



Studie **dlouhodobé sociální péče** v ČR

**Připraveno pro Asociaci
Poskytovatelů Sociálních Služeb**

Červen 2026



Prohlášení o vyloučení odpovědnosti

Tento dokument vznikl na základě smlouvy o poskytování služeb mezi Deloitte Advisory s.r.o. (dále jen „Deloitte“) a Asociací poskytovatelů sociálních služeb (dále jen „Klient“) uzavřené dne 28. 2. 2026.

Pro vyloučení pochybností informace obsažené v tomto dokumentu vycházejí z veřejně dostupných informačních a datových zdrojů a byly aktuální a platné ke dni odevzdání tohoto dokumentu.

Tato studie („Studie“) byla vydána společností Deloitte Advisory s.r.o., se sídlem Italská 2581/67, Vinohrady, 120 00 Praha 2, Česká republika, zapsanou v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíle C, vložce 113225, IČO: 27582167 („Deloitte“) na žádost a pro účely Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, z. s. a její obsah vychází z informací, které společnost Deloitte získala od tohoto subjektu a z veřejných zdrojů a kterých přesnost a úplnost nebyla ověřována. Studie nemusí obsahovat dostatečné informace, analýzy ani ověření pro potřeby a účely třetích osob. Informace obsažené ve Studii nepředstavují poradenství, konzultaci ani stanovisko, zejména ve věcech týkajících se třetích osob. Deloitte nenese odpovědnost za obsah Studie, její relevanci, užitečnost, použitelnost ani za splnění jakýchkoli dalších charakteristik pro účely třetích osob. Deloitte neodpovídá za důsledky zveřejnění Studie, jejího použití jakoukoli stranou, za rozhodnutí učiněná na jejím základě ani za důsledky takového použití či rozhodnutí. Veškeré třetí osoby nesou odpovědnost a riziko za své použití Studie, rozhodnutí učiněná na základě Studie nebo v souvislosti se Studií a za důsledky takového použití či rozhodnutí. Poskytnutí Studie nevytváří žádnou povinnost ani odpovědnost Deloitte vůči třetím osobám a třetí osoby nenabývají žádná práva ani nároky, zejména vůči Deloitte, v souvislosti se Studií. Nahlédnutím do Studie třetí osoby přijímají výše uvedené podmínky zveřejnění.



Obsah

Prohlášení o vyloučení odpovědnosti	2
Obsah	3
Manažerské shrnutí	4
Použité zkratky	8
Seznam obrázků	9
Seznam tabulek	10
Průvodní slovo od Deloitte	12
Vymezení rozsahu studie	13
Úvod	14
Dynamika stárnutí populace	16
Výskyt neurodegenerativních onemocnění	22
Závěry	25
Zdroje dat	27
Kapacity a dostupnost sociální péče	28
Současná nabídka pobytových služeb	28
Regionální nerovnosti a neuspokojené žádosti	30
Poskytovatelé služeb sociální péče	31
Terénní sociální péče	33
Neformální péče	36
Závěry	36
Zdroje dat	37
Provozní financování péče o seniory	40
Nákladová struktura péče o senioryfinancování	44
Závěry	46
Zdroje dat	48
Investiční náklady péče o seniory	50
Nové modely investičního financování	53
Závěry	54
Zdroje dat	55
Scénáře vývoje kapacity sociální péče k roku 2035	58
Výchozí stav k roku 2024	58
Základní scénář (ZS) podle ÚZIS: V roce 2035 všechny druhy péče narůstají podle demografie	58
Scénář 1: Zmrazení počtu lůžek na 63 tis., zbytek systému reaguje navyšováním kapacity	62
Scénář 2: Celá dodatečná poptávka po péči je naplněna pobytovými službami	65
Mezinárodní srovnání scénářů dlouhodobé péče (Německo, Nizozemsko, Švédsko)	67
Zdroje dat	68
Digitalizace v oblasti sociálních služeb	70
Kontext a systémový rámec	70
Klíčové oblasti digitalizace a jejich dopady	71
Bariéry implementace	72
Klíčová doporučení	73
Závěry	73
Zdroje dat	75
Oblasti rozvoje v sociální péči	76
Přesun od institucionální péče ke komunitnímu modelu	76
Integrace sociální a zdravotní péče	76
Stabilní financování a vyjasnění ekonomického modelu	77
Personální kapacity a podpora neformálních pečujících	77
Kvalita, dostupnost a řízení sítě služeb	77
Zpřesnění dat o poptávce a potřeba centrální evidence žadatelů	78
Závěr	78
Závěr studie	80
Reference	82
Příloha 1: Koncentrace trhu domovů pro seniory a domovů se zvlázním režimem	88
Příloha 2: Maximální výše úhrad za pečovatelskou službu v roce 2024	89
Příloha 3: Provozní dotace MPSV 2026	90
Příloha 4: Seznam základních životních potřeb posuzovaných při žádosti o příspěvek na péči	91
Příloha 5: Výše příspěvku na péči o osoby ve věku nad 18 let	92
Příloha 6: Detail výdajů na vybrané terénní sociální služby, 2010–2024	93
Příloha 7: Detail počtu klientů vybraných terénních sociálních služeb, 2010–2024	94
Příloha 8: Vývoj podílu dotací MPSV na celkovém financování sociálních služeb, 2013–2023	95
Příloha 8: Vývoj podílu dotací MPSV na celkovém financování sociálních služeb, 2013–2023	96
Příloha 9: Soukromé pojištění dlouhodobé péče v České republice	97
Příloha 10: Neuspokojené žádosti o odlehčovací služby, 2024	98
Příloha 11: Vývoj maximálních úhrad sociálních služeb a inflace (2015–2026)	99

Manažerské shrnutí

Kontext a cíl studie

Systém dlouhodobé sociální péče v České republice stojí na prahu zásadní strukturální změny, jejímž hlavním hybatelem je rychlé stárnutí populace a proměna charakteru potřeb seniorů. Tato studie byla zpracována s cílem poskytnout datově podložený a realistický pohled na očekávaný vývoj poptávky po dlouhodobé péči do roku 2035, identifikovat klíčová kapacitní, personální a finanční rizika a navrhnout směry systémového rozvoje, které mohou přispět k udržitelnosti a dostupnosti péče.

Analýza vychází z českých demografických projekcí, administrativních a resortních dat, scénářového modelování kapacit a nákladů a z porovnání s mezinárodní praxí. Studie se zaměřuje na pobytové, terénní i neformální formy péče a na jejich vzájemnou provázanost.

Klíčové zjištění: demografie mění samotnou logiku systému

Demografický vývoj jednoznačně ukazuje, že tlak na systém dlouhodobé péče nebude v příštích desetiletích pouze kvantitativní, ale kvalitativní. Nejrychleji poroste skupina osob ve velmi vysokém věku (80+ a zejména 85+), u nichž se kumuluje více chronických diagnóz, kognitivní poruchy a ztráta soběstačnosti. To zvyšuje potřebu dlouhodobé, koordinované a personálně náročné péče, často kombinující sociální a zdravotní složku.

Studie potvrzuje, že současná struktura systému, založená na odděleném fungování sociálních a zdravotních služeb a na vysokém podílu neformální péče v rodinách, není dlouhodobě udržitelná. Bez změny organizační a provozní logiky hrozí další růst neuspokojené poptávky, regionálních nerovností a zátěže pečujících rodin.

Scénáře vývoje do roku 2035: žádná cesta není bez zásadních dopadů

Scénářová analýza ukazuje, že žádný realistický vývojový scénář neumožňuje zachovat současný stav bez významných negativních důsledků:

- **Základní scénář (demografický růst při zachování struktury systému)** předpokládá výrazný nárůst jak pobytové, tak terénní sociální a neformální sociální péče. Tento scénář vede k významnému nárůstu celkových nákladů systému a klade mimořádné nároky na personální kapacity, zejména v pobytových službách a u zdravotně-sociálně náročných klientů.

- **Scénář omezení či „zmrazení“ pobytové péče** sice formálně snižuje fiskální náročnost systému sociální péče, avšak za cenu masivního přenesení zátěže na blízké osoby a zvyšování tlaku na zdravotní systém a akutní lůžkovou péči (týká se zejména osob s nejvyšším stupněm závislosti, především pak těch s diagnózou demence). Tento scénář je spojen s vysokým rizikem vyčerpání neformálních pečujících a s nepřímými sociálními a ekonomickými dopady: v případě osob trpících demencí je v tomto případě důsledkem významné přesunutí péče na rodiny, jelikož zajištění nepřetržitého dohledu profesionální terénní sociální službou je ekonomicky nereálné. Část (potenciálně i významná část) pečujících osob je tak v tomto scénáři nucena opouštět trh práce (jsou-li ekonomicky aktivní), což má za následek snižování produktivity společnosti, zvyšování nezaměstnanosti a s tím spojené omezení kupní síly dotčeného obyvatelstva.

- **Scénář plného pokrytí poptávky pobytovou péčí** představuje horní mez systému. Eliminace tlaku na rodiny a terénní sociální služby by byla vykoupena extrémními investičními, personálními a provozními náklady a nízkou reálnou proveditelností.

Scénáře potvrzují, že budoucí vývoj nelze řešit volbou jediné formy péče, ale pouze kombinací více nástrojů a systematickou změnou fungování celého systému s důrazem na efektivní propojení veřejného a soukromého sektoru, a to jak pro financování, tak pro provozování služeb sociální péče, včetně úzkého propojení zdravotní a sociální péče. Součástí je i vhodný mix pobytové, terénní a ambulantní sociální péče za účasti péče neformální, tj. kombinace komunitní a pobytové péče, jelikož jakýkoliv důraz na jeden typ zajišťování služeb není realizovatelný z kapacitních ani z ekonomických důvodů.

Oblasti rozvoje: pět pilířů udržitelného systému

Na základě analýzy lze identifikovat pět klíčových oblastí, které budou rozhodující pro zvládnutí demografického tlaku:

1. Posílení komunitního a domácího modelu sociální péče

Rozvoj terénních sociálních, ambulantních a komunitních služeb je nezbytným předpokladem dostupnosti péče. Nejde o oslabení role pobytových zařízení, ale o jejich nové zasazení do širší

sítě služeb, která umožní flexibilnější reakci na individuální potřeby klientů. S ohledem na demografické trendy není ekonomicky udržitelné klást důraz pouze na pobytové služby, nýbrž je nezbytné je považovat za podpůrný systém pro potřeby osob s nejvyššími stupni závislosti a neurodegenerativními onemocněními, zejména u osob s demencí, u nichž kombinace terénní sociální a neformální péče již není udržitelná.

2. Skutečná integrace sociální a zdravotní péče

Největší systémový deficit představuje roztržičnost odpovědností, financování a řízení mezi sociálním a zdravotním sektorem. Budoucí rozvoj bude záviset na vytvoření funkčního rozhraní, v němž klient nepřechází mezi systémy bez návaznosti služeb. Dalším faktorem je využívání moderních technologií zejména pro oblast telemedicíny, která umožňuje rozšířený lékařský dohled a snižuje výjezdy záchranné služby i potřebu hospitalizace.

3. Stabílní a srozumitelný ekonomický model

Vícezdrojové financování bez jasné vazby na potřeby, výsledky a kvalitu péče omezuje dlouhodobé plánování. Udržitelný model bude muset lépe propojit státní, krajské, obecní a soukromé zdroje, příspěvek na péči a úhrady za zdravotní složku péče.

Budoucí potřeba sociální péče na základě demografických trendů s sebou nese značné investiční nároky. I při adekvátní kombinaci komunitní a pobytové péče je pro vytvoření dostatečných kapacit klíčová součinnost všech aktérů, tj. zdroje EU, státní rozpočet v režii MPSV, kraje, města a obce, banky, pojišťovny, privátní poskytovatelé a kvalifikovaní i drobní investoři prostřednictvím fondů.

Z dlouhodobého hlediska pak není udržitelný ale ani model veřejného financování provozu služeb sociální péče, a tak je dle vzoru zemí OECD nezbytná součinnost soukromého sektoru i v této oblasti, a to jak z pohledu provozovatelů, tak i z pohledu jednotlivců a rodin, které by se podíleli na financování péče o své blízké v rámci terénních sociálních i pobytových služeb. Aktuálně nastavené maximální úhrady klientů pobytové i terénní sociální péče nepokrývají náklady na poskytnutou službu, a tak je vhodné zvážit jejich navýšení. Alternativním zdrojem financování je pak komerční pojištění dlouhodobé péče, které již vybrané pojišťovny nabízejí samostatně nebo jako součást životního pojištění.

4. Personální stabilizace a podpora neformálních pečujících

Personální deficit profesionální péče se bude dále prohlubovat. Vedle profesionalizace a zlepšení pracovních podmínek je nezbytné systematicky podporovat rodiny, které dnes nesou významnou část péče a jejichž zátěž se bude dále zvyšovat. V případě neformálně pečujících je nezbytné zajištění nejen finanční podpory, ale také dostupnost poradenství ve spojení s odlehčovacími službami, které poskytují pečujícím možnost odpočinku a profesionální podpory.

5. Kvalita, dostupnost a řízení sítě služeb

Plánování sítě musí být datově podložené a reflektovat regionální odlišnosti. Garance minimální kvality napříč poskytovateli je klíčová pro skutečně rovný přístup ke službám, přičemž nezbytnou součástí řízení systému je také systematické měření kvality, efektivity, účelnosti a hospodárnosti poskytované péče.

Digitalizace jako klíčový faktor zefektivňování

Studie ukazuje, že digitalizace není samostatnou oblastí rozvoje, ale klíčovým nástrojem, který umožňuje propojit kapacity, kvalitu a udržitelnost systému. Telemedicina, monitorovací systémy a datově podložené řízení péče prokazatelně přispívají ke snížení zbytečných hospitalizací, lepší koordinaci služeb a efektivnějšímu využití omezených personálních kapacit.

Jejich přínos se však realizuje pouze tehdy, jsou-li:

- metodicky ukotveny v klinických a sociálních postupech,
- interoperabilní napříč systémy,
- propojeny s odpovídajícími úhradovými mechanismy,
- podpořeny rozvojem digitálních kompetencí personálu.

Bez těchto podmínek zůstává potenciál digitalizace nevyužitý.

Závěrečné sdělení pro rozhodovatele

Hlavním závěrem studie je, že budoucnost dlouhodobé sociální péče v ČR nebude určena jednou reformou ani jedním typem služby. Rozhodující bude schopnost, resp. nezbytnost koordinovaně rozvíjet všechny typy sociálních služeb, tedy komunitní model péče, integrovat sociální a zdravotní složku, stabilizovat financování, posílit personální kapacity, zvyšovat také kapacity pobytových služeb, podporovat neformální pečující a efektivně využít digitální nástroje jako systémový podpůrný prvek.

Současně bude nezbytné vytvářet podmínky pro širší zapojení soukromého sektoru, včetně vhodného

nastavení regulatorního prostředí. Bez určité míry deregulace a odstranění administrativních bariér nelze očekávat významnější přítok soukromých investic, a systém tak zůstane ve vysoké míře závislý na navyšování veřejných zdrojů.

Studie poskytuje analytický rámec pro strategická rozhodnutí na úrovni státu, krajů i poskytovatelů. Jejím cílem je přispět k tomu, aby se další rozvoj systému opíral o realistická data, scénáře a provázaná řešení, která umožní zajistit dostupnou, kvalitní a dlouhodobě udržitelnou péči pro stárnoucí populaci České republiky.



Použité zkratky

AI	Umělá inteligence (Artificial Intelligence)
APSS	Asociace poskytovatelů sociálních služeb
BPSD	Behaviorální a psychologické symptomy demence
CDP	Centrum dlouhodobé péče
ČALS	Česká alzheimerovská společnost
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DCCI	Deyova modifikace indexu komorbidit dle Charlsonové
Diakonie ČCE	Diakonie Českobratrské církve evangelické
DS	Domov seniorů
DZR	Domov se zvláštním režimem
EHDS	Evropský prostor pro zdravotní data (European Health Data Space)
ESF+	Operační program Zaměstnanost plus
FTE	Ekvivalent plného pracovního úvazku (Full-Time Equivalent)
HDP	Hrubý domácí produkt
HL7 FHIR	Standard pro elektronickou výměnu zdravotnických dat
IROP	Integrovaný regionální operační program
IT	Informační technologie
Kč	Koruna česká
KISSOS	Krajský informační systém sociálních služeb
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
LTC	Dlouhodobá péče (Long-Term Care)
LTCI	Pojištění dlouhodobé péče (Long-Term Care Insurance)
MDR	Nařízení o zdravotnických prostředcích (Medical Device Regulation)
Mil.	Milión
Mld.	Miliarda
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NACA	Škála sloužící k rychlému hodnocení závažnosti stavu pacienta v přednemocniční péči (National Advisory Committee for Aeronautics score)
NRHZZ	Národní registr hrazených zdravotních služeb
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
PnP	Příspěvek na péči
PPP	Partnerství veřejného a soukromého sektoru (Public-Private Partnership)
RaaS	Robotics-as-a-Service
RPSS	Registr poskytovatelů sociálních služeb
s.r.o.	společnost s ručením omezeným
Sb.	Sbírka zákonů České republiky
SGEI	Služby obecného hospodářského zájmu (Services of General Economic Interest)
SICAV	Fond kvalifikovaných investorů – akciová společnost s proměnným základním kapitálem
STEMI (IM)	angl. zkr. infarkt myokardu s elevací ST segmentu (ST segment elevated myocardial infarction)
Tis.	Tisíc
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Seznam obrázků

Obrázek 1: Předpokládaný vývoj počtu obyvatel ČR, 2025–2050.	16
Obrázek 2: Obyvatelstvo podle pohlaví a věku, 2023 a 2050.	17
Obrázek 3: Uživatelé sociálně-zdravotní podpory v roce 2024: koncept ošetřovacích dnů („osobo-dní“).	18
Obrázek 4: Obyvatelstvo ve věku 65 a více let podle věku v ČR v letech 2023–2050 (střední varianta projekce, k 1. 1. 2023).	19
Obrázek 5: Počet osob podle skupin ekonomické (ne)aktivity 2023-2050.	19
Obrázek 6: Předpokládaný vývoj počtu osob ve věku 65 až 90+ v letech 2025 až 2050.	20
Obrázek 7: Podíl klientů sociálních služeb dlouhodobé péče v rámci věkových skupin v roce 2024.	20
Obrázek 8: Předpokládaný vývoj počtu osob s nejvyšší potřebou podpory a péče ve věku 65 až 85+ v letech 2025 až 2050.	21
Obrázek 9: Předpokládaný vývoj počtu osob s polymorbiditou v letech 2025 až 2050 (DCCI – Deyova modifikace indexu komorbidit dle Charlsonové).	21
Obrázek 10: Složení klientů pobytových sociálních služeb z hlediska úrovně polymorbidity.	22
Obrázek 11: Výskyt vybraných onemocnění u klientů pobytových sociálních služeb v roce 2024.	22
Obrázek 12: Výskyt demence a Alzheimerovy nemoci v ČR, 2024-2050.	23
Obrázek 13: Výskyt demence dle pohlaví, 2015–2050.	23
Obrázek 14: Výskyt Alzheimerovy nemoci dle pohlaví, 2015–2050.	24
Obrázek 15: Vývoj počtu domovů seniorů a domovů se zvláštním režimem, 2017-2024.	29
Obrázek 16: Vývoj počtu lůžek a klientů domovů seniorů a domovů se zvláštním režimem, 2017-2024.	29
Obrázek 17: Počet pobytových zařízení podle kraje v roce 2024.	30
Obrázek 18: Počet pobytových zařízení podle zřizovatele v roce 2024.	31
Obrázek 19: Počet lůžek v pobytových zařízeních podle zřizovatele v roce 2024.	31
Obrázek 20: Neziskové sítě domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem.	32
Obrázek 21: Soukromé řetězce domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem.	33
Obrázek 22: Pečovatelská služba v letech 2007–2024.	35
Obrázek 23: Výdaje na příspěvek na péči v mld. Kč, 2012-2024.	41
Obrázek 24: Příjemci příspěvku na péči ve věku 65+ podle pohlaví a věku v česku v prosinci 2023.	41
Obrázek 25: Vývoj počtu pracovníků v sociálních službách, 2017-2024.	45
Obrázek 26: Počet osob ve vybraných typech dlouhodobé péče ve věku 65+ v letech 2024 a 2035 (základní scénář).	59
Obrázek 27: Náklady na dlouhodobou péči o osoby ve věku 65+ podle typu péče v letech 2024 a 2035 (základní scénář). (a) Náklady na jednoho klienta za rok (tis. Kč); (b) Celkové roční náklady péče podle typů (mld. Kč).	59
Obrázek 28: Kapacita a poptávka po pobytových sociálních službách ve věku 65+ v letech 2024 a 2035 (základní scénář).	60
Obrázek 29: Paradox ZZS: objem roste, závažnost klesá (2007–2024).	70

Seznam tabulek

Tabulka 1: Odhad budoucích investičních nákladů na výstavbu nových lůžek do roku 2035	50
Tabulka 2: Odhad investičních nákladů systému dlouhodobé péče v čase na základě demografického vývoje.	50
Tabulka 3: Kapacity, využití a nákladovost dlouhodobé péče o osoby ve věku 65+ podle typu péče v letech 2024 a 2035 (základní scénář).	60
Tabulka 4: Dopady Scénáře 1 (zmrazení kapacity pobytové péče) na strukturu péče a celkové náklady systému v roce 2035 oproti základnímu scénáři.	62
Tabulka 5: Dopady Scénáře 1.1 (Zmrazení kapacity sociální péče) na strukturu péče a celkové náklady systému v roce 2035 oproti základnímu scénáři.	64
Tabulka 6: Změny počtu klientů a nákladů podle typu péče ve scénáři 2 oproti základnímu scénáři (rok 2035).	65



Průvodní slovo od Deloitte

Vážení,

v zastoupení Deloitte Česká republika bychom Vám rádi představili naši studii zaměřenou na dlouhodobou sociální péči o seniory.

