
Liberecký kraj	28 980 927
Zlínský kraj	16 994 019

Zdroj dat: MPSV

#### 16.1.5 Dotace krajů na domovy se zvláštním režimem

Největší dotace pro domovy se zvláštním režimem poskytnuly Hlavní město Praha (162 mil. Kč) a Jihomoravský kraj (118 mil. Kč). V dalších čtyřech krajích se výše dotací pro tuto službu pohybovaly od necelých 60 do 85 mil. Kč a v dalších pěti od 25 do 46 mil. Kč. Nejnižší dotace pro tuto služby byly poskytnuty Zlínským krajem (11 mil. Kč), krajem Vysočina (necelých 13 mil. Kč) a Karlovarským krajem (16 mil. Kč).

### Celková výše dotací krajů pro domovy se zvláštním režimem podle kraje

Kraj	Celkem Kč
Hlavní město Praha	162 698 570
Jihomoravský kraj	118 435 876
Olomoucký kraj	85 671 582
Moravskoslezský kraj	68 674 654
Ústecký kraj	63 113 563
Pardubický kraj	59 717 000
Plzeňský kraj	46 111 921
Královéhradecký kraj	36 564 109
Liberecký kraj	29 278 104
Středočeský kraj	27 193 347
Jihočeský kraj	25 642 881
Karlovarský kraj	16 299 068
Kraj Vysočina	12 940 471
Zlínský kraj	11 194 720

Zdroj dat: MPSV

#### 16.1.6 Dotace krajů na domovy pro osoby se zdravotním postižením

Největším krajským poskytovatelem dotací pro domovy pro osoby se zdravotním postižením byly Hlavní město Praha (267 mil. Kč) a Ústecký kraj (126 mil. Kč). Dotace dalších šesti krajů pro tyto sociální služby se pohybovaly od 53 do 82 mil. Kč a v dalších třech krajích se výše dotace pohybovala od necelých 29 do necelých 38 mil. Kč. Nejnižší dotace pro domovy pro osoby se zdravotním

postižením poskytnuly Zlínský kraj (8 mil. Kč), Plzeňský kraj (necelých 12 mil. Kč) a kraj Vysočina (necelých 14 mil. Kč).

#### **Celková výše dotací krajů pro domovy pro osoby se zdravotním postižením podle kraje**

<b>Kraj</b>	<b>Celkem Kč</b>
Hlavní město Praha	267 321 923
Ústecký kraj	126 331 432
Pardubický kraj	82 068 239
Olomoucký kraj	66 749 640
Jihomoravský kraj	60 947 691
Středočeský kraj	60 506 836
Královéhradecký kraj	54 833 738
Moravskoslezský kraj	53 040 470
Karlovarský kraj	38 811 303
Jihočeský kraj	32 284 990
Liberecký kraj	29 970 713
Kraj Vysočina	13 908 829
Plzeňský kraj	11 839 417
Zlínský kraj	8 538 300

Zdroj dat: MPSV

#### 16.1.7 Celková výše dotací krajů na analyzované sociální služby

Celková výše dotací poskytnutých v roce 2017 kraji sociálním službám reprezentující některý z 12 sledovaných druhů sociálních služeb<sup>47</sup> se pohybovala od necelých 90 mil. Kč po téměř 1,2 mld. Kč. Nejvyšší částku na sledované druhy sociálních služeb poskytnulo Hlavní město Praha (1 192 mil. Kč), dále pak Ústecký kraj (419 mil. Kč), Jihomoravský kraj (386 mil. Kč) a Olomoucký kraj (365 mil. Kč). V dalších pěti krajích se celková výše dotací poskytnutých pro sociální služby reprezentující některý z 12 sledovaných druhů sociálních služeb pohybovala od 215 do 294 mil. Kč a ve čtyřech krajích se pohybovala od 109 do 145 mil. Kč. Nejnižší objem prostředků na některou z 12 sledovaných služeb (méně než 90 mil. Kč) poskytnul Zlínský kraj.

<sup>47</sup> denní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, odborné sociální poradenství, odlehčovací služby, osobní asistence, pečovatelská služba, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, tísňová péče a týdenní stacionáře.



