

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Zdravotně sociální péče

DEMOGRAFICKÉ DOPADY NA PÉČI O SENIORY

Bakalářská práce

Autor práce: Zuzana Jentschke Stöcklová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Gabrielová, Ph.D.

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: Zuzana Jentschke Stócklová

Studijní program: Zdravotně sociální péče

Garant studijního programu: Mgr. Jana Gabrielová, PhD.

Název práce: Demografické dopady na péči o seniory

Vedoucí práce: Mgr. Jana Gabrielová, PhD.

Cíl práce: Cílem práce je analyzovat demografické dopady stárnutí populace na potřebu sociálních služeb v České republice, se zaměřením na porovnání regionálních rozdílů a identifikaci potřebnosti kapacit dlouhodobé péče o seniory.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá souvislostmi demografického stárnutí a využívání vybraných sociálních služeb dlouhodobé péče v České republice na krajské úrovni. Cílem bylo zhodnotit vývoj a regionální rozdíly ve využití domovů pro seniory (DS), domovů se zvláštním režimem (DZR) a pečovatelské služby (PS) v letech 2019–2024 a posoudit, jak se změny vztahují k růstu seniorské populace. Metodou byla sekundární kvantitativní analýza administrativních dat MPSV a demografických dat ČSÚ. U domova pro seniory a domova se zvláštním režimem byly použity klient-dny a odhad průměrné obsazenosti. U pečovatelské služby byl zvolen celkový počet hodin a počet uživatelů. Ukazatele byly přepočteny na 1 000 osob ve věku 80+ (DS, DZR) a 65+ (PS). Mezi roky 2019 a 2024 vzrostl počet osob 65+ přibližně o 5,8 % a osob 80+ o 17,8 %. Výsledky ukazují pokles relativního „pokrytí“ DS, selektivní posilování DZR a zvyšování intenzity PS na uživatele. Regionální rozdíly naznačují vliv demografie i nastavení sítě a personálních kapacit.

Klíčová slova

sociální služby; dlouhodobá péče; demografické stárnutí; senioři; domovy pro seniory; domovy se zvláštním režimem; pečovatelská služba; kraje.

Abstract

This bachelor thesis deals with the connections between demographic aging and the use of selected long-term care social services in the Czech Republic at the regional level. The aim was to evaluate developments and regional differences in the use of nursing homes (DS), special care homes (DZR), and care services (PS) between 2019 and 2024 and to assess how these changes relate to the growth of the senior population. The method used was secondary quantitative analysis of administrative data from the Ministry of Labor and Social Affairs and demographic data from the Czech Statistical Office; for DS and DZR, client days and estimated average occupancy were used, while for PS, the total number of hours and number of users were used; the indicators were standardized to 1,000 persons aged 80+ (DS, DZR) and 65+ (PS). Between 2019 and 2024, the number of people aged 65+ increased by approximately 5.8% and the number of people aged 80+ by 17.8%. The results show a decline in the relative "coverage" of DS, selective strengthening of DZR, and an increase in the intensity of PS per user. Regional differences indicate the influence of demographics as well as network and personnel capacity settings.

Keywords

social services; long-term care; demographic ageing; seniors; nursing homes; special regime homes; home care; regions.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé Zvolte položku. práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé Zvolte položku. práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výtěžku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 9. dubna 2026

.....

Podpis studentky

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí své bakalářské práce paní Mgr. Janě Gabrielové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a podporu. Velmi si vážím toho, že mě při zpracování práce vždy dokázala správně nasměrovat.

Dále děkuji své rodině za trpělivost, pochopení a podporu po celou dobu studia.

Obsah

Seznam mapových grafů	7
Seznam tabulek	8
Seznam grafů.....	9
Seznam zkratk.....	10
Úvod	11
1 Teoretická část	13
1.1 Demografické stárnutí v kontextu Evropské unie	14
1.2 Demografické stárnutí v České republice	16
1.3 Sociální služby a neformální péče pro seniory	18
1.4 Neformální péče	26
1.5 Shrnutí	27
2 Praktická část	29
2.1 Cíl výzkumu	29
2.2 Metodika výzkumu	31
2.3 Výsledky výzkumu a jejich interpretace	33
2.4 Souvislosti demografického stárnutí a změn ve službách	42
2.5 Vyhodnocení cíle práce a výzkumných otázek	47
2.6 Vyhodnocení dílčích výzkumných otázek	47
2.7 Vyhodnocení hypotéz	48
2.8 Diskuse.....	51
2.9 Návrhy a doporučení pro praxi.....	55
3 Závěr.....	59
4 Seznam použitých zdrojů	62

Seznam mapových grafů

Mapa 1 Souhrnný počet neuspokojených žádostí u vybraných sociálních služeb za rok 2024 ..	24
Mapa 2 Vývoj vytíženosti domova pro seniory v krajích	34
Mapa 3 Vývoj vytíženosti domova se zvláštním režimem v krajích	36
Mapa 4 Vývoj poklesu/nárůstu počtu hodin mezi lety 2019-2024	38

Seznam tabulek

Tabulka 1 Vývoj počtu vybraných sociálních služeb	20
Tabulka 2 Počet klientů ve vybraných sociálních službách	21
Tabulka 3 Počet neuspokojených žádostí u vybraných sociálních služeb za rok 2024	23
Tabulka 4 Počty kliento-dnů domova pro seniory	33
Tabulka 5 Počty kliento-dnů domova se zvláštním režimem.....	35
Tabulka 6 Průměrný počet hodin za den	37
Tabulka 7 Projekce potřebných kapacit domova pro seniory.....	39
Tabulka 8 Projekce potřebných kapacit domova se zvláštním režimem	40
Tabulka 9 Projekce potřebných hodin péče pečovatelské služby.....	41
Tabulka 10 Vývoj počtu osob 65+/80+ v krajích (2019-2024).....	42
Tabulka 11 Vývoj obsazenosti domovů pro seniory na 1 000 obyvatel 80+	43
Tabulka 12 Vývoj obsazenosti domova se zvláštním režimem na 1 000 obyvatel 80+	44
Tabulka 13 Vývoj obsazenosti pečovatelské služby na 1 000 obyvatel 65+	45

Seznam grafů

Graf 1 Zdroje financování sociálních služeb za rok 2023	25
---	----

Seznam zkratek

ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DS	domov pro seniory (druh sociální služby)
DZR	domov se zvláštním režimem (druh sociální služby)
EU	Evropská unie
EUROSTAT	statistický úřad Evropské unie
LTC	Long-term care (dlouhodobá péče)
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
NSRSS	Národní strategie sociálních služeb
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
ORP	Obec s rozšířenou působností
PS	pečovatelská služba (druh sociální služby)
REGISTR	Registr poskytovatelů sociálních služeb
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
ZSS	Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Úvod

Demografické stárnutí patří mezi nejvýraznější dlouhodobé změny, které ovlivňují fungování sociálních služeb, zdravotnictví a systému dlouhodobé péče. V českých podmínkách není klíčová jen skutečnost, že roste počet osob ve věku 65+, ale především to, že rychle přibývá osob ve věku 80+, u nichž je častější potřeba každodenní podpory a dlouhodobé pomoci. Tento vývoj zvyšuje nároky na dostupnost služeb, jejich kapacity, personální zajištění i finanční udržitelnost systému. Podle recentní analýzy připravené ve spolupráci s MPSV bude demografická změna do poloviny 30. let znamenat významný nárůst potřebných zdrojů a při nezměněném tempu vývoje se projeví nedostatek financí, personálu i lůžkových kapacit (Wiedermann et al. 2024).

Současný stav praxe v oblasti dlouhodobé péče lze charakterizovat tím, že poptávka po podpoře roste, avšak síť služeb se rozvíjí nerovnoměrně a část potřeb zůstává neuspokojena. Přehledová studie zaměřená na dlouhodobou péči uvádí, že u pobytových služeb pro seniory jsou klíčovými typy služeb domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem a zároveň upozorňuje, že vedle kapacitního rámce jsou důležitým indikátorem i neuspokojené žádosti, které ukazují tlak na systém (Horecký a Průša 2019). Z mezinárodního srovnání současně vyplývá, že Česká republika se v dostupnosti lůžek dlouhodobé péče pohybuje pod úrovní části vyspělých evropských zemí, což zvyšuje riziko, že při dalším stárnutí populace bude deficit kapacit dále narůstat (Horecký a Průša 2019).

Stárnutí populace se však v praxi neprojevuje rovnoměrně a regionální rozdíly patří k hlavním problémům plánování služeb. Jednotlivé kraje se liší tempem stárnutí, velikostí a skladbou seniorské populace, ale také historicky vybudovanou sítí služeb a personální dostupností. Pro strategické řízení a plánování je proto důležité nejen popsat, že populace stárne, ale také určit, ve kterých krajích poroste počet seniorů nejrychleji a jak se tento vývoj může promítnout do potřeby pobytových a terénních služeb. Pro projekční část práce je východiskem oficiální demografická projekce ČSÚ do roku 2080, která umožňuje pracovat s očekávaným vývojem věkových skupin v krajích v delším horizontu (ČSÚ 2024).

V oblasti dlouhodobé péče je současně patrný posun v potřebách a ve struktuře klientů. Vedle podpory soběstačnosti v domácím prostředí roste význam specializovanějších forem pobytové péče a také požadavek na lepší provázání sociální a zdravotní složky péče. Analýzy upozorňují, že bez systémové reakce se při nezměněném vývoji může prohlubovat nedostatek lůžek i pracovníků v sociálních službách (Wiedermann et al. 2024).

Tato bakalářská práce se proto zaměřuje na vztah mezi demografickým vývojem a připraveností vybraných služeb dlouhodobé péče na krajské úrovni. V praktické části práce je nejprve analyzován vývoj využití domovů pro seniory (DS), domovů se zvláštním režimem (DZR) a pečovatelské služby (PS) v letech 2019–2024, a to jak v absolutních hodnotách, tak prostřednictvím ukazatelů vztažených k seniorské populaci (u DS a DZR zejména na 1 000 osob ve věku 80+, u PS na 1 000 osob ve věku 65+). Následně je doplněna projekční rovina. Na základě demografické projekce ČSÚ jsou odvozeny odhady potřebných kapacit DS a DZR (počet lůžek) a potřebného objemu PS (hodiny) pro roky 2030, 2040 a 2050, přičemž výchozím rokem je 2024. Tento přístup umožňuje zachytit nejen minulý vývoj, ale také přiblížit, jak velký tlak může demografická změna vytvořit v jednotlivých krajích, pokud by se nezměnila intenzita využívání služeb.

Již v úvodu je možné formulovat předpoklad, že růst populace ve věku 80+ povede k dalšímu zvyšování potřeby pobytové péče a že tento tlak bude mezi kraji nerovnoměrný. Současně lze očekávat, že v terénní složce (PS) poroste objem poskytované péče vyjádřený v hodinách, protože část podpory se bude odehrávat v domácím prostředí a současně se může zvyšovat intenzita pomoci u osob s vyšší potřebou podpory. Práce tak předpokládá, že demografický vývoj bude vyžadovat cílené a regionálně diferencované plánování kapacit, a to jak v pobytových službách, tak v terénních službách.

Téma práce má přímou vazbu na obor zdravotně sociální péče, protože péče o seniory často vyžaduje kombinaci sociální podpory a zdravotních intervencí a zároveň klade důraz na návaznost služeb v území. Mojí motivací pro volbu tématu je i praktická zkušenost z řízení sociální služby, kde se v dlouhodobém horizontu projevuje proměna potřeb klientů a rostoucí nároky na organizaci péče. Tato zkušenost posiluje důraz práce na regionální dostupnost služeb a na plánování kapacit v delším časovém horizontu.

Cíle práce:

Hlavní cíl práce: Analyzovat demografické dopady stárnutí populace na potřebu sociálních služeb v České republice, se zaměřením na porovnání regionálních rozdílů a identifikaci potřebnosti kapacit dlouhodobé péče o seniory.

1. Popsat základní demografické ukazatele související se stárnutím populace v ČR a jejich dlouhodobé dopady.
2. Porovnat demografickou situaci v jednotlivých krajích ČR a zasadit ji do mezinárodního kontextu.
3. Vyhodnotit podíl osob ve věku 65+ v jednotlivých krajích a jeho vývoj v letech 2014-2024.
4. Porovnat kapacity vybraných sociálních služeb (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, pečovatelská služba) v jednotlivých krajích.
5. Zjistit, zda současné kapacity odpovídají potřebě vyplývající z demografického vývoje, a identifikovat regionální disparity.
6. Navrhnout opatření pro zajištění adekvátní kapacity a dostupnosti sociálních služeb v kontextu demografického stárnutí, včetně akcentu na dlouhodobou finanční dostupnost služeb.

1 Teoretická část

Teoretická část této bakalářské práce se zaměřuje na popis demografických dopadů do oblasti péče o seniory. Demografické stárnutí je jedním z nejvýraznějších dlouhodobých trendů, které formují současné evropské společnosti. Základním rysem je rostoucí podíl starších osob v populaci, zejména ve věku 65 a více let, a rychlý nárůst skupiny nejstarších seniorů ve věku 80 či 85 a více let. Tento vývoj je výsledkem kombinace poklesu plodnosti a prodlužování střední délky života a vede k zásadním změnám ve věkové struktuře obyvatelstva i v nárocích na systémy sociálního zabezpečení, zdravotnictví a dlouhodobé péče (MPSV 2021; ČSÚ 2023).

Z hlediska demografických ukazatelů patří Česká republika mezi země, které se budou v první polovině 21. století potýkat s výrazným nárůstem podílu seniorů. Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025 (dále jen „Strategický rámec“) uvádí, že v roce 2018 tvořily osoby v České republice ve věku 65 a více let 19,2 % obyvatel (v roce 2019 již 19,9 %), v roce 2025 se očekává podíl 22,3 % a kolem roku 2050 zhruba 29 % (MPSV 2021). Současně se má do roku 2050 přibližně ztrojnásobit počet osob ve věku 85 a více let na téměř 0,5 milionu, což bude představovat asi 5 % populace v České republice (MPSV 2021). Tyto údaje potvrzují, že nejde jen o „mírné“ zestárnutí společnosti, ale o strukturální změnu, která se dotkne všech oblastí života.

Aktuální projekce Českého statistického úřadu tento trend dále rozpracovávají. Ve střední variantě projekce se předpokládá, že do poloviny století vzroste podíl osob ve věku 65 a více let natolik, že jejich podíl na populaci dosáhne téměř jedné třetiny, a ve druhé polovině století může podíl seniorů stoupnout až na 34,1 % (ČSÚ 2023). Tento vývoj se promítá do rychlého růstu indexu stárání, tedy poměru počtu osob 65 a více let k počtu dětí ve věku 0–14 let; podle projekce může index stárání v horizontu století vzrůst až k hodnotám kolem 300 seniorů na 100 dětí (ČSÚ 2023). To znamená zásadní posun v rovnováze mezi závislými a ekonomicky aktivními věkovými skupinami.

Demografické stárnutí má přímé dopady na potřebu dlouhodobé péče. S rostoucím věkem roste pravděpodobnost chronických onemocnění, omezení soběstačnosti a závislosti na pomoci druhých. Strategický rámec proto upozorňuje, že nároky na systém zdravotní a sociální péče v souvislosti se stárnutím populace dále porostou a bez systémového řešení hrozí neudržitelnost financování dlouhodobé péče (MPSV 2021). Zároveň konstatuje, že systém dlouhodobé péče v ČR není dosud komplexně vyřešen a chybí jak jasné vymezení kompetencí mezi zdravotní a sociální sférou, tak stabilní víceleté financování sociálních služeb (MPSV 2021).

Analýza Horeckého a Průši (2019) ukazuje, že problémem není pouze samotný růst počtu seniorů, ale i dlouhodobě poddimenzovaná síť služeb dlouhodobé péče. Autoři připomínají, že projekce vývoje obyvatelstva ve všech evropských zemích shodně ukazují stárnutí populace a rostoucí nároky na sociální systémy, avšak v českém prostředí se o dopadech stárnutí populace na oblast sociálních služeb diskutuje pouze okrajově a dlouho chyběla komplexní kvantifikace dopadů na potřebu sociálních služeb. Zároveň upozorňují, že systém sociálních služeb není na důsledky stárnutí populace připraven, jelikož poskytovatelé sociálních služeb jsou závislí na jednoletých dotacích, kapacity se nerozvíjejí v potřebném rozsahu a nízké odměňování přispívá k nedostatku pracovníků.

K demografickému stárnutí se navíc přidává i rychlý růst počtu osob žijících s demencí, který je jedním z hlavních faktorů vytvářejících poptávku po dlouhodobé péči.

Ve srovnání s vyspělými státy EU vychází Česká republika z hlediska kapacit dlouhodobé péče spíše hůře. V případě lůžek dlouhodobé péče disponuje podle dat Světové zdravotnické organizace podprůměrnými kapacitami a od let 2007–2008 se pohybuje pod průměrem EU. Ve srovnání se severskými zeměmi je rozdíl ještě výraznější. Podprůměrný je nejen počet lůžek v pobytových službách, ale i kapacity domácí péče a dalších forem komunitní podpory (Horecký a Průša 2019). To znamená, že do stárnoucí populace vstupujeme s již existujícím „deficitem“ v infrastruktuře dlouhodobé péče.

V souhrnu lze říci, že demografické stárnutí v České republice nebude pouze statistickou změnou věkové struktury, ale především výzvou pro podobu a organizaci péče o seniory. Strategické dokumenty i odborné analýzy se shodují, že pokud nedojde k systematickému posílení a transformaci systému dlouhodobé péče, hrozí v důsledku stárnutí populace kombinace rostoucího tlaku na veřejné rozpočty, nedostatku kapacit a zhoršení dostupnosti péče (MPSV 2021; Horecký a Průša 2019). Právě na tato východiska navazuje tato bakalářská práce, která se zaměřuje na demografické dopady stárnutí a potřebu péče o seniory v ČR, a to jak na národní úrovni, tak v jednotlivých krajích.

1.1 Demografické stárnutí v kontextu Evropské unie

Demografické stárnutí není pouze specifikem České republiky, ale představuje jeden z nejvýraznějších dlouhodobých trendů v celé Evropské unii. Jak upozorňuje Horecký a Průša (2019), projekce vývoje obyvatelstva ve všech evropských zemích ukazují, že populace stárne, zároveň v řadě států dochází k celkovému poklesu počtu obyvatel a významně se mění věková struktura, jelikož ubývá osob v produktivním věku a přibývá starších lidí. Tento posun zvyšuje tlak na systémy sociálního zabezpečení, zdravotnictví a dlouhodobé péče a stává se jedním z hlavních témat evropské sociální a ekonomické politiky.

V důsledku těchto demografických posunů klesá podíl lidí v produktivním věku, zatímco relativní počet osob 65 a více let narůstá.

V současné době se očekává, že se zastoupení starších osob v populaci Evropy se v následujících desetiletích výrazně zvýší. To může znamenat větší tlak na ekonomicky aktivní obyvatele, kteří budou financovat rostoucí výdaje spojené s důchody, se sociální a zdravotní péčí pro stárnoucí populaci.

Dle dat Eurostatu činil k 1. lednu 2024 počet obyvatel EU cca 449,3 milionu. Starší lidé (ve věku 65 let a více) měli podíl 21,6 % celkové populace. (EUROSTAT 2025)

Demografické stárnutí populace neznamená zvýšené výdaje jednotlivých států na starobní důchody, ale také nárůst výdajů na sociální a zdravotní péči. V rámci Evropské unie je tato péče označována jako dlouhodobá péče (long term care). Odhaduje se, že 50 % lidí starších 65 let bude potřebovat nějaký způsob dlouhodobé péče (Horecký a kol., 2023).

Evropská komise dlouhodobě sleduje dopady stárnutí zejména prostřednictvím tzv. Ageing Reports, které propojují demografické projekce s výdaji na důchody, zdravotnictví a dlouhodobou péči. (Evropská komise 2024)

Výdaje na dlouhodobou péči zahrnují nejen rozšiřování kapacit pobytových zařízení a terénních služeb, ale také zvyšování počtu pracovníků, kteří tuto péči zajišťují (tzv. neformální pečovatelé). Neformální péče stále představuje nejrozšířenější formu péče.

Evropské projekce, na něž Horecký a Průša (2019) odkazují, ukazují, že počet osob závislých na péči v institucích by se v zemích EU do roku 2060 mohl přibližně ztrojnásobit, a to zhruba z 2,9 milionu na 8,3 milionu osob, což představuje navýšení o 186 %. Podobně dramatický nárůst se předpokládá u formální domácí péče. Počet osob využívajících například pečovatelskou službu či domácí ošetrovatelskou péči má vzrůst z 5,5 milionu na 13,9 milionu, tedy o přibližně 153 %. Tyto odhady potvrzují, že stárnutí evropské populace není jen otázkou důchodových systémů, ale bezprostředně se promítá do potřeb kapacit sociálních a zdravotních služeb.

Současně platí, že demografické stárnutí ani rozvoj služeb dlouhodobé péče neprobíhá v Evropské unii rovnoměrně. Mezinárodní srovnání kapacit lůžek dlouhodobé péče na 1 000 osob ve věku 65+ ukazuje významné rozdíly mezi jednotlivými státy. Na čele se pohybují země jako Belgie, Švédsko, Švýcarsko, Island nebo Nizozemsko, kde se počet lůžek v zařízeních dlouhodobé péče pohybuje kolem 60–70 na 1 000 obyvatel 65+, zatímco v řadě středoevropských a jihovýchodních zemí – včetně České republiky – jsou hodnoty výrazně nižší (Horecký a Průša 2019).