Studie s názvem „Studie dlouhodobé sociální péče v ČR“ si klade za cíl prozkoumat několik klíčových oblastí:

- Demografický vývoj populace a dynamika stárnutí;
- kapacita, dostupnost a poskytovatelé sociální péče v současnosti a očekávaný vývoj do budoucna;
- scénáře financování dlouhodobé sociální péče;
- trendy digitalizace v oboru sociální péče a inspirace ze zahraničí.

Náš tým připravil studii na základě analýzy dat z Deloitte reportů a z Ústavu pro zdravotnické informace, studií významných sociálních a zdravotnických asociací, doplněnou o odborné znalosti expertů v oblasti ekonomie, sociologie, zdravotnictví a sociální péče, což zajišťuje komplexní pohled na jednotlivá témata obsažená v dokumentu. Tímto děkujeme našim partnerům za spolupráci a poskytnutí relevantních dat pro studii.

Věříme, že naše zjištění poskytnou nejen cenné poznatky, ale také poslouží jako základ pro doporučení a strategické iniciativy zaměřené na systém dlouhodobé sociální péče v České republice.

S přátelským pozdravem,

Pavel Nevický, David Marek a Kateřina Zbejvalová



Pavel Nevický
DIRECTOR

pnevicky@deloittece.com
+420 603 280 368



David Marek
DIRECTOR

dmarek@deloittece.com
+420 606 656 599



Kateřina Zbejvalová
MANAGER

kzbejvalova@deloittece.com
+420 721 170 863

Vymezení rozsahu studie

Tato studie si neklade za cíl podat vyčerpávající a normativní návrh celkové reformy systému dlouhodobé péče v České republice. Jejím cílem je poskytnout datově podložený a analyticky konzistentní pohled na současný stav a očekávaný vývoj dlouhodobé sociální péče o seniory v kontextu probíhající demografické změny, rostoucích zdravotních potřeb a ekonomických tlaků na udržitelnost systému. Studie pracuje s dostupnými administrativními, statistickými a projekčními daty a nabízí realistické scénáře dalšího vývoje, nikoli predikci jednoho „optimálního“ řešení.

Analytická část studie se soustředí především na populaci osob ve věku 65 let a více, se zvláštním důrazem na rychle rostoucí skupiny seniorů ve věku 80+ a 85+, u nichž je významně vyšší prevalence chronických onemocnění, polymorbidita a ztráty soběstačnosti. V rámci zdravotního profilu populace se studie zaměřuje zejména na neurodegenerativní onemocnění (demence včetně Alzheimerovy choroby), které zásadním způsobem determinují potřebu dlouhodobé sociální a sociálně-zdravotní péče. Cílem není komplexní epidemiologická analýza všech diagnóz, ale zachycení klíčových zdravotních faktorů s přímým dopadem na systém péče.

Z hlediska vymezení služeb se studie zaměřuje na formální složky dlouhodobé sociální péče v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zejména na pobytové služby (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a vybrané další pobytové formy) a terénní sociální služby (pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služby). Součástí analýzy je rovněž neformální péče poskytovaná rodinnými příslušníky a blízkými osobami, a to jako klíčový, avšak obtížně kvantifikovatelný pilíř celého systému. Studie nehodnotí kvalitu jednotlivých poskytovatelů ani neposuzuje individuální úroveň poskytované péče, ale pracuje s agregovanými kapacitními, personálními a finančními charakteristikami systému.

Datový základ studie tvoří především veřejně dostupná a administrativní data institucí České republiky, zejména Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV), Českého statistického úřadu (ČSÚ) a resortních registrů sociálních a zdravotních služeb. Tato data jsou doplněna o interní analytické podklady Asociace poskytovatelů sociálních služeb, expertní vstupy týmu Deloitte a vybrané mezinárodní zdroje umožňující rámcové srovnání struktur dlouhodobé péče a přístupů k jejímu financování. V oblastech, kde dostupná data

neumožňují přesnou kvantifikaci (např. skutečný rozsah neformální péče či detailní regionální rozdíly ve zdravotní zátěži), pracuje studie s konzervativními odhady a transparentně uvádí jejich omezení.

Součástí studie jsou modelové scénáře vývoje poptávky po dlouhodobé péči do roku 2035, které vycházejí z demografických projekcí a předpokladů o vývoji zdravotního stavu populace a struktury služeb. Tyto scénáře nepředstavují predikci faktického rozhodování veřejné správy, ale ilustrativní nástroje pro pochopení možných dopadů různých přístupů k rozvoji kapacit, financování a organizace péče. Ekonomické odhady v těchto scénářích se zaměřují na provozní a investiční náklady systému dlouhodobé péče a jejich dopady na veřejné rozpočty, domácnosti a poskytovatele služeb; nezahrnují však širší makroekonomické efekty ani plné společenské náklady stárnutí populace.

Studie se rovněž věnuje možnosti využití nových přístupů a inovací, zejména v oblasti digitalizace, prevence a lepší koordinace zdravotní a sociální péče. Přehled technologických řešení a zahraničních inspirací slouží jako ilustrace potenciálních směrů dalšího vývoje, nikoli jako detailní hodnotící srovnání konkrétních produktů či implementací. Hodnocení efektivity těchto přístupů vychází z dostupných studií, expertních odhadů a zahraničních zkušeností a je nutně zatíženo nejistotou spojenou s odlišnými institucionálními a systémovými podmínkami.

Je třeba zdůraznit, že studie se nezaměřuje na širší determinanty stárnutí populace, jako jsou životní styl, bytová politika či rodinné struktury v celé jejich šíři, a nezaobírá se ani detailní analýzou zdravotnického systému mimo jeho vazbu na dlouhodobou péči. Tento záměrný výběr odpovídá cíli studie soustředit se na oblast sociální péče o seniory a její bezprostřední provázanost se zdravotním stavem populace, kapacitami služeb a financováním.

Celkově studie představuje ucelený analytický rámec pro porozumění výzvám dlouhodobé sociální péče v České republice v horizontu následujících desetiletí. Přes omezení daná dostupností dat a nutností pracovat s modelovými předpoklady poskytuje relevantní podklad pro informovanou diskusi mezi poskytovateli sociálních služeb, veřejnou správou, zdravotními aktéry i dalšími zainteresovanými stranami o budoucím směřování systému dlouhodobé péče.

Úvod

Následující studie zkoumá systém sociální péče o seniory v České republice, predikci její potřeby do budoucna a související ekonomické náklady pro zajištění nezbytné péče. Vychází z veřejně dostupných zdrojů renomovaných institucí, zejména pak dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV), Českého statistického úřadu (ČSÚ) a resortních registrů sociálních a zdravotních služeb. Dále využívá publikované studie významných sociálních a zdravotnických asociací (např. Asociace poskytovatelů sociálních služeb), doplněné o odborné znalosti expertů v oblasti ekonomie, sociologie, zdravotnictví a sociální péče.

Studie se věnuje demografii České republiky a jejímu dlouhodobému vývoji, dostupným kapacitám sociální péče a jejím provozovatelům, nákladovosti (provozní i investiční) a nejnovějším trendům v digitalizaci odvětví sociální péče. Zkoumány jsou také možné modely financování, včetně příkladů z praxe z ČR i z vybraných zemí Evropské unie. Ekonomická část vychází z aktuálních dat o výdajích na sociální péči o seniory, demografii a predikcích potřeby sociální péče do budoucna. Na základě těchto údajů odhaduje ekonomické náklady zajištění sociální péče do roku 2050 ve 3 scénářích možného vývoje dostupných kapacit a výdajů. Výsledkem je komplexní pohled na sociální péči o seniory v České republice a možné ekonomické dopady jejího zajištění v následujících letech.



Dynamika stárnutí populace

Česká republika prochází poslední desetiletí demografickou proměnou, kterou charakterizuje nízká porodnost, prodlužující se délka života a významný nárůst počtu seniorů v kategorii 65+. Tyto faktory proměňují demografickou skladbu populace a z pohledu dlouhodobé sociální péče jde o významný trend, jelikož vyšší věk je spojen s vyšší prevalencí chronických a neurodegenerativních onemocnění, z nichž významná část vyžaduje intenzivní dlouhodobou podporu. Příprava na stárnutí populace probíhá ve dvou hlavních rovinách: jednak jde o zajištění kvalitního a důstojného života pro současné seniory, a zároveň o přizpůsobení celé společnosti demografickým změnám, které v příštích desetiletích ovlivní její fungování i stabilitu. Příprava na stárnutí společnosti není jen otázkou důchodů či sociální péče, ale je úzce provázaná s dalšími oblastmi života. Patří sem stabilní bydlení, kvalitní a dostupná zdravotní i sociální péče, fungující státní správa, podpora vzdělávání a zaměstnanosti, důstojné podmínky v sociálních službách, ochrana práv seniorů i bezbariérové prostředí.

Česká republika má od roku 2006 Radu vlády pro seniory a stárnutí populace, která funguje jako stálý

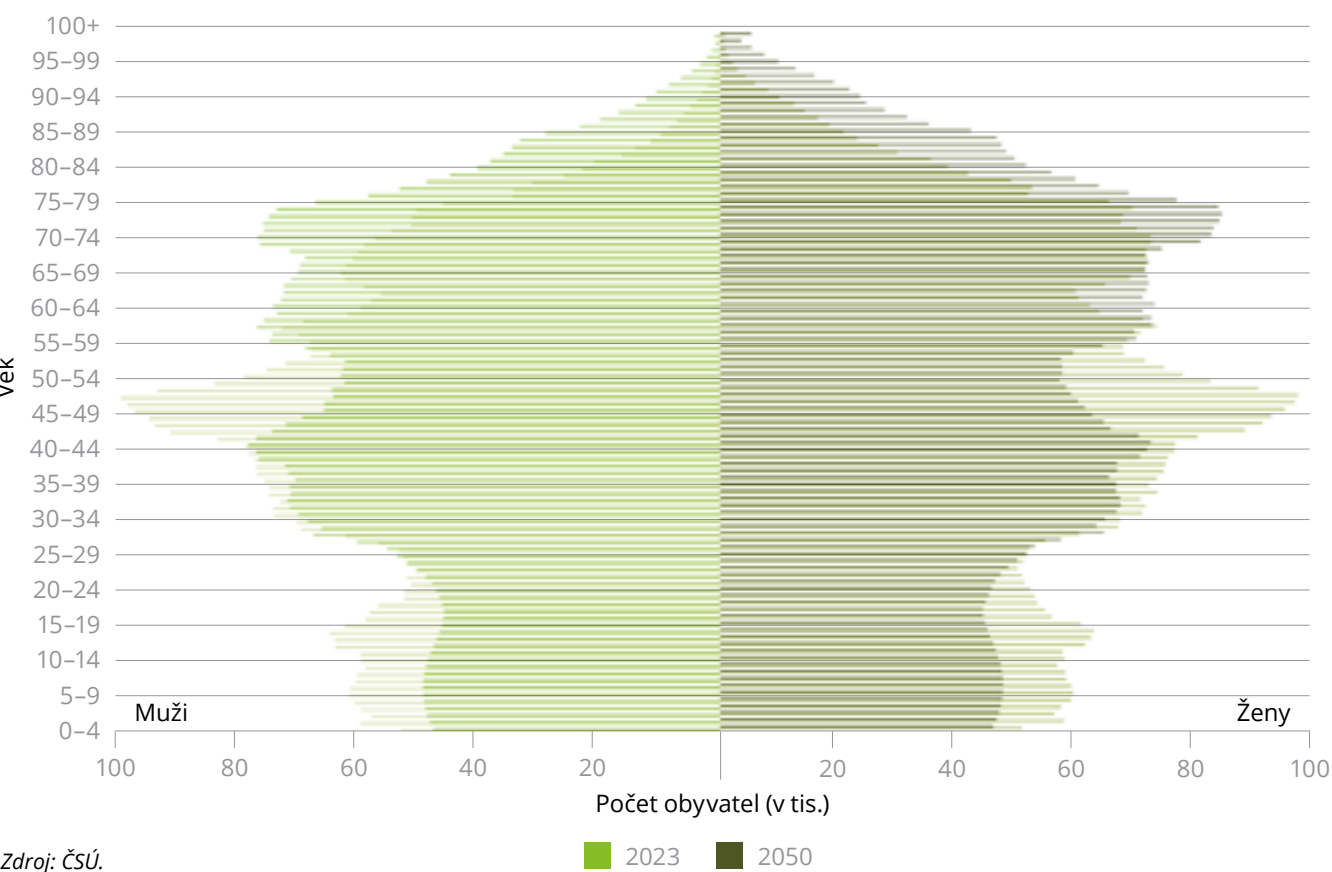
poradní orgán vlády a je organizačně zajištěn MPSV. Zaměřuje se na vytváření podmínek pro zdravé, aktivní a důstojné stárnutí a podporuje zapojení starších lidí do ekonomického i společenského života. Rada se schází alespoň třikrát ročně, sleduje trendy demografického vývoje a doporučuje opatření, která mají zlepšit kvalitu života seniorů.

Dle ČSÚ v České republice k roku 2024 žilo 10,91 milionu obyvatel, což představovalo nárůst o 8,9 tis. osob oproti předchozímu roku. To je způsobené kladnou migrační bilancí (+36,8 tis.), jelikož přirozená obměna obyvatelstva byla záporná (-27,9 tis.). To naznačuje úroveň porodnosti pod úrovní prosté reprodukce (demografický stav, kdy je generace rodičů nahrazena přibližně stejným počtem potomků a počet obyvatel se dlouhodobě nemění). Predikce pro rok 2050 naznačují mírný úbytek počtu obyvatel, a to na přibližně 10,67 milionu obyvatel. Zatímco počet obyvatel se tedy výrazněji nezmění, výrazně se promění demografické složení obyvatel vlivem postupu silnějších generací do vyššího věku, klesající porodností a prodlužujícím se věkem dožití.

Od roku 2006 mají senioři trvale převahu nad dětmi mladšími 15 let. V prosinci 2024 připadalo na 100 dětí 133 seniorů a očekává se, že v roce 2040 tento poměr

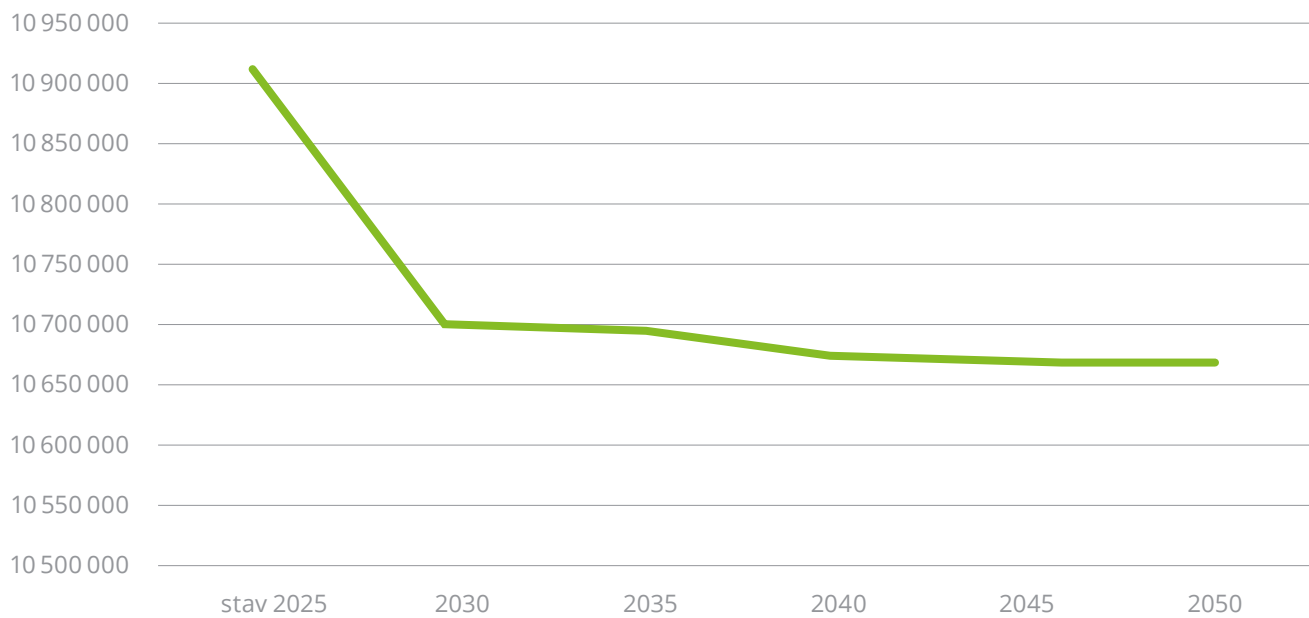
přesáhne 200. V roce 2050 budou vstupovat do seniorního věku silné generace, které však budou ekonomicky podporovat slabé ročníky.

OBRÁZEK 2: OBYVATELSTVO PODLE POHLAVÍ A VĚKU, 2023 A 2050.



Zdroj: ČSÚ.

OBRÁZEK 1: PŘEDPOKLÁDANÝ VÝVOJ POČTU OBYVATEL ČR, 2025-2050.



Zdroj: ÚZIS.

Nejmarkantnější je však růst podílu obyvatel nad 65 let, jejichž počet stoupne z 2 293 tisíc (21,3 % populace) v 2025 přes 2 403 tisíc (22,3 %) v 2030 a 2 699 tisíc (25,1 %) v 2040 až na 3 076 tisíc (28,6 %) v 2050, což představuje nárůst o 34 % oproti roku 2025. V roce 2050 budou senioři 65+ tvořit téměř 30 % osob žijících v ČR. Navíc se do roku 2050 počet lidí ve věku 85+ zvýší zhruba na trojnásobek a dosáhne kolem půl milionu osob, tedy asi 2,5násobku současného stavu, a tato věková skupina tak bude tvořit přibližně 5 % celé populace. Na počtu osob v důchodovém věku se podílí silné poválečné ročníky, které dosáhli důchodového věku, kam se v současné době blíží i generace tzv. „Husákových dětí“.

Počet žen ve vyšším věku bude přibývat, a navíc vyžadují lékařskou péči po delší dobu. Zatímco naděje dožití dětí narozených v ČR v roce 2023 byla v době jejich narození 82,8 let u žen a 76,9 let u mužů, věk dožití ve zdraví byl tentýž rok 62,6 let u žen a 61,5 let u mužů. To znamená, že ve zdraví stráví ženy 75,6 % svého života a muži 80 %. Tento vývoj naznačuje, že problémem není pouze rostoucí počet seniorů, ale především skutečnost, že se sice prodlužuje délka života, avšak délka života ve zdraví stagnuje, což zvyšuje nároky na zdravotní a sociální péči.

NÁRŮST DÉLKY ŽIVOTA NENÍ DOPROVÁZEN STEJNÝM PRODLOUŽENÍM ŽIVOTA VE ZDRAVÍ, COŽ ZVYŠUJE NÁROKY NA ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ SYSTÉM.

Naděje dožití (2023):

82,8 let u žen

76,9 let u mužů

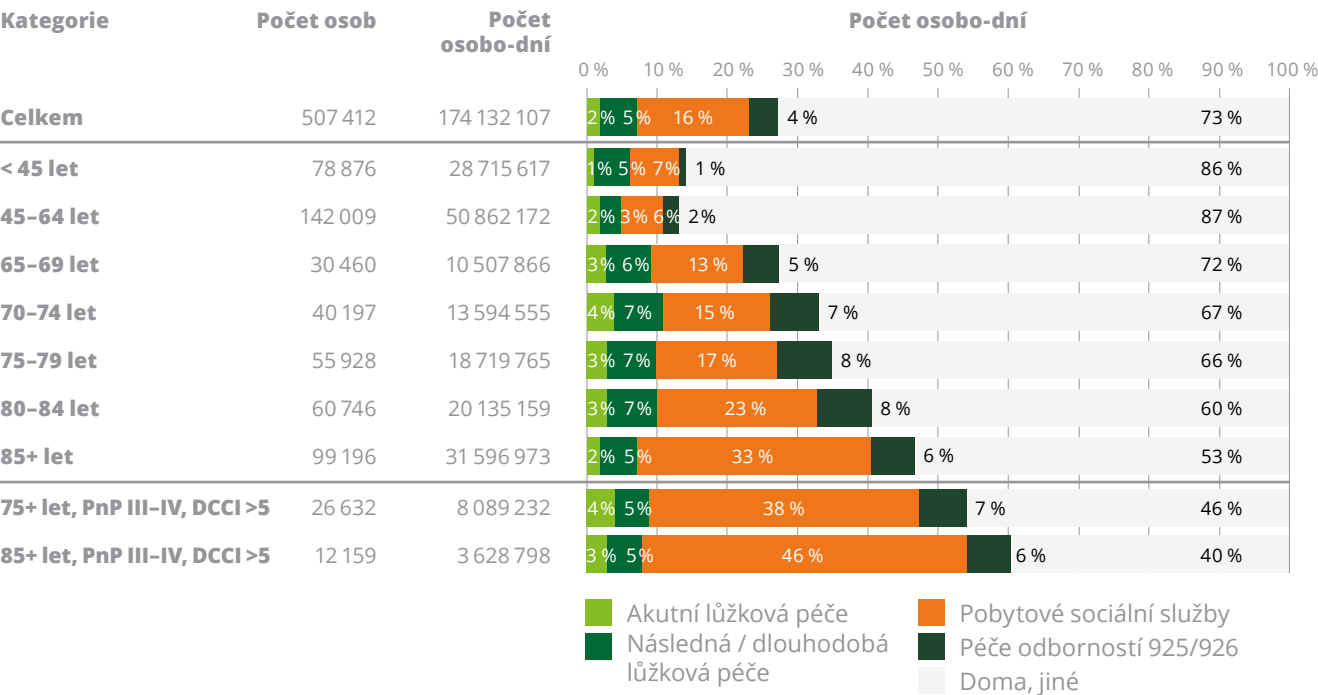
Věk dožití ve zdraví (2023):

62,6 let u žen

61,5 let u mužů

Z HLEDISKA BUDOUČÍCH NÁROKŮ NA SYSTÉM DLOUHODOBÉ PÉČE JE PŘITOM ROZHODUJÍCÍ ZEJMÉNA VĚKOVÁ SKUPINA 85+, U NÍŽ DOCHÁZÍ K VÝRAZNÉ KONCENTRACI OŠETŘOVACÍCH DNŮ I K VYŠŠÍMU ZASTOUPENÍ NÁKLADNĚJŠÍCH A INTENZIVNĚJŠÍCH FOREM PÉČE, COŽ POTVRZUJÍ NÁSLEDUJÍCÍ DATA.