## Celková výše dotací krajů pro všechny vybrané druhy sociálních služeb podle kraje

Kraj	Celková výše dotací pro vybrané služby	
	Celkem Kč	V % z celkové částky poskytnuté kraji
Hlavní město Praha	1 192 071 252	29%
Ústecký kraj	419 159 524	10%
Jihomoravský kraj	386 008 038	9%
Olomoucký kraj	365 180 762	9%
Moravskoslezský kraj	294 352 298	7%
Pardubický kraj	262 208 065	6%
Středočeský kraj	254 010 147	6%
Královéhradecký kraj	216 679 036	5%
Jihočeský kraj	215 436 816	5%
Plzeňský kraj	145 688 982	3%
Karlovarský kraj	114 210 095	3%
Liberecký kraj	109 705 723	3%
Kraj Vysočina	109 680 468	3%
Zlínský kraj	89 692 000	2%

Zdroj dat: MPSV

### 16.1.8 Výše krajských dotací pro jednotlivé sledované sociálních služeb celkem

Z 12 sledovaných druhů služeb poskytly kraje v roce 2017 nejvíce prostředků domovům pro seniory (1 346 mil. Kč). Následovaly domovy pro osoby se zdravotním postižením (907 mil.) a domovy se zvláštním režimem (763 mil.). Na tyto služby kraje poskytly téměř tři čtvrtiny všech dotačních prostředků vynaložených na některý z 12 sledovaných druhů sociálních služeb. Dotace krajů pro pečovatelské služby činily 314 mil. Kč. U dalších čtyř druhů sociálních služeb se dotace poskytnuté kraji pohybovaly od 104 do 187 mil. Kč. Nejnižší dotace kraje vynaložily na tísňovou péči (9 mil. Kč), sociálně aktivizační služby (21 mil. Kč) a týdenní stacionáře (necelých 90 mil. Kč).

### Výše krajských dotací pro jednotlivé sledované druhy sociálních služeb celkem

	Celková výše dotací pro vybrané služby	
	Celkem Kč	v % z částky poskytnuté kraji na vybrané služby celkem
domovy pro seniory	1 346 748 610	32%
domovy pro osoby se zdravotním postižením	907 153 521	22%
domovy se zvláštním režimem	763 535 866	18%
pečovatelská služba	314 015 058	8%
chráněné bydlení	187 194 112	4%
denní stacionáře	163 188 474	4%
odborné sociální poradenství	162 777 653	4%
odlehčovací služby	104 909 609	3%
osobní asistence	104 400 709	3%
týdenní stacionáře	89 885 827	2%
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	21 206 037	1%
tísňová péče	9 067 730	0%

Zdroj dat: MPSV

## 16.2 Dotace obcí na sociální služby

Mezi jednotlivými kraji se objem dotací, které byly v roce 2017 poskytnuty pro některý z 12 sledovaných druhů sociálních služeb, lišily velmi výrazně. V Moravskoslezském kraji, Jihomoravském kraji a v Hlavním městě Praha se objem dotací pro některý z 12 sledovaných druhů sociálních služeb pohyboval od 402 do 504 mil. Kč. V Ústeckém a Středočeském kraji se objem obecních dotací pro tyto služby pohyboval od 165 do 176 mil. Kč. V dalších čtyřech krajích se jednalo o 112-117 mil. Kč a v dalších dvou krajích se pohyboval od 72 do 92 mil. Kč. Nejnižší objem obecních dotací byl sledovaným službám poskytnut v Karlovarském (39 mil. Kč), Zlínském (54 mil. Kč) a Olomouckém kraji (62 mil. Kč).

### Celková výše dotací obcí pro vybrané druhy sociálních služeb podle kraje

Kraj	Celková výše dotací pro vybrané služby	
	Celkem Kč	v % z celkové částky poskytnuté kraji
Moravskoslezský kraj	504 126 187	20%
Jihomoravský kraj	438 450 377	18%
Hlavní město Praha	402 164 912	16%
Ústecký kraj	176 415 532	7%
Středočeský kraj	165 170 797	7%
Kraj Vysočina	117 264 201	5%
Královéhradecký kraj	116 352 518	5%
Pardubický kraj	115 231 268	5%
Jihočeský kraj	112 271 180	5%
Liberecký kraj	92 322 488	4%
Plzeňský kraj	72 250 161	3%
Olomoucký kraj	62 487 698	3%
Zlínský kraj	54 696 074	2%
Karlovarský kraj	39 188 811	2%

Zdroj dat: MPSV

Rozdíly ve výši obecních dotací poskytnutých v jednotlivých krajích vyplývaly především z rozmístění velkých měst v krajích, respektive v okresech ČR. Proto se výše poskytnutých obecních dotací velmi lišila i mezi okresy ČR. Mezi okresy, ve kterých byla úhrnná výše obecních dotací nejvyšší, patřily Hlavní město Praha, Brno-město, Ostrava-město, Karviná, Frýdek-Místek, České Budějovice, Plzeň-město a Chomutov. Nejmenší obecní dotace na některý ze sledovaných druhů sociálních služeb poskytnuly obce v okresech Rokycany, Plzeň-sever, Teplice, Tachov, Prachatice, Jindřichův Hradec, Plzeň-jih a Český Krumlov.