Z uvedených údajů podle autorů vyplývá, že dostupnost institucionální dlouhodobé péče je v ČR v rámci vyspělých evropských zemí jedna z nejnižších, přičemž lépe jsou na tom i některé nové členské státy, jako Estonsko nebo Slovensko (Horecký a Průša 2019).

Rozdíly se neprojevují jen v kapacitách pobytových služeb, ale také v nabídce terénních a domácích služeb. Z šetření Evropské komise, které Horecký a Průša citují, vyplývá, že při porovnání kapacit pobytových i terénních služeb mezi členskými státy EU existuje značná variabilita, jelikož některé země (například Nizozemsko, Island, Dánsko či Rakousko) disponují výrazně vyšší kapacitou komunitně orientovaných služeb, zatímco jiné státy stále spoléhají spíše na institucionální péči nebo silnou roli rodinné, neformální péče. Pro Českou republiku z těchto srovnání vyplývá, že v některých ukazatelích se blíží průměru EU, v jiných však za vyspělými zeměmi citelně zaostává (Horecký a Průša 2019).

Stárnutí evropské populace má zároveň významný dopad na pracovní trh v sociálních službách. Podle údajů, které shrnují Horecký a Průša (2019), je sektor sociálních služeb jedním z nejdynamičtěji rostoucích odvětví v Evropě: celkově v něm pracuje více než 10 milionů zaměstnanců a mezi lety 2008–2012 vznikly přibližně 2 miliony nových pracovních míst, a to i přes probíhající ekonomickou krizi a fiskální omezení v řadě zemí. Významnou roli v tomto rozvoji hraje soukromý sektor a neziskové organizace, které v mnoha státech doplňují či rozšiřují veřejnou síť služeb.

Celkově lze shrnout, že demografické stárnutí v Evropské unii představuje strukturální změnu, která zasahuje současně demografii, ekonomiku i sociální politiku. Pro všechny členské státy včetně České republiky to znamená nutnost přemýšlet nejen o udržitelnosti důchodových systémů, ale také o tom, jaké kapacity a jakou podobu má mít systém dlouhodobé péče. V dalším textu se proto práce zaměří na podrobnější analýzu postavení České republiky v rámci těchto evropských trendů a na to, jak se evropský kontext promítá do plánování péče o seniory na národní a regionální úrovni.

1.2 Demografické stárnutí v České republice

Demografické stárnutí v České republice má velmi konkrétní a dobře doložené dopady na strukturu obyvatelstva i na fungování sociálního systému. Strategický rámec připomíná, že česká společnost prochází dvojím procesem, kdy klesá počet narozených dětí a zároveň se prodlužuje délka života. V důsledku toho roste podíl starších lidí v populaci a Česká republika se zařazuje mezi země, kde se stárnutí stává jedním z hlavních dlouhodobých trendů. Už dnes žije v ČR více než dva miliony osob ve věku 65 a více let a tento počet bude v následujících desetiletích dále významně narůstat (MPSV 2021).

Od roku 2006 mají senioři trvale početní převahu nad dětmi mladšími 15 let, v prosinci 2024 připadalo na 100 dětí 133 seniorů, očekává se, že v roce 2040 tento poměr přesáhne hodnotu 200 (ČSU 2025)

Podle projekcí Českého statistického úřadu bude v roce 2030 v ČR žít asi 2,37 milionu seniorů podle střední varianty, což tvoří téměř čtvrtinu populace (ČSÚ 2023).

Tento trend potvrzují i nejnovější demografické projekce Českého statistického úřadu. Střední varianta projekce předpokládá, že počet osob ve věku 65+ bude růst až do počátku 60. let 21. století. Zhruba 2,21 milionu seniorů na prahu projekce (k 1. 1. 2023) by se měl postupně zvýšit na zhruba 3,25 milionu v první polovině 60. let. I když se poté očekává mírný pokles, ve druhé polovině století by měl počet seniorů znovu růst až k přibližně 3,38 milionu na konci horizontu projekce. Ve stejném období poroste i váha seniorů v celé populaci: podíl osob 65+ se podle projekce zvýší z 20,4 % na prahu projekce až k 30,7 % na počátku 60. let a do konce století může dosáhnout až 34,1 % (ČSÚ 2023).

Česká populace tak vstupuje do období, kdy senioři nebudou „okrajovou“ skupinou, ale jednou z nejpočetnějších věkových kategorií.

Výraznou změnou není jen samotný nárůst počtu seniorů, ale i proměna vnitřní struktury této věkové skupiny. Strategický rámec upozorňuje, že do roku 2050 se v České republice zhruba ztrojnásobí počet osob ve věku 85 a více let – zhruba na téměř 0,5 milionu osob, což by mělo představovat přibližně 5 % populace (MPSV 2021). Zvyšuje se tedy nejen podíl „mladších seniorů“, ale zejména skupiny velmi starých osob, u nichž je nejvyšší riziko ztráty soběstačnosti, chronických onemocnění a závislosti na pomoci druhých. To znamená, že v české populaci přibude osob ve vysokém věku, které budou velmi křehké a zdravotně oslabené.

Dopady stárnutí se odrážejí i v ukazatelích, jako je index stáří a index ekonomické závislosti. Projekce ČSÚ ukazuje, že index stáří – tedy počet osob ve věku 65 a více let na 100 dětí ve věku 0–14 let – vzrostl z hodnoty 123 v roce 2019 na 126 v roce 2023 a podle střední varianty projekce bude dále narůstat: kolem roku 2041 by měl dosáhnout hodnoty 206 a na konci století téměř 300 (ČSÚ, 2023). To znamená, že na jedno dítě by mohli na konci století připadat téměř tři senioři. Podobně ukazatel ekonomické závislosti, který porovnává počty osob v „neproduktivním“ věku (0–19 a 65+) s populací v produktivním věku (20–64 let), se má po dočasné stabilizaci opět výrazně zvýšit. Z hodnoty 72 ekonomicky neaktivních na 100 ekonomicky aktivních osob na počátku projekce by mohl do poloviny století vzrůst na 92 osob, tedy téměř jednu ekonomicky neaktivní osobu na každého ekonomicky aktivního (ČSÚ 2023).

Tyto demografické změny mají přímé dopady na veřejné finance, důchodový systém, trh práce i organizaci zdravotní a sociální péče. Strategický rámec uvádí, že stárnutí populace bude znamenat vyšší nároky na financování důchodů, sociálních dávek i zdravotních a sociálních služeb a zároveň může prohlubovat existující nerovnosti, například mezi ženami a muži nebo mezi různými sociálními skupinami. Dokument upozorňuje, že bez systematické přípravy na stárnutí společnosti hrozí kombinace tlaku na veřejné rozpočty, nedostatku kapacit služeb a zhoršení dostupnosti péče pro seniory (MPSV 2021). Demografické stárnutí je tedy vnímáno jako strukturální výzva, která už v blízké budoucnosti ovlivní chod celé společnosti.

Zvlášť patrné jsou demografické dopady stárnutí v oblasti dlouhodobé péče. Nárůst počtu osob v seniorském věku se také přímo promítá do počtu příjemců příspěvku na péči, který slouží jako důležitý indikátor potřeby každodenní pomoci. Horecký a Průša na základě demografických projekcí a dvou scénářů vývoje odhadují, že do roku 2050 vzroste počet příjemců příspěvku na péči ze současných zhruba 355 tisíc osob na více než 630 tisíc osob (Horecký a Průša 2019).

To znamená, že v důsledku demografického stárnutí se v horizontu několika desetiletí výrazně rozšíří skupina lidí závislých na podpoře druhých, ať už v domácím prostředí, nebo v pobytových službách.

S demografickým vývojem souvisí i růst výdajů na dlouhodobou péči. Celkové výdaje na dlouhodobou péči činily v roce 2017 72,2 miliardy Kč. Z toho 50,4 miliardy tvořily výdaje na dlouhodobou zdravotní péči a 21,8 miliardy výdaje na dlouhodobou sociální péči. Autoři zdůrazňují, že tyto částky nelze chápat jako jednorázový výkyv, ale jako výchozí bod pro další růst, který bude tažen především nárůstem počtu velmi starých osob a osob s vyššími stupni závislosti (Horecký a Průša 2019).

Horecký a Průša (2019) zároveň upozorňují, že stávající kapacity dlouhodobé péče nejsou na očekávaný demografický vývoj připraveny. Na základě prognóz počtu příjemců příspěvku na péči v jednotlivých stupních závislosti docházejí k závěru, že současné kapacity terénních, ambulantních i pobytových sociálních služeb nebudou v následujících letech dostačující. Rozvoj všech forem služeb dlouhodobé péče by se proto měl stát nedílnou součástí rozvojových plánů na obecní i krajské úrovni a nezbytným předpokladem je systematické sledování změn demografické situace v jednotlivých regionech. Demografické stárnutí tak přímo vytváří tlak na rozšiřování kapacit a zároveň na změnu organizace péče.

Shrneme-li uvedená zjištění, demografické dopady stárnutí populace v České republice se projevují ve třech hlavních rovinách. Za prvé jde o výrazný nárůst počtu a podílu seniorů, zejména ve věku 80 a více let, který mění věkovou strukturu společnosti (MPSV 2021). Za druhé se zhoršuje poměr mezi ekonomicky aktivními a neaktivními věkovými skupinami, což zvyšuje tlak na důchodový systém a veřejné finance (ČSÚ 2023). Za třetí se výrazně zvyšuje počet osob závislých na dlouhodobé péči a s tím spojené výdaje i požadavky na kapacity sociálních a zdravotních služeb (Horecký a Průša 2019). Tyto demografické dopady vytvářejí rámec, v němž je nutné uvažovat o současném i budoucím nastavení péče o seniory v České republice, a právě na tuto oblast se zaměřují následující kapitoly.

1.3 Sociální služby a neformální péče pro seniory

Sociální služby jsou v České republice zásadním pilířem podpory lidí v nepříznivé sociální situaci a hrají důležitou roli při zachování jejich důstojnosti, soběstačnosti a celkové kvality života. V podmínkách demografického stárnutí, proměn trhu práce a rostoucí potřeby dlouhodobé péče nabývá systém sociálních služeb v České republice na strategickém významu. Jeho fungování a dlouhodobá udržitelnost jsou podstatné nejen pro seniory a osoby se zdravotním postižením, ale také pro jejich rodiny a širší komunitu.

Český systém sociálních služeb je vymezen zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále i „ZSS“). Sociální služby se dle zákona rozdělují na základní tři skupiny, tedy služby sociální péče, prevence a sociálního poradenství (viz § 32 ZSS). Zákon celkem definuje 33 druhů sociálních služeb. Dále jsou sociální služby poskytovány ve třech různých formách (viz § 33 ZSS). Jedná se o pobytovou, terénní a ambulantní formu. Některé druhy sociálních služeb lze poskytovat i v doplňkové distanční formě, která ale není součástí rozhodnutí (registrace) sociální služby (viz § 33 odst. 5 ZSS). Zákon také definuje samostatnou formu poskytování sociální služby, a to služby komunitního charakteru (viz § 33a ZSS).

Zákon o sociálních službách kromě oblasti sociálních služeb, upravuje i oblast nepojistné sociální dávky, resp. příspěvku na péči, zabývá se i oblastí kvalifikačních předpokladů sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, nebo dalším vzděláváním a akreditací vzdělávacích programů.

Struktura a kapacita jednotlivých typů služeb se v jednotlivých regionech výrazně liší, stejně jako jejich dostupnost, kvalita či personální zabezpečení. Sociální služby jsou v české republice poskytovány veřejnými poskytovateli (stát, kraje a obce), nestátními neziskovými organizacemi, církevními organizacemi a soukromými subjekty, přičemž financování sociálních služeb je z významné části založeno na veřejných rozpočtech a dotačních mechanismech.

V České republice působí 2 182 poskytovatelů sociálních služeb, kteří mají registrováno 5 753 sociálních služeb ve 33 druzích (Registr 2026).

Síť sociálních služeb pro seniory v České republice se skládá z několika hlavních skupin služeb, které se liší místem, formou a intenzitou poskytované podpory.

První skupinu tvoří pobytové služby, zejména domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Domovy pro seniory poskytují ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně a dalších základních životních úkonech, ale také sociální aktivizaci a podporu kontaktu se společenským prostředím. Jsou určeny pro osoby, jejichž snížená soběstačnost vyžaduje pomoc jiné osoby v takovém rozsahu, který již nelze zajistit v domácím prostředí, přestože jsou využity dostupné terénní služby. Domovy se zvláštním režimem jsou zaměřeny na osoby s demencí, Alzheimerovou chorobou, závažnými duševními onemocněními či závislostmi a poskytují zvýšenou míru podpory a dohledu (Horecký a Průša 2019). Pobytové služby představují pro část seniorů „konečnou“ fázi dlouhodobé péče, kdy je jejich míra závislosti natolik vysoká, že pobyt v domácím prostředí není reálně možný ani s intenzivní terénní podporou.

Druhou hlavní skupinu tvoří terénní služby, především pečovatelská služba, osobní asistence a některé formy odlehčovacích služeb. Pečovatelská služba je dle NSRSS jednou z nejrozšířenějších terénních služeb a zajišťuje pomoc při úkonech péče o vlastní osobu, při chodu domácnosti a při zachování sociálních kontaktů. Jejím cílem je umožnit seniorům zůstat co nejdéle doma, a přitom zajistit potřebnou podporu v rozsahu několika hodin denně či týdně. Osobní asistence a další formy individuálně zaměřené podpory poskytují pomoc flexibilněji – často v menších časových úsecích, s důrazem na zachování autonomie klienta. Odlehčovací služby pak slouží k dočasnému převzetí péče o osobu, aby si pečující rodina mohla odpočinout nebo vyřídit své záležitosti (Pospíšil a kol. 2016).

Třetí skupinou jsou ambulantní služby, zejména denní stacionáře, centra denních služeb a některé formy sociálně aktivizačních služeb pro seniory. Tyto služby umožňují seniorům trávit část dne v zařízení, kde mají zajištěnou základní péči, dohled, stravu a program, zatímco zbytek dne tráví ve svém domácím prostředí. NSRSS (2016) upozorňuje, že ambulantní služby mohou hrát klíčovou roli v prevenci předčasného umístění seniorů do pobytových zařízení a v podpoře rodin, které péči kombinují s pracovními a dalšími povinnostmi (Pospíšil a kol. 2016).

Z dat Registru MPSV vyplývá, že český systém sociálních služeb je založen především na pobytových zařízeních a na terénních službách. Seniorské populaci jsou z těchto druhů služeb určeny především domovy pro seniory (524 služeb), domovy se zvláštním režimem (427 služeb), pečovatelská služba (675 služeb) a osobní asistence (216 služeb). (Registr 2025)

Data MPSV ukazují, že v období 2018–2024 dochází k pozvolnému nárůstu celkového počtu vybraných pobytových sociálních služeb, a to z 1 653 zařízení v roce 2018 na 1 743 v roce 2024 (nárůst o 90 služeb, tedy přibližně o 5,4 %, MPSV 2025). Nejde však jen o kvantitativní růst, ale především o změnu struktury těchto služeb.

U dlouhodobých pobytových služeb pro seniory je patrný rozdílný vývoj dvou klíčových typů zařízení. Domovů pro seniory v letech 2018–2024 mírně ubylo (z 525 na 521 zařízení, pokles o 4 domovy, cca -0,8 %), zatímco domovy se zvláštním režimem výrazně posílily z 341 na 416 zařízení (nárůst o 75 domovů, téměř +22 %). To potvrzuje tezi, že zatímco „klasických“ domovů pro seniory lehce ubývá, specializovaných zařízení pro osoby se zvýšenou mírou závislosti (např. demence, duševní onemocnění apod.) zřetelně přibývá (MPSV 2025). Podobný trend je patrný i u domovů pro osoby se zdravotním postižením, kde dochází k mírnému růstu z 204 na 217 zařízení (+6,4 %), a u chráněného bydlení, které narostlo z 210 na 226 zařízení (+7,6 %).

Naopak u části služeb lze pozorovat úbytek či stagnaci. Klesá počet týdenních stacionářů (z 51 na 44, pokles o cca 13,7 %), azylových domů (z 217 na 211, cca -2,8 %) a výrazně ubylo domů na půl cesty (z 37 na 24, pokles zhruba o 35 %). Terapeutické komunity zůstávají po celé sledované období stabilní (15 zařízení), stejně jako služby následné péče (23 zařízení v roce 2018 i 2024). Na druhé straně je viditelný výrazný nárůst center sociálně rehabilitačních služeb v pobytové formě (z 17 na 32 zařízení, nárůst téměř o 88 %), a mírný růst počtu zařízení pro krizovou pomoc (z 13 na 14). Celkově tabulka ukazuje, že systém pobytových sociálních služeb v ČR se postupně přestrukturovává směrem k většímu zastoupení specializovaných služeb pro osoby s vyšší mírou závislosti a k posilování některých rehabilitačních a komunitně orientovaných služeb, zatímco některé tradiční nebo „přechodové“ formy podpory (týdenní stacionáře, domy na půl cesty, azylové domy) spíše stagnují nebo mírně ubývají (MPSV 2025).

Tabulka 1 Vývoj počtu vybraných sociálních služeb

Sociální služba	Rok			
	2018	2020	2022	2024
Týdenní stacionáře	51	46	47	44
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	204	208	208	217
Domovy pro seniory	525	524	525	521
Domovy se zvláštním režimem	341	367	396	416
Chráněné bydlení	210	220	222	226
Azylové domy	217	214	212	211
Domy na půl cesty	37	27	24	24
Terapeutické komunity	15	15	15	15
Zařízení pro krizovou pomoc (pobyť. zař.)	13	12	12	14
Centra sociálně rehabilitačních služeb (pobyť. zař.)	17	19	25	32
Služby následné péče (pobyť. zař.)	23	25	22	23
Celkem	1 653	1 677	1 708	1 743

Zdroj: Statistická ročenka MPSV (2025)

Statistická ročenka MPSV (viz tabulka č. 2) za rok 2024 ukazuje, že pobyťové sociální služby jsou z hlediska počtu uživatelů výrazně koncentrovány v několika málo typech zařízení. K 31. 12. 2024 bylo v domovech pro seniory téměř 34 tisíc klientů (33 708 osob) a v domovech se zvláštním režimem dalších 25,5 tisíce klientů (25 517 osob, MPSV 2025). Tyto dvě služby tak dohromady představují zhruba 71 % všech uživatelů vybraných pobyťových služeb (součet 59 225 klientů z celkového počtu 82 826). Dominantní pozice domovů pro seniory (cca 40,7 % všech klientů) a domovů se zvláštním režimem (cca 30,8 %) potvrzuje, že těžiště pobyťové péče v ČR je jednoznačně v dlouhodobé péči o seniory a osoby se zhoršeným zdravotním stavem či kognitivním postižením.

Významnou skupinu dále tvoří domovy pro osoby se zdravotním postižením s 10 852 klienty, tedy přibližně 13,1 % všech uživatelů. Naopak chráněné bydlení, které je často vnímáno jako modernější, komunitně orientovaná forma podpory, eviduje 4 287 uživatelů, což je přibližně 5,2 % celkového počtu. Je tak patrné, že ačkoli se chráněné bydlení rozvíjí, jeho kapacita je stále výrazně nižší než kapacita klasických pobyťových zařízení.

Ostatní služby v tabulce č. 1 mají spíše doplňkový charakter a jejich kapacity jsou v porovnání s domovy pro seniory či domovy se zvláštním režimem relativně malé. Azylové domy (5 417 klientů, cca 6,5 %) představují významný nástroj krizového a přechodného ubytování, nicméně jejich podíl na celkovém počtu klientů je výrazně nižší než u služeb dlouhodobé péče. Služby jako domy na půl cesty (190 klientů), zařízení pro krizovou pomoc (15 klientů), terapeutické komunity (227 klientů), centra sociálně rehabilitačních služeb (311 klientů), služby následné péče (260 klientů) nebo odlehčovací služby (1 469 klientů, cca 1,8 %) obsluhují jen zlomek uživatelů. To může naznačovat jednak jejich vysokou specializaci a cílení na užší skupiny klientů, ale také možné limity jejich kapacit a dostupnosti v území. Celkově tabulka potvrzuje, že systém pobytových sociálních služeb v ČR je výrazně orientován na dlouhodobé pobytové služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, zatímco jiné, flexibilnější nebo krizové formy pobytové podpory zůstávají kapacitně relativně omezené.

Tabulka 2 Počet klientů ve vybraných sociálních službách

Druh sociální služby	Počet uživatelů (klientů) k 31. 12. 2024
Týdenní stacionáře	573
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	10 852
Domovy pro seniory	33 708
Domovy se zvláštním režimem	25 517
Chráněné bydlení	4 287
Azylové domy	5 417
Domy na půl cesty	190
Zařízení pro krizovou pomoc	15
Terapeutické komunity	227
Centra sociálně rehabilitačních služeb	311
Služby následné péče	260
Odlehčovací služby	1 469
Celkem ČR	82 826

Zdroj: Statistická ročenka MPSV (2025)

Souhrnem lze říci, že sociální služby v České republice představují klíčový nástroj podpory osob v nepříznivé sociální situaci. Jsou vymezeny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a zahrnují široké spektrum terénních, ambulantních i pobytových forem, které zajišťují veřejní poskytovatelé, nestátní neziskové organizace, církve i soukromé subjekty. Síť sociálních služeb pro seniory v ČR tvoří tři hlavní skupiny: pobytové služby (domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem), terénní služby (pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služby) a ambulantní služby (denní stacionáře, centra denních služeb a sociálně aktivizační služby) Financování je z převážné části založeno na veřejných rozpočtech a dotačních mechanismech, doplněných úhradami uživatelů (Pospíšil a kol. 2016). Podle údajů registru sociálních služeb působí v ČR přibližně 2 150 poskytovatelů, kteří mají registrováno zhruba 5 751 sociálních služeb v 33 druzích.