OBRÁZEK 3: UŽIVATELÉ SOCIÁLNĚ-ZDRAVOTNÍ PODPORY V ROCE 2024: KONCEPT OŠETŘOVACÍCH DNŮ („OSOBO-DNÍ“).

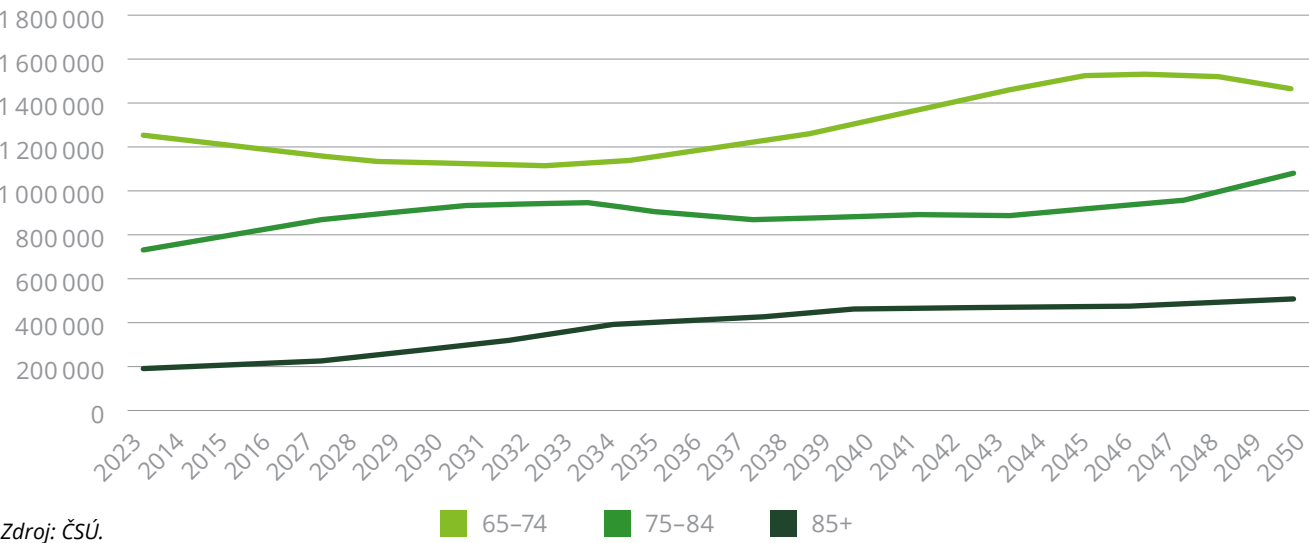


Zdroj: NRHZS 2010-2024; MPSV/ČSSZ – data o pobytových službách, příspěvcích na péči dle stupně závislosti (PnP, I-IV) a invalidních důchodech dle stupně invalidity (ID, I-III).

Demografické změny nebudou probíhat rovnoměrně v čase. Nejrychlejší růst počtu osob ve velmi vysokém věku, zejména v kategoriích nad 80 let, se očekává přibližně do roku 2035. Po tomto období bude proces stárnutí populace pokračovat, ale již pomalejším a stabilnějším tempem až do roku 2050. Právě věkové skupiny 80+ a 85+ jsou z hlediska predikcí zásadní, protože jejich nárůst úzce souvisí s prodlužující se

délkou života, vyšší mírou nemocnosti a zhoršujícím se zdravotním stavem. S přibývajícím věkem výrazně roste výskyt chronických onemocnění a funkčních omezení, což vede ke ztrátě soběstačnosti a k rostoucí potřebě zdravotní i dlouhodobé sociální péče. Ve vyšších věkových kategoriích proto významná část osob využívá pobytové nebo jiné formy dlouhodobých sociálních služeb, zejména v závěru života.

OBRÁZEK 4: OBYVATELSTVO VE VĚKU 65 A VÍCE LET PODLE VĚKU V ČR V LETECH 2023–2050 (STŘEDNÍ VARIANTA PROJEKCE, K 1. 1. 2023).

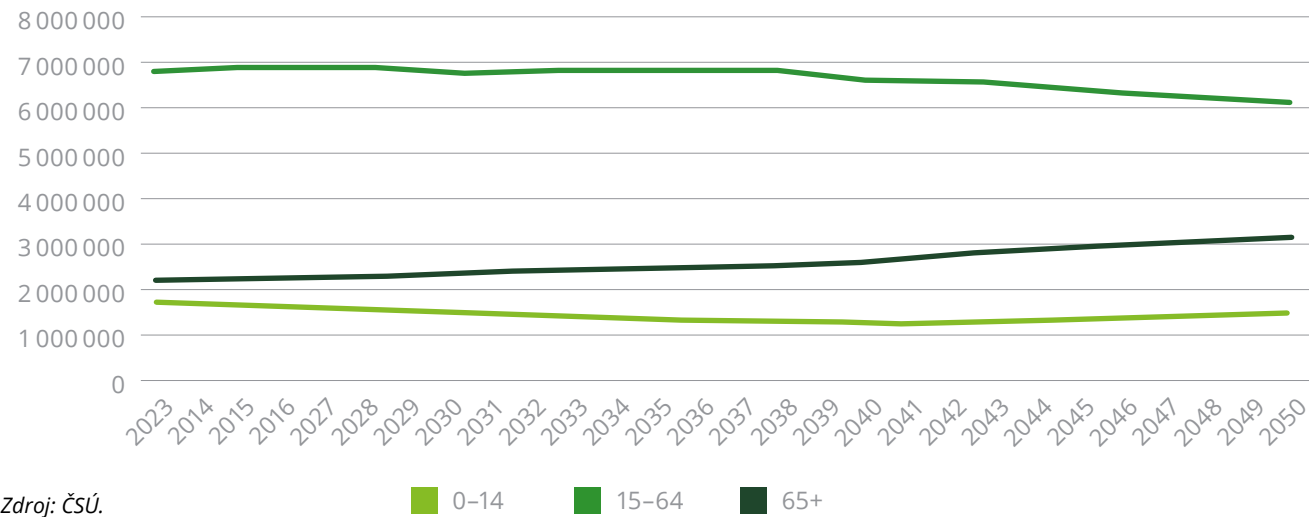


Zdroj: ČSÚ.

Výkyvem z trendu byla pandemie koronaviru v letech 2020–2021, kdy došlo k nadúmrtí zejména v kategorii 65+. Naděje dožití při narození činila v roce 2024 77,2 let pro muže a 83,1 let pro ženy a s výjimkou propadů v období kolem pandemie covidu (2020–2021) stabilně stoupá.

Trend stárnutí populace souvisí s poklesem porodnosti i počtu obyvatel v produktivní kategorii 15–64 let z 6 795 tisíc v 2025 na 6 550 tisíc v 2040 a 6 070 tisíc v 2050. To má za následek zvýšení celorepublikového indexu stáří na 193 seniorů na 100 dětí a zároveň zvýšení ekonomické zátěže na 93 neproduktivních na 100 produktivních.

OBRÁZEK 5: POČET OSOB PODLE SKUPIN EKONOMICKÉ (NE)AKTIVITY 2023-2050.



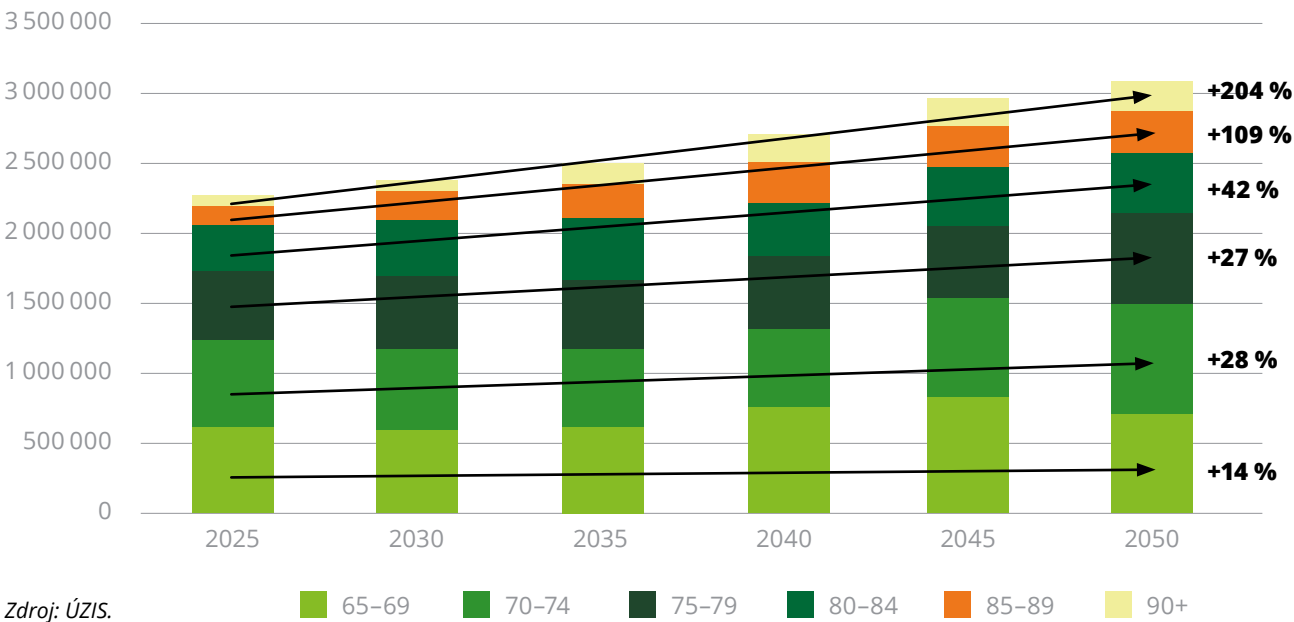
Zdroj: ČSÚ.

DO ROKU 2050 SE VE SROVNÁNÍ S ROKEM 2023 SNÍŽÍ POČET DĚTÍ PŘÍBLIŽNĚ O 347 TISÍC A POČET OSOB V PRODUKTIVNÍM VĚKU O 654 TISÍC, ZATÍMCO POČET SENIORŮ VE VĚKU 65 LET A VÍCE VZROSTE O VÍCE NEŽ 865 TISÍC.

K nejvýraznějšímu růstu mezi lety 2025 a 2050 dojde u nejstarších skupin obyvatel: počet osob ve věku 85-89 let osob stoupne dvojnásobně (ze 143 tis.

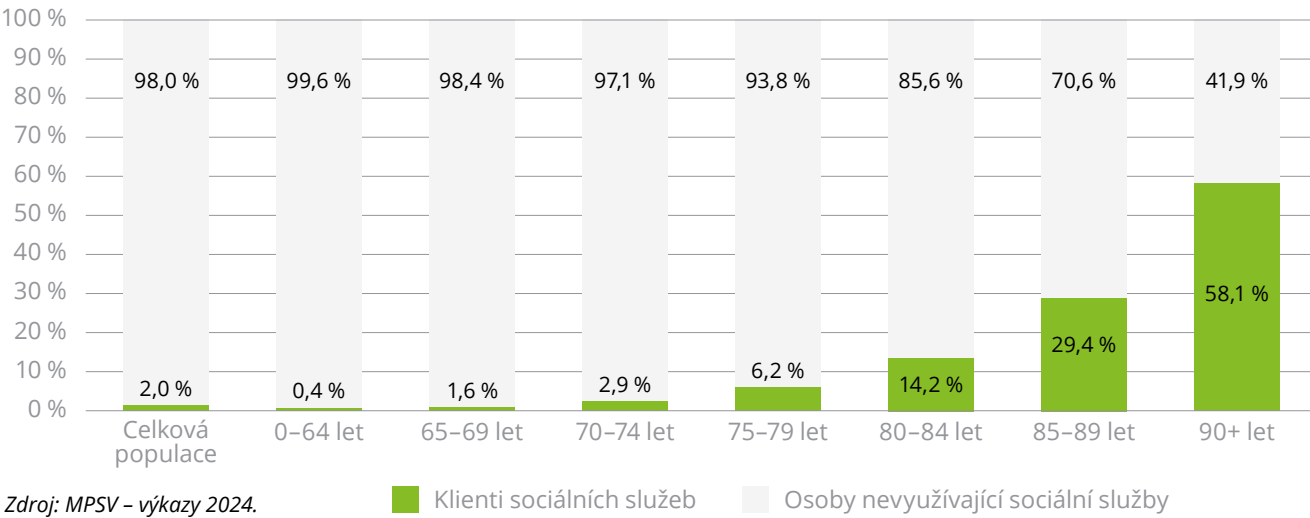
na 299 tis.) a u osob ve věku nad 90 let to bude dokonce třináásobně (ze 69 tis. na 210 tis.).

OBRÁZEK 6: PŘEDPOKLÁDANÝ VÝVOJ POČTU OSOB VE VĚKU 65 AŽ 90+ V LETECH 2025 AŽ 2050.



Velký podíl starších skupin obyvatel využívá sociální služby dlouhodobé péče, jak znázorňuje následující graf.

OBRÁZEK 7: PODÍL KLIENTŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB DLOUHODOBÉ PÉČE V RÁMCI VĚKOVÝCH SKUPIN V ROCE 2024.



Do roku 2050 se se zvyšujícím počtem starších obyvatel zvýší také počty osob vyžadujících dlouhodobou sociálně-zdravotní péči. Osoby se zvýšenou a dlouhodobou potřebou zdravotních a/ nebo sociálních služeb jsou identifikované na základě

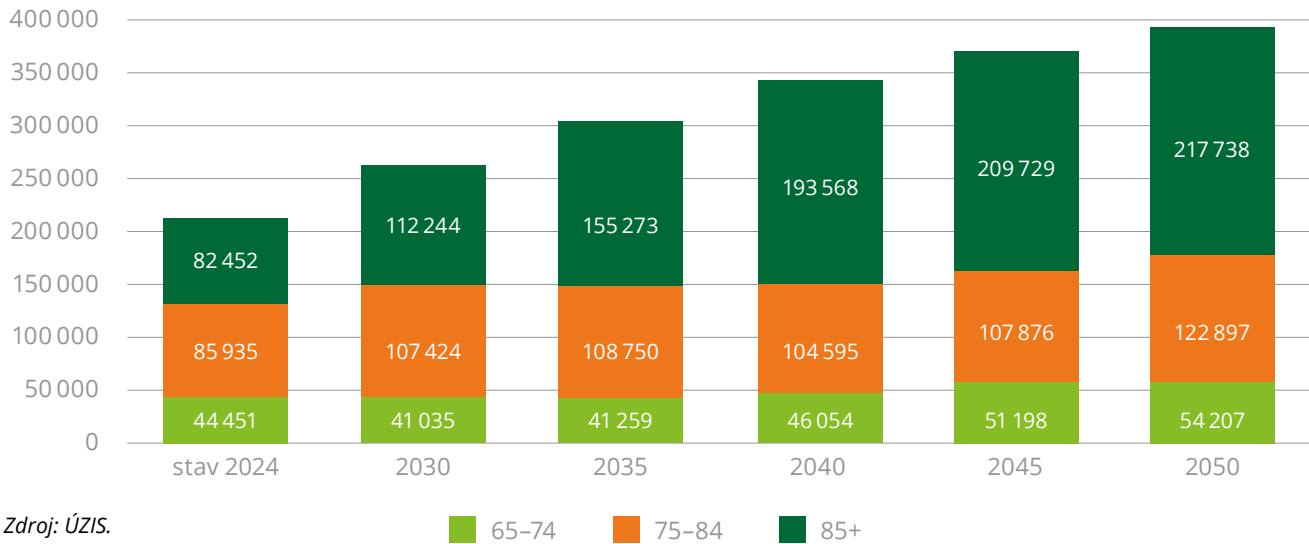
intenzivního využívání péče, pobytu ve službách, příspěvků na péči, invalidity nebo očekávatelného úmrtí. Typicky jde o osoby se závažným zdravotním stavem, funkčním omezením či kombinací více onemocnění, které vyžadují soustavnou podporu.

Nejvýraznější růst je očekáván u osob nad 85 let věku: z necelých 128 tisíc v roce 2024 na přibližně 331 tisíc.

Co se týče počtu osob s nejvyšší potřebou podpory a péče, do roku 2050 se výrazně zvýší především počet těchto osob ve věku nad 85 let, a to přibližně dva a půl krát. Typicky se jedná o osoby

s vysokým stupněm závislosti na péči (stupeň III-IV), vysokým geriatrickým rizikem, polymorbiditou, nebo s dlouhodobou potřebou lůžkové zdravotní péče, případně o osoby s očekávatelným úmrtím v daném roce. Tato skupina vyžaduje intenzivní, dlouhodobou a úzce koordinovanou zdravotní a sociální péči.

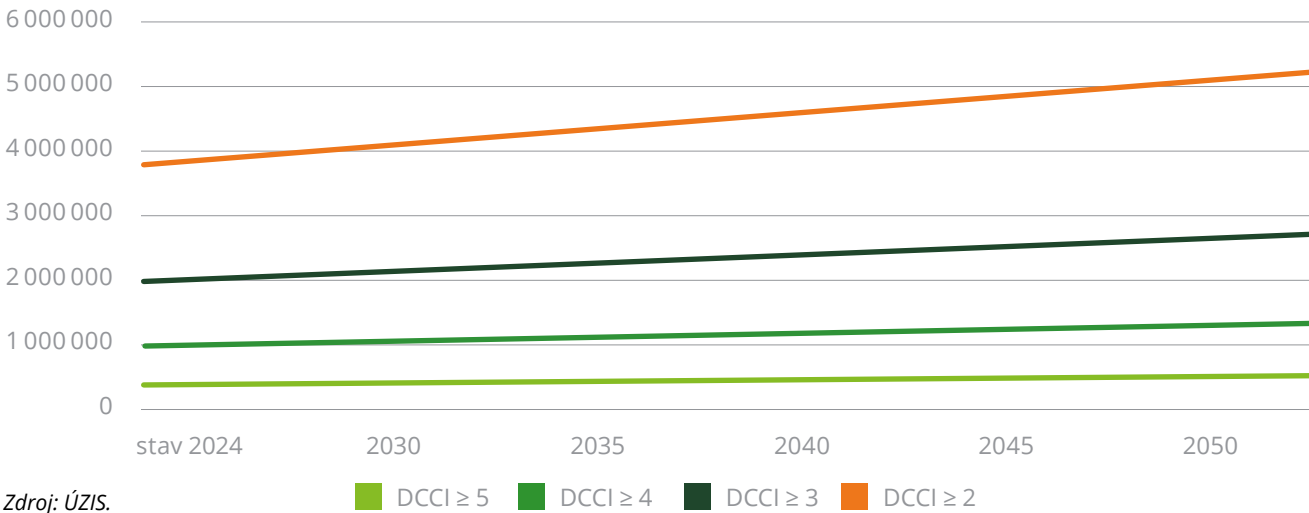
OBRÁZEK 8: PŘEDPOKLÁDANÝ VÝVOJ POČTU OSOB S NEJVYŠŠÍ POTŘEBOU PODPORY A PÉČE VE VĚKU 65 AŽ 85+ V LETECH 2025 AŽ 2050.



Do roku 2050 se očekává také nárůst počtu osob s polymorbiditou, tj. současným výskytem dvou nebo více chronických onemocnění u jednoho člověka. Pro určení stupně nemocnosti je využívána Deyova modifikace indexu komorbidit dle Charlsonové („DCCI“). Jednotlivá onemocnění mají přiřazené váhy

podle jejich klinické závažnosti a dopadu na zdraví. Celkové skóre polymorbidity vzniká jako součet bodů za všechna zaznamenaná onemocnění u dané osoby. Čím vyšší je dosažené skóre, tím vyšší je míra polymorbidity a předpokládaná zdravotní zátěž.