## Celková výše dotací obcí pro vybrané druhy sociálních služeb podle okresu

Okres	Celkem Kč	Okres	Celkem Kč	Okres	Celkem Kč
Hlavní město Praha	402 164 912	Ústí nad Labem	22 111 192	Hodonín	11 400 911
Brno-město	359 356 123	Karlovy Vary	22 003 801	Cheb	11 326 721
Ostrava-město	270 349 782	Zlín	21 941 914	Jeseník	10 324 193
Karviná	91 174 970	Nový Jičín	20 253 708	Benešov	10 271 058
Frýdek-Místek	81 852 607	Semily	19 504 845	Písek	9 829 694
České Budějovice	60 164 815	Kolín	19 496 659	Klatovy	9 530 543
Plzeň-město	52 446 236	Opava	17 961 426	Nymburk	8 823 702
Chomutov	44 374 724	Blansko	17 845 386	Beroun	8 073 726
Pardubice	42 481 277	Znojmo	17 573 092	Šumperk	7 575 095
Most	38 837 156	Svitavy	17 392 408	Uherské Hradiště	6 087 954
Mělník	36 868 603	Litoměřice	17 329 220	Sokolov	5 858 289
Žďár nad Sázavou	34 011 520	Tábor	17 265 501	Praha-východ	5 647 859
Liberec	33 223 615	Jičín	17 259 120	Vyškov	5 119 089
Ústí nad Orlicí	32 969 580	Pelhřimov	16 916 243	Rakovník	5 106 749
Trutnov	31 555 931	Jablonec nad Nisou	16 405 941	Prostějov	4 469 440
Jihlava	30 062 180	Rychnov nad Kněžnou	15 997 688	Praha-západ	4 005 202
Náchod	27 744 632	Kutná Hora	15 870 636	Domažlice	3 853 487
Louny	27 279 654	Strakonice	15 641 129	Český Krumlov	3 695 991
Přerov	26 504 524	Břeclav	14 467 049	Plzeň-jih	3 172 716
Děčín	25 039 277	Vsetín	13 903 402	Jindřichův Hradec	2 985 550
Příbram	24 440 636	Mladá Boleslav	13 821 029	Prachatice	2 688 500
Hradec Králové	23 795 147	Olomouc	13 614 446	Tachov	1 520 724
Česká Lípa	23 188 087	Třebíč	13 591 514	Teplice	1 444 309
Havlíčkův Brod	22 682 744	Kroměříž	12 762 804	Plzeň-sever	876 085
Bruntál	22 533 694	Kladno	12 744 938	Rokycany	850 370
Chrudim	22 388 003	Brno-venkov	12 688 727		

Zdroj dat: MPSV

Ze sledovaných služeb byl největší objem obecních dotací poskytnut pečovatelské službě (812 mil. Kč), domovům pro seniory (703 mil. Kč) a domovům se zvláštním režimem (314 mil. Kč). K těmto třem službám směřovaly tři čtvrtiny z celkového objemu obecních dotací poskytnutých na některý z 12 sledovaných druhů sociálních služeb. U dalších tří druhů služeb se objem poskytnutých obecních dotací pohyboval od 122 do 169 mil. Kč (domovy pro osoby se zdravotním postižením, denní stacionáře, odlehčovací služby). Obecní dotace pro odborné sociální poradenství, osobní asistenci a chráněné bydlení se pohybovaly od 41 do 60 mil. Kč. Ze sledovaných služeb byly nejnižší obecní dotace poskytovány na tísňovou péči (necelých 9 mil. Kč), sociálně aktivizační služby (17 mil. Kč) a týdenní stacionáře (26 mil. Kč).