Statistická ročenka MPSV za rok 2024 uvádí, že v pobytových službách bylo k 31. 12. 2024 celkem 82 826 klientů, z toho přibližně 33,7 tisíce v domovech pro seniory a 25,5 tisíce v domovech se zvláštním režimem (MPSV 2024). Současně přetrvává vysoký počet neuspokojených žádostí o pobytové i komunitní služby – jen u domovů pro seniory šlo o více než 70 tisíc a u domovů se zvláštním režimem téměř 38 tisíc žádostí (MPSV 2024).

Financování systému sociálních služeb je dlouhodobě nestabilní, závislé na každoročních dotačních řízeních a nejasném rozdělení kompetencí mezi státem, kraji a obcemi, což komplikuje plánování rozvoje kapacit, investice i inovace ze strany poskytovatelů. (Pospíšil a kol. 2016).

1.3.1 Regionální rozdíly v poskytování sociálních služeb pro seniory v ČR

Regionální rozměr sociálních služeb je dalším důležitým aspektem péče o seniory. NSRSS uvádí, že struktura a kapacita sociálních služeb se výrazně liší mezi kraji i jednotlivými obcemi. Některé kraje mají relativně rozvinutou síť pobytových zařízení, ale méně rozvinuté terénní služby, jinde je situace opačná (Pospíšil a kol. 2016). Významnou roli hraje velikost měst, ekonomická situace daného regionu, demografická struktura i aktivita krajů a obcí v oblasti komunitního plánování.

Z regionálních analýz NSRSS vyplývá, že velkou část poskytovatelů sociálních služeb tvoří nestátní neziskové organizace, obce a kraje, které kombinují různé zdroje financování (dotace MPSV, příspěvky zřizovatelů, úhrady uživatelů a vlastní fundraising). (Pospíšil a kol. 2016)

V některých krajích je síť služeb výrazně podporována z rozpočtu zřizovatelů, v jiných je závislost na státních dotacích mnohem vyšší (Pospíšil a kol., 2016). Tento stav vede k rozdílům v dostupnosti a stabilitě služeb, které se propisují i do možností péče o seniory.

Největší počet všech druhů sociálních služeb je v hlavním městě Praze (1 017), v Moravskoslezském kraji (772) a Středočeském kraji (739). Tyto regiony se vyznačují nejen vysokým počtem obyvatel, ale také široce rozvinutou sítí služeb různého typu – od pobytových, přes ambulantní až po terénní formy podpory (Registr 2025).

Na opačné straně nacházejí kraje s nejnižším počtem evidovaných služeb: Karlovarský kraj (197), Liberecký kraj (298) a Kraj Vysočina (305). Nižší počet služeb zde souvisí jednak s menším počtem obyvatel, ale zároveň i s omezenější nabídkou některých specializovaných forem péče, což může zhoršovat reálnou dostupnost služeb zejména v periferních a venkovských oblastech (Registr 2025).

Domovy pro seniory jsou nejvíce zastoupeny ve Středočeském kraji (78) a Moravskoslezském kraji (64), zatímco v Karlovarském kraji funguje pouze 19 těchto zařízení. Podobně jsou na tom domovy se zvláštním režimem, kde nejvyšší počet opět ve Středočeském kraji (67), zatímco v Karlovarském kraji je k dispozici pouze 15 zařízení, tedy méně než třetina středočeského stavu. Pečovatelská služba je nejvíce rozšířena ve Středočeském kraji (99) a nejméně v Karlovarském kraji (22). U osobní asistence je patrně vyšší koncentrace v Praze (46) a ve Středočeském kraji (31) oproti Karlovarskému kraji (8) a Kraji Vysočina (8). Odlehčovací služby, klíčové pro podporu neformálně pečujících, mají největší zastoupení ve Středočeském kraji (63), zatímco v Karlovarském kraji je evidováno pouze 8 těchto služeb.

Nyní v České republice desetitisíce seniorů čekají na umístění do domova pro seniory či jiné služby. Koncem roku 2024 šlo o 70 tis. evidovaných žádostí do domovů pro seniory a skoro 38 tis. žádostí do domovů se zvláštním režimem. Nižší je uvedena tabulka s neuspokojenými žádostmi dle jednotlivých krajů, která vychází ze statistické ročenky MPSV za rok 2024.

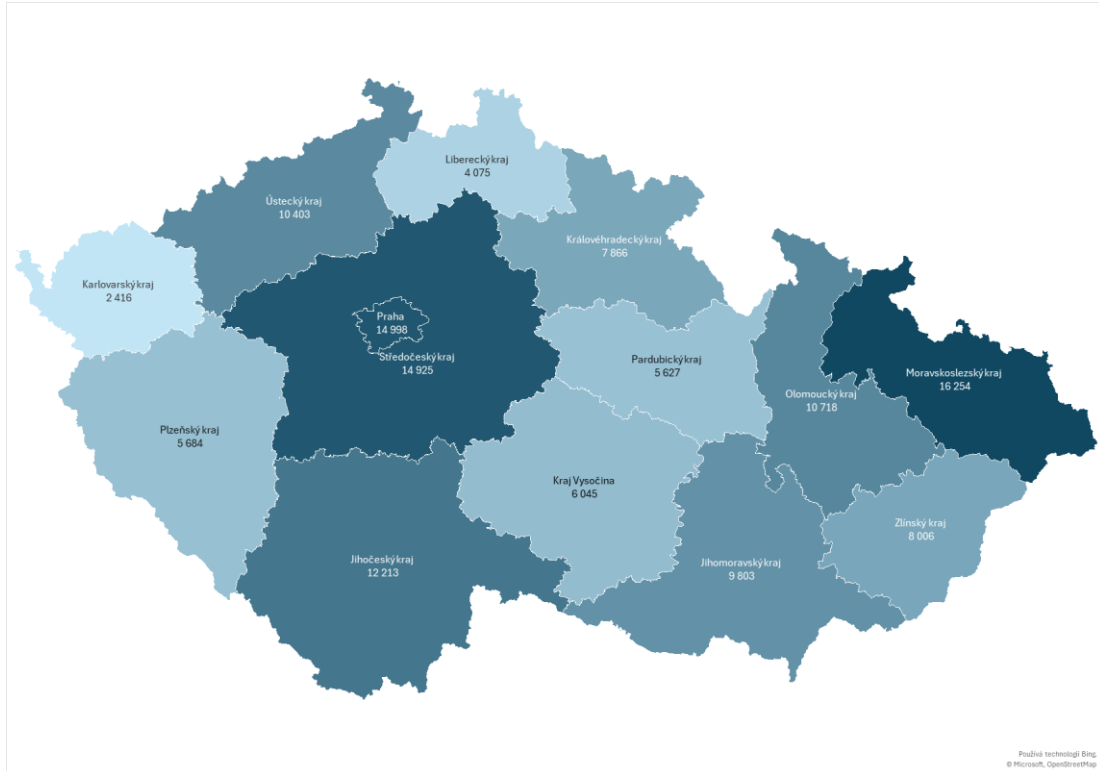
Tabulku č. 3 nelze chápat jako přesný obraz skutečně neuspokojené poptávky. Údaje vycházejí ze statistického šetření v gesci MPSV, které musí každý poskytovatel sociálních služeb odevzdat do 30. června za předchozí kalendářní rok. Výsledky jsou navíc ovlivněny možnou chybovostí při vykazování a také tím, že žadatel může současně podat neomezený počet žádostí do různých zařízení. Protože nelze žádosti jednotně sledovat například podle rodného čísla, dochází zejména u pobytových služeb sociální péče k duplicitnímu vykazování některých osob.

Tabulka 3 Počet neuspokojených žádostí u vybraných sociálních služeb za rok 2024

celkem ČR	Poskytovaná sociální služba								
	centra denních služeb	denní stacionáře	týdenní stacionáře	domovy pro osoby se zdr. postižením	domovy pro seniory	domovy se zvláštním režimem	odlehčovací služby	osobní asistence	pečovatelská služba
Hlavní město Praha	3	199	5	229	7 272	3 178	643	3 123	346
Středočeský kraj	0	61	42	418	9 441	4 056	357	185	365
Jihočeský kraj	1	5	29	212	9 684	1 665	178	75	364
Plzeňský kraj	0	10	0	496	2 084	2 967	114	0	13
Karlovarský kraj	0	5	8	57	695	857	26	13	755
Ústecký kraj	0	34	18	476	5 656	3 378	266	9	566
Liberecký kraj	0	26	0	70	2 269	950	135	326	299
Královéhradecký kraj	0	0	1	428	4 549	2 671	63	38	116
Pardubický kraj	27	6	5	119	3 596	1 047	343	280	204
Kraj Vysočina	0	76	3	146	2 945	2 050	133	52	640
Jihomoravský kraj	9	74	17	445	3 976	4 269	209	240	564
Olomoucký kraj	0	40	20	126	6 512	3 536	212	53	219
Zlínský kraj	19	76	9	178	3 493	2 475	904	280	572
Moravskoslezský kraj	34	78	15	643	8 037	4 750	1 056	690	951
Celkem ČR	93	690	172	4 043	70 209	37 849	4 639	5 364	5 974

Zdroj: Statistická ročenka MPSV (2025)

Mapa 1 Souhrnný počet neuspokojených žádostí u vybraných sociálních služeb za rok 2024



Zdroj: Vlastní výpočet dle MPSV (2025)

V souhrnu lze konstatovat, že kapacita sociálních služeb pro seniory v České republice ukazuje významné regionální rozdíly jak v počtu poskytovatelů, tak ve struktuře i dostupnosti jednotlivých druhů služeb. Nejvíce sociálních služeb je soustředěno v hustě obydlených oblastech, zejména v Moravskoslezském a Středočeském kraji a v hlavním městě Praze, zatímco Karlovarský kraj, Liberecký kraj a Kraj Vysočina patří k regionům s nejnižším počtem registrovaných služeb. Ve struktuře převažují pečovatelské služby.

Významným problémem nadále zůstává vysoká míra neuspokojené poptávky, zejména po pobytových službách sociální péče, oproti službám sociální prevence nebo odborného sociálního poradenství. Evidovaných je přibližně 108 tisíc žádostí o umístění, avšak tento údaj je zatížen duplicitami. Tato čísla ukazují na nedostatečnou kapacitu systému a potřebu jeho rozšíření, a to jak prostřednictvím navyšování pobytových kapacit, tak posilováním terénních a ambulantních forem péče.

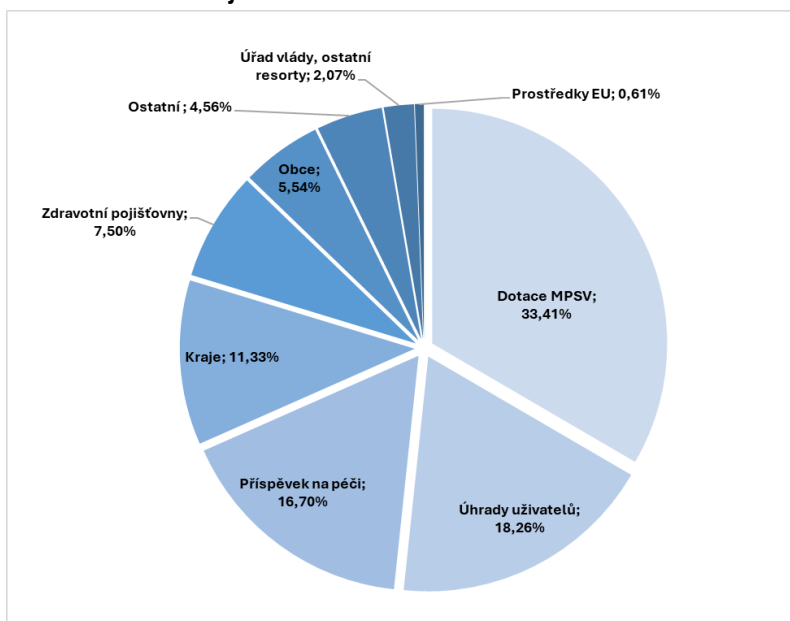
1.3.2 Financování sociálních služeb

Financování sociálních služeb je popsáno v Národní strategii sociálních služeb (dále jen NSRSS) jako jeden z klíčových problémů celého systému sociálních služeb v České republice. NSRSS uvádí, že výdaje na sociální služby z veřejných rozpočtů dosahují desítek miliard korun ročně, přičemž významnou část tvoří dotace MPSV, krajské a obecní příspěvky a úhrady uživatelů za poskytnuté služby. K tomu se přidávají osobní finance uživatelů těchto služeb, například jako úhrady na stravu, ubytování či nadstandardní služby v pobytových zařízeních (Pospíšil a kol. 2016).

NSRSS zároveň upozorňuje na dlouhodobou nestabilitu financování sociálních služeb, a to zejména závislost na každoročním dotačním řízení MPSV, absenci víceletého financování a nejasnou roli obcí a krajů v zajištění základní sítě služeb. Tento stav komplikuje plánování rozvoje kapacit, investice do modernizace zařízení i motivaci poskytovatelů k inovacím. NSRSS proto doporučuje stabilnější model financování, který by směřem k financování sociálních služeb jasně definoval kompetence jednotlivých úrovní veřejné správy a transparentnější systém úhrad od uživatelů (Pospíšil a kol. 2016).

Graf č. 1 ukazuje, že financování nákladů sociálních služeb je poměrně silně koncentrováno do několika hlavních zdrojů. Největší podíl představují dotace Ministerstva práce a sociálních věcí, které kryjí zhruba třetinu všech nákladů (33,41 %). Druhým největším zdrojem jsou přímé úhrady uživatelů za poskytované služby (18,26 %) a třetím příspěvek na péči (16,70 %). Tyto tři položky dohromady financují téměř 70 % veškerých výdajů na sociální služby. Významnou roli hrají také rozpočty krajů (11,33 %) a zdravotní pojišťovny (7,50 %). Menší, ale nikoli zanedbatelné jsou podíly obcí (5,54 %) a ostatních zdrojů (4,56 %). Zcela marginální roli v roce 2023 sehrávají prostředky EU (0,61 %) a specifické programy Úřadu vlády a ostatních resortů (2,07 %). Celkově je tedy patrné, že většina nákladů je hrazena z veřejných zdrojů – ať již přímo (dotace MPSV, kraje, obce, Úřad vlády, EU) nebo nepřímo prostřednictvím příspěvku na péči a zdravotního pojištění – zatímco soukromé platby uživatelů tvoří menší, byť stále významný podíl. Data vycházejí z pravidelných ročních výkazů, které se podávají vždy rok zpětně. Data za rok 2024 ještě MPSV nezveřejnilo.

Graf 1 Zdroje financování sociálních služeb za rok 2023



Zdroj: vlastní výpočet dle MPSV 2024

1.4 Neformální péče

Do systému dlouhodobé péče patří i oblast sociálních služeb, ale i neformální péče, kterou poskytují nejčastěji rodinní příslušníci. Neformální péče představuje v českém systému dlouhodobé péče zcela zásadní, ale dlouhodobě podceněný prvek. Většina pomoci lidem se závažným zdravotním postižením nebo ve vysokém věku se odehrává v rodinách, mezi příbuznými a v širší komunitě, mimo rámec formálních sociálních a zdravotních služeb. Odhaduje se, že v České republice poskytuje časově náročnou neformální péči přibližně 250 tisíc osob, přičemž podstatnou část této skupiny tvoří pečující o seniory, vedle pečujících o dítě či dospělého se zdravotním postižením (Geissler a kol. 2015).

Specifikem neformální péče je silná vazba mezi pečující a opečovávanou osobou. Šetření MPSV z roku 2024 uvádí, že pečující bývají na péči často citově zainteresováni a rozhodnutí pečovat mnohdy vnímají jako morální povinnost vůči blízkému člověku. (Hamanová a kol. 2024)

Tento aspekt je důležitý i pro sociální práci: kromě „výkonu“ péče je třeba pracovat s motivací, očekáváními, hranicemi a dlouhodobou udržitelností situace v rodině.

Obsah neformální péče je široký a v praxi často přesahuje běžnou „pomoc v domácnosti“. V prezentaci výsledků šetření MPSV jsou mezi vykonávanými činnostmi zmiňovány jak úkony praktické a organizační (např. doprovody, jednání s úřady, organizace pomoci a správa financí), tak i úkony s výrazným zdravotním přesahem (např. podávání léků, aplikace injekcí, hygiena, polohování, rehabilitace a cvičení). (MPSV 2024)

To ukazuje, že neformální pečující často fakticky zajišťují komplexní podporu, která vyžaduje koordinaci sociálních a zdravotních služeb a zároveň srozumitelnou informační podporu.

Z hlediska struktury pečujících je vhodné reflektovat genderový rozměr. V analyzovaném souboru neformálních pečujících tvořily ženy 60 % a muži 40 % respondentů. (MPSV 2024)

Závěrečná zpráva výzkumu MPSV z roku 2024 zároveň upozorňuje, že výrazná převaha žen v neformální péči může vést k jejich dlouhodobému ekonomickému znevýhodnění, včetně dopadů do budoucích důchodů. Mezi popsané problémy patří i nedostatek flexibilních úvazků a omezené možnosti práce z domova. (Hamanová a kol. 2024)

Podpora neformální péče ze strany veřejného sektoru je v České republice dlouhodobě roztržštěná a nahodilá. Chybí jednotná koncepce, legislativní rámec jednoznačně vymezující postavení pečujících osob a komplexní balík nástrojů, který by systematicky řešil finanční zajištění, dostupnost služeb, možnost odpočinku i sladování práce a péče.

1.5 Shrnutí

Závěrem teoretické části lze konstatovat, že demografické stárnutí představuje v České republice i v rámci Evropské unie strukturální změnu, nikoli pouze statistický posun ve věkové struktuře. Projekce ČSÚ i evropské analýzy ukazují trvalý nárůst podílu osob ve věku 65+ a zejména výrazný růst skupiny osob ve věku 80 a více let, spolu s růstem indexu stáří a ekonomické závislosti (EUROSTAT 2025). To vytváří dlouhodobý tlak na důchodové systémy, zdravotnictví, a především na oblast dlouhodobé péče (Horecký a Průša 2019).

Teoretická východiska zároveň ukazují, že Česká republika vstupuje do tohoto demografického období s již existujícím „deficitem“ v infrastruktuře dlouhodobé péče. Ve srovnání s vyspělými evropskými státy disponuje ČR podprůměrnými kapacitami lůžek dlouhodobé péče i relativně slabě rozvinutými komunitními a domácími službami. Očekávaný nárůst počtu seniorů závislých na pomoci druhých – včetně výrazného růstu počtu příjemců příspěvku na péči – tak naráží na systém, který je již nyní napjatý a kapacitně poddimenzovaný (Horecký a Průša 2019; MPSV 2021).

Analýza struktury sociálních služeb v ČR potvrzuje, že těžiště péče o seniory je dlouhodobě soustředěno do pobytových služeb, zejména domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Tyto dvě služby představují přibližně sedm desetin všech uživatelů vybraných pobytových služeb (MPSV 2025). Zároveň dochází k postupné přestrukturalizaci sítě: zatímco počet domovů pro seniory mírně klesá, výrazně narůstá počet domovů se zvláštním režimem, domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněného bydlení, stejně jako některých rehabilitačních a komunitně orientovaných služeb (MPSV 2025). Systém tak reaguje na rostoucí podíl osob s vyšší mírou závislosti a kognitivním postižením, nicméně kapacitně zůstává nerovnovážný – modernější, komunitní formy péče se rozvíjejí pomaleji, než by odpovídalo demografickým prognózám.

Teoretická část také doložila výrazné regionální rozdíly v dostupnosti a struktuře sociálních služeb. Nejvíce služeb je soustředěno v Praze, Moravskoslezském a Středočeském kraji, zatímco Karlovarský kraj, Liberecký kraj a Kraj Vysočina patří k regionům s nejnižším počtem služeb (Registr 2025). Vysoký počet evidovaných, avšak částečně duplicitních neuspokojených žádostí – přibližně 108 tisíc u pobytových služeb sociální péče – přesto signalizuje výraznou nevyváženost mezi poptávkou a nabídkou, zejména u pobytových služeb pro seniory a osoby se zvláštním režimem (MPSV 2025). To potvrzuje, že stárnutí populace má výraznou prostorovou dimenzi a že plánování kapacit dlouhodobé péče musí brát v úvahu krajské a lokální specifické podmínky (Pospíšil a kol. 2016).

Dalším klíčovým zjištěním je význam a současně zranitelnost neformální péče. Péče poskytovaná rodinnými příslušníky tvoří zásadní, ale legislativně nedostatečně ukotvený pilíř systému dlouhodobé péče. Přibližně čtvrt milionu osob poskytuje časově náročnou neformální péči, často bez stabilního systémového zajištění a s omezenou možností sladit péči se zaměstnáním (Geissler a kol. 2015). Příspěvek na péči sice představuje klíčový finanční nástroj podpory závislých osob, ale sám o sobě nemůže nahradit komplexní koncepci podpory neformálně pečujících, která by řešila jejich sociální, pracovní i finanční situaci.