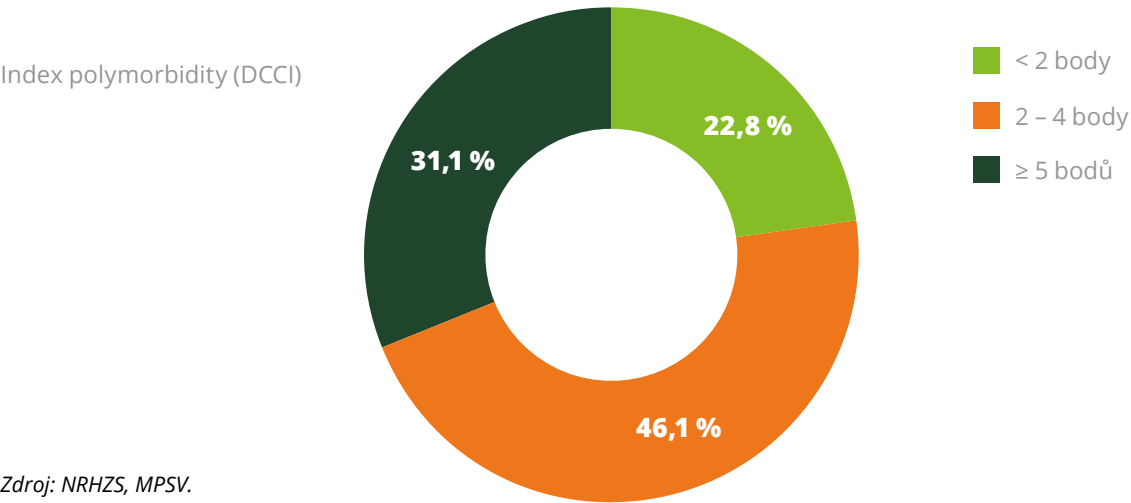
OBRÁZEK 9: PŘEDPOKLÁDANÝ VÝVOJ POČTU OSOB S POLYMORBITOU V LETECH 2025 AŽ 2050 (DCCI – DEYOVA MODIFIKACE INDEXU KOMORBIDIT DLE CHARLSONOVÉ).



Následující graf zobrazuje složení klientů pobytových sociálních služeb (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením, odlehčovací služby, sociální služby

poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, chráněné bydlení, týdenní stacionáře) v roce 2024 z hlediska polymorbidity. Tři čtvrtiny klientů tvoří osoby s více než 2 body indexu DCCI.

OBRÁZEK 10: SLOŽENÍ KLIENTŮ POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB Z HLEDISKA ÚROVNĚ POLYMORBIDITY.

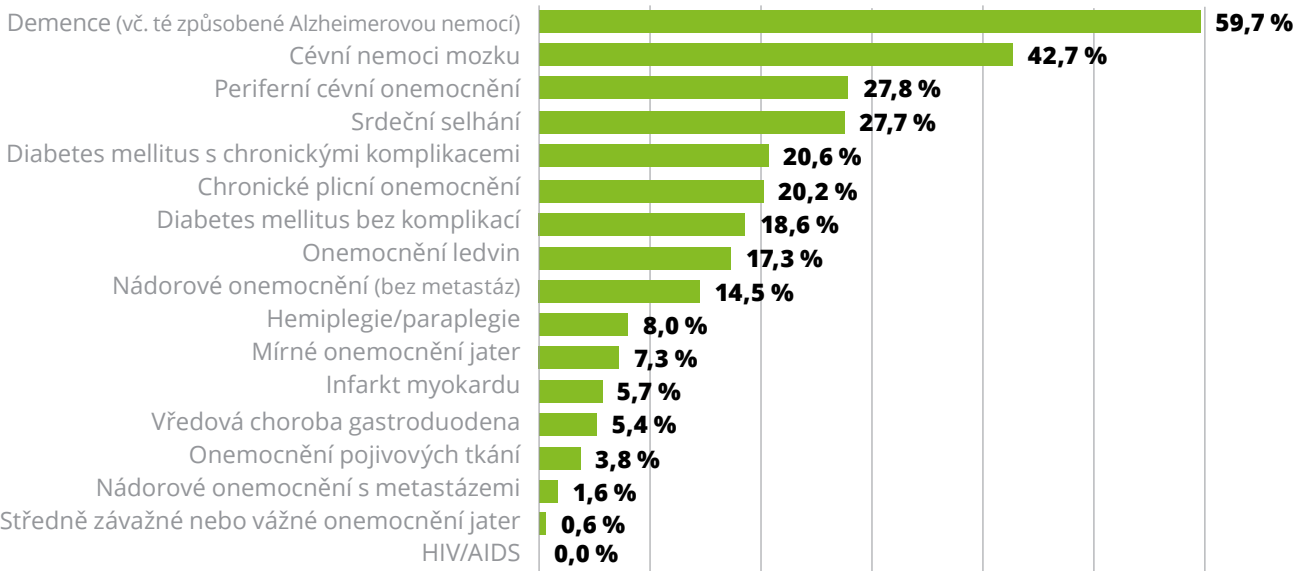


Výskyt neurodegenerativních onemocnění

Vyšší průměrný věk dožití je spojen se zvýšeným výskytem neurodegenerativních onemocnění (např. Alzheimerova nemoc, která bývá započítána také mezi statistiky výskytu demence, jejíž častou příčinou

je), která přímo předurčují potřebu dlouhodobé péče. Neurologická onemocnění představují jednu z největších zdravotních zátěží současnosti a jsou dnes druhou nejčastější příčinou úmrtí.

OBRÁZEK 11: VÝSKYT VYBRANÝCH ONEMOCNĚNÍ U KLIENTŮ POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ROCE 2024.



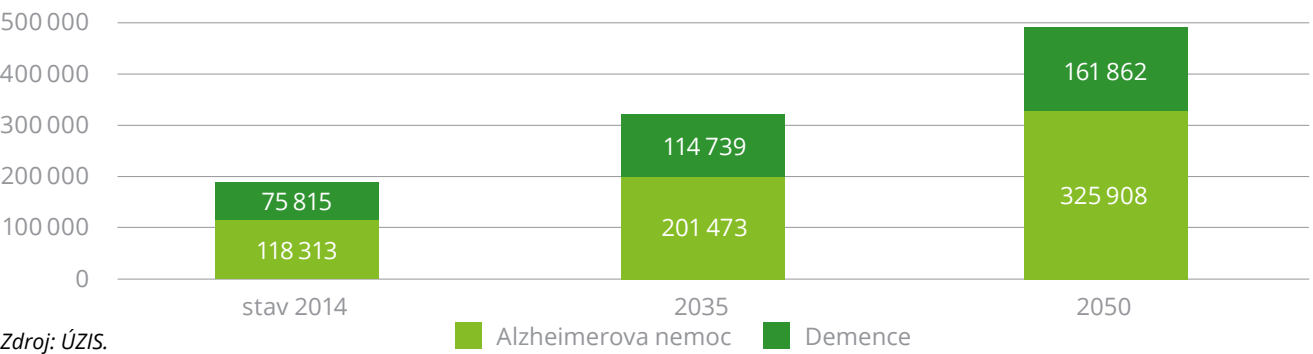
Demence

Demence je podle Ministerstva zdravotnictví syndrom způsobený onemocněním mozku, který má nejčastěji chronický a progresivní charakter a vede k narušení vyšších kognitivních funkcí, jako jsou paměť, myšlení, orientace, řeč, učení či úsudek. Postupně dochází k úbytku původních mentálních schopností, což se projevuje poruchami paměti, potížemi při zvládání běžných úkolů, zhoršením komunikace, dezorientací, snížením úsudku či změnami chování. Demenci lze rozdělit na primární (degenerativní) a sekundární, přičemž primární formy vznikají na podkladě úbytku kognitivních funkcí bez jiné vyvolávající příčiny. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova nemoc: tvoří přibližně 50–75 % všech případů.

Dalšími významnými příčinami jsou vaskulární demence či smíšené formy, kdy se kombinují různé patologické procesy. Onemocnění je nejčastější po 65. roce života a postupem času vede k výraznému omezení soběstačnosti, intelektu i schopnosti sociální interakce.

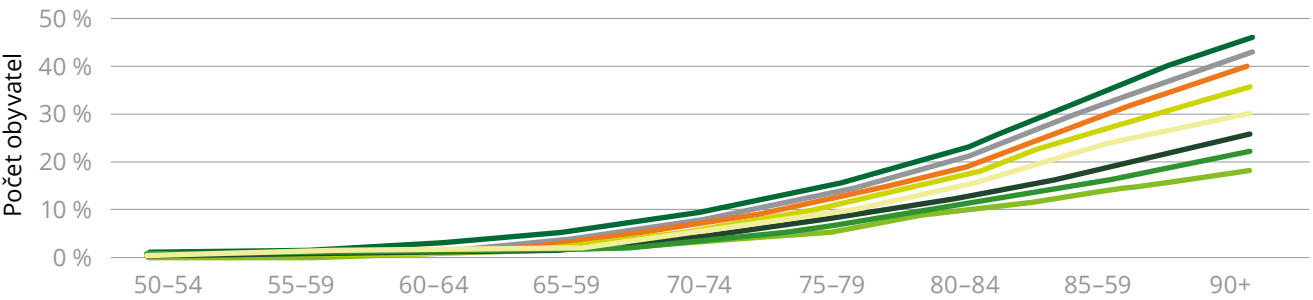
V roce 2024 byl v České republice evidován celkový počet 194 128 pacientů s demencí (z toho v 118 313 je příčinou demence Alzheimerova nemoc). Nejvyšší počty hlásí Praha (23 847), následovaná Jihomoravským krajem (23 002), Moravskoslezským krajem (22 751) a Středočeským krajem (21 961). Ostatní kraje se pohybují v rozmezí od 5 460 (Karlovarský kraj) do 14 tis. pacientů. Do statistik demence je započítána i Alzheimerova nemoc.

OBRÁZEK 12: VÝSKYT DEMENCE A ALZHEIMEROVY NEMOCI V ČR, 2024-2050.



OBRÁZEK 13: VÝSKYT DEMENCE DLE POHLAVÍ, 2015-2050.

Věkově specifická prevalence – muži



Alzheimerova nemoc

Alzheimerova nemoc je dle ČALS (České alzheimerovské společnosti) pozvolna začínající onemocnění, které narušuje část mozku a způsobuje pokles kognitivních funkcí, tj. myšlení, paměti a úsudku. Toto onemocnění bývá nejčastější příčinou demence, kdy s postupem nemoci nastává zmatenost, problémy s vyjadřováním a rozhodováním, a eventuálně vede až k úplné závislosti nemocného na každodenní pomoci jiného člověka, kdy se o sebe nemocný nedokáže sám postarat.

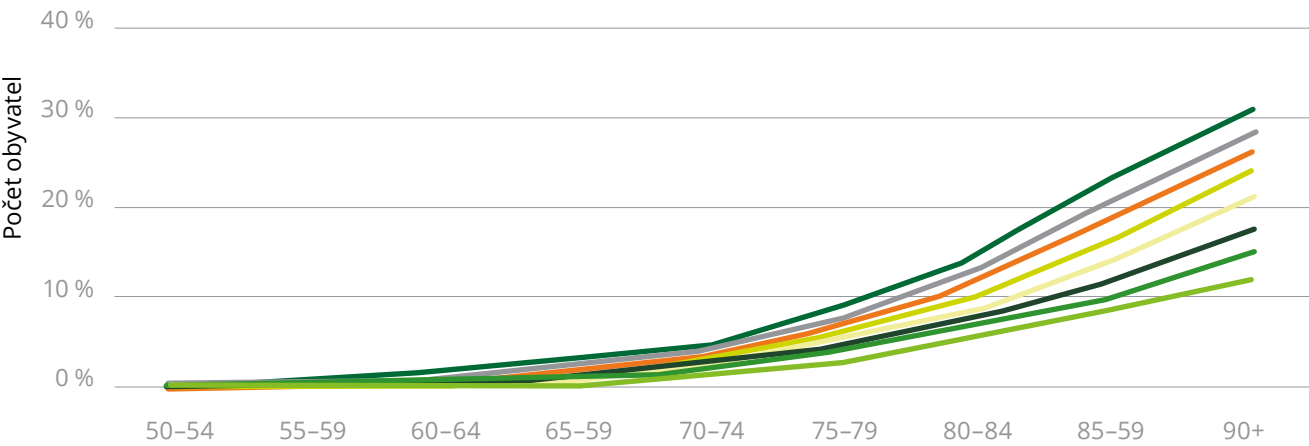
Zatímco v roce 2024 trpělo Alzheimerovou chorobou 118 tis. osob, v roce 2040 tomu dle predikcí ÚZIS již

bude více jak 243 tis. a v roce 2050 pak 325 tis. Nejvíce nemocných se nachází v Jihomoravském kraji (14 886) a v Praze (14 705). Dle Národního portálu psychiatrické péče jsou pak 32,4 % nemocných muži a převládá tak výskyt Alzheimerovy nemoci u žen, což z velké části souvisí i s vyšším věkem dožití žen.

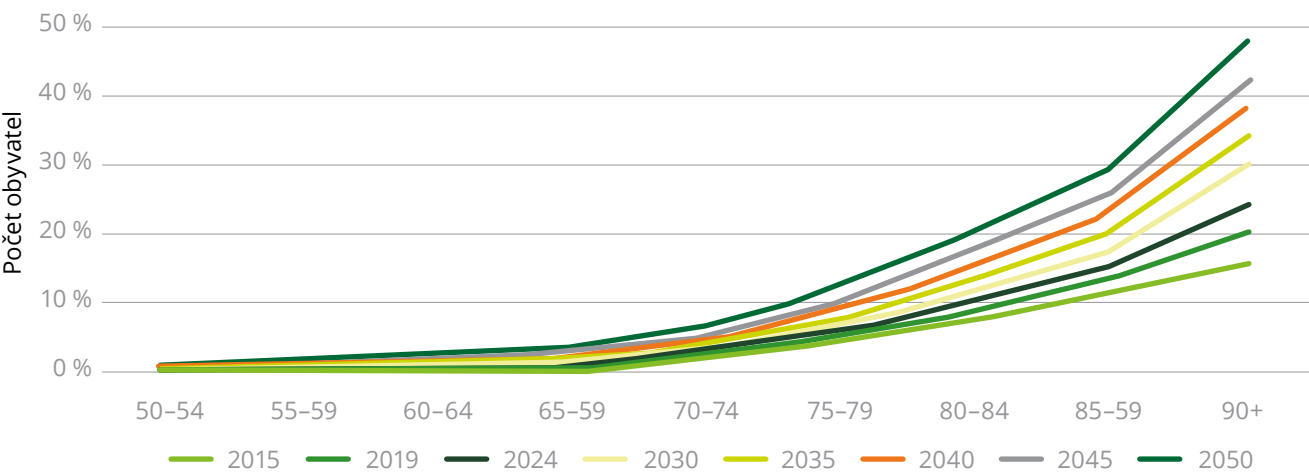
Nejvýraznější nárůst počtu osob s demencí v roce 2050 se očekává ve Středočeském kraji (o 245 %), Jihočeském kraji (226 %) a Moravskoslezském kraji (201 %). Naopak nejméně bude růst počet těchto osob v Královéhradeckém kraji, a i tak jde o nárůst o 136 %.

OBRÁZEK 14: VÝSKYT ALZHEIMEROVY NEMOCI DLE POHLAVÍ, 2015–2050.

Věkově specifická prevalence – muži



Věkově specifická prevalence – ženy



Zdroj: ÚZIS.

Závěry

V roce 2050 budou ve věkové kategorii 65+ téměř tři z deseti obyvatel ČR a ve věkové kategorii 80+ to bude každý jedenáctý obyvatel ČR.

Dostupná demografická i zdravotní data jednoznačně ukazují, že Česká republika vstupuje do období zásadní populační změny, jejímž hlavním rysem je rychle rostoucí podíl seniorů, zejména ve věkové kategorii 75+. Tento vývoj bude v příštích desetiletích určovat nejen strukturu populace, ale i charakter potřeb zdravotních a sociálních služeb. Pokles porodnosti a postupné zmenšování ekonomicky aktivní části obyvatelstva současně zvyšují tlak na udržitelnost systému, a to jak v oblasti dlouhodobé péče, tak v důchodovém zabezpečení či pracovním trhu.

Růst počtu osob ve vysokém věku je přímo provázán se zvyšující se prevalencí neurodegenerativních onemocnění. Významný nárůst případů Alzheimerovy nemoci, demence a dalších onemocnění představuje jednu z největších budoucích výzev zdravotního i sociálního systému. Vysoká míra závislosti, která s těmito diagnózami souvisí, bude vyžadovat výrazné posílení kapacit dlouhodobé péče, rozvoj specializovaných služeb a zajištění kvalifikované pracovní síly. Tendence růstu u těchto onemocnění navíc není způsobena pouze stárnutím populace, ale u některých chorob i širšími faktory, jako je zlepšující se diagnostika nebo globální nárůst incidence.

Celkově lze konstatovat, že stárnutí populace není izolovaným fenoménem, ale systémovou změnou, která se promítá do všech oblastí společenského fungování – od ekonomiky a trhu práce přes zdravotnictví a sociální služby až po bydlení, vzdělávání a podporu soběstačnosti. Úspěšná adaptace na tyto změny bude záviset na schopnosti státu a samospráv dlouhodobě plánovat, koordinovat politiky napříč resorty a investovat do prevence, dostupné péče i technologií podporujících kvalitu života seniorů. Rostoucí počet lidí trpících neurodegenerativními onemocněními navíc podtrhuje urgentní potřebu rozvoje integrovaného systému dlouhodobé péče, který dokáže reagovat na komplexní potřeby stárnoucí populace.

Demografické změny a rostoucí výskyt neurodegenerativních onemocnění zvyšují tlak na kapacity terénních sociálních i pobytových sociálních služeb, které již nyní čelí nedostupnosti, personálním limitům a regionálním nerovnostem. Očekávaný nárůst poptávky, zejména u osob starších 85 let a lidí s demencí, zdůrazňuje potřebu posílení terénní sociální podpory, modernizace a rozšiřování pobytových služeb a větší integrace jednotlivých forem péče. Tyto aspekty budou podrobněji rozebrány v následujících kapitolách.

DRAMATICKÝ NÁRŮST POPULACE VE VĚKU 75+ O TÉMĚŘ PŘI SOUČASNÉM CELKOVÉM POKLESU POČTU OBYVATEL UKAZUJE NA VÝRAZNÉ STÁRNUTÍ ČESKÉ POPULACE A ROSTOUCÍ TLAK NA SYSTÉM PÉČE DO ROKU 2035. ZA 25 LET DO DŮCHODU BUDOU VSTUPOVAT SILNÉ GENERACE, AVŠAK STARAT SE O NĚ BUDOU POČETNĚ NEJSILNĚJŠÍ GENERACE.

Počet obyvatel ČR
2025: 10 909 500
2035: 10 695 749 (-1,96 %)

Počet obyvatel ČR ve věku 75+
2025: 1 028 927
2035: 1 312 862 (+27,6 %)

„Stárnutí populace není izolovaným fenoménem, ale systémovou změnou, která se promítá do všech oblastí společenského fungování.“

Zdroje dat

- ALZHEIMERIANS, o.p.s. Alzheimerova choroba – obecné informace [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Naděje dožití – statistiky [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/seniori-v-datech/nadeje-dozeni>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Obyvatelstvo podle pohlaví a věku + počet osob podle skupin ekonomické aktivity + obyvatelstvo 65+ let [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/docs/107508/c8dd5b2f-19c6-969c-a47f-8a11a8a4ad89/13015819a4.pdf?version=1.0>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Projekce obyvatelstva 2025–2050 [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/seniori-v-datech/projekce-obyvatelstva>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Senioři – demografická data [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/seniori?pocet=10 & start=0 & skupiny=31 & razeni=-datumVydani>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Zemřelí, naděje dožití, příčiny smrti [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://csu.gov.cz/zemreli-nadeje-dozeni-priciny-smrti?pocet=10 & start=0 & podskupiny=134 & razeni=-datumVydani#data-a-casove-rady_nadeje-dozeni
- ČT24. Domovy pro seniory mohou od ledna zdrazit, už teď musí klienty odmítat [online]. 2025 [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/domovy-pro-seniory-mohou-od-ledna-zdrazit-uz-ted-musi-klienty-odmitat-368699>
- EUROSTAT. Healthy life years statistics [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016–2019 [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/12997/28542/N%C3%A1rodn%C3%AD_ak%C4%8Dn%C3%AD_pl%C3%A1n_pro_Alzheimerovu_nemoc_a_dal%C5%A1%C3%AD_obdobn%C3%A1_onemocn%C4%9Bn%C3%AD_na_l%C3%A9ta_2016_-_2019.pdf
- MPSV – MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Predikce potřeb dlouhodobé péče: Česko čeká jeden z největších úkolů příštích desetiletí [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/predikce-potreb-dlouhodob-pece-cesko-ceka-jeden-z-nejvetsich-ukolu-pristich-desetileti>
- MPSV – MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025 [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://mpsv.gov.cz/cms/documents/e2598e69-4521-f878-956b-71947bc56581/Strategicky_ramec_pripravy_na_starnuti_spolecnosti_2021-2025.pdf
- NZIP. Alzheimerova nemoc a neurčené demence – otevřená data [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/data/2057-alzheimerova-nemoc-neurcene-demence-otevrena-data>
- NZIP. Predikce potřeb – datový souhrn [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/data/2548-predikce-potreb-datovy-souhrn>
- ÚZIS – ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIK ČR. Datový balíček (Excel) – složka Data [interní dataset]. Praha: ÚZIS ČR, 2025. [cit. 2026-05-06].
- ÚZIS – ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIK ČR. Ročenka psychiatrie / statistiky Alzheimer a demence [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/rocenka/>

Kapacity a dostupnost sociální péče

Současná nabídka pobytových služeb

Trh služeb dlouhodobé sociální péče pro osoby se sníženou soběstačností v českém kontextu tvoří zejména zákonem definované sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb. (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, odlehčovací služby apod.), registrované v Registru poskytovatelů sociálních služeb (RPSS), který spravuje MPSV.