### Výše obecních dotací pro jednotlivé sledované druhy sociálních služeb celkem

Kraj	Celková výše dotací pro vybrané služby	
	Celkem Kč	v % z částky poskytnuté kraji na vybrané služby celkem
pečovatelská služba	812 026 903	33%
domovy pro seniory	703 098 720	28%
domovy se zvláštním režimem	314 660 993	13%
domovy pro osoby se zdravotním postižením	169 547 193	7%
denní stacionáře	139 381 653	6%
odlehčovací služby	122 541 048	5%
odborné sociální poradenství	60 407 943	2%
osobní asistence	53 551 516	2%
chráněné bydlení	41 076 168	2%
týdenní stacionáře	26 233 327	1%
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	17 100 707	1%
tísňová péče	8 766 033	0%

Zdroj dat: MPSV

## 17. Přílohy

### 17.1 Klasifikace druhů zdravotnických zařízení

Níže uvedený popis druhů zařízení není závaznou definicí poskytovatelů zdravotních služeb, ale pouze metodickou pomůckou pro kategorizaci a přiřazování kódu číselníku DRZAR evidovaným poskytovatelům zdravotních služeb. Z tohoto důvodu se může skutečný charakter zařazeného poskytovatele od níže uvedených definic odlišovat a v některých případech splňuje poskytovatel vlastnosti více druhů zařízení. Jako rozhodující se pak berou převažující charakteristiky. Následující tabulka definuje pouze poskytovatele lůžkové zdravotnické péče, jejichž kód vždy začíná cifrou 1 v rozsahu 101-190.

Kód	Název druhu zařízení	Popis
101	Fakultní nemocnice	Fakultní nemocnice je státní příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví. Poskytuje zdravotní služby a uskutečňuje související výzkumnou nebo vývojovou činnost. Na odborných pracovištích se také uskutečňuje klinická a praktická výuka v lékařských studijních programech a vzdělávacích programech nelékařských zdravotnických oborů. Fakultní nemocnice poskytují ambulantní péči a akutní lůžkovou péči, péči ve specializovaných a vysoce specializovaných oborech. Může poskytovat i následnou a dlouhodobou lůžkovou péči.
102	Nemocnice	Nemocnice je zdravotnické zařízení lůžkové péče. Poskytuje pacientům ambulantní specializovanou i primární péči a lůžkovou péči akutní. Může poskytovat i následnou a dlouhodobou lůžkovou péči. Pozn.: Jako nemocnice může být i jednooborové lůžkové oddělení, které plní funkci nemocnice.
105	Nemocnice následné péče	Nemocnice následné péče je zařízení lůžkové péče. Poskytuje ambulantní péči a z lůžkové péče jen následnou (event. i dlouhodobou) v návaznosti na péči akutní, které se pacientovi dostalo v jiném zařízení.
110	Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)	LDN je zdravotnické zařízení lůžkové péče. Je určena pro poskytování dlouhodobé lůžkové péče o osoby trpící déle trvajícimi nemocemi (zejména pro staré a dlouhodobě nemocné).
111	Léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí (TRN)	Léčebna TRN je odborný léčebný ústav - zařízení lůžkové péče. Poskytuje převážně následnou specializovanou péči. Je určen pro nemocné s plicními a mimoplicními respiračními nemocemi, jejichž stav vyžaduje dlouhodobou lůžkovou péči.
112	Psychiatrická léčebna	Psychiatrická léčebna je odborný léčebný ústav - zařízení lůžkové péče. Je určena k poskytování následné event. dlouhodobé lůžkové péče osobám s duševními poruchami. Může zajišťovat uložené povinné (či ochranné) léčení, poskytování ambulantní psychiatrické péče a psychoterapie i další specializovanou diagnostickou a léčebnou péči.
113	Rehabilitační ústav	Rehabilitační odborný léčebný ústav je zdravotnické zařízení lůžkové péče. Je určen k poskytování komplexní následné rehabilitační lůžkové péče nemocným se stanovenými poruchami hybnosti, popřípadě poruchami jiných funkcí.
119	Ostatní odborné léčebné ústavy	Ostatní odborné léčebné ústavy jsou zařízení lůžkové péče. Poskytují úzce specializovanou následnou i dlouhodobou lůžkovou péči v některém z dalších lékařských oborů.