Napříč celou teoretickou částí se jako průřezový problém ukazuje nestabilní a roztříštěné financování systému sociálních služeb. Závislost na každoročních dotačních řízeních MPSV, absence víceletého financování a nejasné rozdělení kompetencí mezi státem, kraji a obcemi komplikují strategické plánování, investice i inovace v oblasti služeb dlouhodobé péče (Pospíšil a kol. 2016; MPSV 2021). V kombinaci s demografickým vývojem, regionálními nerovnostmi a podceněnou rolí neformální péče to vytváří prostředí vysokého systémového rizika – jak pro samotné seniory, tak pro jejich rodiny i poskytovatele služeb.

Teoretická část tak vymezuje základní rámec, v němž je nutné uvažovat o současném i budoucím nastavení péče o seniory v České republice: rychle stárnoucí populace, strukturálně poddimenzovaná a nerovnoměrně rozložená síť služeb, nestabilní financování a klíčová, ale nedostatečně podporovaná role neformální péče. Na tato zjištění navazují analytické a empirické části práce, které se zaměřují na detailnější zhodnocení postavení České republiky v evropském kontextu, na regionální rozdíly v dostupnosti služeb a na konkrétní dopady demografického stárnutí na potřebu a plánování péče o seniory v jednotlivých krajích.

2 Praktická část

V této kapitole je provedena analýza vývoje vybraných sociálních služeb dlouhodobé péče v České republice v letech 2019–2024. Analýza je zaměřena na tři typy sociálních služeb: domovy pro seniory (DS), domovy se zvláštním režimem (DZR) a pečovatelskou službu (PS). Praktická část pracuje s daty na úrovni krajů a jejím cílem je zachytit časový vývoj, regionální rozdíly a souvislosti s demografickým stárnutím. Výsledky jsou dále doplněny o projekční pohled – na základě demografické projekce jsou odvozeny odhady potřebných kapacit pobytových služeb (DS a DZR) a potřebného objemu pečovatelské služby (PS) pro roky 2030, 2040 a 2050 při výchozím roce 2024.

2.1 Cíl výzkumu

Cílem praktické části bakalářské práce je zhodnotit, jak se v letech 2019–2024 vyvíjí využití vybraných sociálních služeb dlouhodobé péče (DS, DZR a PS) v jednotlivých krajích České republiky ve vztahu k demografickému stárnutí, a současně na základě demografické projekce odhadnout potřebné kapacity služeb do budoucna. Konkrétně se jedná o odhad potřebné kapacity lůžek u DS a DZR a odhad potřebného objemu hodin u PS pro cílové roky 2030, 2040 a 2050, přičemž výchozím rokem je 2024.

Na základě tohoto cíle byla stanovena hlavní výzkumná otázka (HVO) a z ní byly odvozeny dílčí výzkumné otázky (DVO), které tvoří strukturu praktické části. Hypotézy byly formulovány tak, aby bylo možné ověřit klíčové předpoklady vyplývající z teoretických východisek a z logiky demografického vývoje.

Hlavní výzkumná otázka (HVO)

Jak se v letech 2019–2024 vyvíjí využití domovů pro seniory (DS), domovů se zvláštním režimem (DZR) a rozsah pečovatelské služby (PS) v jednotlivých krajích ČR ve vztahu k demografickému stárnutí, a jaké jsou na základě demografické projekce odhady potřebných kapacit DS a DZR (počet lůžek) a potřebného objemu PS (hodiny) pro roky 2030, 2040 a 2050 při výchozím roce 2024?

Dílčí výzkumné otázky (DVO)

DVO1: Jak se v letech 2019–2024 mění využití DS, DZR (klient-dny, průměrná denní obsazenost) na úrovni ČR a krajů?

DVO2: Jak se v letech 2019–2024 mění využití PS (klient-dny, průměrná denní obsazenost) na úrovni ČR a krajů?

DVO3: Jaké jsou regionální rozdíly: které kraje vykazují největší nárůst/pokles využití DS/DZR a rozsahu PS (v absolutních hodnotách i po standardizaci na seniorské populace 65+ a 80+)?

DVO4: Jaká je odhadovaná potřeba lůžkových kapacit DS a DZR a objemu hodin PS v jednotlivých krajích pro roky 2030, 2040 a 2050, pokud se zachová intenzita využití služeb z roku 2024 (projekční výpočet)?

Hypotézy

H1: V období 2019–2024 roste využití DZR (klient-dny / průměrná denní obsazenost) rychleji než využití DS.

H2: V období 2019–2024 roste u PS intenzita podpory, měřená hodinami služby na jednoho uživatele.

H3: Kraje s vyšší mírou demografického stárnutí (např. vyšší podíl 65+ nebo 80+) vykazují vyšší využití pobytových služeb po přepočtu na seniorskou populaci.

H4: Kraje s vyšší mírou demografického stárnutí vykazují vyšší rozsah PS po přepočtu na seniorskou populaci (např. hodiny služby na 1 000 osob 65+/80+).

H5: V některých krajích se vztah mezi stárnutím a využitím služeb oslabí vlivem nabídky (kapacity/síť) – tj., že s rostoucím věkem nemusí lidé využívat služby automaticky a ve stejném poměru.

H6: Pokud se nezmění způsob využívání služeb oproti roku 2024, demografický vývoj povede do roku 2050 k nárůstu potřebné kapacity lůžek DS a DZR a k nárůstu potřebného objemu hodin PS. Zátěž poroste nerovnoměrně napříč kraji.

2.2 Metodika výzkumu

Praktická část je zpracována jako kvantitativní analýza sekundárních dat MPSV a demografických dat ČSÚ. Zvolená strategie odpovídá povaze výzkumného problému, kterým je zachycení časového vývoje a regionálních rozdílů v dlouhodobé péči a posouzení souvislosti těchto změn s demografickým stárnutím na úrovni krajů.

Analýza pracuje se dvěma hlavními typy datových zdrojů:

1. **Data o sociálních službách (DS, DZR, PS)** za roky 2019–2024 z ročních statistických výkazů MPSV.
2. **Demografická data ČSÚ** pro krajskou úroveň (NUTS3), zejména věková struktura obyvatelstva k 31. 12. za jednotlivé roky (časová řada). Pro výpočet stárnutí je využito zejména ukazatel 65+ a 80+ dle pětiletých věkových skupin publikovaných ČSÚ.

Analýza byla provedena za období 2019–2024 a zahrnuje všech 14 krajů České republiky včetně hlavního města Prahy. Vzhledem k tomu, že práce vychází ze sekundárních administrativních dat, nejde o výběr respondentů v klasickém smyslu, ale o zpracování dostupných ročních datových souborů za dané služby a období. Vedle krajského pohledu je vytvářen rovněž souhrn za Českou republiku, který slouží pro celkový kontext a srovnání s regionálními trendy.

Pro pobytové služby domovy pro seniory (DS) a domovy se zvláštním režimem (DZR) je základní jednotkou objem poskytnuté pobytové péče vyjádřený prostřednictvím klient-dnů. Z klient-dnů je následně odvozena průměrná denní obsazenost, která je vypočtena jako podíl klient-dnů a počtu dní v příslušném roce (365, resp. 366). U pečovatelské služby (PS) je sledován rozsah poskytované podpory zejména pomocí ukazatelů hodiny služby a počet uživatelů (unikátních), případně dalších dat, pokud jsou v datech meziročně konzistentní. Z těchto údajů je odvozen ukazatel intenzity podpory, definovaný jako počet hodin služby na jednoho uživatele. Aby bylo možné posoudit vztah mezi využitím služeb a demografickým stárnutím, byly vytvořeny ukazatele, které vztahují obsazenost pobytových služeb nebo počet hodin pečovatelské služby k velikosti seniorské populace v kraji. Prakticky se jedná například o přepočtenou průměrnou obsazenost DS/DZR na 1 000 osob ve věku 80+ a přepočtenou hodinu PS na 1 000 osob ve věku 65+ či 80+. Demografické stárnutí je operacionalizováno pomocí absolutních počtů a podílů věkových skupin 65+ a 80+ na úrovni krajů v časové řadě.

2.2.1 Zpracování dat

Zpracování dat probíhalo v několika navazujících krocích. Nejprve byly datové soubory zkontrolovány z hlediska formátu, úplnosti a srovnatelnosti mezi jednotlivými roky, včetně ověření správnosti datových typů a zjištění chybějících nebo nestandardních hodnot. Následně byly datové sady sjednoceny tak, aby bylo možné údaje souhrnně zpracovat na úrovni kraj a rok pro služby DS, DZR a PS. Poté byly vypočteny odvozené ukazatele, zejména průměrná denní obsazenost u pobytových služeb a intenzita podpory u pečovatelské služby. V další fázi byly k datům o sociálních službách přiřazeny demografické údaje o věkové struktuře obyvatelstva v krajích. Na základě tohoto propojení byly vytvořeny ukazatele (např. na 1 000 osob 65+ nebo 80+), které umožňují porovnání krajů s odlišnou velikostí seniorské populace a současně analýzu souvislostí mezi stárnutím a využitím služeb. Výsledkem je souhrnný datový základ využitý pro tvorbu tabulek a grafů a pro navazující analytickou část.

2.2.2 Etika a omezení výsledků výzkumu

Výzkum pracuje se sekundárními daty v souhrnné podobě, která neumožňují identifikaci konkrétních osob a neobsahují citlivé osobní údaje ve smyslu přímo identifikovatelných dat. Jelikož data, která má k dispozici MPSV také nejsou adresná, je nutné uvést, že počty klientů se mohou vzájemně duplikovat. Během poskytování sociální služby totiž běžně dochází k tomu, že klient přechází z jedné sociální služby do druhé, nebo je mu poskytováno více sociálních služeb najednou. Z hlediska ochrany dat o klientech, ale také chybějícího zákonného zmocnění nejsou data o klientech nebo zaměstnancích vykazována např. na rodné číslo či jiný osobní identifikátor, který by mohl duplicitu odstranit.

2.3 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Tato podkapitola shrnuje zjištění z analýzy tří typů sociálních služeb dlouhodobé péče: domovy pro seniory (DS), domovy se zvláštním režimem (DZR) a pečovatelská služba (PS). Východiskem byly roční datové soubory za období 2019–2024. U pobytových služeb (DS a DZR) je klíčovým ukazatelem „klient-den“ (součet dnů poskytování péče všem klientům v daném roce), z něhož byl dopočten odhad průměrné obsazenosti (klient-dny / počet dnů v roce). U PS je hlavním ukazatelem celkový objem poskytnuté péče v hodinách a počet unikátních klientů v daném roce.

2.3.1 Domovy pro seniory a regionální rozdíly

V období 2019–2024 vykazuje využití domovů pro seniory mírně klesající trend. Celkový počet klient-dnů klesl z 12 450 448 (2019) na 11 978 887 (2024), tj. přibližně o 3,8 %. Tomu odpovídá i odhad průměrné obsazenosti, která se snížila z 34 111 osob (průměrný den roku 2019) na 32 729 osob (průměrný den roku 2024). Za pozornost stojí, že nejnižších hodnot dosahuje rok 2021 (jak v klient-dnech, tak v obsazenosti), zatímco rok 2022 představuje částečné „dotažení“ zpět směrem k úrovní roku 2020. Počet poskytovatelů a počet služeb v celostátním souhrnu nevykazuje dramatické změny (pohybuje se v řádu jednotek), což naznačuje, že hlavní změna je spíše v míře využití/obsazenosti než v masivním úbytku formálně existujících služeb.

Regionální obraz je výrazně diferencovaný. V absolutních hodnotách obsazenosti (odvozených z klient-dnů) má v roce 2024 nejvyšší průměrnou obsazenost Středočeský kraj a Moravskoslezský kraj, dále Hlavní město Praha. Tento výsledek je očekávatelný, protože absolutní objem souvisí s velikostí kraje a počtem obyvatel.

Tabulka 4 Počty kliento-dnů domova pro seniory

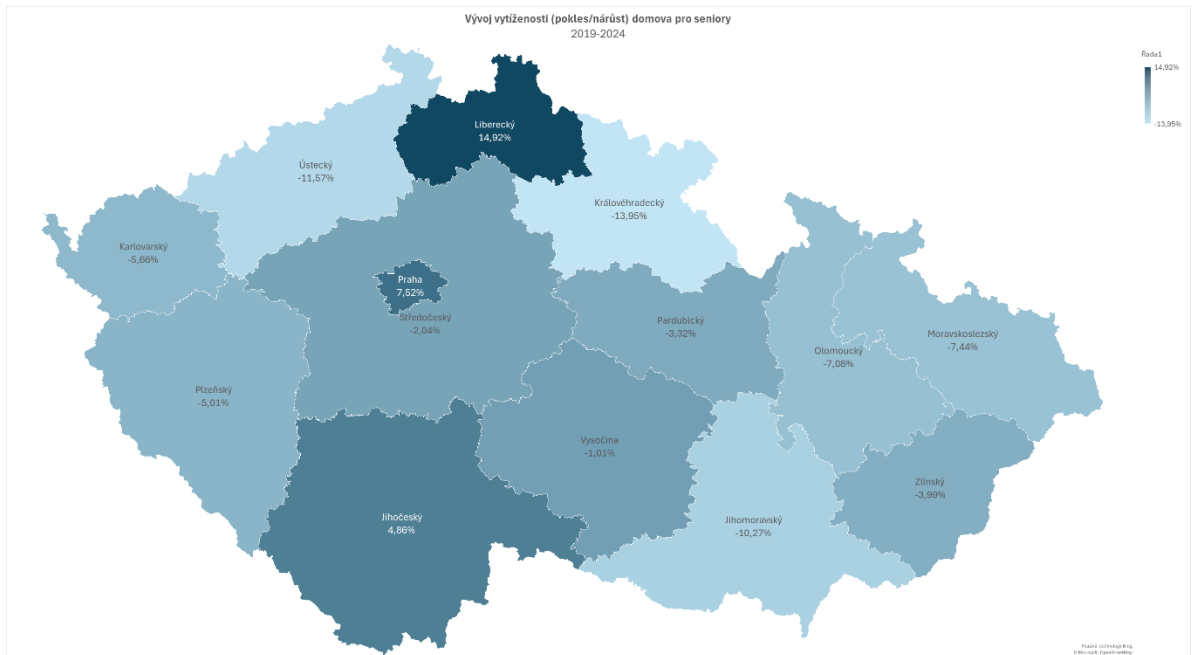
Počty kliento-dnů (reálná vytíženost, intenzita péče)							
Kraj	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Změna abs
Praha	3 291	3 220	3 284	3 505	3 379	3 539	248
Jihočeský	2 678	2 699	2 666	2 762	2 797	2 808	130
Liberecký	857	858	881	952	961	985	128
Vysočina	1 761	1 819	1 801	1 814	1 912	1 743	- 18
Karlovarský	759	716	700	782	765	716	- 43
Pardubický	1 919	1 861	1 772	1 823	1 683	1 855	- 64
Plzeňský	1 519	1 449	1 396	1 420	1 381	1 443	- 76
Zlínský	2 198	2 142	2 085	2 031	2 099	2 110	- 88
Středočeský	4 536	4 582	4 331	4 396	4 225	4 443	- 92
Olomoucký	2 417	2 413	2 263	2 428	2 456	2 246	- 171
Jihomoravský	2 498	2 412	2 427	2 406	2 303	2 242	- 256
Královéhradecký	2 149	2 061	2 024	2 046	2 045	1 849	- 300
Moravskoslezský	4 396	4 168	3 934	4 119	4 181	4 069	- 327
Ústecký	3 133	2 981	2 785	2 751	2 857	2 770	- 362

Zdroj: vlastní výpočty dle MPSV (2025)

Při porovnání změny mezi roky 2019 a 2024 vykazují růst klient-dnů pouze některé kraje – nejvýrazněji Liberecký kraj (+14,9 %), dále Hlavní město Praha (+7,5 %) a Jihočeský kraj (+4,9 %). Naopak největší pokles je patrný v Královéhradeckém kraji (-14,0 %), Ústeckém kraji (-11,6 %) a Jihomoravském kraji (-10,3 %). Tyto rozdíly naznačují, že vývoj v DS nelze vysvětlit pouze celostátním trendem stárnutí, ale že významně působí i krajská síť služeb, dostupnost kapacit a možné přesuny mezi typy péče (institucionální vs. komunitní/terénní).

Mírný pokles obsazenosti DS v čase je možné interpretovat jako kombinaci více faktorů. Jednak se jedná o demografické změny v populaci seniorů (zejména růst skupiny 80+), jednak o omezení kapacit, jednak o možnou částečnou kombinaci s jinými formami péče (např. posílení DZR nebo terénních služeb). Současně platí, že samotný ukazatel obsazenosti DS nemusí přímo kopírovat reálnou potřebu, protože DS jsou do značné míry kapacitně limitovaná služba: pokud kapacity nerostou, může růst potřeby „zůstat mimo“ tento ukazatel a projevit se jinde (čekací doby, rodinná péče, PS, DZR).

Mapa 2 Vývoj vytíženosti domova pro seniory v krajích



Zdroj: vlastní výpočet dle MPSV (2025)

2.3.2 Domovy se zvláštním režimem a regionální rozdíly

U DZR je trend opačný než u DS: dochází k výraznému růstu využití služby. Počet klient-dnů vzrostl z 6 982 219 (2019) na 8 897 497 (2024), tj. přibližně o 27,4 %. Odhad průměrné obsazenosti se zvýšil z 19 129 (2019) na 24 310 (2024). Růst je patrný zejména od roku 2022, kdy dochází k výraznému navýšení jak klient-dnů, tak obsazenosti; trend pokračuje i v letech 2023 a 2024. Současně mírně roste i počet poskytovatelů a počet služeb zachycených v souhrnných datech, což může naznačovat reálné posilování segmentu DZR v síti sociálních služeb.

Regionálně je růst DZR velmi nerovnoměrný. Z hlediska absolutní obsazenosti dominuje v roce 2024 Hlavní město Praha, dále Středočeský kraj a Jihomoravský kraj. Z hlediska změny mezi lety 2019 a 2024 je mimořádně výrazný nárůst v Hlavním městě Praze (+136 %), dále ve Vysočině (+53,8 %) a v Královéhradeckém kraji (+46,3 %). Na druhé straně je vývoj v některých krajích pouze mírně rostoucí a v Pardubickém kraji je patrný i mírný pokles (-4,8 %). Tyto rozdíly naznačují, že rozvoj DZR je (více než DS) citlivý na regionální strategii rozvoje sítě, investice a zřejmě i na strukturu potřeb (např. nárůst osob s demencí či jinými specifickými potřebami, které DZR typicky řeší).

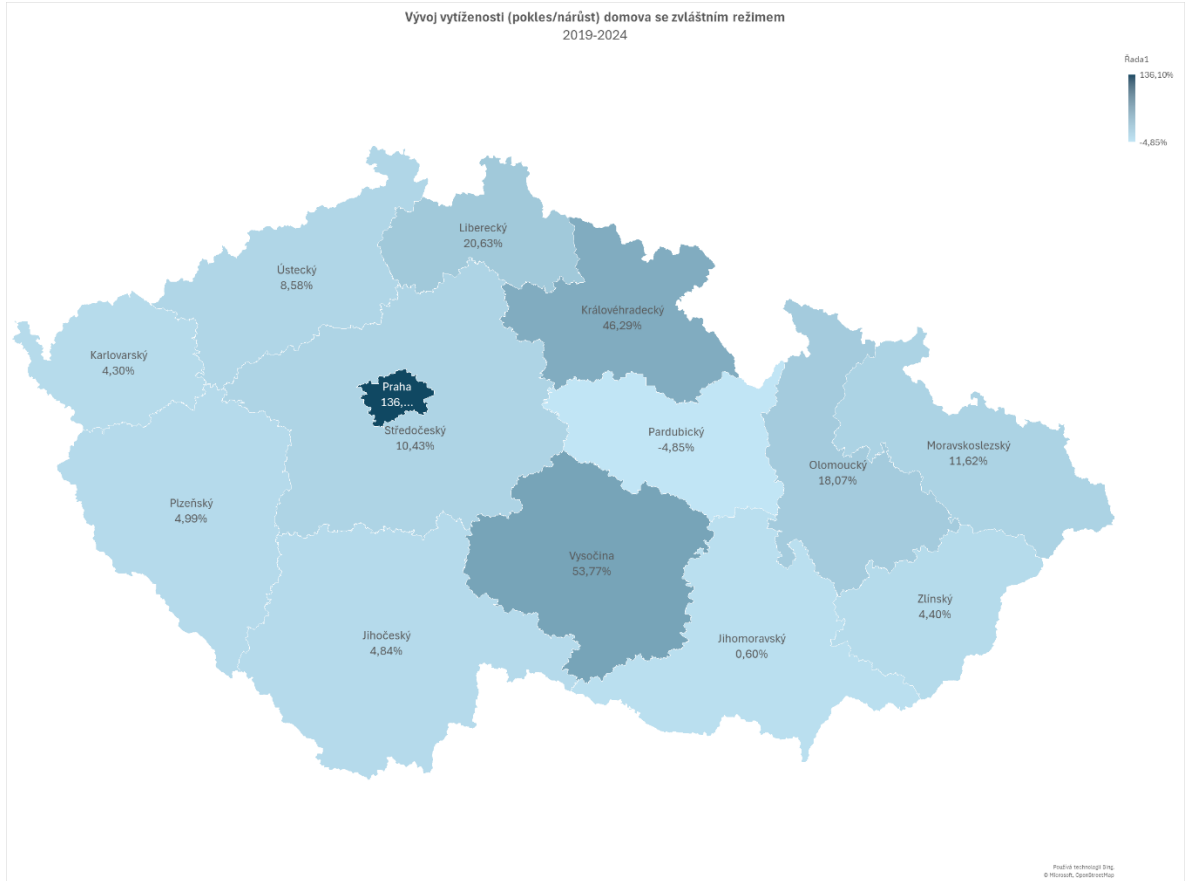
Tabulka 5 Počty kliento-dnů domova se zvláštním režimem

Počty kliento-dnů (reálná vytíženost, intenzita péče)							
Kraj	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Změna abs
Praha	2 542	2 703	3 144	4 451	5 552	6 001	3 459
Vysočina	774	878	953	1 003	1 162	1 190	416
Středočeský	3 067	3 112	2 675	3 012	3 109	3 387	320
Královéhradecký	530	531	560	665	711	776	245
Moravskoslezský	1 923	1 883	1 796	1 932	2 104	2 147	224
Ústecký	2 044	2 102	2 101	2 071	2 152	2 219	175
Olomoucký	898	906	929	859	905	1 060	162
Liberecký	609	736	682	650	654	735	126
Plzeňský	1 049	998	1 017	1 084	1 147	1 101	52
Zlínský	930	930	936	975	975	971	41
Jihočeský	583	621	459	499	569	612	28
Karlovarský	432	395	407	422	466	451	19
Jihomoravský	2 968	2 780	2 822	2 880	2 927	2 986	18
Pardubický	781	690	747	788	817	743	-38

Zdroj: vlastní výpočty dle MPSV (2025)

Výrazný růst DZR není ojedinělý. Nejspíše souvisí s tím, že se v systému dlouhodobé péče se zvyšuje význam péče pro osoby s vysokou mírou podpory a specifickými potřebami (např. kognitivní poruchy). Z hlediska praktických dopadů to může znamenat přeskupování institucionálních kapacit. Část poptávky, která by dříve směřovala do DS, může být dnes uspokojována v DZR. Tento jev lze sledovat i u konkrétních poskytovatelů, kteří v jedné budově poskytují jak DS, tak DZR. Jak klienti postupně stárnou a více se u nich objevují neurodegenerativní onemocnění, tak se přesouvají na lůžka DZR, ale reálně se celkové kapacity nemění. Regionální nerovnoměrnost růstu však současně ukazuje, že nejde o čistě demografický vliv, ale o výsledek kombinace poptávky a nabídky (kapacit, personálu, investic a nastavení sítě).