Mezi poskytovateli služeb pro seniory s různou intenzitou podpory lze v ČR rozlišit následující typy:

• Pobytové služby:

- **Domovy pro seniory (DS)** – jsou určeny seniorům, u nichž došlo ke snížení soběstačnosti zejména v důsledku věku a kteří potřebují dlouhodobou každodenní podporu. Poskytují ubytování, stravování, pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu a zajišťují nepřetržitý dohled i aktivizační programy.
- **Domovy se zvláštním režimem (DZR)** – jsou zaměřeny na osoby s demencí (včetně Alzheimerovy choroby) nebo s jinými chronickými duševními či kognitivními poruchami. Péče je zde organizována ve specifickém režimu odpovídajícím zdravotnímu a psychologickému stavu klientů a je poskytována ve vyšší míře specializace.
- **Ostatní pobytové služby: odlehčovací služby (krátkodobé pobyty) a denní stacionáře** – představují flexibilní formu podpory osob se sníženou soběstačností, o které je jinak pečováno v domácím prostředí osobou blízkou. Jejich hlavním cílem je dočasně převzít péči o klienta

a snížit fyzickou, psychickou i časovou zátěž neformálních pečujících, přičemž zejména pobytové odlehčovací služby zajišťují na omezenou dobu ubytování, stravu, pomoc při každodenních úkonech péče, dohled a aktivizační či terapeutické činnosti a mohou tak fungovat jako přemostující kapacita mezi domácí péčí a případným nástupem do dlouhodobé pobytové služby.

- **Terénní sociální služby** – jsou poskytovány převážně v domácím prostředí seniora a zaměřují se na podporu soběstačnosti bez nutnosti změny bydliště. Patří sem zejména pečovatelská služba, osobní asistence, terénní odlehčovací péče či tísňová péče, které (často dlouhodobě) pomáhají se zvládáním základních, každodenních činností a umožňují setrvání seniora v přirozeném prostředí.
- **Neformální péče** – je zajišťována především rodinnými příslušníky nebo jinými blízkými osobami bez profesionálního statusu poskytovatele služby. Představuje významnou součást systému péče o seniory, avšak je často spojena s vysokou časovou, psychickou i ekonomickou zátěží pečujících osob. Na tuto charakteristiku navazuje potřeba systematicky ukotvit debatu o roli neformální péče v celkovém nastavení systému dlouhodobé péče. Zejména je vhodné otevřít otázku, jakým způsobem definovat hranici mezi péčí poskytovanou v domácím prostředí a péčí lůžkovou, a to s ohledem na efektivitu využití veřejných zdrojů i kvalitu života klientů. S tím souvisí i vymezení způsobu financování a zajištění dostupnosti terénních sociálních služeb.

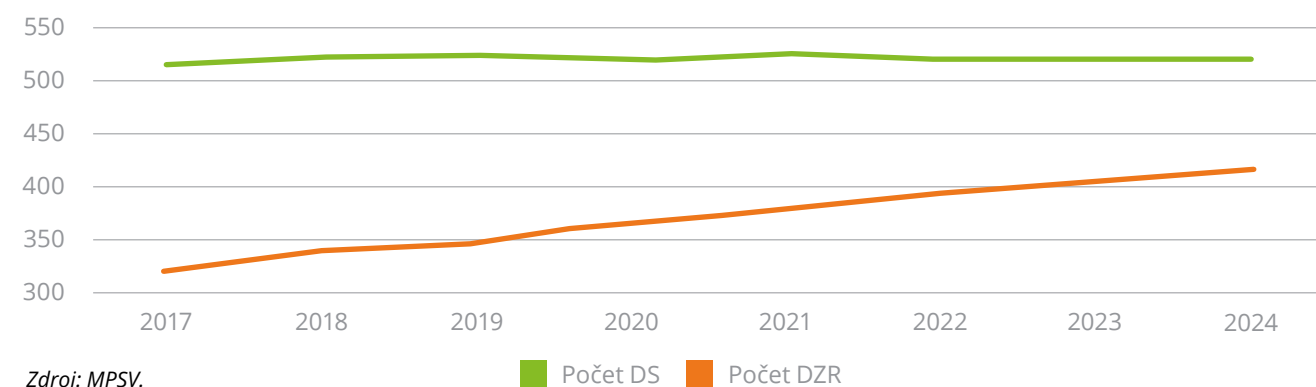


Pobytové (dlouhodobé, krátkodobé a ambulantní) služby: Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem

V České republice bylo podle nejnovějších dat MPSV v roce 2024 registrováno 521 domovů pro seniory (DS) a 416 domovů se zvláštním režimem (DZR). Zatímco počet domovů pro seniory zůstává

posledních sedm let relativně stabilní, u domovů se zvláštním režimem sledujeme nárůst z 322 v roce 2017 na 416 v roce 2024.

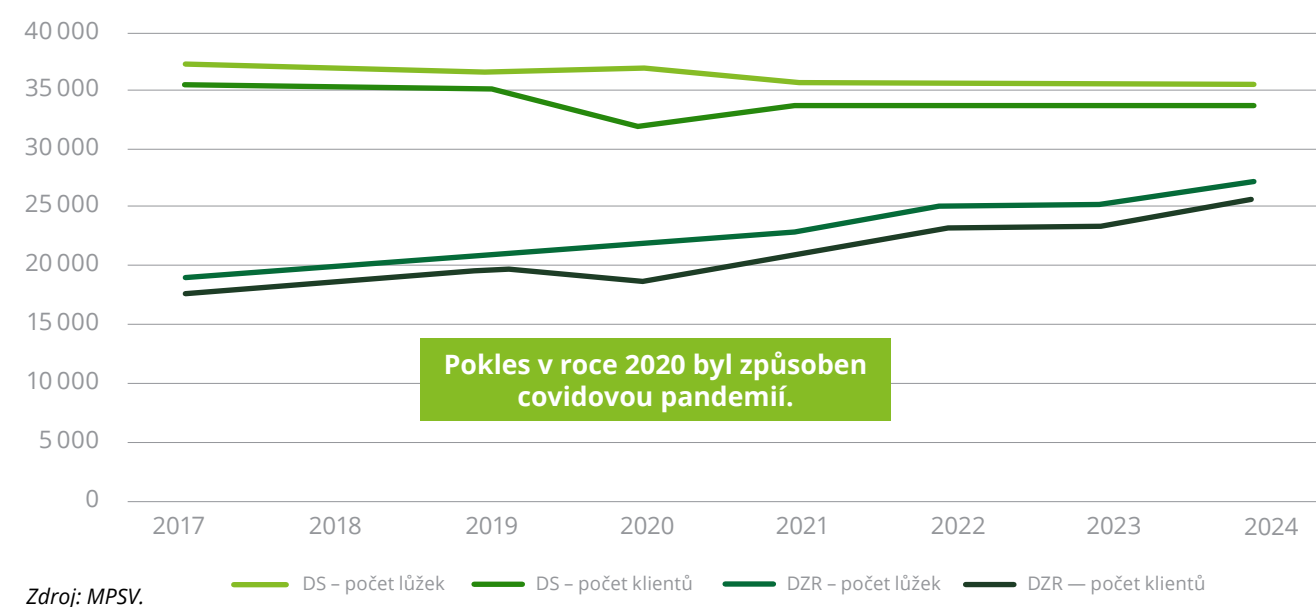
OBRÁZEK 15: VÝVOJ POČTU DOMOVŮ SENIORŮ A DOMOVŮ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM, 2017-2024.



Z pohledu kapacity disponuje Česká republika 62 485 lůžky v dlouhodobé péči o seniory, rozdělené mezi 35 374 v domovech pro seniory a 27 111 v domovech se zvláštním režimem. Ke konci

roku 2024 žilo v České republice téměř 34 tisíc lidí v domovech pro seniory a dalších 25,5 tisíce v domovech se zvláštním režimem. Počet lůžek v DZR v čase roste, zatímco jejich počet v DS spíše klesá.¹

OBRÁZEK 16: VÝVOJ POČTU LŮŽEK A KLIENTŮ DOMOVŮ SENIORŮ A DOMOVŮ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM, 2017-2024.



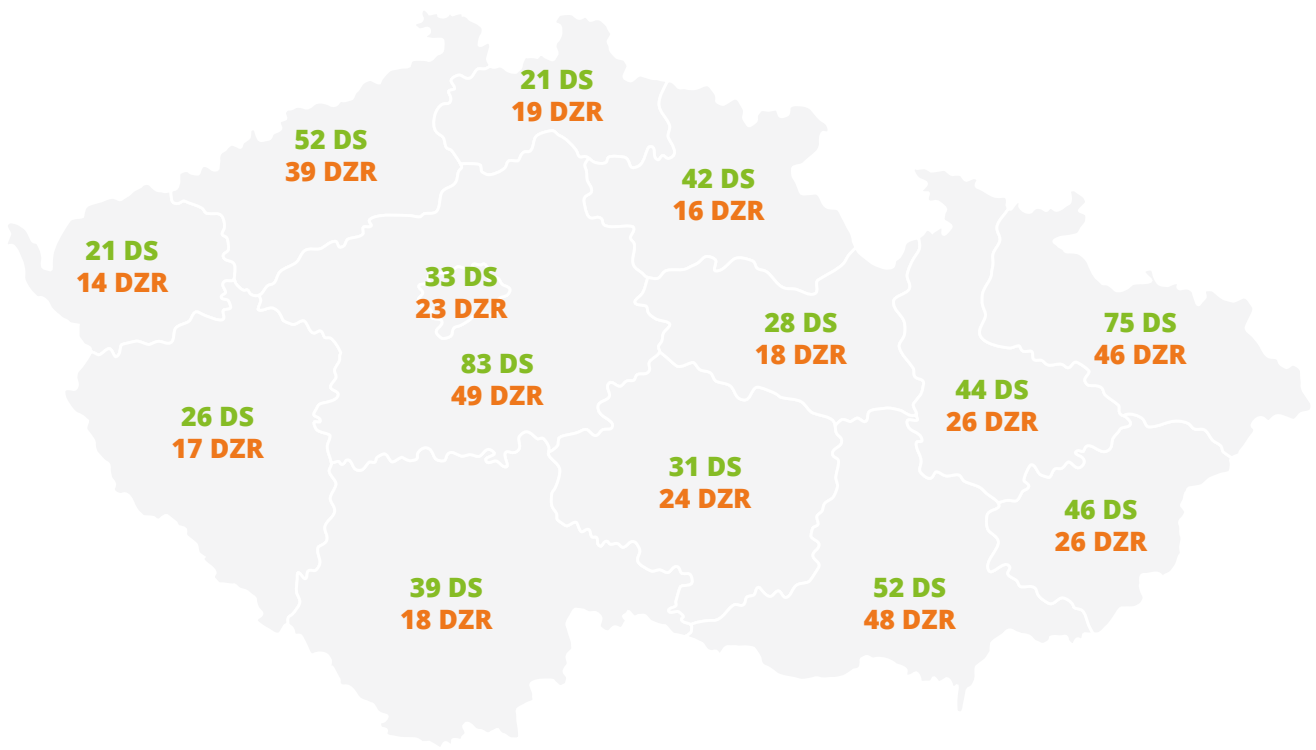
¹ MPSV Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2024

Regionální nerovnosti a neuspokojené žádosti

Domovy seniorů (DS) a domovy se zvláštním režimem (DZR) jsou provozovány ve všech krajích České republiky, přičemž DS je obvykle o třetinu

až o polovinu více než DZR. Výjimky tvoří zejména Liberecký a Jihomoravský kraj, kde je počet DS a DZR téměř identický.

OBRAZEK 17: POČET POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍ PODLE KRAJE V ROCE 2024.



Zdroj: MPSV.

V roce 2024 zůstalo celkem 70,2 tisíce žádostí o umístění do DS neuspokojených, což je o 10 tisíc více než v roce 2023. U DZR pak počet nevyhověných žádostí vzrostl o 7 tisíc na 37,8 tis. Největší přesah poptávky po DS je v Praze a Jihočeském kraji, zatímco po DZR v Praze a Olomouckém kraji. Celorepublikově je evidováno 169 % neuspokojených žádostí o pobyt v DS oproti kapacitě.² U těchto hodnot je však nutné

brát v potaz skutečnost, že počet žádostí neodpovídá skutečnému počtu žadatelů, jelikož žadatel si zpravidla podává více žádostí o umístění na různá místa, a zároveň se nemusí jednat o žádosti v rámci jednoho kraje.³ Kromě duplicitních žádostí pak systém obsahuje ještě žádosti neaktuální, kdy žadatel byl již umístěn, užívá jiný druh služeb či zemřel, avšak jeho žádosti nebyly staženy ze systému.

² ČSÚ Vybrané údaje o sociálním zabezpečení 2024 - s. 94; 2023 - s. 103

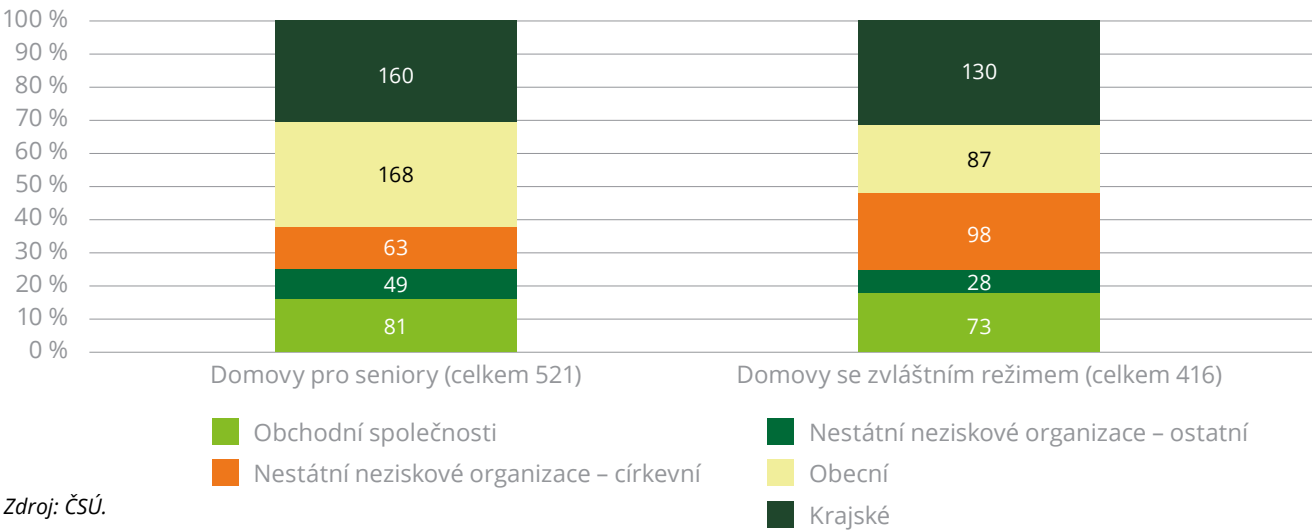
³ Tomuto předchází Plzeňský kraj pomocí svého portálu Sociální služby, pomocí kterého je možné lépe řídit obsazenost všech zařízení v kraji, která poskytují péči seniorům, lidem se zdravotním postižením i osobám vyžadujícím zvláštní režim. Systém umožňuje odfiltrovat vícenásobné žádosti a zjistit skutečný počet žadatelů podle rodných čísel, což kraj ukazuje reálnou potřebu kapacit pobytových služeb a kraj tak má přesná data pro plánování kapacit i stanovování priorit v rozvoji sítě sociálních služeb. Kraj díky portálu ví, že např. v roce 2021 v něm bylo podáno 10 % duplicitních žádostí o umístění do DS a 17 % duplicitních žádostí o umístění do DZR. Podobného nástroje využívá například kraj Vysočina, který využívá vlastní aplikaci Pořadník. Ta dokáže odhalovat duplicitu, sjednocuje evidenci a umí pracovat i s akutními žadateli. Srovnatelný systém používá i Olomoucký kraj, jenž pracuje s webovou aplikací KISSOS (Krajský informační systém sociálních služeb), která poskytuje přehled o počtu žadatelů. Podobný portál s funkcí odhalování duplicit byl plánován i v Královéhradeckém kraji, avšak z veřejně dostupných zdrojů není zřejmé, zda byl skutečně uveden do provozu.

Poskytovatelé služeb sociální péče

Trh pobytových služeb pro seniory je vysoce fragmentovaný, tvořený převážně samostatnými obecními a neziskovými zařízeními, doplněný jen několika většími soukromými provozovateli. Zařízení sociálních služeb mohou být provozována státem, kraji, obcemi, církvemi nebo dalšími subjekty. Struktura zřizovatelů a provozovatelů se výrazně liší podle typu poskytované služby. Některá zařízení jsou

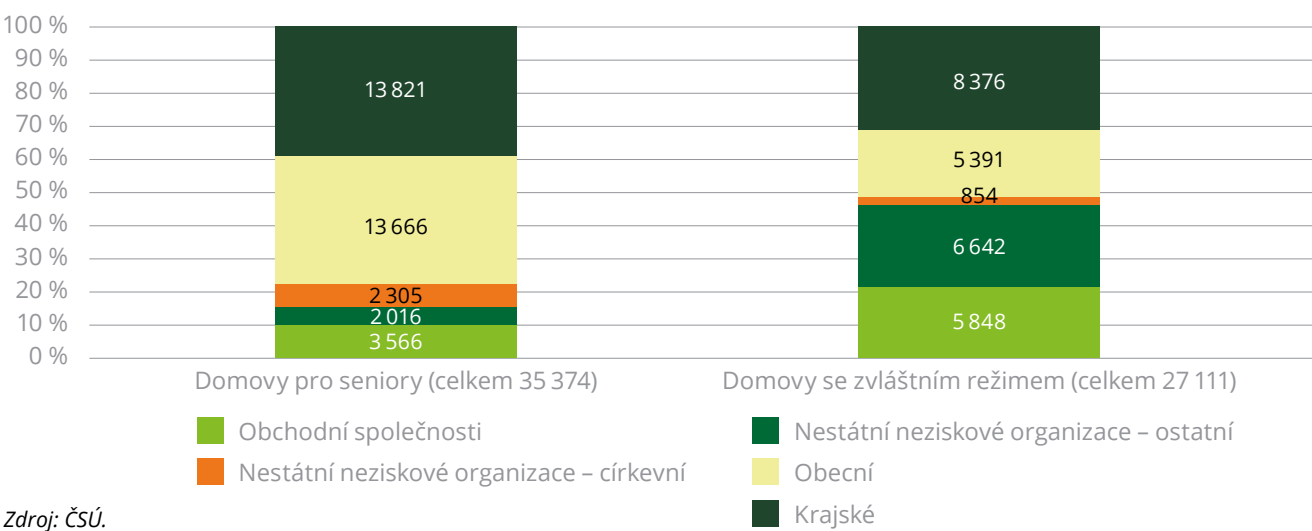
typicky zřizována veřejným sektorem – například domovy pro osoby se zdravotním postižením či ve značné míře také domovy pro seniory bývají zřizovány kraji. Naopak u některých typů zařízení, jako jsou azylové domy či noclehárny, se častěji uplatňuje role církevních organizací. Domovy se zvláštním režimem jsou pak často provozovány neziskovými organizacemi nebo soukromými poskytovateli.

OBRAZEK 18: POČET POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍ PODLE ZŘIZOVATELE V ROCE 2024.



Zdroj: ČSÚ.

OBRAZEK 19: POČET LŮŽEK V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH PODLE ZŘIZOVATELE V ROCE 2024.



Zdroj: ČSÚ.

SOUKROMÍ ZŘIZOVATELÉ (OBCHODNÍ SPOLEČNOSTI & NEZISKOVÉ ORGANIZACE) TVOŘÍ 37 % DS (22,3 % LŮŽEK) A 47,8 % DRZ (49,2 % LŮŽEK).

Veřejní zřizovatelé

Veřejní poskytovatelé, mezi které se řadí kraje, obce, města, MPSV a jejich zřizované příspěvkové organizace nebo příspěvkové složky, provozují převážnou část pobytových sociálních služeb pro seniory. K roku 2024 MPSV eviduje 328 krajských a obecních DS (s kapacitou 27 487 lůžek) a 217 krajských a obecních DZR (s kapacitou 13 767 lůžek).

Mezi největší zřizovatele se řadí následující kraje: Moravskoslezský (7 620 lůžek), Jihomoravský (6 200 lůžek), Olomoucký (3 920 lůžek), Středočeský (3 740 lůžek) a Vysočina (3 740 lůžek). Své zastoupení mají mezi provozovateli i města: Praha s celkovou kapacitou 4 850 lůžek a Brno s 2 700 lůžky.