122	Dětská psychiatrická léčebna	Dětská psychiatrická léčebna je odborný léčebný ústav - zařízení lůžkové péče. Je určena k poskytování následné event. dlouhodobé lůžkové péče dětem s duševními poruchami, u nichž je nezbytná specializovaná péče, popř. dětem, kterým je uloženo povinné léčení.
129	Ostatní dětské odborné léčebné ústavy	Ostatní dětské odborné léčebné ústavy jsou zařízení lůžkové péče, určeny k poskytování specializované následné lůžkové péče pro děti a dorost v některém z dalších lékařských oborů. (Např. rehabilitace, oční, speleoterapie, léčba pohybového ústrojí, netuberkulózní léčebna respirační nemoci a další).
130	Lázeňská léčebna	Lázeňská léčebna je odborný léčebný ústav - zařízení lůžkové péče, poskytující lůžkovou i ambulantní lázeňskou léčebně rehabilitační péči, při níž je využíváno především přírodních léčivých zdrojů a klimatických podmínek.
131	Dětská lázeňská léčebna	Dětská lázeňská léčebna je zařízení lůžkové péče, poskytující lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro děti a dorost, využívající především léčivé zdroje nebo klimatické podmínky.
141	Ozdravovna	Ozdravovna je odborný léčebný ústav, zařízení následné lůžkové péče, kde je poskytována za lékařského dozoru a odborného vedení zdravotní péče zdravotně oslabeným dětem, nebo pacientům v rekonvalescenci při využití klimatických podmínek a s dodržováním potřebné životosprávy.
180	Hospic	Lůžkové zdravotnické zařízení, kde základem léčby je léčba paliativní poskytovaná pacientovi v pokročilém a konečném stadiu nemoci, u kterého byly vyčerpány možnosti léčebné péče vedoucí k vyléčení; jejím účelem je zmírňování utrpení pacienta a vytváření podmínek pro klidné umírání a důstojnou smrt.
190	Další lůžkové zařízení	Lůžkové zařízení, které není možno zařadit do konkrétního druhu zařízení lůžkové péče.

## 17.2 Klasifikace způsobu ukončení hospitalizace

Údaj popisuje způsob ukončení hospitalizace. Vyplňuje se podle číselníku - UKHOSP (číselník ÚZIS ČR).

- 0 - hospitalizace pokračuje (= konec zúčtovacího období)
- 1 - pacient propuštěn domů (do domova důchodců, seniorů)
- 2 - propuštěn do zařízení sociální péče
- 3 - přeložen na jiné lůžkové oddělení téhož zdravotnického zařízení
- 4 - přeložen do lůžkového zdravotnického zařízení následné péče - do LDN nebo na oddělení následné péče téhož zdravotnického zařízení
- 5 - přeložen do zdravotnického zařízení akutní lůžkové péče
- 6 - předčasné ukončení hospitalizace
- 7 - zemřel - pitván (bez ohledu na to, kde je pitva provedena)
- 8 - zemřel – nepitván

**Kód 0 - hospitalizace pokračuje** (= konec zúčtovacího období). Uvádí se v případě, že jde o dlouhodobě hospitalizovaného pacienta, jemuž se stávající HLÁŠENÍ HOSPITALIZACE administrativně uzavírá z důvodu vyúčtování pro zdravotní pojišťovnu, ale hospitalizace pacienta dále pokračuje na stejném lůžku. Kód slouží k navázání pokračujících hospitalizací programem při počítačovém zpracování. Nevyjadřuje se tím tedy přeložení pacienta na jiné oddělení nebo k jinému poskytovateli lůžkové péče.

**Kód 1 - pacient propuštěn domů** - se uvede i v tom případě, že se pacient vrací zpět do domova důchodců (domova pro seniory apod.), odkud byl k hospitalizaci přijat.

**Kód 2 - propuštěn do zařízení sociální péče** - se uvádí, pokud se pacient nevrací do původního bydliště, ale je předán do sociálního ústavu.

**Kód 4 - přeložen k poskytovateli následné péče** - se uvádí v případě přeložení nemocného do nemocnice následné péče, léčebny pro dlouhodobě nemocné, odborného léčebného ústavu nebo hospice. Tento kód bude použit i v případě, že hospitalizovaný na oddělení akutní péče bude přeložen na jiné pracoviště (oddělení) téhož zařízení, které však poskytuje následnou péči (kód 89 - oddělení nebo pracoviště ošetrovatelské péče, kód 90 - oddělení sociální hospitalizace). Pro tento případ (překlad z akutní do následné péče) se výjimečně nepoužije kód 3 - přeložen na jiné oddělení téhož zdravotnického zařízení.

### 17.3 Klasifikace potřeby další péče po propuštění

Údaj slouží ke sledování potřeby další zdravotní péče o pacienta po jeho propuštění nebo přeložení na jiné oddělení či do jiného zdravotnického zařízení. Uvádí se podle číselníku - PODAPE (číselník ÚZIS ČR).