Mapa 3 Vývoj vytíženosti domova se zvláštním režimem v krajích



Zdroj: vlastní výpočet dle MPSV (2025)

2.3.3 Pečovatelská služba – vývoj rozsahu služby

U pečovatelské služby (PS) je hlavním ukazatelem rozsahu poskytované péče celkový roční počet hodin. V celé České republice se tento rozsah ve sledovaném období zvýšil: celkové hodiny PS vzrostly z 4 390 973 hodin v roce 2019 na 5 059 124 hodin v roce 2024, tedy přibližně o 15,2 %. Současně však klesl počet uživatelů (vykázaných klientů) z 47 126 (2019) na 37 909 (2024), což představuje pokles přibližně o 19,6 %.

Tato kombinace je důležitá pro interpretaci: když roste celkový počet hodin, ale klesá počet uživatelů, znamená to, že se zvyšuje intenzita péče na jednoho uživatele. V této práci je intenzita vyjádřena jako počet hodin na uživatele za rok (nikoli za den). Přepočtem vychází, že průměrný rozsah péče na jednoho uživatele vzrostl zhruba z 93,2 hodiny na uživatele za rok (2019) na 133,5 hodiny na uživatele za rok (2024), tedy přibližně o 43 %. Tento výsledek naznačuje, že PS se v čase více soustředí na menší počet osob, které potřebují vyšší rozsah podpory, případně že část uživatelů čerpá službu intenzivněji než dříve.

Tabulka 6 uvádí průměrný počet hodin pečovatelské služby poskytnutých za jeden den v daném kraji (tj. roční počet hodin je přepočten na „typický den“ dělením počtem dní v roce). Tento ukazatel slouží k porovnání celkového denního objemu péče v krajích.

Tabulka 6 Průměrný počet hodin za den

Průměrný počet poskytnutých hodin pečovatelské služby za 1 den							
Kraj	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Změna abs
Jihomoravský	1 505	1 521	1 654	1 822	1 990	2 254	749
Středočeský	1 353	1 567	1 714	1 622	1 529	1 505	153
Praha	1 246	1 224	1 286	1 318	1 351	1 337	91
Moravskoslezský	1 236	1 272	1 272	1 267	1 263	1 276	40
Zlínský	831	865	871	897	922	1 032	201
Královéhradecký	865	910	798	863	928	1 009	144
Ústecký	845	872	907	894	881	939	94
Olomoucký	712	706	736	775	814	855	142
Jihočeský	685	791	784	766	748	801	116
Plzeňský	614	597	623	635	647	704	90
Pardubický	766	735	619	628	637	693	- 73
Liberecký	552	560	567	561	556	569	17
Vysočina	509	452	475	463	452	482	- 27
Karlovarský	313	363	330	351	372	405	93

Zdroj: vlastní výpočty dle MPSV (2025)

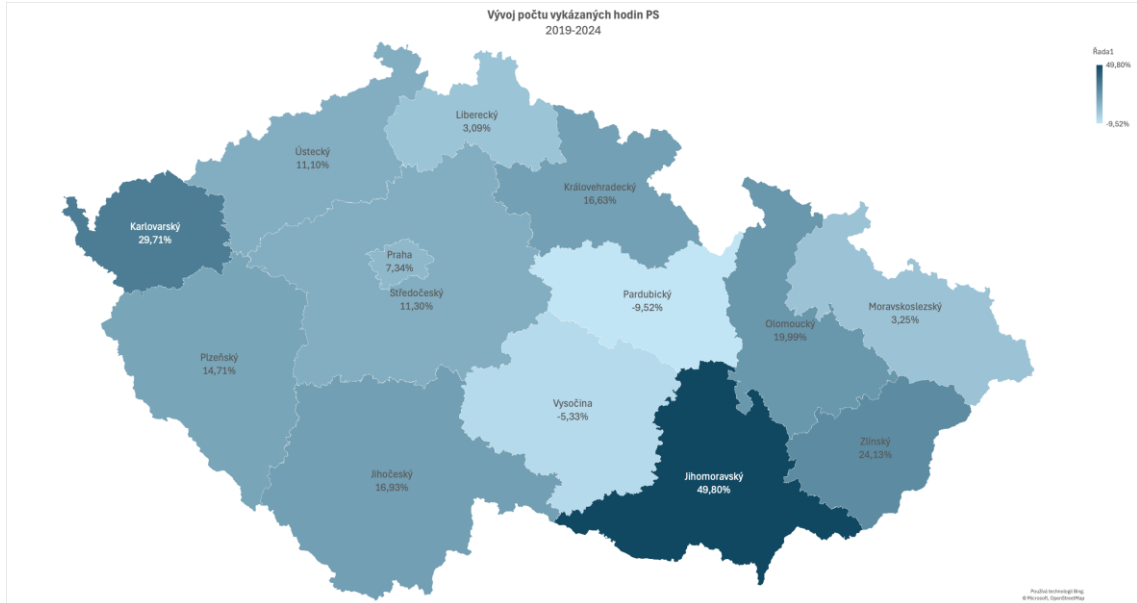
Pro přehlednost je celkový roční objem hodin v jednotlivých krajích v Tabulce 6 přepočten také na „typický den“ (tj. kolik hodin péče se v daném kraji poskytne v průměru za jeden den). Tento ukazatel není určen k posouzení intenzity na klienta, ale umožňuje snadno srovnat provozní zátěž a objem poskytované péče v kraji. Z tabulky vyplývá, že v roce 2024 je nejvyšší průměrný denní objem péče v Jihomoravském kraji (cca 2 254 hodin/den), dále ve Středočeském kraji (cca 1 505 hodin/den) a v Hlavním městě Praze (cca 1 337 hodin/den). Tento obraz odpovídá tomu, že nejvyšší absolutní objem péče se soustřeďuje do populačně silných regionů.

Pro mezikrajské srovnání je však vedle absolutního objemu vhodné použít i standardizovaný ukazatel, který zohledňuje velikost seniorské populace. V této práci je použit ukazatel „hodiny PS na 1 000 osob ve věku 65+“. Ten ukazuje, jak intenzivně je PS v kraji využívána ve vztahu k velikosti skupiny, která službu typicky využívá. V roce 2024 dosahuje nejvyšší hodnoty Jihomoravský kraj (cca 3 243 hod./1 000 osob 65+), dále Královéhradecký kraj (cca 2 923) a Zlínský kraj (cca 2 911). Z toho vyplývá, že „největší objem v absolutních hodinách“ a „nejvyšší hodiny na 1 000 osob 65+“ nemusí být totožné – první ukazatel je ovlivněn velikostí kraje, druhý lépe zachycuje relativní rozsah služby.

Kombinace růstu celkových hodin a současného poklesu počtu uživatelů je analyticky významná, protože ukazuje změnu v charakteru využívání PS. Jedním z vysvětlení může být posun služby směrem k osobám s vyšší potřebou podpory (vyšší rozsah hodin na uživatele), zatímco méně intenzivní potřeby mohou být řešeny jinými způsoby (pomoc rodiny, jiné sociální služby, komerční služby apod.). Z hlediska dlouhodobé péče je tento trend konzistentní s tím, že demografické stárnutí se neprojevuje pouze růstem počtu seniorů, ale i rostoucí potřebou podpory u části z nich – zejména ve vyšších věkových kategoriích.

Z hlediska formy poskytování je pečovatelská služba dlouhodobě převážně terénní, což odpovídá jejímu účelu – podporovat setrvání osob v přirozeném prostředí. V analyzovaných datech se podíl terénních hodin pohybuje stabilně přibližně okolo 99 %, což potvrzuje, že hlavní část péče je poskytována v domácnostech uživatelů.

Mapa 4 Vývoj poklesu/nárůstu počtu hodin mezi lety 2019-2024



Zdroj: vlastní výpočet dle MPSV (2025)

2.3.4 Stárnutí v krajích a projevy ve využití DS, DZR a PS

Pro zachycení vazby mezi stárnutím a využíváním služeb byla do analýzy doplněna demografická data ČSÚ (věkové složení po pětiletých skupinách, za kraje a ČR). Datový zdroj umožňuje pracovat s populací 65+ a zejména 80+, která je pro dlouhodobou péči klíčová.

Na úrovni celé ČR se mezi roky 2019 a 2024 zvýšil počet osob ve věku 65+ přibližně z 2,13 mil. na 2,26 mil. (cca +5,8 %) a počet osob 80+ z cca 441 tis. na cca 520 tis. (cca +17,8 %). To potvrzuje, že jádrem změny není jen „více seniorů“, ale především rychlý růst nejstarších věkových skupin.

Při porovnání s vývojem služeb vychází důležitý závěr. Zatímco populace 80+ významně roste, DS jako celek stagnují až mírně klesají, zatímco DZR výrazně rostou. Pokud se využije jednoduchý přepočít „odhad obsazenosti na 1 000 osob 80+“, vychází, že DS na 1 000 osob 80+ mezi roky 2019 a 2024 klesají (zhruba z 77 na 63), zatímco DZR mírně rostou (zhruba ze 43 na 47). Jinými slovy: demografický tlak nejstarších věkových skupin se ve sledovaném období nepromítá rovnoměrně do všech pobytových služeb, ale zejména do posilování DZR.

Na regionální úrovni se ukazuje, že vztah „více osob 80+ = více využití“ neplatí mechanicky pro DS. V řadě krajů roste populace 80+, ale DS klient-dny stagnují či klesají, zatímco DZR mají naopak konzistentně rostoucí trend. U PS je situace smíšená, ale ve většině krajů je patrné, že s rostoucí seniorskou populací roste i objem poskytované péče, přičemž významné je zejména zvyšování intenzity na klienta.

2.3.5 Predikce počtu lůžek a hodin péče

V této podkapitole jsou prezentovány výsledky projekce potřeby vybraných služeb dlouhodobé péče v krajích České republiky pro roky 2030, 2040 a 2050. Projekce vychází z výchozího roku 2024. U pobytových služeb (domovy pro seniory – DS a domovy se zvláštním režimem – DZR) je výsledkem potřebná kapacita lůžek, a to při předpokládané cílové obsazenosti 95 %. Tento přístup reflektuje fakt, že v reálném provozu nelze dlouhodobě plánovat na 100% obsazenost a je nutné počítat s provozní rezervou (např. vliv fluktuace klientů, dočasného neobsazení, technických odstávek či organizačních důvodů). U pečovatelské služby (PS) pro stanovení reálného využití služby byl zvolen jiný ukazatel, resp. potřebný objem hodin, protože vyjadřuje reálný rozsah poskytované péče a zároveň lépe vystihuje změny intenzity péče v terénu. V této souvislosti je nutné zmínit, že do výsledků nejsou zapracovány aktuální deficity (neuspokojená poptávka), která je vykazována v rámci statistického zjišťování MPSV. Jak bylo uvedeno výše, tak tato data nejsou vztažena ke konkrétním žadatelům (tzv. na rodné číslo) a dochází ke značnému zkreslení interpretace těchto dat. Proto nebyly do výpočtu zahrnuty.

Metodicky jsou výpočty založeny na kombinaci projekcí populace podle věku a ukazatelů míry využití služeb (resp. kapacity na 1 000 obyvatel v dané věkové skupině). Pro DS a DZR je klíčovým demografickým vstupem počet osob ve věku 80+ v jednotlivých krajích a cílových letech (2024, 2030, 2040, 2050). Intenzita využití pobytových služeb je reprezentována ukazateli DS/1000 osob ve věku 80+ a DZR/1000 osob ve věku 80+ (základna 2024). Potřebný počet lůžek se vypočítá z toho, jak velký je současný rozsah využívání služby, a potom se přepočte tak, aby se počítalo s běžnou rezervou – předpokládáme, že dlouhodobě bude obsazeno zhruba 95 % lůžek. Tím získáme odhad, kolik lůžek musí být v systému k dispozici. U pečovatelské služby (PS) vycházíme z počtu obyvatel ve věku 65+ a z toho, kolik hodin PS připadá na 1 000 osob 65+ (podle stavu v roce 2024). Výsledkem je odhad, kolik hodin pečovatelské služby bude potřeba v jednotlivých krajích a v cílových letech.

Tabulka 7 Projekce potřebných kapacit domova pro seniory

Domov pro seniory (počty lůžek)				
Kraj	2024	2030	2040	2050
Hlavní město Praha	3 468	4 772	5 404	5 727
Středočeský kraj	4 372	6 469	8 519	9 809
Jihočeský kraj	2 820	3 946	5 248	5 659
Plzeňský kraj	1 429	1 987	2 518	2 765
Karlovarský kraj	720	1 013	1 327	1 434
Ústecký kraj	2 749	4 134	5 174	5 583
Liberecký kraj	973	1 473	1 856	1 964
Královéhradecký kraj	1 832	2 590	3 270	3 410
Pardubický kraj	1 850	2 556	3 333	3 567
Kraj Vysočina	1 751	2 389	3 135	3 471
Jihomoravský kraj	2 237	3 025	3 825	4 135
Olomoucký kraj	2 249	3 084	3 955	4 213
Zlínský kraj	2 117	2 807	3 658	3 979
Moravskoslezský kraj	4 058	5 440	6 945	7 699
ČR celkem	32 625	45 685	58 167	63 415

Zdroj: vlastní výpočty dle MPSV (2025) a ČSÚ (2024)

Na úrovni České republiky (součet krajů) výsledky ukazují výrazný nárůst potřeby pobytové složky dlouhodobé péče. U domovů pro seniory je potřebná kapacita při cílové obsazenosti 95 % v roce 2024 přibližně 32,6 tis. lůžek, v roce 2030 přibližně 45,7 tis. lůžek, v roce 2040 přibližně 58,2 tis. lůžek a v roce 2050 přibližně 63,4 tis. lůžek. U domovů se zvláštním režimem se potřebná kapacita zvyšuje přibližně z 24,2 tis. lůžek v roce 2024 na 33,8 tis. lůžek v roce 2030, 42,2 tis. lůžek v roce 2040 a přibližně 46,0 tis. lůžek v roce 2050. Tyto výsledky potvrzují, že při zachování intenzity využití služeb z roku 2024 bude do roku 2050 nezbytné významně posílit pobytovou infrastrukturu, a to primárně vlivem růstu skupiny obyvatel ve věku 80+. U pečovatelské služby roste potřebný objem hodin přibližně z 5,0 mil. hodin v roce 2024 na 5,3 mil. hodin v roce 2030, 6,0 mil. hodin v roce 2040 a přibližně 6,9 mil. hodin v roce 2050. V případě PS tedy projekce ukazuje významný absolutní nárůst potřebného rozsahu péče v domácím prostředí, což má přímé dopady zejména do personálního zajištění terénních služeb.

Tabulka 8 Projekce potřebných kapacit domova se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem (počty lůžek)				
Kraj	2024	2030	2040	2050
Hlavní město Praha	5 879	8 093	9 164	9 710
Středočeský kraj	3 333	4 931	6 493	7 476
Jihočeský kraj	614	859	1 144	1 233
Plzeňský kraj	1 090	1 515	1 922	2 109
Karlovarský kraj	454	638	836	903
Ústecký kraj	2 202	3 311	4 145	4 471
Liberecký kraj	726	1 098	1 384	1 465
Královéhradecký kraj	769	1 087	1 372	1 431
Pardubický kraj	742	1 024	1 335	1 429
Kraj Vysočina	1 195	1 631	2 139	2 369
Jihomoravský kraj	2 980	4 030	5 095	5 508
Olomoucký kraj	1 062	1 455	1 867	1 989
Zlínský kraj	975	1 292	1 685	1 832
Moravskoslezský kraj	2 142	2 871	3 665	4 063
ČR celkem	24 163	33 835	42 246	45 988

Zdroj: vlastní výpočty dle MPSV (2025) a ČSÚ (2024)

Regionální rozložení tlaku je nerovnoměrné, proto je vhodné interpretovat výsledky ve dvou rovinách, tj. dynamika (tempo růstu potřeby) a rozsah (celkový objem potřebné kapacity nebo hodin). Nejvyšší tempo růstu potřeby pobytových kapacit do roku 2050 vykazuje Středočeský kraj, dále Ústecký a Liberecký kraj a rovněž Jihočeský a Karlovarský kraj. Naopak nižší nárůst vykazuje Praha a dále Jihomoravský, Královéhradecký, Olomoucký a Zlínský kraj. Tento rozdíl je důležitý pro plánování budoucích potřebných kapacit, protože ukazuje, kde bude demografický tlak narůstat nejrychleji. Současně však platí, že nižší tempo růstu neznamená automaticky dostatečnou dostupnost služeb v současnosti. Pouze indikuje pomalejší nárůst potřeby.

Tabulka 9 Projekce potřebných hodin péče pečovatelské služby

Pečovatelská služba (počty hodin)				
Kraj	2024	2030	2040	2050
Hlavní město Praha	486 502	498 408	553 083	679 432
Středočeský kraj	543 768	587 009	716 457	908 259
Jihočeský kraj	289 309	309 030	347 817	389 983
Plzeňský kraj	254 675	269 275	309 071	363 867
Karlovarský kraj	147 025	155 946	173 578	184 931
Ústecký kraj	341 621	356 378	401 315	443 700
Liberecký kraj	206 579	216 808	245 528	278 676
Královéhradecký kraj	365 458	383 006	424 626	464 284
Pardubický kraj	250 743	265 200	299 629	340 164
Kraj Vysočina	173 809	188 578	213 434	236 068
Jihomoravský kraj	813 805	862 009	969 681	1 121 095
Olomoucký kraj	309 133	327 527	363 379	401 008
Zlínský kraj	372 148	400 280	445 211	485 253
Moravskoslezský kraj	461 844	493 362	545 005	578 886
ČR celkem	5 016 419	5 312 816	6 007 814	6 875 606

Zdroj: vlastní výpočty dle MPSV (2025) a ČSÚ (2024)

Z hlediska absolutních přírůstků potřebných kapacit do roku 2050 je největší tlak koncentrován do demograficky velkých krajů. U DS je nejvyšší navýšení potřebné kapacity patrné ve Středočeském kraji, dále v Moravskoslezském kraji a v Jihočeském a Ústeckém kraji; výrazný nárůst vykazuje také Praha. U DZR je nejvyšší přírůstek ve Středočeském kraji a v Praze, následně v Jihomoravském, Ústeckém a Moravskoslezském kraji. U PS (hodiny) se největší absolutní navýšení objemu péče očekává ve Středočeském a Jihomoravském kraji a dále v Praze a Moravskoslezském kraji, přičemž významný nárůst vykazuje i Zlínský kraj. Tyto výsledky ukazují, že plánování rozvoje dlouhodobé péče musí kombinovat strategii zohledňující rychlost demografické změny (relativní tlak) i velikost očekávaného objemu poskytované péče (absolutní tlak).