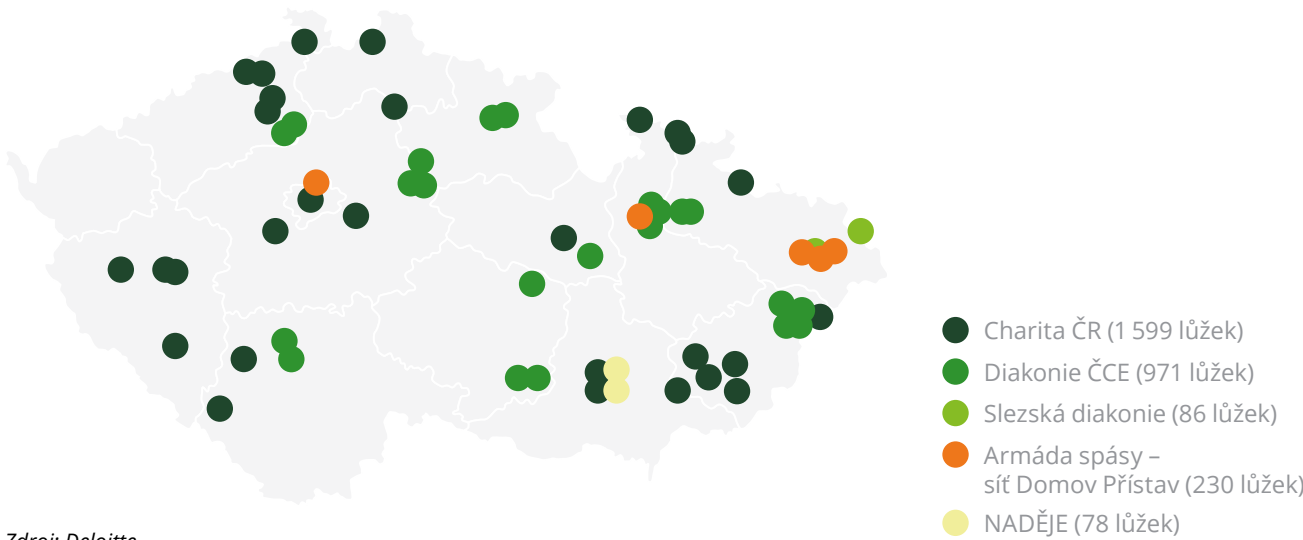
Církevní a ostatní neziskové organizace

Dalším z provozovatelů jsou církevní a neziskové organizace. MPSV do kategorie „nestátní neziskové organizace“ zahrnuje spolky a pobočné spolky, nadace a nadační fondy, účelová zařízení církví, obecně prospěšné společnosti, ústavy a školské právnické osoby. Církve se nejvíce podílejí na provozování azylových domů, kde zřizují 41 % lůžek.

Nestátní neziskové organizace v roce 2024 provozovaly 63 domovů pro seniory (12,3 % ze všech 521 DS) a disponují tak 2 305 lůžky (6,5 % z celkové kapacity 35 374 lůžek).

V domovech se zvláštním režimem působí nestátní neziskové organizace výrazně menším dílem: provozují 28 zařízení (6,7 % ze všech 416 DZR). Jejich kapacita činí 854 lůžek, což odpovídá necelým 3,2 % z celkových 27 111 lůžek.

OBRÁZEK 20: NEZISKOVÉ SÍŤ DOMOVŮ PRO SENIORY A DOMOVŮ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.



Zdroj: Deloitte.

Obchodní společnosti

V České republice působí několik soukromých poskytovatelů péče, které provozují DS a DZR, a tento segment provozovatelů má v současné době rostoucí trend zejména v oblasti domovů se zvláštním režimem. Soukromí poskytovatelé jsou buď neziskové organizace (např. ústav, o.p.s., spolek, církevní organizace), nebo obchodní společnosti (např. s.r.o., a.s.). Soukromí poskytovatelé sociálních služeb působí v různých právních formách, zejména jako spolky, nadace, zapsané ústavy, obchodní společnosti (nejčastěji s.r.o.) nebo osoby samostatně výdělečně činné. V praxi převažují zapsané ústavy a společnosti s ručením omezeným, které umožňují dlouhodobý a organizačně stabilní provoz sociálních služeb.

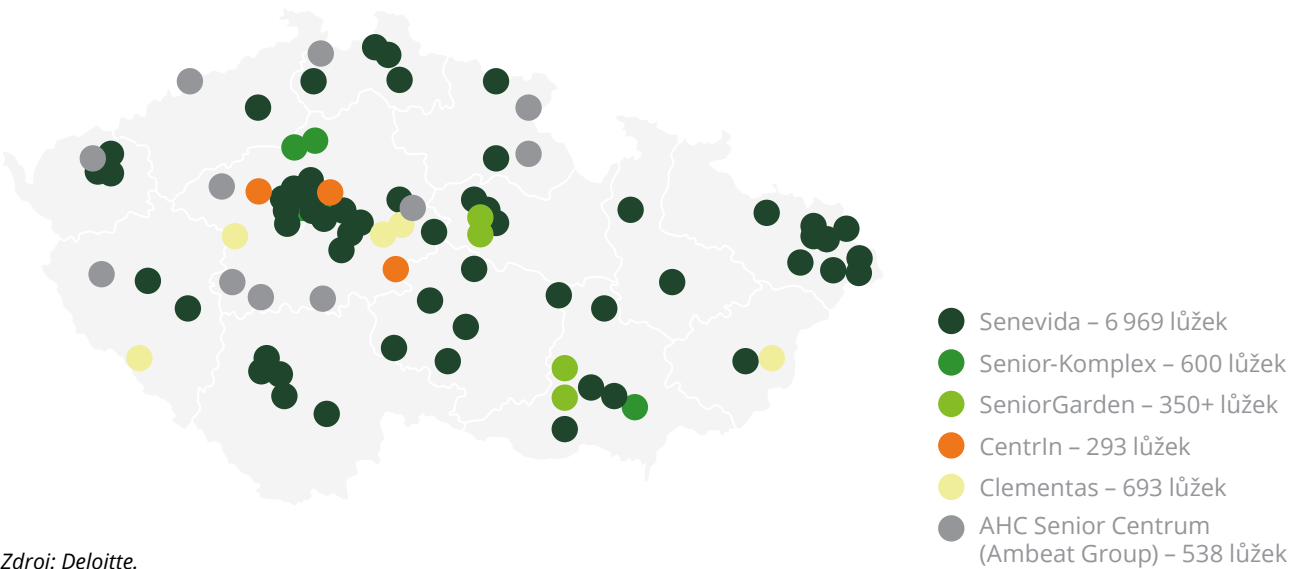
Největším soukromým provozovatelem je SeneVida ve vlastnictví skupiny Penta Hospitals, pod kterou spadá téměř 7 000 lůžek a která vznikla sloučením SeneCura, Alzheimer Home a ProSeneo. Mezi další soukromé provozovatele lze uvést Clementas s počtem 690 lůžek, Senior Komplex s 600 lůžky a ESG SeniorCARE Sicav s 500 lůžky.

V poslední době je ale vidět rostoucí záměr soukromých investorů a finančních skupin o odvětví sociální péče, což s sebou nese potřebný kapitál na výstavbu nových zařízení i tlak na modernizaci stávajících objektů, které často neodpovídají současným standardům kvality péče, energetické efektivity ani provozní ekonomiky.

Jako příklad finančních investorů lze uvést nemovitostní fond Ambeat Care, napojený na Partners banku a pojišťovnu Simplea insurance, která nabízí i soukromé pojištění dlouhodobé péče, v rámci kterého nabízí garantované umístění v jenom z partnerských zařízení. Tento fond plánuje investovat přibližně 5 miliard Kč do rozvoje a akvizic zařízení dlouhodobé péče pro seniory a během následujících let má záměr vybudovat či koupit 20 pobytových zařízení a s kapacitou ~2 000 nových lůžek.

Vláda ČR a Česká asociace pojišťoven podepsaly roku 2024 memorandum, na jehož základě se pojišťovny prostřednictvím nově vzniklého Centra dlouhodobé péče, a.s. zavázaly v horizontu několika let vybudovat min. 20 nových zařízení s celkovou kapacitou až 2 500 lůžek. Tento projekt kombinuje podporu státu, zapojení soukromého partnera (investiční společnost AVANT) a odborného provozovatele Senlife.

OBRÁZEK 21: SOUKROMÉ ŘETĚZCE DOMOVŮ PRO SENIORY A DOMOVŮ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.



Zdroj: Deloitte.

Terénní sociální péče

Terénní sociální péče představuje důležitou součást systému sociálních služeb, jejímž cílem je péče o osoby v nepříznivé sociální situaci přímo v jejich přirozeném prostředí. Na rozdíl od pobytových služeb umožňuje klientům zůstat ve vlastním domově a zachovat si co nejvyšší míru samostatnosti a kvality života. Tento typ péče zahrnuje zejména pomoc při zvládání běžných denních činností, osobní hygieně, zajištění stravy, péči o domácnost i podporu sociálních kontaktů.

Terénní sociální péči je nutné odlišovat od terénní zdravotní péče, která zahrnuje odborné zdravotnické úkony, jako jsou převazy ran, aplikace injekcí nebo rehabilitace, poskytují ji kvalifikovaní zdravotníci pracovníci na základě indikace lékaře a je zpravidla hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Naproti tomu sociální služby jsou financovány kombinací veřejných zdrojů a úhrad klientů podle zákona o sociálních službách. Tento dokument se primárně věnuje terénní sociální péči.

V kontextu stárnutí populace nabývá terénní sociální péče stále většího významu především pro seniory.

S rostoucím věkem se zvyšuje potřeba péče při běžném fungování, přičemž většina starších osob preferuje setrvání ve svém domácím prostředí. Terénní sociální služby tak přispívají nejen k zachování soběstačnosti seniorů, ale zároveň snižují jejich riziko sociální izolace a odkládají nutnost institucionální péče.

Mezi klíčové terénní sociální služby patří zejména pečovatelská služba, osobní asistence, terénní odlehčovací péče a tísňová péče, které jsou zaměřeny právě na péči o seniory a o osoby se sníženou soběstačností. Tyto služby hrají zásadní roli v systému dlouhodobé péče a představují důležitý nástroj pro zajištění důstojného života ve stáří.

Klesá kapacita poskytované terénní sociální péče a s tím souvisí klesající počet klientů. Nejvyšší jsou výdaje na pečovatelskou službu a strmě se zvyšují, avšak počet jejích klientů naopak klesá. Výdaje na odlehčovací služby a osobní asistenci také stoupají, ale počet klientů roste mírně (viz Přílohy 6 a 7).

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je poskytována v terénní či ambulantní formě osobám se sníženou soběstačností vlivem věku, dlouhodobé nemoci nebo zdravotního postižení, a také rodinám s dětmi, které potřebují pomoc jiné osoby. Probíhá v předem stanovených časech buď přímo v domácnosti klientů, nebo v domech s pečovatelskou službou. Služba zahrnuje pomoc při běžné péči o vlastní osobu, osobní hygieně, zajištění stravy, chodu domácnosti, dále podporu kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Je poskytována za úhradu, přičemž zdarma ji mohou využívat například účastníci odboje a jejich ovdovělí partneři starší 70 let.

Z pohledu finančních nákladů i počtu uživatelů představuje pečovatelská služba nejdůležitější typ terénní sociální služby. V roce 2024 dosáhly výdaje na tuto službu 5,9 mld. Kč, což znamená meziroční nárůst o 370 mil. Kč. Počet klientů se v posledních letech držel přibližně na úrovni 100 tisíc osob, avšak již od roku 2015 dochází k jeho pravidelnému poklesu. V roce 2024 byla pečovatelská služba poskytnuta celkem 90 043 lidem, tedy o 2 350 méně než o rok dříve. Zároveň platí, že zatímco počet klientů klesá, počet nevyřízených žádostí roste – meziročně přibýlo zhruba tisíc žádostí a jejich celkový počet se blíží 6 tisícům.

Pečovatelská služba byla v roce 2024 nejvíce využívána ve Středočeském kraji (11 868 klientů) a v Praze (10 401 klientů).

Pečovatelská služba patřila mezi nejvíce nedostupné terénní sociální služby, přičemž v roce 2024 evidovala téměř 6 tisíc neuspokojených žádostí. Nejvyšší počet těchto žádostí byl zaznamenán v Moravskoslezském kraji (951) a v Karlovarském kraji (755).

Výši plateb za jednotlivé úkony určuje poskytovatel služby, přičemž jejich maximum stanovuje vyhláška č. 505/2006 Sb. (viz Příloha 2). Úhrady klientů pokrývají 22 % celkových výdajů na pečovatelskou službu. Průměrná roční úhrada na jednoho klienta podle ČSÚ vzrostla v roce 2024 z 12 597 Kč na 14 067 Kč, což odpovídá přibližně 1,6 hodinám péče týdně. Z toho vyplývá, že většina klientů využívá pečovatelskou službu spíše v omezeném rozsahu.⁴

ČSÚ uvádí, že zatímco počet klientů pečovatelské služby v posledních letech klesá, průměrná roční úhrada na uživatele i roční výdaje na pečovatelskou

službu strmě stoupají. Předpokládáme, že terénní sociální služby již v menší míře suplují komerční služby a běžné intervence a ve větší míře se zaměřují na klienty s vyšší mírou potřeby a náročnější péčí. Růst výdajů je částečně dán inflací, ale zároveň dochází ke zvyšování nákladů na klienta, což pravděpodobně poukazuje na vyšší intenzitu poskytované péče (tzn. větší podíl klientů s vyšší potřebou podpory).

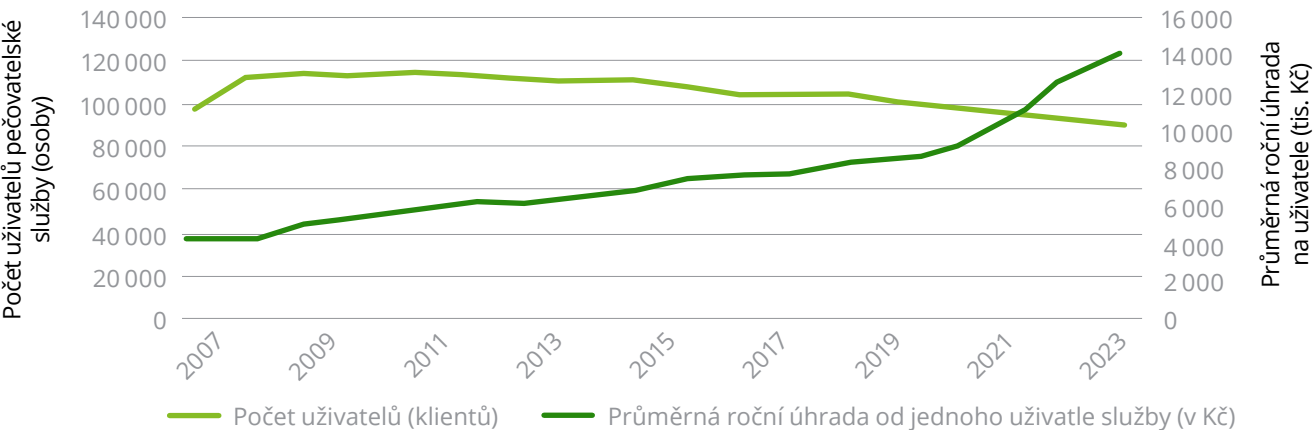
Dostupná statistická data o využívání pečovatelské služby je nutné interpretovat s určitou opatrností, protože pravděpodobně neodrážejí plně reálný stav v terénu. MPSV za rok 2024 uvádí celkem 5 974 neuspokojených žádostí o pečovatelskou službu, tento údaj však může být nereálný. Jednak může docházet k duplicitám, kdy jedna osoba podává žádost opakovaně, podobně jako je tomu u pobytových zařízení, a jednak je pravděpodobné, že poptávka po terénních službách je ovlivněna nižším povědomím o jejich existenci mezi seniory a jejich pečujícími. To znamená, že část potenciálních klientů tyto služby vůbec nevyhledá, takže evidovaný počet žádostí nemusí odpovídat skutečné potřebě.

Zároveň dostupná data naznačují strukturální změnu v poskytování péče. Grafické výstupy ukazují, že přibližně stejný počet pracovníků pečovatelské služby se postupně stará o klienty se závažnějšími potřebami, což vede k poklesu celkové kapacity služby, pokud jde o počet obslužených osob. Tento vývoj implikuje, že systém terénní péče je více zatěžován náročnějšími případy, a méně kapacit tak zbývá pro klienty s nižší mírou závislosti. V důsledku toho může část osob zůstat odkázána na neformální péči ze strany rodiny nebo blízkých.

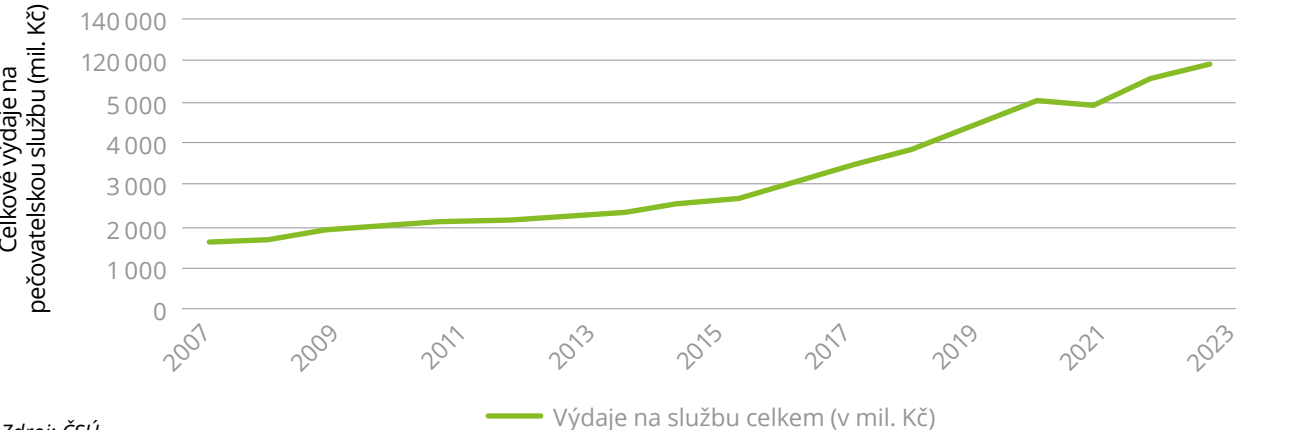
Z uvedeného je možné dovodit, že dochází k odkládání vyhledání pomoci ze strany klientů. Senioři a jejich rodiny pravděpodobně nevyužívají terénní služby včas, a to buď z důvodu omezeného povědomí, nebo z důvodu jiných bariér přístupu. V okamžiku, kdy se jejich situace zhorší, pak častěji směřují rovnou do pobytových zařízení, což se projevuje vysokým počtem žádostí o umístění v těchto zařízeních. Tento výklad je konzistentní i s tím, že počet neuspokojených žádostí o pečovatelskou službu meziročně roste pouze velmi mírně, což by samo o sobě neindikovalo výrazně rostoucí poptávku, ale spíše změnu v chování žadatelů a ve struktuře poskytované péče.

OBRÁZEK 22: PEČOVATELSKÁ SLUŽBA V LETECH 2007–2024.

A. Počet uživatelů a průměrná úhrada na klienta



B. Celkové veřejné výdaje



Zdroj: ČSÚ.

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby mohou mít terénní, ambulantní i pobytovou formu a jsou určeny lidem se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění či zdravotního postižení, o které se jinak stará blízká osoba v domácím prostředí. Hlavním smyslem těchto služeb je poskytnout pečující osobě potřebný odpočinek. Součástí služeb je pomoc se základní péčí o vlastní osobu, osobní hygienou, zajištěním stravy či ubytování, podpora kontaktu se společenským prostředím, terapeutické aktivity a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Následující data nelze interpretovat výhradně ve vztahu k seniorům, protože zahrnují i další cílové skupiny odlehčovacích služeb. Odlehčovací služby byly v roce 2024 nejvíce využívány v Praze (2 731 klientů) a Moravskoslezském kraji (2 267 klientů). Odlehčovací služby byly rovněž nedostatečně dostupné, v roce 2024 bylo evidováno přibližně 4,6 tisíce neuspokojených žádostí. Největší nedostatek byl zaznamenán v Moravskoslezském kraji, kde bylo evidováno 1 056 neuspokojených žádostí. Počet

neuspokojených žádostí o odlehčovací služby je uveden v Příloze 10.

Osobní asistence

Osobní asistence je poskytována lidem se zdravotním postižením a seniorům přímo v jejich běžném prostředí, pokud potřebují podporu druhé osoby. Rozsah i čas poskytování služby jsou předem domluvené. Služba zahrnuje pomoc s každodenní péčí o sebe, osobní hygienou, zajištěním chodu domácnosti, umožněním kontaktu se společností i podporu při prosazování práv a zájmů. Tato služba je poskytována za úhradu.

Dostupné údaje se vztahují k heterogenní skupině uživatelů, z níž senioři tvoří pouze dílčí podíl – data pro skupinu 65+ se samostatně nesledují. Sociální služba osobní asistence v roce 2024 zaznamenala 5 364 neuspokojených žádostí, přičemž největší nedostatek byl v Praze (3 123 neuspokojených žádostí).

Osobní asistence byla v roce 2024 nejvíce využívána v Praze (2 825 klientů) a Středočeském kraji (1 705 klientů).

⁴ ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2024 [online]. Praha: ČSÚ, 2025. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/docs/107508/4996c80b-4f73-b285-555a-b518154e3fa4/19002925.pdf?version=1.3>

Neformální péče

Neformální péče představuje jednu z klíčových, avšak dlouhodobě podceněných složek systému dlouhodobé péče v České republice. V praxi zajišťuje významnou část podpory osobám se sníženou soběstačností, zejména seniorům, a doplňuje či nahrazuje kapacity formálních sociálních služeb. Bez existence neformální péče by současný systém dlouhodobé péče nebyl funkčně ani fiskálně udržitelný, ačkoliv přesný rozsah neformální péče a její ekonomické dopady jsou z důvodu omezených dat těžko vyčíslitelné.

Za neformální péči se v českém kontextu dle MPSV a OECD považuje péče o osobu se sníženou soběstačností v jejím přirozeném prostředí, vykonávána osobami, které ji neposkytují jako profesionální službu a nejsou za ni standardně odměňováni na základě pracovněprávního vztahu. Obvykle se jedná o rodinné příslušníky (např. partner/ka, děti, rodiče) či jiné osoby blízké, které k rozhodnutí pečovat vede pocit morální povinnosti, blízký vztah s danou osobou, pocit, že postarat se je „normální“ či snaha umožnit dané osobě zůstat v domácím prostředí (MPSV a SC & C, 2024).