- 0 - žádná
- 1 - dočasná ambulantní péče
- 2 - trvalá ambulantní péče
- 3 - lůžková péče (intenzivní, standardní, následná, dlouhodobá)
- 4 - ústavní sociální služba
- 5 - domácí péče
- 6 - lázeňská péče

U zemřelých a jednodenní péče se použije **kód 0**.

Tato položka úzce souvisí se způsobem ukončení hospitalizace, např. pokud je hospitalizace ukončena předáním do jiné instituce, tak je tomu asi proto, že byla potřeba této péče.

Naopak při propuštění domů mohou připadat v úvahu prakticky všechny možnosti, např. potřeba umístění v sociálním ústavu.

U doprovodů je „Potřeba další péče = 0 - žádná“ a navazuje na položku „Ukončení hospitalizace = 1 - propuštěn domů“.

Využití dalších zdrojů Národního zdravotnického informačního systému (NZIS)

Informace o poskytovatelích zdravotních služeb, jejich počtech, druzích zdravotnických zařízení dle DRZAR a jejich umístění sleduje a poskytuje Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb.<sup>48</sup>

---

<sup>48</sup> Viz <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nrpzs>

## 17.4 Kategorie pacienta určující jeho stav a potřebu péče

Položka slouží k určení počtu dnů, po které byl pacient hospitalizován s označením kategorie, určující jeho stav. Uvádí se podle číselníku VZP.

0 - počet dnů přerušeni hospitalizace

1 - pacient soběstačný, nezávislý na základní ošetrovatelské péči, nebo obdobně soběstačné dítě nad 10 let věku nebo novorozenec na novorozeneckém oddělení

2 - pacient částečně soběstačný, nebo dítě nad 6 let do 10 let věku včetně, sebeobsluha s dopomocí, schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku

3 - pacient vyžadující zvýšený dohled, nebo dítě nad 2 roky do 6 let včetně, lucidní pacient neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžadující téměř úplnou obsluhu, nebo psychicky alterovaný pacient, u něhož je nutný zvýšený osobní dohled, případně nutné přechodné omezení pohybu či farmakol. sedace

4 - pacient imobilní nesoběstačný, nebo dítě od 0 do 2 let věku včetně, kromě novorozence na novorozeneckém oddělení, lucidní pacient zcela imobilní, příp. inkontinentní, vyžadující ošetrovatelskou pomoc při všech i nejběžnějších úkonech

5 - pacient v bezvědomí

V případě doprovodu nelze vykázat kategorii přesně podle definice. U dětských pacientů nelze použít kategorii podmíněnou pouze věkem, pokud je s dítětem přijat i doprovod, pak kategorie pacienta by měla být 1.

## 17.5 Zkratky

**ÚZIS ČR** – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

**NZIS** – Národní zdravotnický informační systém

**NRHOSP** – Národní registr hospitalizovaných

**NRPZS** – Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb

**DRZAR** – druh zdravotnického zařízení (poskytovatele zdravotní péče)

**NDLZP** – následná a dlouhodobá lůžková zdravotní péče

**MKN-10** – Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize

**DZP** – domácí zdravotní péče

**ZZ** – zdravotnické zařízení

**PDS - Průměrný denní stav pacientů** představuje počet čerpaných ošetrovacích dnů v přepočtu na jeden den daného roku, vytváří průměrný počet hospitalizovaných osob na lůžkách daného zdravotnického zařízení v daném roce.

**POD - Průměrná ošetrovací doba** představuje průměrný počet čerpaných ošetrovacích dnů v daném roce na hospitalizaci nebo pacienta v témže roce dle případné specifikace pohlaví, věku, území apod. Pokud není uvedeno jinak, uvádí se hodnota ukazatele ve dnech.