Závěrem lze shrnout, že projekce při zachování intenzity využití služeb z roku 2024 naznačuje do roku 2050 výrazné navýšení potřebných pobytových kapacit v DS i DZR a současně významný nárůst potřebného objemu hodin v pečovatelské službě. Výsledky zároveň potvrzují regionální rozdíly. Některé kraje budou čelit rychlejšímu růstu potřebnosti, jiné budou mít sice pomalejší tempo růstu, avšak v absolutních číslech bude tlak na rozšiřování kapacit a personální posílení výrazný především ve velkých regionech. Tyto poznatky tvoří základ pro navazující diskusi o tom, jaké kombinace rozvoje pobytových a terénních služeb jsou v jednotlivých krajích realistické s ohledem na demografický vývoj, existující síť služeb a personální možnosti.

2.4 Souvislosti demografického stárnutí a změn ve službách

V letech 2019–2024 roste počet osob ve věku 65+ z 2 131 630 na 2 255 887 (cca +5,8 %) a počet osob ve věku 80+ z 441 100 na 519 802 (cca +17,8 %). Růst skupiny 80+ je tedy podstatně rychlejší, což je pro systém dlouhodobé péče klíčové, protože právě tato věková skupina je typicky spojena s nejvyšší pravděpodobností potřeby každodenní podpory a dlouhodobé péče.

Tabulka 10 Vývoj počtu osob 65+/80+ v krajích (2019-2024)

Vývoj nárůstu počtu osob v krajích (2019/2024)		
Kraj	65+ změna %	80+ změna %
Hlavní město Praha	2,50%	20,28%
Středočeský kraj	7,62%	19,60%
Jihočeský kraj	8,05%	15,76%
Plzeňský kraj	6,30%	19,36%
Karlovarský kraj	5,10%	15,30%
Ústecký kraj	3,92%	19,38%
Liberecký kraj	5,06%	20,47%
Královéhradecký kraj	5,54%	17,44%
Pardubický kraj	5,97%	12,87%
Kraj Vysočina	7,67%	12,60%
Jihomoravský kraj	6,30%	17,66%
Olomoucký kraj	6,24%	16,09%
Zlínský kraj	6,59%	12,32%
Moravskoslezský kraj	5,92%	21,89%

Zdroj: vlastní výpočty dle ČSÚ (2026)

Tabulka č. 10 ukazuje, že ve všech krajích mezi roky 2019–2024 rostla skupina osob ve věku 80+ výrazně rychleji než skupina 65+. Zatímco nárůst 65+ se pohybuje v rozmezí 2,50–8,05 %, nárůst 80+ je ve všech krajích minimálně dvouciferný, konkrétně 12,32–21,89 %. To potvrzuje, že hlavním „motorem“ demografického stárnutí v tomto období není pouze růst seniorské populace jako celku, ale zejména rychlá expanze skupiny nejstarších seniorů, která je klíčová z hlediska potřeby dlouhodobé péče.

Nejvyšší růst 65+ vykazují Jihočeský kraj (8,05 %), Kraj Vysočina (7,67 %) a Středočeský kraj (7,62 %), zatímco nejnižší nárůst 65+ je patrný v Hlavním městě Praze (2,50 %) a Ústeckém kraji (3,92 %). U věkové skupiny 80+ jsou nejvyšší relativní přírůstky v Moravskoslezském kraji (21,89 %), Libereckém kraji (20,47 %) a Hlavním městě Praze (20,28 %); výrazné hodnoty dosahují také Středočeský (19,60 %), Ústecký (19,38 %) a Plzeňský kraj (19,36 %). Naopak nejnižší nárůst 80+ je v Zlínském kraji (12,32 %), Kraji Vysočina (12,60 %) a Pardubickém kraji (12,87 %).

Z hlediska interpretace je podstatné, že pořadí krajů se u 65+ a 80+ liší. Tedy kraj s vysokým růstem osob 65+ nemusí být zároveň krajem s nejrychlejším růstem 80+. Například Jihočeský kraj má nejvyšší nárůst 65+ (8,05 %), ale u 80+ je růst spíše střední (15,76 %), zatímco Moravskoslezský kraj vykazuje u 65+ „jen“ 5,92 %, ale u 80+ nejvyšší nárůst (21,89 %). To naznačuje, že se v některých regionech zvyšuje zejména podíl nejstarších seniorů, což má přímé důsledky pro intenzitu potřeb péče a pro tlak na kapacity služeb dlouhodobé péče (zejména pobytových služeb a specializovaných forem péče).

Tabulka 11 Vývoj obsazenosti domovů pro seniory na 1 000 obyvatel 80+

Kraj	DS/1000 (80+) 2019	DS/1000 (80+) 2024	DS změna %
Hlavní město Praha	59,9	53,4	-10,85%
Středočeský kraj	90,35	73,80	-18,32%
Jihočeský kraj	98,01	88,54	-9,66%
Plzeňský kraj	62,38	49,51	-20,63%
Karlovarský kraj	65,37	53,34	-18,41%
Ústecký kraj	109,73	81,06	-26,13%
Liberecký kraj	50,57	48,11	-4,87%
Královéhradecký kraj	85,29	62,32	-26,93%
Pardubický kraj	83,99	71,74	-14,58%
Kraj Vysočina	75,58	66,27	-12,32%
Jihomoravský kraj	47,64	36,24	-23,94%
Olomoucký kraj	86,72	69,23	-20,18%
Zlínský kraj	80,16	68,33	-14,75%
Moravskoslezský kraj	91,38	69,20	-24,27%

Zdroj: vlastní výpočty dle ČSÚ (2026) a MPSV (2020, 2025)

Tabulka č. 11 zachycuje vývoj obsazenosti domovů pro seniory (dále „DS“) při přepočtu na 1 000 ve věkové skupině 80+ v letech 2019 a 2024 a zároveň jeho relativní změnu. Věková skupina 80+ byla zvolena zejména proto, že lépe cílí na potenciální vyšší předpoklad potřeby pobytové sociální služby.

Z výsledků vyplývá, že mezi roky 2019 a 2024 došlo ve všech krajích k poklesu hodnoty DS/1000 (80+) (tj. všechny změny jsou záporné). Průměrná hodnota za kraje se snížila z 77,65 (2019) na 63,65 (2024), což odpovídá průměrné změně přibližně -17,56 %. Tento vývoj naznačuje, že ve sledovaném období růst populace 80+ převyšoval růst využití domovů pro seniory, a relativní „pokrytí“ DS ve vztahu k této věkové skupině se proto v průměru zhoršilo.

Regionální rozdíly jsou výrazné jak v absolutní úrovni, tak v tempu změn. V roce 2019 vykazoval nejvyšší hodnotu Ústecký kraj (109,73), zatímco v roce 2024 byl nejvýše Jihočeský kraj (88,54). Na opačném konci spektra je v roce 2024 Jihomoravský kraj (36,24), který má současně nejnižší hodnotu i v roce 2019 (47,64). Rozpětí mezi kraji se sice mírně zúžilo (zhruba z 62,09 bodu v roce 2019 na 52,30 bodu v roce 2024), nicméně i v roce 2024 je nejvyšší hodnota přibližně 2,44× vyšší než nejnižší, což potvrzuje přetrvávající nerovnoměrnost v relativní roli DS mezi kraji.

Z hlediska dynamiky poklesu jsou největší relativní propady zaznamenány v Královéhradeckém kraji (-26,93 %) a Ústeckém kraji (-26,13 %), dále například v Moravskoslezském (-24,27 %) a Jihomoravském kraji (-23,94 %). Naopak nejmenší pokles vykazuje Liberecký kraj (-4,87 %), následovaný Jihočeským krajem (-9,66 %) a Prahou (-10,85 %). Tyto rozdíly naznačují, že změny nelze vysvětlovat pouze demografií, ale pravděpodobně souvisejí i s odlišným nastavením sítě služeb, dostupností alternativních forem péče (např. DZR), investičními prioritami a personálními kapacitami v jednotlivých regionech.

Tabulka 12 Vývoj obsazenosti domova se zvláštním režimem na 1 000 obyvatel 80+

Kraj	DZR/1000 (80+) 2019	DZR/1000 (80+) 2024	DZR změna %
Hlavní město Praha	46,3	90,6	95,75%
Středočeský kraj	61,09	56,25	-7,91%
Jihočeský kraj	21,35	19,28	-9,68%
Plzeňský kraj	43,06	37,77	-12,28%
Karlovarský kraj	37,23	33,59	-9,79%
Ústecký kraj	71,58	64,93	-9,29%
Liberecký kraj	35,92	35,87	-0,14%
Královéhradecký kraj	21,04	26,14	24,23%
Pardubický kraj	34,18	28,74	-15,93%
Kraj Vysočina	33,20	45,22	36,20%
Jihomoravský kraj	56,62	48,27	-14,74%
Olomoucký kraj	32,21	32,67	1,42%
Zlínský kraj	33,93	31,45	-7,31%
Moravskoslezský kraj	39,98	36,51	-8,67%

Zdroj: vlastní výpočty dle ČSÚ (2026) a MPSV (2020, 2025)

Tabulka č. 12 zachycuje počet průměrně obsazených míst v domovech se zvláštním režimem (dále „DZR“) připadající na 1 000 obyvatel ve věku 80+ v daném kraji. U této věkové skupiny je nejvyšší pravděpodobnost využití domova se zvláštním režimem, jelikož se u těchto osob častěji vyskytují různé formy neurodegenerativních onemocnění, syndromů demence nebo komorbidity.

Z výsledků vyplývá, že mezi roky 2019 a 2024 došlo ve většině krajů k poklesu DZR/1000 (80+): 10 z 14 krajů vykazuje zápornou změnu, 1 kraj je prakticky stabilní (Liberecký kraj $-0,14$ %) a 4 kraje vykazují růst (Praha, Vysočina, Královéhradecký a Olomoucký kraj). Typický vývoj (vyjádřený mediánem změny) je přibližně $-8,29$ %, což naznačuje, že v „běžném“ kraji růst populace 80+ převyšoval růst využití DZR, a relativní pokrytí DZR se proto zhoršilo. Současně je však patrný výrazný „výkyv“ u Prahy, který ovlivňuje celkový průměr napříč kraji.

Nejvýraznější růst vykazuje Hlavní město Praha, kde se ukazatel zvýšil z 46,3 (2019) na 90,6 (2024), tj. o $+95,75$ %. Jde o zcela dominantní odchylku oproti ostatním regionům. Další nárůsty jsou podstatně mírnější: Kraj Vysočina ($+36,20$ %), Královéhradecký kraj ($+24,23$ %) a Olomoucký kraj ($+1,42$ %). Naopak největší relativní pokles je v Pardubickém kraji ($-15,93$ %), Jihomoravském kraji ($-14,74$ %) a Plzeňském kraji ($-12,28$ %). Z pohledu úrovně ukazatele v roce 2024 jsou nejvýše Praha (90,6), Ústecký kraj (64,93) a Středočeský kraj (56,25), zatímco nejnižší Jihočeský kraj (19,28) a Královéhradecký kraj (26,14).

Z výsledků vyplývá, že zatímco v některých krajích je relativní role DZR ve vztahu k populaci 80+ stabilní či roste, ve většině krajů DZR v relativním vyjádření nedrží krok s dynamikou stárnutí. Pro interpretaci je vhodné zdůraznit, že ukazatel nevyjadřuje procento obsazenosti registrované kapacity, ale přepočtené využití/pokrytí ve vztahu k populaci 80+.

Tabulka 13 Vývoj obsazenosti pečovatelské služby na 1 000 obyvatel 65+

Kraj	PS hod/1000 (65+) 2019	PS hod/1000 (65+) 2024	PS změna %
Hlavní město Praha	1 810,10	1 895,59	4,72%
Středočeský kraj	1 929,98	1 995,87	3,41%
Jihočeský kraj	1 895,67	2 051,48	8,22%
Plzeňský kraj	1 872,71	2 020,81	7,91%
Karlovarský kraj	1 895,62	2 339,42	23,41%
Ústecký kraj	1 909,08	2 041,01	6,91%
Liberecký kraj	2 240,64	2 198,75	-1,87%
Královéhradecký kraj	2 645,23	2 923,33	10,51%
Pardubický kraj	2 633,94	2 248,94	-14,62%
Kraj Vysočina	1 781,04	1 566,02	-12,07%
Jihomoravský kraj	2 301,50	3 243,44	40,93%
Olomoucký kraj	1 985,94	2 242,98	12,94%
Zlínský kraj	2 499,95	2 911,34	16,46%
Moravskoslezský kraj	1 873,01	1 825,87	-2,52%

Zdroj: vlastní výpočty dle ČSÚ (2026) a MPSV (2020, 2025)

Tabulka č. 13 zachycuje vývoj počtu hodin pečovatelské služby (dále „PS“) připadající na 1 000 obyvatel ve věku 65+ v daném kraji. Pro tento druh sociální služby byla zvolena věková kategorie 65+, která je vhodnější, jelikož se jedná častěji o klienty, kteří mohou být v domácím prostředí a jejich zdravotní stav lepší než u věkové kategorie 85+.

Z výsledků vyplývá, že ve sledovaném období dochází ve většině krajů k nárůstu rozsahu PS na 1 000 osob ve věku 65+. Růst je patrný v 10 ze 14 krajů. V průměru se hodnota zvýšila z přibližně 2 091 hod/1000 (2019) na 2 250 hod/1000 (2024), tj. asi o +7,6 %. Medián změny vykazuje nárůst okolo +7,4 %, což naznačuje, že růst není tažen pouze jedním extrémem, ale jde o poměrně rozšířený trend.

Nejvýraznější nárůst je patrný v Jihomoravském kraji (+40,93 %), dále v Karlovarském kraji (+23,41 %) a ve Zlínském kraji (+16,46 %). Tyto kraje lze interpretovat jako regiony, kde se PS ve vztahu k populaci 65+ v daném období výrazně posílila (tj. buď rostly odpracované hodiny PS, nebo rostly rychleji než populace 65+).

Naopak 4 kraje vykazují pokles. Pardubický kraj (-14,62 %), Kraj Vysočina (-12,07 %), Moravskoslezský kraj (-2,52 %) a Liberecký kraj (-1,87 %). U těchto regionů to znamená, že rozsah poskytovaných hodin PS ve vztahu k populaci 65+ relativně oslaboval. Důležité je, že pokles nemusí automaticky znamenat „horší péči“ – může odrážet i jiné nastavení místní sítě služeb (např. větší roli pobytových služeb či jiných terénních/ambulantních služeb), případně personální dostupnost a kapacitní limity.

Při pohledu na absolutní úroveň v roce 2024 je patrná významná variabilita mezi kraji: nejvyšší hodnoty dosahuje Jihomoravský kraj (3 243,44), dále Královéhradecký (2 923,33) a Zlínský kraj (2 911,34). Naopak nejnižší hodnotu vykazuje Kraj Vysočina (1 566,02), následovaný Moravskoslezským krajem (1 825,87) a Prahou (1 895,60). Rozdíl mezi minimem a maximem v roce 2024 činí zhruba 1 677 hod/1000, což ukazuje, že role PS v dlouhodobé péči je mezikrajově výrazně odlišná.

Z hlediska interpretace v kontextu dlouhodobé péče lze celkový trend (převaha růstů) číst jako signál, že PS v řadě regionů posiluje svou roli v reakci na stárnutí populace a rostoucí potřebu podpory v domácím prostředí. Současně však rozdílné trajektorie v jednotlivých krajích naznačují, že vedle demografie se do výsledků promítají i krajské politiky sítě služeb, dostupnost pracovní síly, investiční priority a nahrazení mezi segmenty péče (PS vs. DS/DZR).

Při společném pohledu na všechny tři segmenty se ukazuje, že období 2019–2024 je charakterizováno oslabením relativního pokrytí domovů pro seniory (DS) ve vztahu k populaci 80+ ve všech krajích, zatímco u DZR je trend smíšený (převaha poklesů, ale výrazné posílení v několika krajích – zejména v Praze). Paralelně s tím ve většině krajů roste rozsah pečovatelské služby (PS) ve vztahu k populaci 65+, což může naznačovat částečné posilování domácí/terénní podpory. Celkově tedy data podporují závěr, že v reakci na demografické stárnutí nedochází plošně k „automatickému“ posilování institucionální části systému (DS), zatímco výraznější dynamika je vidět v některých regionech u DZR a v řadě regionů u PS.

2.5 Vyhodnocení cíle práce a výzkumných otázek

Výzkum byl zaměřen na popis a vyhodnocení vývoje tří klíčových služeb dlouhodobé péče v České republice (domovy pro seniory – DS, domovy se zvláštním režimem – DZR a pečovatelská služba – PS) v období 2019–2024 na úrovni krajů a na posouzení souvislosti tohoto vývoje s demografickým stárnutím v regionech. Pro srovnání krajů byly vedle absolutních ukazatelů využity také ukazatele vztažené k seniorské populaci (zejména 65+ a 80+), které umožňují věcnější interpretaci než samotné objemy. Vedle popisu vývoje v letech 2019–2024 byla součástí praktické části také projekční rovina, která na základě demografických projekcí a intenzity využití služeb v roce 2024 odhaduje potřebné kapacity DS a DZR (lůžka) a potřebný objem PS (hodiny) pro roky 2030, 2040 a 2050, a to na úrovni jednotlivých krajů.

Hlavní výzkumná otázka (HVO) se ptá, jak se v letech 2019–2024 vyvíjí využití DS, DZR a rozsah PS v krajích ČR a jak tento vývoj souvisí s demografickým stárnutím. Výsledky ukazují, že vývoj není napříč službami shodný: u pobytových služeb se projevuje odlišná dynamika DS a DZR (DS spíše stagnují až mírně klesají, zatímco DZR vykazují výraznější růst), zatímco u PS je patrný růst rozsahu poskytované podpory v hodinách, současně však klesá počet uživatelů, což vede k nárůstu intenzity podpory na jednoho uživatele. Ve vztahu k demografickému stárnutí se ukazuje, že demografický tlak se nepromítá „mechanicky“ do všech služeb stejným způsobem. Pro srovnání krajů je proto klíčové využívat i ukazatele vztažené k 65+ a 80+.

2.6 Vyhodnocení dílčích výzkumných otázek

DVO1: Jak se v letech 2019–2024 mění využití DS a DZR (klient-dny, průměrná denní obsazenost) na úrovni ČR a krajů?

Výsledky ukázaly rozdílnou dynamiku pobytových služeb. U DS je patrný spíše stagnující až mírně klesající trend využití (v klient-dnech i odvozené průměrné obsazenosti), zatímco u DZR je vývoj opačný – využití DZR v období 2019–2024 roste výrazněji. Tento rozdíl se projevuje jak v celostátním souhrnu, tak v řadě krajů, přičemž tempo změn je regionálně nerovnoměrné. Celkově lze konstatovat, že institucionální část systému dlouhodobé péče se ve sledovaném období posouvá směrem k posilování segmentu DZR.

DVO2: Jak se v letech 2019–2024 mění rozsah PS (hodiny služby, počet uživatelů, intenzita – hodiny na uživatele) na úrovni ČR a krajů?

U PS byl zjištěn růst celkového rozsahu podpory vyjádřený počtem hodin, avšak současně pokles počtu unikátních uživatelů. Kombinace těchto trendů vedla k nárůstu intenzity podpory na jednoho uživatele (hodiny/uživatele). Prakticky to znamená, že pečovatelská služba se v čase více koncentruje na menší počet osob, které čerpají službu ve vyšším rozsahu, případně roste průměrná náročnost podpory na uživatele.

DVO3: Jaké jsou regionální rozdíly: které kraje vykazují největší nárůst/pokles využití DS/DZR a rozsahu PS?

Regionální rozdíly jsou významné napříč všemi třemi službami. V absolutních hodnotách mají vyšší objemy typicky populačně větší kraje. U seniorské skupiny se ukazuje, že demografický tlak se do služeb nepromítá ve všech krajích stejně. U DS se po přepočtu na populaci 80+ zhoršuje relativní „pokrytí“ (hodnota DS/1000 osob 80+ klesá), což naznačuje, že růst počtu nejstarších seniorů není u DS doprovázen odpovídajícím růstem využití. U DZR je obraz smíšený. V některých krajích role DZR vůči populaci 80+ roste či zůstává stabilní, ve většině krajů však hodnoty stagnují nebo klesají. U PS se po přepočtu na populaci 65+ ukazuje, že rozsah podpory je mezi kraji rozdílný a změny nejsou jednotné, což naznačuje význam faktorů nad rámec demografie (nastavení sítě, personální dostupnost, organizace služeb a návaznosti).

DVO4: Jaká je odhadovaná potřeba lůžkových kapacit DS a DZR a objemu hodin PS v krajích pro roky 2030, 2040 a 2050 (výchozí rok 2024)?

Projekční výpočty ukazují výrazný růst potřeby ve všech třech segmentech dlouhodobé péče. Na úrovni ČR se při zachování intenzity využití z roku 2024 zvyšuje odhad potřebné kapacity DS přibližně z 32,6 tis. lůžek (2024) na 45,7 tis. (2030), 58,2 tis. (2040) a 63,4 tis. lůžek (2050). U DZR roste potřebná kapacita přibližně z 24,2 tis. lůžek (2024) na 33,8 tis. (2030), 42,2 tis. (2040) a 46,0 tis. lůžek (2050). U PS se zvyšuje potřebný objem péče přibližně z 5,0 mil. hodin (2024) na 5,3 mil. (2030), 6,0 mil. (2040) a 6,9 mil. hodin (2050). Regionálně se potvrzuje, že tlak je nerovnoměrně rozložen: část krajů čelí rychlejšímu relativnímu nárůstu potřeby, zatímco v absolutních přírůstcích se největší tlak koncentruje do demograficky velkých krajů. Výsledky proto ukazují nutnost kombinovat v plánování kapacit jak pohled na tempo růstu potřebnosti, tak na celkový očekávaný objem služby.