V ROCE 2024 POBÍRALO PŘÍSPĚVEK NA PÉČI VÍCE NEŽ 370 TISÍC OSOB, PŘIČEMŽ CELKOVÉ VÝDAJE DOSÁHLY 41 MILIARD KČ. PRŮZKUM MPSV A SC & C POTVRZUJE, ŽE RODINNÉ VZTAHY TVOŘÍ PRIMÁRNÍ OPORU NEFORMÁLNÍ PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ, PŘIČEMŽ DVĚ TŘETINY PEČUJÍCÍCH SE STARAJÍ O OSOBY VE III. NEBO IV. STUPNI ZÁVISLOSTI. PŘESNÝ PODÍL PŘÍJEMCŮ PŘÍSPĚVKU, U NICHŽ JE PÉČE VÝLUČNĚ ZAJIŠŤOVÁNA RODINOU BEZ ZAPOJENÍ FORMÁLNÍCH SLUŽEB, NENÍ SYSTÉMOVĚ SLEDOVÁN A PŘEDSTAVUJE JEDNU Z KLÍČOVÝCH DATOVÝCH MEZER ČESKÉHO SYSTÉMU DLOUHODOBÉ PÉČE.

Závěry

Současný stav systému sociální péče ukazuje na výrazný a dále prohlubující se nesoulad mezi kapacitami a reálnou poptávkou. Navzdory dílčímu růstu kapacit, zejména u domovů se zvláštním režimem, zůstává nabídka dlouhodobé nedostatečná, což se projevuje vysokým počtem neuspokojených žádostí napříč typy služeb i regiony. Podobný tlak je patrný i u terénních sociálních služeb, kde vedle rostoucích nákladů dochází k poklesu počtu klientů a nárůstu nevyřízených žádostí, což signalizuje kapacitní i finanční limity systému.

Dle průzkumu MPSV ve spolupráci s SC & C (2023) má až 40 % dospělých zkušenost s péčí o osobu blízkou v posledních 5 letech. Pouze část z nich však vykonává péči intenzivně (v rozsahu minimálně 20 hodin týdně) a dlouhodobě. Přibližně 12 % pečujících uvádí, že museli opustit zaměstnání či ukončit podnikání, zatímco celkově čtvrtina pečujících byla nucena svou pracovní činnost omezit nebo ukončit.

Strukturálně přitom převažují pečující ve věku 35–64 let, kteří tvoří přibližně 55 % všech neformálních pečujících, a spolu s mladšími věkovými skupinami představují zhruba tři čtvrtiny potenciálně ekonomicky aktivní populace. To významně zvyšuje relevanci dopadů neformální péče na trh práce a produktivitu. Kromě značného vlivu na fyzické i duševní zdraví a osobní život pečujících více než 20 % přiznává finanční potíže a přes 50 % domácností s neformální péčí má příjem nižší, jak 45 000 Kč měsíčně. Neformální péče tak s sebou nese i značné ekonomické důsledky. Více o dopadech, které s sebou nese neformální péče, pojednává kapitola Scénáře vývoje kapacity sociální péče k roku 2035.

Systém je zároveň významně závislý na neformální péči, která supluje nedostatečnou dostupnost služeb, avšak za cenu vysoké zátěže pečujících a negativních socioekonomických dopadů. Bez této složky by současné nastavení nebylo udržitelné.

V kontextu stárnutí populace a očekávaného růstu počtu osob se sníženou soběstačností lze očekávat další zvyšování poptávky, které současná infrastruktura není schopna pokrýt. Bez zásadních změn v rozsahu, struktuře a financování péče tak bude docházet k dalšímu zhoršování dostupnosti služeb a prohlubování již dnes patrných nedostatků.

Zdroje dat

- CENTRUM DLOUHODOBÉ PÉČE. Centrum dlouhodobé péče (webové stránky) [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.centrumdlouhodorepece.cz/>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2024 [online]. Praha: ČSÚ, 2025. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/docs/107508/4996c80b-4f73-b285-555a-b518154e3fa4/19002925.pdf?version=1.3>
- iDNES.cz. Nemovitostní fondy: rady Partners [online]. Praha: iDNES.cz, 2024. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/finance/investovani/nemovitostni-fondy-rady-partners.A241217_083348_inv_frp
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR a SC & C spol. s r.o. Průzkum veřejného mínění na téma „Pečující osoby v ČR“: závěrečná zpráva [online]. Praha: MPSV ČR, 2023. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://mpsv.gov.cz/cms/documents/f0e2e854-7746-9cf8-b260-11dd74c6f0db/Z%C3%A1v%C4%9Bre%C4%8Dn%C3%A1%20zpr%C3%A1va_Pe%C4%8Duj%C3%ADc%C3%AD%20osoby%20v%20%C4%8CR.pdf
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Průzkum veřejného mínění na téma „Pečující osoby v ČR“: závěrečná zpráva [online]. Praha: MPSV ČR, 2023. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://mpsv.gov.cz/cms/documents/f0e2e854-7746-9cf8-b260-11dd74c6f0db/Z%C3%A1v%C4%9Bre%C4%8Dn%C3%A1%20zpr%C3%A1va_Pe%C4%8Duj%C3%ADc%C3%AD%20osoby%20v%20%C4%8CR.pdf
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2025 [online]. Praha: MPSV ČR, 2024. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci-2024>
- ÚŘAD PRÁCE ČR. Příspěvek na péči – přehled (tabulka) [online]. Praha: Úřad práce ČR, 2026. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://up.gov.cz/cms/documents/fdbb6096-d5c9-d7fd-b0e8-ac614012d540/UP-Prispevek-na-peci_2026.pdf
- ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. Propojená data: potřeby sociálně-zdravotní péče [online]. Praha: Zdravotnický deník, 2025. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2025/09/propojena-data-potreby-socialne-zdravotni-pece/>

**„Současný stav systému
sociální péče ukazuje
na výrazný a dále
prohlubující se nesoulad
mezi kapacitami
a reálnou poptávkou.“**



Provozní financování péče o seniory

Demografický vývoj v Česku, charakterizovaný rostoucím podílem osob ve vyšších věkových skupinách, se promítá do rostoucí poptávky po službách péče o seniory a zvyšuje tlak na jejich provozní financování.

Na rozdíl od zdravotní péče a zdravotního pojištění je financování sociální péče v České republice charakteristické vícezdrojovým a institucionálně roztržštěným modelem, který kombinuje prostředky státního rozpočtu, územních samospráv, domácností a v omezené míře i evropské fondy. Je pro něj typické vysoká finanční spoluúčast klientů. Klíčovým právním rámcem je zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Dle Zprávy o Česku 2026 Evropské komise bylo v roce 2022 60,2 % veřejných výdajů na dlouhodobou péči určeno na pobytovou péči (EU: 46,2 %), zatímco pouze 8,3 % (EU: 28,8 %) šlo do terénních služeb. Náklady na terénní služby jsou jedny z nejvyšších v OECD, v důsledku čehož 100 000 neformálních pečovatелů, obvykle žen, uvádí, že kvůli pečovatelským povinnostem nemohou pracovat na plný úvazek. Odhaduje se, že zachování současného modelu služeb si do roku 2035

vyžádá 35 000 dalších lůžek, a to v důsledku stárnutí obyvatelstva. Pokrok bude vyžadovat udržitelné vnitrostátní, soukromé a neziskové financování s větším důrazem na terénní a ambulantní služby. V současné době stále existují překážky pro soukromé investice, jako je regulační cenový strop, který se vztahuje l na instituce, které nejsou financovány z veřejných zdrojů.

Mezi hlavní zdroje financování sociální péče se řadí:

- Státní rozpočet a dotace MPSV**
Dotace ze státního rozpočtu (v případě sociálních služeb kapitoly 313 MPSV) se poskytuje krajům a hlavnímu městu Praze na základě dotačního řízení k financování běžných výdajů, které souvisejí s poskytováním sociálních služeb a akčním plánem. Přílohou k rozhodnutí o poskytnutí dotace je každoročně Metodika Ministerstva práce a sociálních věcí pro poskytování dotací ze státního rozpočtu krajům a hlavnímu městu Praze, definující principy řízení, účel dotace, postup žádosti, postup příjemce, způsob výpočtu finanční podpory (FP).

Výpočet finanční podpory lůžkové péče je pro DS a DZR dle Metodiky pro rok 2026 následující⁵:

$$FP = (FP * L) - (SU * L) - (SZ * LU) - A * (FP * L)$$

FP = CELKOVÉ OBVYKLÉ NÁKLADY NA LŮŽKO – ÚHRADA UŽIVATELŮ NA LŮŽKO – ÚHRADA ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ NA LŮŽKO – POVINNÝ PODÍL SPOLUFINANCOVÁNÍ

Finanční podpora je dle Metodiky pro 2026 stanovena jako rozdíl celkových obvyklých nákladů na úvazek pracovníka a povinný podíl spolufinancování služby z rozpočtů samospráv, dle druhu služby případně i průměrné úhrady od uživatelů. Finální výši podpory či její rozpětí stanovuje kraj na základě vlastních dostupných datových zdrojů. Skutečná výše poskytnutých dotací nemusí pokývat celkové náklady požadované ze strany krajů.

Optimální výši dotace stanovuje každý kraj na základě stanovených obvyklých minimálních úhrad, které se liší dle krajů. U subjektů s celonárodní působností pak stanovuje minimální úhrady MPSV⁶.

Dotace lze použít na financování obvyklých provozních nákladů neinvestičního charakteru, jako jsou osobní náklady, náklady na vzdělávání a rozvoj personálu, provozní výdaje (např. energie, nájemné, odpisy majetku, apod.) a přímé náklady na péči (např. nákup potravin, léků, zdravotnického materiálu, apod.). Současně je však třeba zohlednit, že metodické pokyny pro uznatelnost jednotlivých nákladů se napříč kraji liší, což v praxi vede k nejednotnému přístupu k financování obdobných položek a v některých případech i k obtížně vysvětlitelným rozdílům (např. u nákladů na pořízení či provoz vozidel pro terénní sociální služby).

Typicky nejsou pokryté plné náklady služeb, ale slouží k dofinancování rozdílu mezi ostatními příjmy poskytovatele (např. úhrady klientů, příspěvek na péči) a obvyklými provozními náklady; z důvodu rozdělování dostupných prostředků pro daný rok nemusí žadatel obdržet plnou částku, o kterou se v řízení uchází. Dotace MPSV pokrývají 33 % nákladů na péči (viz Příloha 7).

Pro rok 2024 tvořil rozpočet MPSV 900 mld. Kč, z čehož převážná část je určena na starobní, invalidní a pozůstalostní důchody. Dotace na podporu sociálních služeb představovaly 26,4 mld. Kč⁷.

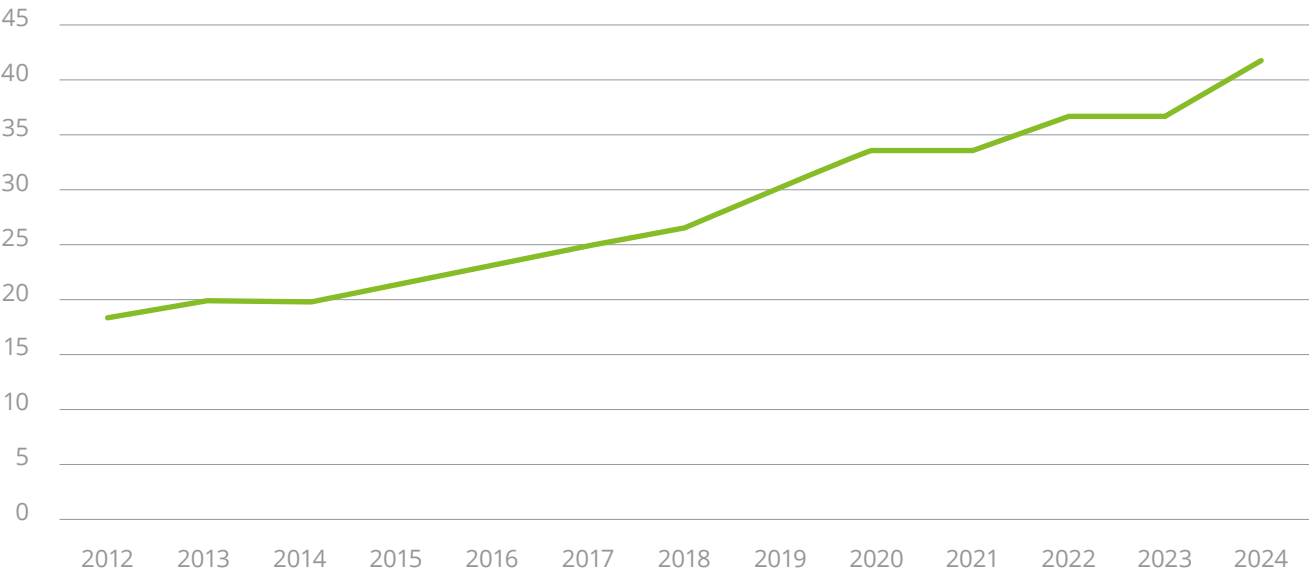
- Role krajů a obcí**
Kraje a obce se podílejí na financování sociální péče zejména přímými příspěvky z vlastních rozpočtů, financováním příspěvkových organizací, jejichž jsou zřizovateli a zajišťováním spolufinancování k dotacím MPSV. Přístup k financování i zajišťování kapacit služeb se mezi jednotlivými kraji může výrazně lišit, včetně role obcí v sociálních službách v těchto krajích.Tato roztržštěnost financování značně přispívá k regionálním rozdílům v dostupnosti a kapacitě služeb, což má dále i přímý dopad na míru spoléhání domácností na neformální péči.
- Příspěvek na péči (PnP)**
Příspěvek na péči, zavedený v roce 2007, je určen osobám závislým na pomoci jiné osoby při zvládání základních životních potřeb v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Nárok na dávku

se odvíjí od stupně závislosti stanoveného podle počtu nezvládaných životních potřeb a slouží k úhradě profesionálních sociálních služeb nebo zajištění péče v rodině. Ačkoliv stát využití dávky striktně nekontroluje, je určen k úhradě nákladů za poskytovanou sociální péče a nemůže tak být v případě pobytových zařízení použit na úhradu stravy a ubytování. V případě změny v poskytovateli péče nebo v případě hospitalizace je třeba do 8 dnů změnu nahlásit; po dobu hospitalizace která trvá celý kalendářní měsíc) nevzniká nárok na pobírání příspěvku. Podíl příjemců příspěvku na péči v roce 2021 byl výrazně nejvyšší u osob bez registrovaného poskytovatele (71,60 %), zatímco pobytové služby tvořily 20,09 % a ambulantní (3,65 %) a terénní formy (4,66 %) měly pouze okrajové zastoupení.

Příspěvek na péči v roce 2024 činil celkem 41,3 mld. Kč a po dobu alespoň jednoho měsíce byl využíván celkem 425 tis. lidmi⁸. Více než dvě třetiny z nich byly starší 65 let.

Podrobnější statistiky nabízí ČSÚ. Zatímco mezi příjemci tohoto příspěvku v roce 2023 byli podle ČSÚ mezi mladšími 65 let převažovali muži (59 %), mezi seniory pobírajícími příspěvek dominovaly ženy (69 %); ve věkové skupině 85 let a starších tvořily ženy přibližně 80 % všech příjemců. Po přepočtu na populaci měl příspěvek příznán zhruba každý devátý senior ve věku 65+, zatímco ve věku 85+ se nárok týkal již téměř poloviny populace.

OBRÁZEK 23: VÝDAJE NA PŘÍSPĚVEK NA PÉČI V MLD. KČ, 2012-2024.



Zdroj: ČSÚ.

⁵ *FP = Finanční podpora, L = celkový plánovaný počet lůžkodnů, LU = celkový plánovaný počet lůžkodnů obsazených klienty v III. a IV. stupni závislosti, SU = sazba úhrady od uživatele služby na 1 lůžko/den pro danou službu, SZ = stanovená sazba úhrady z veřejného zdravotního pojištění na 1 lůžko/den dle stupně závislosti, a = stanovený podíl spolufinancování služby (interval <0; 1)*

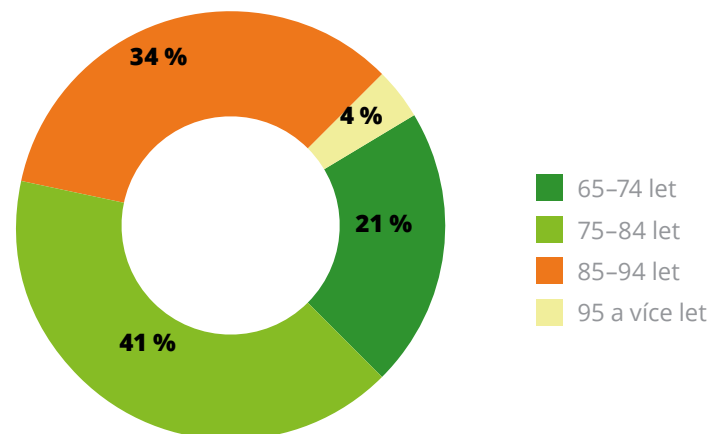
⁶ *Prosím referujte na Přílohu 3 pro detaily minimálních úhrad za MPSV a příklad krajů.*

⁷ *Představuje dotace na celkovou sociální péči, konkrétní údaj o alokaci zdrojů na péči o seniory není k dispozici. Senioři však patří mezi hlavní příjemce služeb sociální péče.*

⁸ *ČSÚ ke konci roku 2024 uvádí 374 tis. příjemců, zatímco ÚZIS pracuje s celkovým počtem osob, které v průběhu roku dostávaly PnP alespoň po dobu 1 měsíce v daném roce.*

Osoby nad 65 let věku tvoří 69 % příjemců příspěvku na péči, přičemž nejzastoupenější je věková skupina 75–84 let.

OBRAZEK 24: PŘÍJEMCI PŘÍSPĚVKU NA PÉČI VE VĚKU 65+ PODLE POHLAVÍ A VĚKU V ČESKU V PROSINCI 2023.



Zdroj: ČSÚ – Senioři v datech 2023.

• Úhrady klientů a domácností

Dalším zdrojem financování jsou přímé platby klientů, a to zejména úhrady za ubytování a stravu v pobytových službách, stejně jako úhrady za pečovatelskou službu a osobní asistenci. Výše těchto úhrad je regulována prováděcí vyhláškou a nepokrývá plné náklady. V pobytových službách jsou úhrady navíc omezeny ochranou příjmů klienta, kdy dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách musí poskytovatel sociálních služeb zajistit, aby klientovi po zaplacení úhrady za ubytování a stravu zůstala částka v hodnotě minimálně 15 % jeho příjmu (rodina pak může dobrovolně hradit rozdíl do výše plné úhrady). Separátním aspektem financování mohou být příspěvky rodiny klientů pobytových sociálních služeb (které nejsou příjemci státních dotací), jejichž výše není nijak omezená a často se používá k dohrazení výdajů na péči.

Celkové náklady sektoru sociální péče však dlouhodobě rostou – zatímco v roce 2020 činily 56,4 miliardy Kč, v roce 2023 již dosáhly 71,5 miliardy Kč a očekává se další nárůst. Tyto změny vychází především z inflace, která se významně promítá do ekonomiky sociálních služeb a ovlivňuje jejich celkové výdaje. Dále celkové náklady zásadně ovlivňuje růst platů a mezd.

Výše úhrad za sociální služby je v České republice regulována zákonem č. 108/2006 Sb. a prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb., která stanovuje maximální ceny, jež mohou poskytovatelé účtovat klientům. U pobytových služeb dosahují maximální úhrady přibližně 335–380 Kč za ubytování a 290 Kč za stravu na den, tj. zhruba 18–20 tis. Kč měsíčně. Zároveň platí, že klientovi musí po úhradě zůstat alespoň 15 % příjmu, což omezuje reálnou výši

plateb. U terénních sociálních služeb jsou maximální sazby stanoveny zpravidla kolem 145–165 Kč za hodinu podle počtu hodin v daném měsíci (80 hodin) a jedinou legální možností doplatku ze strany rodiny klienta je pouze dobrovolný dar.

Maximální úhrady byly po dlouhou dobu prakticky neměnné a jejich významnější růst nastal až po roce 2022, přičemž i přes tyto úpravy zůstávají limity relativně nízké ve vztahu k reálným nákladům na poskytování péče. Detailní vývoj maximálních úhrad ve vztahu k inflaci za poslední dekádu je uveden v Příloze 11.

Ačkoliv dochází k postupnému zvyšování těchto limitů, úhrady klientů nadále pokrývají pouze část skutečných nákladů na péči, což zvyšuje tlak na veřejné financování systému. Stávající maximální úhrady představují významné omezení pro finanční udržitelnost systému. Pro jeho stabilizaci (ale zejména i rozvoj) je tak nezbytné zvážit další navýšení na úroveň, kde dojde k pokrytí nákladů, při zachování ochrany nízkopříjmových občanů.

• Pojištění dlouhodobé péče

Na rozdíl od sociálního a zdravotního pojištění v ČR neexistuje samostatné veřejné pojištění dlouhodobé péče. Pojištění dlouhodobé péče je přitom zaměřeno na krytí nákladů spojených se ztrátou soběstačnosti, typicky formou pravidelné renty nebo jednorázového plnění při odkázanosti na pomoc jiné osoby, a to zejména na úhradu domácích, ambulantních či pobytových péčí.