## 17.6 Zdroje dat a reference

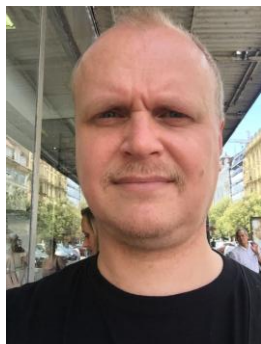
- 1) Český statistický úřad (veřejná databáze) <https://www.czso.cz/>
- 2) ČSÚ (2018). Senioři a zdraví 2018  
<https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2018>
- 3) Holčík, J. (2010). Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. (Health system and health literacy.) Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD.
- 4) Integrovaný portál MPSV (průkaz osoby se ZP) <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/prukaz>
- 5) Integrovaný portál MPSV (příspěvek na mobilitu) <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/mobilita>
- 6) Integrovaný portál MPSV (příspěvek na péči) <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>
- 7) Integrovaný portál MPSV (příspěvek na zvláštní pomůcku)  
<https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/pomucka>
- 8) Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10 (verze říjen 2018), viz <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- 9) Ministerstvo zdravotnictví (2014). Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí,  
[http://www.szu.cz/uploads/documents/czcp/CPVZ\\_aktualne/Narodni\\_strategie\\_podpory\\_a\\_ochrany\\_zdravi\\_a\\_prevence\\_nemoci\\_Zdravi\\_2020\\_web.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czcp/CPVZ_aktualne/Narodni_strategie_podpory_a_ochrany_zdravi_a_prevence_nemoci_Zdravi_2020_web.pdf)
- 10) Ministerstvo zdravotnictví (2015) Akční plány pro implementaci Národní strategie Zdraví 2020, [http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020\\_10814\\_3016\\_5.html](http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020_10814_3016_5.html)
- 11) Ministerstvo zdravotnictví (2015). Akční plán č. 8: Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, [https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/07/Akcni\\_plan\\_Zdravi\\_2020\\_nasledna-dlouhodob\\_a\\_domaci-pece\\_cervenec\\_2015.pdf.pdf](https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/07/Akcni_plan_Zdravi_2020_nasledna-dlouhodob_a_domaci-pece_cervenec_2015.pdf.pdf)
- 12) MPSV (2011). Efektivní poskytování dlouhodobé sociálně zdravotní péče (aktivita 12):  
<http://www.podporaprocesu.cz/projekt/dokumenty/#aktivita12>
- 13) MPSV (2013 až 2017). Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí  
<https://www.mpsv.cz/cs/3869>
- 14) OECD (2005). Long-term Care for Older People. Paris: OECD.
- 15) OECD (2004). Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis. OECD. [online]  
<http://www.oecd.org/els/health-systems/33661491.pdf>
- 16) OECD (2011), Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- 17) OECD (2019). Long-term care (publikace a údaje OECD o dlouhodobé péči),  
<https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>
- 18) OECD, Eurostat, WHO (2011), A System of Health Accounts, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264116016-en, <https://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf>
- 19) OECD/European Commission (2013), A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>
- 20) ÚZIS (2019). Psychiatrická péče  
<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/psychiatricka-pece>
- 21) Robert L. Kane; A New Long-Term Care Manifesto, The Gerontologist, Volume 55, Issue 2, 1 April 2015, Pages 296–301, <https://doi.org/10.1093/geront/gnv010>
- 22) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR - <http://www.uzis.cz/>

- 23) ÚZIS ČR (2012). Demence: priorita pro systém zdravotnictví (zpráva WHO). Aktuální informace č. 63/12. ÚZIS ČR <http://www.uzis.cz/rychle-informace/demence-priorita-pro-system-zdravotnictvi-zprava-who>
- 24) ÚZIS ČR (2012). Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (I): Pracovníci dlouhodobé péče Aktuální informace č. 31/12. ÚZIS ČR, 2012 <http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodobpece-zemich-oecd-pracovnici-dlouhodobpece>
- 25) ÚZIS ČR (2012). Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (II): Uživatelé dlouhodobé péče a vývoj poptávky po dlouhodobé péči. Aktuální informace č. 32/12. ÚZIS ČR, 2012 <http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodobpece-zemich-oecd-ii-uzivatele-dlouhodobpece-vyvoj-poptavky-po-d>
- 26) ÚZIS ČR (2012). Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (III): Poskytování neformální péče a její dopad na zaměstnanost a zdraví. Aktuální informace č. 33/12. ÚZIS ČR, 2012 <http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodobpece-zemich-oecd-iii-poskytovani-neformalni-pece-jeji-dopad-na-za>
- 27) ÚZIS ČR (2012). Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (IV): Výdaje na dlouhodobou péči. Aktuální informace č. 34/12. ÚZIS ČR, 2012 <http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodobpece-zemich-oecd-iv-vydaje-na-dlouhodobou-peci>
- 28) ÚZIS ČR (2017). Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2017 <http://www.uzis.cz/rychle-informace/strucny-prehled-cinnosti-oboru-domaci-zdravotni-pece-za-obdobi-2007-2017>
- 29) WHO (2000). A life Course Approach to Health. WHO.
- 30) WHO (2002). Active Ageing: A Policy Framework. WHO.
- 31) WHO (2004). Towards Age-friendly Primary Health Care. WHO.
- 32) WHO (2007). Global Age-friendly Cities: A Guide. WHO.
- 33) WHO, MPSV (2009). Globální města přátelská seniorům: Průvodce. Praha: MPSV, [https://www.who.int/ageing/WHO\\_age\\_friendly\\_cities\\_cz.pdf](https://www.who.int/ageing/WHO_age_friendly_cities_cz.pdf)
- 34) WHO (2011). World report on disability. WHO.
- 35) WHO (2012). Dementia: A public health priority. WHO.
- 36) WHO / NRZP(2008). Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF [překladatelé Jan Pfeiffer, Olga Švestková], 1. české vyd. Praha: Grada, NRZP, 2008.
- 37) Zákon č. 108/2006 sb., o sociálních službách, viz <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- 38) Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, viz <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>
- 39) Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, viz <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>
- 40) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), viz <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- 41) Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
- 42) ČSÚ (2016) Základní rozdíly mezi původní metodikou SHA 1.0 a novou metodikou SHA 2011. Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010-2015 (Revize) <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2010-2015-revize>