2.7 Vyhodnocení hypotéz

Vyhodnocení hypotéz vychází z výsledků uvedených v podkapitole 2.3 (a dále v kap. 2.4), zejména z trendů kliento-dnů a průměrné denní obsazenosti u DS a DZR, z vývoje hodin PS, počtu uživatelů a intenzity podpory (hodiny na uživatele) a z ukazatelů vztažených k velikosti seniorské populace (65+ a 80+).

H1: V období 2019–2024 roste využití DZR (klient-dny / průměrná denní obsazenost) rychleji než využití DS.

Hypotéza je potvrzena. Výsledky ukazují, že DZR ve sledovaném období vykazují růst využití, zatímco DS spíše stagnují až mírně klesají. Rozdílná dynamika je patrná v celostátním souhrnu i v řadě krajů, byť intenzita změn je regionálně diferencovaná.

H2: V období 2019–2024 roste u PS intenzita podpory, měřená hodinami služby na jednoho uživatele.

Hypotéza je potvrzena. Přestože celkové hodiny PS rostou, počet uživatelů klesá, což vede k růstu průměrného počtu hodin péče na uživatele. Tento výsledek podporuje interpretaci, že PS se posouvá k intenzivnější podpoře pro menší okruh klientů.

H3: Kraje s vyšší mírou demografického stárnutí (např. vyšší podíl 65+ nebo 80+) vykazují vyšší využití pobytových služeb po přepočtu na seniorskou populaci.

Hypotéza je potvrzena pouze částečně. Demografické stárnutí zvyšuje tlak na pobytové služby, avšak zjištěné ukazatele (např. využití/„pokrytí“ vztažené k populaci 80+) se mezi kraji významně liší a nevykazují jednoznačný vztah. Některé kraje s vyšším stárnutím nemají současně vyšší využití DS nebo DZR. Z výsledků je patrné, že do hry vstupují i další faktory (kapacitní možnosti, struktura sítě, regionální politika rozvoje služeb).

H4: Kraje s vyšší mírou demografického stárnutí vykazují vyšší rozsah PS po přepočtu na seniorskou populaci (např. hodiny služby na 1 000 osob 65+/80+).

Hypotéza je potvrzena pouze částečně. Rozsah PS po výpočtu (hodiny/1 000 osob 65+) vykazuje výrazné regionální rozdíly a není jednoznačně vysvětlitelný pouze mírou stárnutí. Vedle demografie se pravděpodobně uplatňuje dostupnost personálu, územní organizace služby, rozsah terénní práce a návaznosti na jiné formy podpory.

H5: V některých krajích se vztah mezi stárnutím a využitím služeb oslabí vlivem nabídky (kapacity/sítě) – tj., že s rostoucím věkem nemusí lidé využívat služby automaticky a ve stejném poměru.

Hypotéza je potvrzena. Praktická část ukazuje, že i při růstu seniorské populace (zejména 80+) se využití služeb v některých krajích nevyvíjí očekávatelným směrem. Tato skutečnost podporuje závěr, že výsledný obraz je ovlivňován kapacitními limity, regionálním nastavením sítě a dalšími nabídkovými faktory, které mohou tlumit nebo naopak zesilovat projevy demografického tlaku v datech.

H6: Pokud se nezmění způsob využívání služeb oproti roku 2024, demografický vývoj povede do roku 2050 k nárůstu potřebné kapacity lůžek DS a DZR a k nárůstu potřebného objemu hodin PS. Zátěž poroste nerovnoměrně napříč kraji.

Hypotéza potvrzena. Projekce všech tří druhů sociálních služeb ukazuje růst. Jednotlivé kraje vykazují nerovnoměrný tlak na růst jednotlivých kapacit. Což souvisí s aktuální kapacitou sociálních služeb v krajích, ale také se strukturou obyvatelstva a demografickými projekcemi.

Shrnutí vyhodnocení hypotéz:

Na základě analýzy dat za období 2019–2024 lze konstatovat, že hypotézy H1 a H2 byly potvrzeny. H1 (rychlejší růst využití DZR oproti DS) odpovídá zjištěné rozdílné dynamice pobytových služeb, kdy DZR ve sledovaném období posilují, zatímco DS spíše stagnují až relativně oslabují ve vztahu k rostoucí populaci 80+. H2 (růst intenzity podpory u pečovatelské služby) je potvrzena tím, že při současném růstu hodin PS a poklesu počtu uživatelů roste průměrný počet hodin na jednoho uživatele.

Hypotézy H3 a H4 byly potvrzeny pouze částečně. Demografické stárnutí vytváří obecný tlak na systém dlouhodobé péče, nicméně zjištěné ukazatele (DS/DZR na 1 000 osob 80+ a PS hodiny na 1 000 osob 65+) vykazují výrazné regionální rozdíly a nevykazují jednoznačný lineární vztah k míře stárnutí v jednotlivých krajích. To znamená, že samotná demografie nevysvětluje plně rozdíly v relativním využití služeb mezi kraji.

Hypotéza H5 byla potvrzena. Výsledky ukazují, že vztah mezi stárnutím a využitím služeb je v řadě krajů modifikován faktory nabídky, zejména kapacitními a personálními limity a strukturou krajské sítě služeb. Demografický tlak se tak v praxi projevuje různě a nemusí se promítat do využití služeb „přímo úměrně“ ve všech regionech.

Hypotéza H6 byla také potvrzena. Tlak na růst jednotlivých kapacit vybraných druhů sociálních služeb bude nerovnoměrně rozložen mezi jednotlivé kraje.

2.8 Diskuse

Tato diskuse navazuje na výsledky praktické části (vývoj využití DS, DZR a PS v letech 2019–2024) a zasazuje je do širšího kontextu demografického stárnutí, kapacitních a personálních omezení a možných systémových reakcí. Interpretace se opírá zejména o čtyři externí odborné zdroje:

1. strategicko-ekonomickou analýzu kapacit pobytových zařízení pro seniory v ČR (Novák, Kozelský 2025),
2. odbornou publikaci Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR k současné struktuře dlouhodobé péče a prognóze potřeb do roku 2050 (Horecký a Průša 2019),
3. analytický materiál BCG a MPSV k inovacím péče ve stáří (Wiedermann et al. 2024),
4. komparativní studii systému německého pojištění dlouhodobé péče (Pflegeversicherung) (Hruška et al. 2022).

2.8.1 Nedostatečná kapacita pobytových služeb pro seniory

Jedním z nejvýraznějších zjištění praktické části je odlišná dynamika DS a DZR: zatímco DS ve sledovaném období spíše stagnují či mírně klesají, DZR vykazují výrazný růst. Tento trend je v souladu s externími analýzami kapacit. Report Ekonomických a strategických analýz uvádí, že lůžková kapacita se v ČR zvyšuje především v DZR – mezi lety 2010 a 2024 se ztrojnásobila na 27 111 lůžek – zatímco celkový počet míst v DS od roku 2010 mírně klesá. V roce 2024 dosáhl 35,4 tisíce, což představovalo o 6,5 % méně než v roce 2010 (Novák, Kozelský 2025).

V odborném výkladu to lze chápat jako posun poptávky i nabídky směrem k vyšší míře specializace. DZR typicky pokrývají klienty s vyšší potřebností a se specifickými režimovými potřebami (např. kognitivní poruchy, demence), které se s růstem nejstarších věkových kategorií v populaci vyskytují častěji. Praktická část ukazuje, že se tento posun promítá do reálného využití: systém dlouhodobé péče zjevně posiluje segment DZR rychleji než segment DS.

Externí analýza uvádí, že současná kapacita DS i DZR je ve všech krajích „*téměř zcela zaplněná*“ (Novák, Kozelský 2025). Pokud je kapacita trvale blízko maxima, pak stagnace či pokles využití nemusí znamenat nižší potřebu, ale naopak může odrážet strukturální bariéry: chybějící lůžka, nedostatek pracovníků, nemožnost otevřít nová oddělení, případně tlak na kvalitu a standardy (např. více jednolůžkových pokojů).

Tuto interpretaci posiluje i odhad chybějící kapacity: na trhu podle uvedeného reportu chybí zhruba 17 tisíc lůžek v DS a 9 tisíc lůžek v DZR, což odpovídá přibližně 260 zařízením při kapacitě 100 míst (Novák, Kozelský 2025). To je mimořádně významné zjištění pro diskusi, protože ukazuje, že „neuspokojená poptávka“ je systémově přítomná a může být hlavním vysvětlením, proč některé segmenty (zejména DS) nevykazují růst odpovídající demografickému stárnutí.

Podle výsledků prediktivního modelu MPSV a ÚZIS (jak je cituje uvedený report) bude do roku 2035 potřeba vybudovat přibližně 34,7 tisíce nových pobytových lůžek, do roku 2040 dalších 14,5 tisíce a do roku 2050 dodatečných 14 tisíc; současně má výrazně růst i poptávka po terénních službách (Novák, Kozelský 2025). Zjištění tak podporuje závěr zjištění v analytické části této práce, že stárnutí populace se do systému již promítá, ale není „vidět“ jednoduše jako růst využití všech služeb – část tlaku se může kumulovat v čekacích dobách, v rodinné péči a v přetížení terénních služeb.

2.8.2 Nedostatečné pokrytí pečovatelské služby

Praktická část ukazuje u PS kombinaci růstu objemu poskytované péče (hodiny) a současného poklesu počtu unikátních klientů, což vede k růstu intenzity podpory na klienta. Tento vzorec lze interpretovat minimálně třemi (vzájemně se nevylučujícími) mechanismy:

1. **Zvyšující počet náročnějších klientů:** klienti vstupují do služby později a s vyšší mírou podpory, takže průměrná spotřeba hodin na osobu roste.
2. **Kapacitní omezení (personál):** služba „udrží“ menší počet klientů, ale u nich poskytuje rozsáhlejší podporu, protože není schopna pokrýt širší klientelu.
3. **Kombinace péče:** část méně náročných potřeb může být řešena rodinou, jinými službami nebo komerčně, zatímco veřejná PS se koncentruje na nejnáročnější případy.

Systém sociálních služeb není na důsledky stárnutí připraven. Závislost poskytovatelů na dotacích brání potřebnému rozvoji, nízká úroveň odměňování vede k nedostatku sociálních pracovníků a tato situace se promítá do prodlužování čekacích dob v pobytových zařízeních, zatímco terénní služby se nerozvíjejí a podpora pečujících osob ze strany státu je nedostatečná. (Horecký a Průša 2019)

Pokud tedy terénní služby nerostou dostatečně rychle a zároveň se zvyšuje potřeba péče u části seniorů, lze očekávat právě růst intenzity podpory na klienta. V praktické rovině to může znamenat, že PS plní stále více rolí „udržení klienta doma“ i ve vyšší míře závislosti, ale současně naráží na personální limity a není schopna rozšířit počet obslužených osob.

2.8.3 Zahraniční inspirace – Německý model (Pflegeversicherung)

Komparativní studie německého systému dlouhodobé péče je relevantní především pro diskusi o motivacích a mixu péče (domácí vs. institucionální). Německý systém pracuje s typologií dávek: peněžitá dávka (Pflegegeld) se poskytuje za domácí péči zajišťovanou příbuznými či jinou soukromou osobou a věcné dávky (Pflegesachleistung) se vážou na domácí péči poskytovanou registrovanými službami. Tyto formy lze kombinovat a dávka náleží osobě, která péči potřebuje, nikoli poskytovateli (Hruška et al. 2022).

Pro zjištěné výsledky je tento model interpretovatelný tak, že systémové nastavení může podporovat domácí péči nejen „nabídkou služeb“, ale i finančními pobídkami a flexibilitou čerpání. Současně však studie upozorňuje na zásadní limit. Zákonný systém pojištění dlouhodobé péče v Německu pokrývá pouze část nákladů. Zbývající náklady jsou hrazeny klientem a pokud jeho vlastní zdroje nestačí, mohou být přeneseny na děti; v případě finančního přetížení může klient žádat o sociální pomoc (Hruška et al. 2022).

Tato ambivalence je pro diskusi klíčová: zahraniční model může podporovat udržení péče doma (což souzní s rostoucí rolí terénních služeb), ale současně může zvyšovat tlak na soukromé financování a rodinné pečující.

2.8.4 Limity výzkumu a diskuse výsledků

Tento výzkum je založen na sekundární kvantitativní analýze administrativních dat o vybraných sociálních službách a na demografických datech Českého statistického úřadu. Přestože zvolený přístup umožnil popsat vývoj v letech 2019–2024, standardizovat ukazatele na seniorské populace a vytvořit projekční odhady potřebných kapacit do roku 2050, je nutné výsledky interpretovat s ohledem na několik metodických a datových omezení.

Prvním limitem je povaha použitých administrativních dat. Data zachycují využití služeb na agregované úrovni (kraj, rok) a neumožňují sledovat jednotlivé osoby v čase ani propojit jejich využívání napříč službami. Není tedy možné určit, jaká část uživatelů přechází mezi DS, DZR a PS, zda se jedná o stejnou skupinu osob, nebo o různé klientské skupiny. Z toho vyplývá, že zjištěné trendy lze spolehlivě popsat na úrovni systému, avšak nelze z nich bez dalšího odvozovat individuální vývoj potřebnosti. Podobně nelze z dat vyčíst rozdíly ve struktuře potřebnosti klientů, tedy v tom, jak náročnou podporu jednotliví klienti vyžadují. Tato struktura se může mezi kraji i v čase lišit a může ovlivňovat jak využití pobytových služeb, tak objem terénní péče.

Druhým limitem je interpretace využití pobytových služeb prostřednictvím klient-dnů a z nich odvozených ukazatelů. Klient-dny vyjadřují reálně poskytnutou péči, nikoli registrovanou kapacitu lůžek. V situaci, kdy jsou pobytové služby dlouhodobě vysoce vytížené, nemusí změny v klient-dnech plně odrážet změny poptávky. Část tlaku může být skryta v čekacích dobách, v odkládaných žádostech nebo v přesunu poptávky do jiných segmentů péče (např. do DZR, do terénních služeb nebo do neformální péče rodiny). To znamená, že zjištěný pokles relativního pokrytí DS ve vztahu k populaci 80+ je třeba interpretovat nejen jako popis trendu, ale i jako možný projev strukturálních limitů nabídky.

Třetím limitem je územní úroveň analýzy. Práce používá kraj jako základní jednotku srovnání, což je vhodné pro strategické plánování a pro návaznost na procesy střednědobého plánování služeb. Kraj však není homogenní celek: uvnitř krajů existují výrazné rozdíly mezi metropolitními oblastmi a periferiemi, včetně rozdílů v dostupnosti služeb, dopravní obslužnosti, hustotě osídlení a v personální dostupnosti. V praxi tedy může krajský průměr zakrývat lokální bílá místa nebo naopak koncentrace kapacit. Tento limit je důležitý zejména pro interpretaci regionálních rozdílů a pro formulaci doporučení, která by v ideálním případě měla vycházet i z jemnějšího územního členění (např. ORP nebo spádových oblastí).

Čtvrtým limitem je konstrukce standardizovaných ukazatelů a jejich interpretace. Přepočítání využití DS a DZR na 1 000 osob ve věku 80+ a rozsahu PS na 1 000 osob ve věku 65+ umožňuje srovnávat kraje mezi sebou a v čase, protože omezuje vliv rozdílné velikosti regionu. Standardizace však současně zjednodušuje realitu, protože poptávka po službách není dána pouze věkem, ale i zdravotním stavem, mírou disability, dostupností neformální péče, ekonomickou situací domácností nebo dostupností bydlení. Věkové skupiny 65+ a 80+ jsou proto použity jako zástupné ukazatele potřeby péče. Nezachycují však všechny faktory, které mohou poptávku ovlivňovat, například zdravotní stav, dostupnost rodinné péče nebo místní dostupnost služeb.

Významnou diskusní rovinu představuje také projekční část. Projekce potřebných kapacit DS a DZR a potřebného objemu hodin PS pro roky 2030, 2040 a 2050 byla postavena na scénáři „zachování intenzity využití z roku 2024“. Tento přístup je metodicky transparentní a umožňuje oddělit čistý demografický efekt od změn v organizaci systému. Současně však jde o scénář, který předpokládá, že se nezmění chování uživatelů, struktura nabídky služeb ani institucionální nastavení. Ve skutečnosti mohou projekční výsledky významně ovlivnit změny ve financování a regulaci, rozvoj domácí a komunitní podpory, technologické inovace, dostupnost personálu i proměna role neformálních pečujících. Projekce proto nepředstavuje „predikci budoucnosti“ v plném smyslu, ale spíše ilustraci, jak velký tlak vytvoří demografický vývoj, pokud by se nezměnila intenzita využívání služeb.

Diskuse má hlavní omezení v tom, že ucelené analýzy na stejné oblasti výzkumu neexistují. Analýzy pro diskuzi pracují s různými proměnnými nebo hypotézami. Diskusní analýzy také reflektují jiné cíle. Problémem je, že touto oblastí se touto oblastí zejména veřejné nebo výzkumné instituce systematicky nevěnují např. jako se pravidelně aktualizuje scénáře demografického stárnutí Český statistický úřad. Toto je dle mého názoru způsobeno tím, že veřejné instituce nevnímají tuto oblast jako zásadní společenský problém. Proto nelze plně porovnávat výsledky výzkumu této práce s výsledky zmíněných analýz v diskuzi.

2.8.5 Závěr diskuze

Z diskuze vychází několik společných závěrů:

- naše společnost stárne a počet i podíl seniorů se bude v následujících letech výrazně zvyšovat,
- současné kapacity pobytových i terénních sociálních služeb již dnes nedopovídají poptávce potenciálních klientů,
- do současné doby nebyly přijaty účinné nástroje, které by zmírnily nebo zastavili demografické dopady,
- tlaky na veřejné rozpočty se budou stále zvyšovat,
- kromě samotných nedostatečných kapacit sociálních služeb bude nutné řešit i nedostatek odborného personálu, který bude péči doma nebo v institucích zajišťovat.

2.9 Návrhy a doporučení pro praxi

Tato podkapitola navrhuje doporučení, která vycházejí ze zjištěných trendů v letech 2019–2024 (DS, DZR, PS) a z jejich zasazení do širšího kontextu kapacitních, personálních a finančních omezení systému dlouhodobé péče. Doporučení jsou formulována tak, aby byla využitelná zejména pro krajské plánování sítě sociálních služeb, pro zřizovatele/poskytovatele a pro strategickou úroveň (stát).

2.9.1 Zpřesnit plánování sítě služeb: přejít od „počtů zařízení“ k plánování podle potřeby

V praxi se ukazuje, že samotný absolutní objem služby v kraji (např. počet klient-dnů nebo hodin) nedává úplný obraz o potřebnosti, protože je ovlivněn velikostí kraje, dostupností kapacit a místní strukturou sítě. Doporučuje se proto, aby kraje a obce systematicky plánovaly kapacity podle jednotných ukazatelů, zejména ve vztahu k věkovým skupinám, které nejvíce generují potřebu dlouhodobé péče. Z hlediska interpretace výsledků je klíčová zejména skupina 80+, protože její růst je rychlý a přináší vyšší pravděpodobnost závislosti na péči.

Doporučení do praxe:

- zavést minimální sadu srovnávacích indikátorů pro krajské plánování (např. obsazenost/kapacita pobytových služeb) včetně zavedení identifikace zájemce o službu a klienta v sociální služby na základě jednotného identifikátoru (obdobu rodného čísla), tak aby bylo zřejmé, jak se nejen vyvíjí poptávka po službách, ale jak klient postupuje mezi jednotlivými druhy sociálních služeb v čase.
- vyhodnocovat trendy v čase (min. 5letá řada) a identifikovat kraje s nejrychlejším růstem nejstarších skupin,
- oddělit „poptávku“ od „nabídky“: pokud jsou pobytové služby trvale obsazené, stagnace využití nemusí znamenat pokles potřeby, ale naopak kapacitní strop (Novák, Kozelský 2025).

2.9.2 Kapacitní politika: realisticky kombinovat rozvoj pobytových služeb a posílení domácí péče

Externí analýza upozorňuje, že současná kapacita DS i DZR je téměř plně vytížená a že při zohlednění duplicitních žádostí může na trhu chybět zhruba 17 tisíc lůžek DS a 9 tisíc lůžek DZR. Současně prognózy naznačují výrazný budoucí růst potřeb – do roku 2035 je podle prediktivního modelu uváděna potřeba vybudovat přibližně 34,7 tisíce nových pobytových lůžek (Novák, Kozelský 2025). Tyto údaje podporují závěr, že samotná „údržba stávající sítě“ nebude dostačující.

Zároveň je však vhodné, aby se kapacitní politika neopírala jen o výstavbu. V praxi se potvrdí zejména kombinace:

- **cíleného rozvoje specializovaných pobytových kapacit** (zejména DZR, resp. lůžka pro osoby s vysokou mírou podpory),
- **posilování terénních a komunitních služeb**, které oddalují nebo snižují potřebu institucionalizace a odpovídají preferencím části populace (Novák, Kozelský 2025).