## 18. O autorech



PhDr. Pavel Bareš, PhD. vystudoval obory sociální politika a sociální práce na FF UK (Mgr.) a veřejná a sociální politika na FSV UK (Ph.D.). Působí ve Výzkumném ústavu práce a sociálních věcí, kde se dlouhodobě věnoval především tématu fungování systému sociálních služeb, integraci cizinců a zaměstnávání osob propuštěných z výkonu trestu. K dalším odborným otázkám, který se věnuje, patří zejména tato témata: sociální ekonomika, situace marginalizovaných nebo znevýhodněných skupin osob, integrace osob se zdravotním postižením, situace osob v seniorském věku a situace osob, které pečují o osobu závislou na péči jiné osoby.



Mgr. Petr Wija, PhD. je odborný analytik, který se zaměřuje na otázky sociální politiky spojené se stárnutím populace, oblast dlouhodobé péče a související otázky. Vystudoval obor sociální politika a sociální práce na FF Ostravské univerzity. V roce 2007 ukončil doktorské studium na Fakultě sociálních studií Ostravské univerzity. V rámci veřejné správy (MPSV, MZ, ÚZIS) a neziskové i soukromé sféry se podílel na projektech zaměřených na oblast sociálních a zdravotních služeb, sociální inkluze, městského plánování a dalších tématech. Spolupracoval například s GAC spol. s r. o., IPR hl. města Prahy, Diakoníí ČCE, nebo FHS UK.



Mgr. Ing. Jan Žofka je odborný analytik a metodik v Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, kde se věnuje zejména správě a zpracování dat Národního registru hospitalizovaných a Národního registru nemocí z povolání. V roce 2007 ukončil studium oboru Veřejná správa a regionální rozvoj na Provozně ekonomické fakultě České zemědělské univerzity v Praze obhajobou diplomové práce na téma „Řešení sociální nerovnosti prostřednictvím sociální politiky“. Souběžně absolvoval obor Demografie na Přírodovědecké fakultě Univerzity Karlovy. Studium ukončil v roce 2008 obhajobou diplomové práce na téma „Vývoj hospitalizací v nemocnicích jako ukazatel zdravotního stavu populace“. V roce 2010 se ve spolupráci s VUPSV podílel na realizaci projektu „Vývoj a výhled závislosti a potřeby dlouhodobé sociálně zdravotní péče a sociálních služeb v období 2012 – 2020 u populace nad 65 let věku z hlediska zdravotního stavu“, realizovaného pro MPSV a následně na „Analýze dlouhodobé péče v ČR“, která se zaměřovala na potřeby, kapacity, lidské zdroje a financování služeb dlouhodobé péče.



Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky  
Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic

*Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR  
vznikla díky finanční podpoře Ministerstva práce a sociálních věcí ČR  
z dotačního programu Podpora veřejně účelných aktivit seniorských a proseniorských  
organizací s celostátní působností.*



**Institut pro sociální  
politiku a výzkum, z. s.**

E-mail: [info@socialnipolitika.eu](mailto:info@socialnipolitika.eu)

Web: [www.socialnipolitika.eu](http://www.socialnipolitika.eu)

Ilustrační foto: Pixabay.com

© Institut pro sociální politiku a výzkum, z. s., Praha 2019

ISBN 978-80-907662-2-8



9 788090 766228