Doporučení do praxe:

- v krajských strategiích oddělit investiční rozvoj DS a DZR podle očekávaného profilu klientů (vyšší potřebnost klade důraz na DZR a návazné služby),
- posilovat „mezikroky“ mezi domácí péčí a pobytovou službou (odlehčovací služby, denní stacionáře apod.), aby nebyl vstup do pobytové služby jediným řešením,
- plánovat kapacitu i s ohledem na kvalitu a důstojnost péče: pokud by se průměrná kapacita zařízení snižovala (např. v důsledku deinstitucionalizace), bude potřeba více zařízení a vyšší investice (Wiedermann et al. 2024).

2.9.3 Personální stabilizace: bez řešení pracovní síly nebude kapacitní rozvoj funkční

Výsledky praktické části (zejména růst intenzity podpory v terénních službách) jsou konzistentní s tím, že systém dlouhodobé péče naráží na personální limity. APSS uvádí, že systém sociálních služeb není na důsledky stárnutí dostatečně připraven; nedostatek pracovníků se promítá do prodlužování čekacích dob a terénní služby se nerozvíjejí potřebným tempem (Horecký a Průša 2019). Strategický materiál zároveň pracuje s odhadem, že při pokračování trendů může v roce 2035 chybět cca 16 tisíc pracovníků v sociálních službách (Wiedermann et al. 2024).

Doporučení do praxe:

- do krajských plánů a do investičních záměrů povinně vkládat personální plán (nábor, kvalifikace, směnnost, udržení pracovníků), nikoli jen plán kapacit „v lůžkách“,
- rozvíjet stabilizační opatření: systematické vzdělávání, supervize, podpora adaptace nových pracovníků, u terénu posílení logistiky a bezpečnosti práce,
- posílit návaznost sociální a zdravotní složky péče (společné plánování, sdílené postupy), protože bez koordinace roste administrativní zátěž a neefektivita v terénu i v pobytu.

2.9.4 Terénní péče jako „strategická kapacita“

Praktická část ukazuje, že pečovatelská služba může vykazovat trend růstu objemu péče při poklesu počtu klientů, což vede k nárůstu intenzity podpory na jednoho uživatele. Pro praxi z toho plyne, že PS není jen „doplňková služba“, ale klíčový nástroj, jak udržet část seniorů v domácím prostředí i při vyšší potřebnosti.

Doporučení do praxe:

- zavést (v rámci poskytovatelů i na úrovni kraje) jednoduchý model segmentace klientů podle potřebnosti (např. nízká/střední/vysoká intenzita) a podle toho řídit kapacity a návaznosti,
- posílit koordinaci s domácí zdravotní péčí a praktickými lékaři (sdílení informací, návazné služby), protože právě kombinace sociální a zdravotní složky rozhoduje o udržitelnosti domácí péče,
- rozšiřovat odlehčovací prvky pro rodiny (krátkodobé pobyty, terénní odlehčení), protože bez podpory pečujících roste tlak na pobytové služby (Horecký a Průša 2019).

2.9.5 Inovace a technologie: cílit na řešení deficitu financí, personálu a kapacit

Strategický materiál k inovacím péče uvádí, že technologie mohou při systematickém zavádění do roku 2035 ušetřit až 31 mld. Kč, až 10 tisíc lůžkové kapacity a až 11 tisíc personálních kapacit; k dosažení tohoto efektu je uvažována potřeba kumulativně investovat přibližně 24 mld. Kč a začít se zaváděním již od roku 2024 (Wiedermann et al. 2024). Současně je zdůrazněno, že technologie nelze zavádět všechny najednou a je nutná prioritizace a měření výsledků („outcome-based care“) (Wiedermann et al. 2024).

Doporučení do praxe:

- prioritizovat technologie s nejvyšším dopadem v domácím prostředí (bezpečnostní monitoring, podpora adherence, prevence pádů, podpora pečujících), protože právě zde se rozhoduje o oddálení institucionalizace,
- propojit inovace s měřitelnými výsledky (např. snížení hospitalizací, prodloužení setrvání doma, snížení zátěže pečujících) a nastavit sběr dat tak, aby šlo dopady vyhodnotit,
- u pobytových zařízení zavádět technologie, které snižují rutinní zátěž personálu a podporují kvalitu a bezpečí, nikoli pouze „digitalizaci administrativy“.

2.9.6 Zlepšit datové řízení: sjednotit evidenci poptávky a kapacit pro krajské rozhodování

Praktická část pracuje s administrativními daty o využití služeb. Pro rozhodování v praxi však chybí robustní a srovnatelná data o poptávce, zejména o čekacích dobách a o neuspokojených žádostech bez duplicit. Externí analýza upozorňuje, že počet žádostí je zatížen tím, že žadatelé často podávají více žádostí současně (Novák, Kozelský 2025). Pro řízení systému je proto důležité odlišit „počty žádostí“ od „počtu osob“.

Doporučení do praxe:

- na úrovni kraje vést evidenci žádostí a důvodů nepřijetí (kapacita, nesplnění cílové skupiny, jiné důvody) tak, aby bylo možné řídit síť služeb na základě reálné poptávky,
- vytvořit mechanismus agregace bez narušení ochrany osobních údajů (např. anonymizované identifikátory pro odhad duplicit),
- posílit analytickou kapacitu krajů (pravidelné vyhodnocení s interpretací, nikoli jen sběr dat).

2.9.7 Systémové poučení ze zahraničí: podpora mixu domácí a formální péče a nastavení motivací

Komparativní studie německého systému ukazuje model, který kombinuje peněžitou dávku pro domácí péči zajišťovanou blízkými (Pflegegeld) a věcné dávky pro domácí péči poskytovanou registrovanými službami (Pflegesachleistung); dávka náleží osobě, která péči potřebuje. Zároveň studie zdůrazňuje, že systém pojištění dlouhodobé péče pokrývá pouze část nákladů a zbytek doplácí klient, případně rodina; při nedostatečných zdrojích může nastoupit sociální pomoc (Hruška et al. 2022).

Pro praxi v ČR je relevantní především princip, že systém může cíleně podporovat „mix“ domácí, terénní a pobytové péče prostřednictvím nastavení motivací – současně je však nutné hlídat sociální dopady, aby se nepřiměřená finanční zátěž nepřenesla na rodiny.

Doporučení do praxe:

- posilovat nástroje, které podporují udržení seniora doma (ná vaznost PS, odlehčovací služby, podpora pečujících),
- zvažovat úpravy financování tak, aby se vyplatilo rozvíjet domácí a komunitní složku bez oslabení dostupnosti pobytové péče pro osoby s vysokou potřebností,
- hodnotit dopady opatření nejen ekonomicky, ale i sociálně (zátěž rodin, nerovnosti dostupnosti mezi regiony).

3 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit, jak se demografické stárnutí promítá do využití vybraných sociálních služeb dlouhodobé péče v České republice, se zvláštním důrazem na krajské rozdíly. Práce vycházela z předpokladu, že růst seniorské populace – zejména dynamicky se zvyšující skupiny osob ve věku 80 a více let – představuje dlouhodobý strukturální tlak na systém dlouhodobé péče a vyžaduje odpovídající reakci v oblasti kapacit, financování a personálního zajištění. Zacílení na regionální úroveň je velmi podstatné. Demografické stárnutí neprobíhá prostorově rovnoměrně a zároveň se liší historicky utvářená síť sociálních služeb, dostupnost pracovní síly i investiční kapacita jednotlivých krajů.

Teoretická část práce ukázala, že Česká republika vstupuje do období intenzivního stárnutí s již existujícími limity systému dlouhodobé péče, které se mohou s dalším růstem potřebnosti prohlubovat. V teoretickém rámování se opakovaně objevuje důraz na kombinaci institucionální složky péče a služeb poskytovaných v přirozeném prostředí, protože preference populace i ekonomická udržitelnost systému předpokládají vyvážený rozvoj pobytových, terénních a návazných služeb. Zároveň se ukazuje, že budoucí tlak nebude dán jen počtem seniorů, ale také měnící se strukturou potřeb, zejména růstem skupin s vyšší mírou podpory a se složitějšími zdravotně-sociálními potřebami, což zvyšuje nároky na organizaci péče, personální kompetence a koordinaci služeb.

Praktická část práce na základě sekundární analýzy dat za období 2019–2024 porovnávala vývoj využití domovů pro seniory (DS), domovů se zvláštním režimem (DZR) a pečovatelské služby (PS) na úrovni krajů. Klíčovým přínosem zvolené metodiky bylo spojení absolutních hodnot s ukazateli vztaženými k seniorské populaci (zejména na 1 000 osob ve věku 80+ u pobytových služeb a na 1 000 osob ve věku 65+ u pečovatelské služby). Tento přístup umožnil interpretovat krajské rozdíly věcněji než pouhé srovnání absolutních počtů, které jsou silně ovlivněny velikostí regionu.

Výsledky analýzy potvrdily, že jednotlivé segmenty služeb nevykazují shodnou dynamiku. U DS se v čase projevuje spíše stagnace až mírný pokles využití a při propočtu na populaci 80+ vychází pokles pokrytí sociálních služeb ve všech krajích. Tento výsledek lze interpretovat tak, že růst skupiny 80+ převyšoval změny využití DS, a dostupnost této služby ve vztahu k nejstarším seniorům se zhoršovala. Současně je však nutné tento závěr číst v kontextu nabídkových limitů. Pobytové služby jsou dlouhodobě silně vytížené a část poptávky se do využití nemusí promítnout přímo, ale může se projevit například v čekacích dobách, v tlaku na rodinné pečující nebo v přesunu poptávky do jiných druhů péče.

U DZR se naopak ukázala významná role specializované pobytové péče, avšak s regionálně diferencovaným průběhem. Data podporují interpretaci posunu části poptávky i nabídky směrem k vyšší potřebnosti a režimově náročnějším formám podpory. Prakticky to znamená, že institucionální složka dlouhodobé péče se nevyvíjí stejnoměrně. Zatímco DS zaostávají za demografickým tlakem, segment DZR je v části regionů rozvíjen dynamičtěji. Tento trend je důležitý i pro řízení systému, protože DZR bývají personálně i organizačně náročnější, a tedy citlivější na dostupnost pracovní síly a na stabilitu financování.

V případě PS byl identifikován odlišný vývoj. Vedle vývoje celkového rozsahu poskytované podpory se ukazuje zřetelný nárůst intenzity podpory na jednoho uživatele. Jinými slovy, služba se může v čase orientovat na menší počet osob s vyšší potřebností a s vyšším objemem podpory na klienta.

Součástí práce byl také propočet potřebnosti v krajích na lůžko či počet hodin. Což je odlišný přístup analýzy potřebnosti nežli předchozí. Při výchozím roce 2024 byly na základě projekcí populace po krajích odvozeny odhady potřebných kapacit DS a DZR (lůžka) a potřebného objemu PS (hodiny) pro roky 2030, 2040 a 2050. Aby byly výsledky použitelné pro plánování potřebných kapacit, byly u pobytových služeb prezentovány jako potřebná kapacita při cílové obsazenosti 95 % (tj. s provozní rezervou, která zohledňuje reálný provoz zařízení). Projekce při zachování intenzity využití služeb z roku 2024 ukazuje významný růst potřebnosti ve všech třech sociálních služeb. Na úrovni ČR se odhadovaná potřebná kapacita DS zvyšuje přibližně z 32,6 tis. lůžek (2024) na 45,7 tis. (2030), 58,2 tis. (2040) a 63,4 tis. lůžek (2050). U DZR roste potřebná kapacita přibližně z 24,2 tis. lůžek (2024) na 33,8 tis. (2030), 42,2 tis. (2040) a přibližně 46,0 tis. lůžek (2050). U PS se zvyšuje potřebný objem péče přibližně z 5,0 mil. hodin (2024) na 5,3 mil. (2030), 6,0 mil. (2040) a 6,9 mil. hodin (2050). Závěr z projekční části je zřejmý. I při nezměněném nastavení systému bude demografický vývoj do poloviny století vyžadovat podstatné posílení pobytové i terénní složky dlouhodobé péče.

Projekce navíc zvýraznila nerovnoměrné regionální rozložení budoucího tlaku. V relativním vyjádření bude tempo nárůstu potřebnosti vyšší v krajích s rychlejším růstem populace 80+, zatímco v absolutních číslech se největší tlak koncentruje do demograficky velkých krajů a metropolitních oblastí. To má přímé praktické důsledky. Některé kraje budou čelit rychlému dohnání potřeby (rychlé tempo růstu), jiné budou řešit zejména vysoký celkový objem potřebné péče (velké absolutní přírůstky kapacit a hodin). Z hlediska řízení systému je proto nezbytné kombinovat oba pohledy a nepřeceňovat pouze jednu dimenzi (např. jen procentní nárůst nebo jen absolutní počty).

Z hlediska výzkumných otázek a hypotéz práce ukázala, že hypotézy předpokládající odlišnou dynamiku DS a DZR (posilování DZR vůči DS) a hypotézy o růstu intenzity podpory v PS byly potvrzeny. Naopak předpoklady o jednoznačném vztahu mezi mírou stárnutí v krajích a vyšším využitím služeb byly potvrzeny pouze částečně. Výsledky totiž vykazují významnou regionální variabilitu a nejsou vysvětlitelné pouze demografií. Demografické stárnutí je klíčovým vysvětlujícím rámcem, avšak reálné dopady do využití služeb jsou významně modifikovány nabídkovými faktory, zejména strukturou krajské sítě, investiční politikou, personální dostupností a substitucí mezi pobytovou a terénní složkou péče.

Přínosem práce je propojení demografických charakteristik krajů s vyhodnocením využití tří klíčových služeb dlouhodobé péče za víceleté období a doplnění projekční roviny potřebných kapacit a objemu péče do budoucna. Praktická část ukázala, že interpretace dopadu stárnutí nemůže být postavena pouze na absolutních hodnotách, ale musí pracovat s relativními ukazateli a zároveň zohlednit omezení na straně nabídky. Mezi limity práce patří administrativní povaha dat (bez možnosti sledovat jednotlivce napříč službami a bez přímého zachycení trajektorií potřebnosti), nemožnost přímo kvantifikovat neuspokojenou poptávku (např. prostřednictvím čekacích dob či důvodů nepřijetí). Projekce navíc představuje scénář zachování současného stavu, a tedy nepostihuje možné systémové změny (např. posílení domácí péče, změny ve financování, technologické inovace nebo změny v roli neformální péče), které mohou budoucí potřebu kapacit významně ovlivnit.

Z praktického hlediska výsledky podporují závěr, že pouhé udržování stávající sítě nebude v podmínkách rychlého růstu skupiny 80+ dostačující. Perspektivní se jeví kombinace cíleného rozvoje pobytových kapacit odpovídajících vyšší potřebnosti (zejména u domova se zvláštním režimem), posilování terénních a komunitních služeb, které mohou oddalovat institucionalizaci a odpovídají preferencím části populace, a současně systematické řešení personální stability. Bez stabilního personálního zajištění nebude kapacitní rozvoj funkční, i kdyby byly investičně vybudovány nové kapacity. Současně se jako důležitý směr jeví posílení datového řízení systému (evidence poptávky, důvodů nepřijetí, odstranění duplicit v žádostech) a řízené zavádění inovací a technologií s měřitelným dopadem na kvalitu a efektivitu péče.

Závěrem lze shrnout, že práce potvrdila probíhající posun potřeb dlouhodobé péče směrem k vyšší náročnosti podpory a specializovanějším formám péče, přičemž regionální rozdíly vyžadují diferencované řízení a plánování. Současně projekční část ukázala, že při zachování intenzity využití služeb z roku 2024 povede demografický vývoj do roku 2050 k výraznému navýšení potřebných pobytových kapacit v DS i DZR a k významnému růstu potřebného objemu terénní péče v PS. Bez kombinace cíleného rozvoje kapacit, stabilizace personálu a posílení terénních a návazných služeb bude systém dlouhodobé péče čelit rostoucímu tlaku, který demografické stárnutí bude dále prohlubovat.

4 Seznam použitých zdrojů

1. **BARÁK, Ladislav, et al.** *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR.* Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015. [online]. [cit. 2025-11-30]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2015/12/Vystupni-analyticka-zprava-o-soucasne-situaci-a-potrebach-pecujicich-osob-a-barierach-pro-poskytovani-neformalni-pece-v-CR.pdf>
2. **ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD.** *Projekce obyvatelstva České republiky – 2023–2100* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2023 [cit. 25. 11. 2025]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2023-2100>
3. **ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD.** *Projekce obyvatelstva v krajích ČR – do roku 2080* [online]. Praha: Český statistický úřad, 12. 12. 2024. Aktualizováno dne 13. 12. 2024 [cit. 2026-02-17]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/projekce-obyvatelstva-v-krajich-cr-do-roku-2080>
4. **ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD.** *Senioři.* [online]. Praha: Český statistický úřad, aktualizováno dne 04. 06. 2025 [cit. 2025-12-14]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/seniori?pocet=10&start=0&skupiny=31&razeni=-datumVydan>
5. **EUROSTAT.** *Population structure and ageing. Statistics Explained* [online]. Luxembourg: Eurostat. [cit. 2025-12-14]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing
6. **EUROSTAT.** *Population structure and ageing: Increase in the share of the population aged 65 years and over between 2014 and 2024.* [online]. Luxembourg: Eurostat. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing. [cit. 2025-11-25].
7. **EVROPSKÁ KOMISE.** Directorate-General for Economic and Financial Affairs. 2024 *Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022–2070).* European Economy Institutional Papers, Institutional Paper 279 [online]. Brussels: European Commission, 2024 [cit. 2025-12-14]. Dostupné z: https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2024-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2022-2070_en
8. **GEISLER, Hana, HOLEŇOVÁ, Anežka, HOROVÁ, Terezie, JIRÁT, Daniel, SOLNÁŘOVÁ, Dagmar, SCHLANGER, Jiří a TOMÁŠKOVÁ, Vladimíra.** Fond dalšího vzdělávání. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR.* 2015. [online]. https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2018/11/1_V%3BDstun%3AD-analytick%3A1-zpr%3A1va.pdf. [cit. 2025-11-25].
9. **HAMANOVÁ, Jana, Filip OLIVA, Dilnara RADJPOVA a Viktorie KOVÁČOVÁ.** *Průzkum veřejného mínění na téma „Pečující osoby v ČR“: Závěrečná zpráva.* [online]. Praha: SC&C spol. s r.o., 2024. [cit. 2025-12-14]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cms/documents/f0e2e854-7746-9cf8-b260-11dd74c6f0db/Z%3A1v%49Bre%48Dn%3A1%20zpr%3A1va_Pe%48Duj%3ADc%3AD%20osoby%20v%20C%48CR.pdf

10. **HORECKY, Jiří, KAPLAN C., Stuart, LEVITT, Dan, SLOAN, Katie Smith, DAVIES, Megan, LAPRÉ, Freek a MACASKILL, Donald.** *Ageing and long-term care: call to governments* [online]. [s.l.]: Global Ageing Network, 2023 [cit. 2025-11-25]. Dostupné z: https://globalageing.org/wp-content/uploads/2023/03/2023-CALL-TO-GOVERNMENTS-PAPER_Global-Ageing-Network.pdf
11. **HORECKÝ, Jiří, PRŮŠA, Ladislav.** *Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřeby sociálních služeb 2019–2050.* Tábor: APSS ČR, 2019. ISBN 978-80-907053-4-0
12. **HRUŠKA, Lubor et al.** *Komparativní analýza systému pojištění Pflegeversicherung v Německu.* Ostrava: ACCENDO – Centrum pro vědu a výzkum, z.ú., 2022.
13. **MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ.** *Analýza financování sociálních služeb.* Praha: MPSV, 2019
14. **MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ.** *Informace o vyplacených dávkách.* Online. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/informace-o-vyplacenych-davkach>. [cit. 2025-10-31].
15. **MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ.** *Průzkum veřejného mínění na téma „Pečující osoby v ČR“ – Neformálně pečující (prezentace, 23. října 2024).* [online]. 2024. [cit. 2025-12-14]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cms/documents/e3d28135-1f68-1ca1-fad3-1d31f0ec2412/PREZENTACE_PE%C4%8CUJ%C3%8DC%C3%8D_OSOBY_v_%C4%8CR_Neform%C3%A1ln%C4%9Bpe%C4%8Duj%C3%ADc%C3%AD.pdf
16. **MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ.** *Resortní statistická zjišťování (statistické výkazy).* Online. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/resortni-statisticka-zjistovani-statisticke-vykazy>. [cit. 2025-10-31].
17. **MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ.** *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2023.* Online. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>. [cit. 2025-10-31].
18. **MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ.** *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2024.* Online. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci-2024>. [cit. 2025-10-31].
19. **MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ.** *Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025.* Praha: MPSV, 2021.
20. **MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ.** *Registr poskytovatelů sociálních služeb.* Online. 2025. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>. [cit. 2025-12-05].
21. **NOVÁK, Radek, KOZELSKÝ, Tomáš.** *Pobytová zařízení pro seniory: Nedostatek kapacit se bude prohlubovat.* Ekonomické a strategické analýzy, listopad 2025.
22. **POSPÍŠIL, David a kol.** *MPSV ČR. Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025.* Praha: MPSV, 2016. ISBN 978-80-7421-126-3
23. **POSPÍŠIL, David, Jiří HORECKÝ.** *Příručka k sociálně-zdravotnímu pomezí.* 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2025
24. **WIEDERMANN, Tomáš et al.** *Inovace péče ve stáří: Technologickou inovací k zajištění kvality života a péče o stárnoucí populaci ČR.* Boston Consulting Group & Ministerstvo práce a sociálních věcí, leden 2024.

25. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.* In: Sběrka zákonů ČR. 2006, částka 37.
ISSN 1211-1244.