Komerční produkty se v ČR vyskytují spíše okrajově, často jako doplněk k životnímu či úrazovému pojištění, a proto obvykle nepodléhají samostatnému reportingu. Samostatné produkty pojištění dlouhodobé péče v současné době poskytují NN

životní pojišťovna, Simplea, Allianz a Kooperativa. V některých případech mohou být tyto produkty nabízeny také jako zaměstnanecký benefit až do výše 50 000 Kč ročně, přičemž zaplacené pojistné za splnění zákonných podmínek podléhat daňovému zvýhodnění, kdy je příspěvek osvobozen od daně z příjmů i odvodů.

Podle slov expertů se však tento segment potýká s nízkým zájmem klientů, a to jak z důvodu omezeného povědomí o riziku ztráty soběstačnosti, tak i v důsledku existence veřejných dávek, zejména příspěvku na péči.

Mezi státy Evropské unie existují odlišné modely financování dlouhodobé péče, rozlišované primárně na: a) daňové (tax-based), b) zdravotně pojistné (health insurance based) a c) samostatné sociální pojištění dlouhodobé péče (LTCI). Země s LTCI mívají vyšší úroveň krytí a výdajů na dlouhodobou péči v % HDP, zatímco daňové modely bývají selektivnější a s nižšími průměrnými benefity na osobu. V praxi je u mnoha zemí prosazováno veřejné základní krytí a soukromé doplňkové produkty (top up), často zaměřené na zmenšení „péčové mezery“ mezi skutečnými náklady a veřejnými nároky. V evropském srovnání představuje extrém Nizozemsko, které provozuje univerzální a velmi široké veřejné pojištění dlouhodobé péče (Wlz) s vysokými veřejnými výdaji a nízkou spoluúčastí, což omezuje prostor pro soukromé produkty oproti zemím s dílčím veřejným krytím.

Německo zavedlo povinné pojištění dlouhodobé péče (Pflegeversicherung) jako „pátý pilíř“ sociálního pojištění vedle zdravotního, úrazového, důchodového a pojištění v nezaměstnanosti. Sazba pojištění se pohybuje přibližně v rozmezí 2,6–4,2 % příjmu v závislosti na rodinné situaci, přičemž bezdětní pojištěnci hradí vyšší sazbu. Část pojištění, stejně jako v případě zdravotního a sociálního pojištění, hradí zaměstnavatel a pro nárok na dávky je nutná minimální doba účasti na pojištění v délce dvou let. Přestože systém poskytuje široké krytí, významná část nákladů zejména u institucionální péče stále zůstává na straně domácností, a to buď formou přímých plateb, nebo doplňkového financování. Empirická data ukazují, že u pobytové péče může podíl přímých doplatků dosahovat vysokých hodnot a v souhrnu tvoří soukromě financovaná část péče významný podíl celkových výdajů. To je pak hlavním důvodem existence soukromých doplňkových produktů, které mají za cíl snížit finanční zátěž domácností.

Rakouské tzv. pečovné (Pflegegeld), zavedené v roce 1993, představuje univerzální dávku pro nesoběstačné rezidenty. Není závislá na příjmech a uděluje se v sedmi stupních jako účelový příspěvek na péči při potřebě péče v rozsahu alespoň 65 hodin měsíčně po dobu minimálně šesti měsíců.

Mimo Evropskou unii lze také najít příklady zapojení pojištění dlouhodobé péče. Japonsko zavedlo veřejné pojištění dlouhodobé péče v roce 2000 jako reakci na rychlé stárnutí populace. Systém poskytuje univerzální nárok na služby, ale rozsah veřejně hrazené péče je limitován podle stupně potřeby, což znamená, že uživatelé mohou čelit dodatečným nákladům nebo si některé služby hradit sami. Financování péče je proto kombinací veřejných zdrojů, pojištění a spoluúčasti domácností, což opět vytváří prostor pro doplňkové soukromé mechanismy, i když jejich role není dominantní.

Zajímavým příkladem propojení veřejného a soukromého sektoru je Singapur, kde byl zaveden národní systém CareShield Life. Tento systém funguje jako základní pojištění pro případ vážné ztráty soběstačnosti a poskytuje pravidelné finanční plnění při splnění stanovených podmínek. Je konstruován jako povinný a automaticky přístupný pro velkou část populace za podpory státních subvencí, což zvyšuje jeho dostupnost. Současně je však systém doplnitelný prostřednictvím soukromých produktů, které mohou zvýšit úroveň krytí a přizpůsobit jej individuálním potřebám. Tento model ilustruje trend, kdy stát zajišťuje základní ochranu a soukromý sektor poskytuje rozšířenou míru zabezpečení.

Naopak zkušenosti Spojených států ukazují limity čistě tržního přístupu. Přestože zde existuje dlouhá tradice soukromého pojištění dlouhodobé péče, podíl pojištěné populace zůstává relativně nízký a velká část nákladů je nakonec hrazena veřejnými programy po vyčerpání soukromých zdrojů. Tento vývoj odráží skutečnost, že jednotlivci často podceňují riziko dlouhodobé péče nebo se spoléhají na veřejnou podporu, což omezuje rozvoj trhu soukromého pojištění.

Komerční pojištění dlouhodobé péče se neefektivněji rozvíjí v systémech, kde existuje jasně definovaný vztah k veřejnému zabezpečení a kde je transparentně vymezena část nákladů, kterou domácnosti nesou samy. Klíčovým faktorem není pouze existence poptávky, ale především nastavení institucionálního rámce, který buď vytváří, nebo naopak omezuje prostor pro soukromé řešení. V prostředí, kde veřejný systém poskytuje základní, ale ne plné krytí, vzniká stabilní základ pro rozvoj doplňkových produktů. Naopak tam, kde je financování ponecháno primárně na jednotlivcích bez koordinovaného systému, naráží soukromé pojištění na limity v podobě nízkého zájmu a obtížné cenotvorby. Dlouhodobý vývoj tak naznačuje, že nejvíce udržitelné jsou hybridní modely kombinující veřejné pojištění s doplňkovými komerčními nástroji, které umožňují lépe rozložit finanční rizika spojená s dlouhodobou péčí a omezení zátěže veřejného systému i rodin.

Nákladová struktura péče o seniory

Dlouhodobá péče o seniory je v Česku financována kombinací prostředků na zdravotní péči (veřejné zdravotní pojištění), sociální péči (distribuce příspěvku na péči ze sociálního a dalších veřejných rozpočtů) a přímých úhrad klientů. Toto financování se týká zejména provozních nákladů, z čehož podstatnou část tvoří mzdové náklady personálu, kterého je v sociálních službách nedostatek.

Růst mzdových nákladů a personální nedostatek

Sociální péče v České republice čelí dlouhodobému a strukturálnímu nedostatku personálu, který se již nyní významně promítá do kvality a dostupnosti poskytovaných služeb. Důvodem je zejména nedostatek kvalifikovaných pracovníků v sociálních službách, vysoká pracovní zátěž a nízká atraktivita oboru.

Stejně zásadní jako nedostatek kapacit je i nedostatek kvalifikovaného personálu a zdravotnických pracovníků, kteří péči zajišťují. Právě jejich nedostatek představuje jednu z největších překážek udržitelného rozvoje služeb, přičemž potřeba pracovníků poroste výrazně a v relativně krátkém časovém období. V domovech pro seniory má 83 % klientů nějaké pohybové omezení, 55 % potřebuje pomoc druhé

osoby nebo pomůcek a 28 % je trvale upoutáno na lůžko. Takto vysoká míra nesoběstačnosti zásadně zvyšuje nároky na pracovníky přímé péče, jejichž nedostatek se tím však stále více prohlubuje.

V péčových službách systému sociální péče v současnosti pracuje přibližně 114 tisíc zaměstnanců a predikce budoucího vývoje je popsána v kapitole Scénáře vývoje kapacity sociální péče k roku 2035.

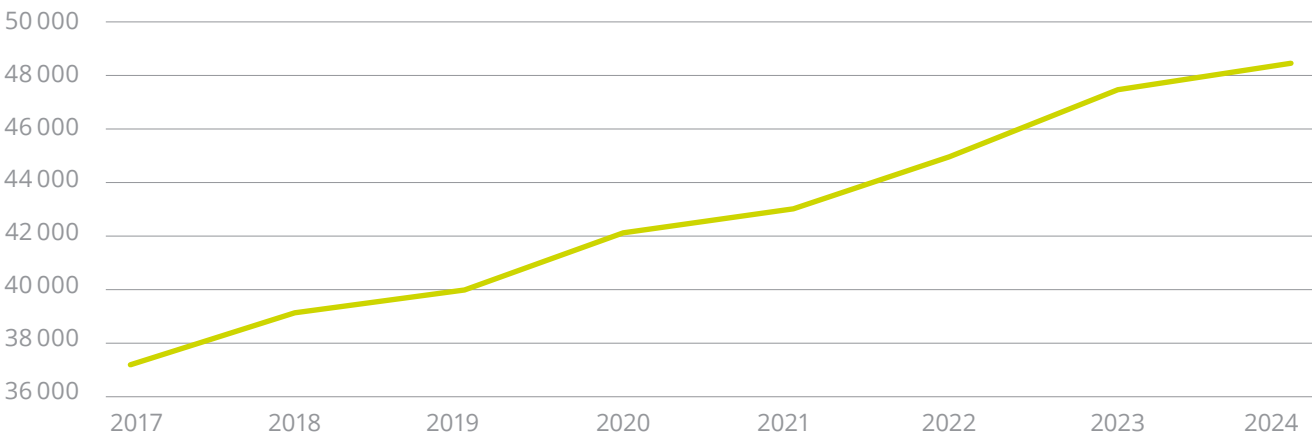
Současná běžná praxe v sociální péči pracuje s poměrem přibližně 1 pracovník na 10–15 klientů (a v některých případech až 1 na 30 klientů u zdravotnického personálu). V České republice neexistuje závazný celostátní zákonný poměr zdravotnického či pečovatelského personálu na jednoho pacienta v sociálních službách (pouze min. zdravotnické personální standardy na zařízení). Nedostatek personálu ale výrazně zvyšuje riziko přetížení, fluktuace zaměstnanců a omezuje schopnost systému reagovat na další růst poptávky po sociálních a dlouhodobých pečovatelských službách.

Personální náklady představují 73 % celkových nákladů a platy v sociálních službách se navíc kontinuálně zvyšují: například mezi lety 2007 a 2019 došlo k souhrnnému navýšení platů (základních platových tarifů) přibližně o 75 %.

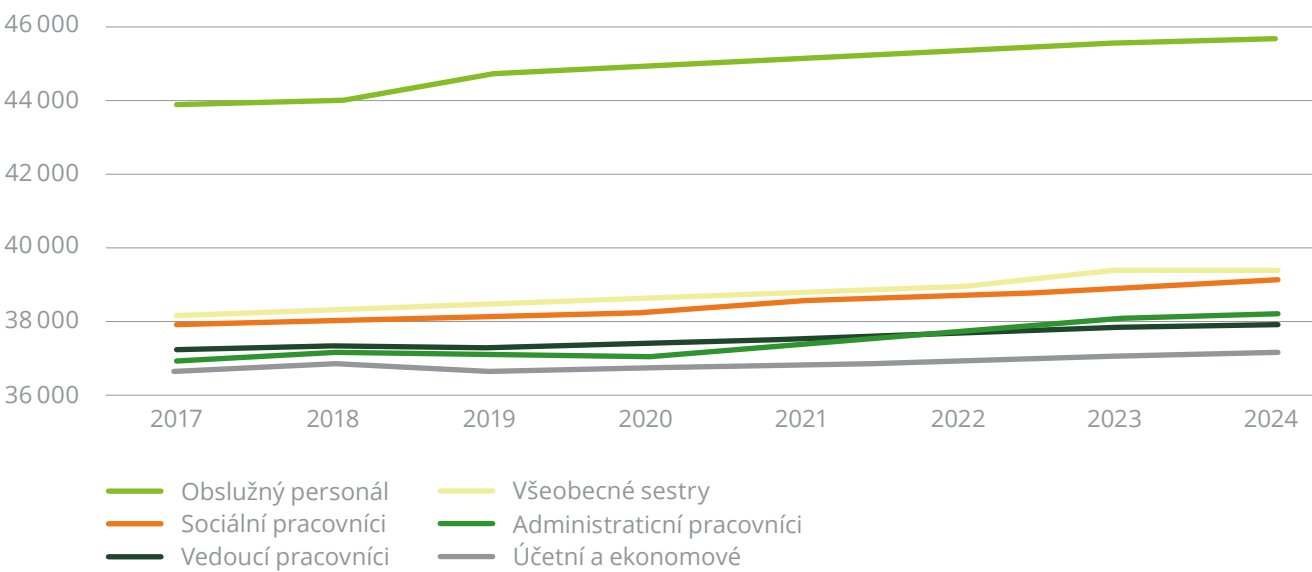


OBRÁZEK 25: VÝVOJ POČTU PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH, 2017–2024.⁹

A. Pracovníci v sociálních službách (osob)



B. Ostatní profese v sociálních službách (osob)



Zdroj: ČSÚ.⁹

Provozní náklady pobytových služeb (energie, jídlo, údržba, prádlo)

Provozní náklady pobytových sociálních služeb v roce 2025 výrazně vzrostly, a to až o desítky procent. Tento trend zásadně zvyšuje finanční zátěž poskytovatelů, kteří upozorňují, že bez úprav financování může být v blízké budoucnosti ohroženo samotné fungování služeb. Z tohoto

důvodu se připravuje navýšení maximálních denních úhrad za celodenní stravu, včetně oběda, a zároveň i zvýšení limitů za ubytování u vybraných druhů služeb. Smyslem těchto úprav je alespoň částečně kompenzovat rostoucí ceny energií, potravin a ostatních provozních vstupů, které se do nákladů pobytových zařízení promítají stále výrazněji, a rostoucí náklady spojené se zvyšováním platů a mezd.

⁹ Poznámka: Pro zajištění čitelnosti je hlavní profese „Pracovníci v sociálních službách“ zobrazena samostatně z důvodu výrazně vyššího počtu zaměstnanců. Ostatní profese jsou zobrazeny v samostatném panelu se stejnou časovou osou.

Závěry

Sociální služby jsou dlouhodobě financovány fragmentovaným systémem státních dotací, krajských či obecních rozpočtů a příspěvků na péči v kombinaci se spoluúčastí klientů a rodin. Jelikož státní dotace a příspěvky na péči nepokrývají plné provozní náklady poskytovatelů, kraje a obce jsou nuceny každoročně řešit nedostatek prostředků, což omezuje jejich schopnost plánovat rozvoj kapacit a reagovat na rostoucí poptávku způsobenou demografickým stárnutím populace.

Tento stav vede k situaci, kdy sociální služby nejsou dostupné v potřebném rozsahu, vznikají dlouhé čekací doby na pobytové i terénní sociální služby a část potřeb péče zůstává neuspokojena na úrovni sociálního systému.

Nedostatečně financované a kapacitně omezené sociální služby vytvářejí sekundární tlak na kapacity zdravotního systému a finančně tak na zdravotní pojišťovny, které se stávají de facto „plátcem poslední instance“. Potřeby, jež by mohly být

řešeny prostřednictvím sociální nebo dlouhodobé péče, se přesouvají do zdravotního systému formou opakovaných hospitalizací, prodlužování hospitalizačních pobytů a využívání akutní lůžkové péče u pacientů, jejichž problém je primárně sociálně-zdravotní, nikoli akutně medicínský. Výsledkem je výrazný nárůst nákladů, neboť lůžková zdravotní péče patří k nejdražším formám péče v systému veřejného zdravotního pojištění a zároveň také napínání kapacit zdravotního systému.

Strukturálním problémem financování je oddělení rozpočtů zdravotnictví a sociální péče, které jsou řízené odlišnými institucemi s jinými motivačními mechanismy a bez sdílené odpovědnosti za výsledky, což vede k optimalizaci jednotlivých resortů a ne systému jako celku. Tento problém je dále prohlubován absencí integrované strategie, která by propojila sociální a zdravotní péči, podporu neformálně pečujících a dlouhodobé investiční financování, které by odpovídalo demografickému vývoji.

„Systém sociálních služeb je dlouhodobě financován fragmentovaným vícezdrojovým modelem, který nepokrývá plné provozní náklady poskytovatelů.“

Zdroje dat

- ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR. Financování sociálních služeb v České republice – Fact sheets [online]. Praha: APSS ČR. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/files/files/Financov%C3%A1n%C3%AD%20soci%C3%A1ln%C3%ADch%20slu%C5%BEEb%20v%20%C4%8Cesk%C3%A9%20republice_FACT%20SHEETS.pdf
- ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR. KRÁSA, Václav; HORECKÝ, Jiří a kol. Pojištění dlouhodobé péče v ČR [online]. Praha: APSS ČR, 2020. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/media/sluzby/knihovna/odborna-publikacni-cinnost/dokumenty/pojisteni-dlouhodob-pece-v-cr.pdf>
- BARBER, Sarah L., ONG, Paul, HAN, Zee H. Long-Term Care in Ageing Populations [online]. Kobe: WHO Centre for Health Development, 2025. [cit. 2026-05-25]. Dostupné z: <https://wkc.who.int/resources/publications/m/item/long-term-care-in-ageing-populations>
- CENTRAL PROVIDENT FUND BOARD. CareShield Life [online]. Singapore: CPF Board, 2025. [cit. 2026-05-25]. Dostupné z: <https://www.cpf.gov.sg/member/healthcare-financing/careshield-life>
- COSTA-I-FONT, Joan; RAUT, Niles. Expanding private insurance for long-term care to reduce public spending [online]. VoxEU / CEPR, 20. 5. 2025. [cit. 2026-05-25]. Dostupné z: <https://cepr.org/voxeu/columns/expanding-private-insurance-long-term-care-reduce-public-spending>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Příspěvek na péči (Senioři v datech) [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/seniori-v-datech/prispevek-na-peci>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Příspěvek na péči loni využívalo více než 370 tisíc lidí [online]. Statistika a my. Praha: ČSÚ. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://statistikaamy.csu.gov.cz/prispevek-na-peci-loni-vyuzivalo-vice-nez-370-tisic-lidi>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Sociální dávky – výdaje na dávky (grafy) [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://csu.gov.cz/socialni-davky?pocet=10 & start=0 & podskupiny=193 & razeni=-datumVydani#grafy_vydaje-na-davky-mld-kc
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Sociální dávky [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/socialni-davky>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Sociální služby – zaměstnanci v zařízeních sociálních služeb (časové řady) [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://csu.gov.cz/socialni-sluzby?pocet=10 & start=0 & podskupiny=194 & razeni=-datumVydani#data-a-casove-rady_zamestnanci-v-zarizenich-socialnich-sluzeb
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Výdaje na zdravotní péči [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/vydaje-na-zdravotni-peci>
- EUROPEAN COMMISSION. The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070) [online]. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en
- GESAMTVERBAND DER DEUTSCHEN VERSICHERUNGSWIRTSCHAFT. Pflegezusatzversicherung – Statistik [online]. Berlin: GDV. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.gdv.de/gdv/statistik/statistiken-zur-deutschen-versicherungswirtschaft-uebersicht/private-krankenversicherung/pflegezusatzversicherung-137906>
- GEYER, Johannes a kol. Long-term care in Germany [online]. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2023. [cit. 2026-05-25]. Dostupné z: <https://www.nber.org/papers/w31870>
- Ikegami, Naoki. Japan: Pricing Long-Term Care for Older Persons [online]. Paris: OECD Publishing; 2021. [cit. 2026-05-25]. Dostupné z: <https://wkc.who.int/docs/librariesprovider24/publications-documents/oecd-2021-japan.pdf>
- INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION. Long-term care in the European Union: Situation, challenges and perspectives [online]. Geneva: ISSA. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.issa.int/analysis/long-term-care-european-union-situation-challenges-and-perspectives>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Analýza financování sociálních služeb [online]. Praha: MPSV ČR, 2019. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://mpsv.gov.cz/cms/documents/90b2136b-c951-97e7-1762-a6b9d4f2ab3a/Anal%C3%BDza%20financov%C3%A1n%C3%AD%20soci%C3%A1ln%C3%ADch%20slu%C5%BEEb_2019.pdf
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Dotace na poskytování sociálních služeb [online]. Praha: MPSV ČR. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/dotace-na-poskytovani-socialnich-sluzeb>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Metodika Ministerstva práce a sociálních věcí pro poskytování dotací ze státního rozpočtu krajům a hlavnímu městu Praze pro rok 2026 [online]. [cit. 2026-05-19]. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/cms/documents/d34cafe1-84b9-c905-65f1-80bb9922748e/Metodika%20dota%C4%8Dn%C3%ADho%20%C5%99%C3%ADzen%C3%AD%20PpA%202026.pdf>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2026–2030 [online]. Praha: MPSV, 2025. Schváleno usnesením vlády č. 1006 ze dne 10. 12. 2025. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/strategicke-a-analyticke-dokumenty-k-socialnim-sluzbam>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Predikce potřeb dlouhodobé péče: Česko čeká jeden z největších úkolů příštích desetiletí [online]. Praha: MPSV ČR. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/predikce-potreb-dlouhodob-pece-cesko-ceka-jeden-z-nejvetsich-ukolu-pristich-desetileti>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Příspěvek na péči [online]. Praha: MPSV ČR. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/prispevek-na-peci>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. SUIP: boj proti nelegálnímu zaměstnávání a ochrana pracovních podmínek [online]. Praha: MPSV ČR. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/suip-boj-proti-nelegalnimu-zamestnavani-a-ochrana-pracovnich-podmin-1>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Vyhlášení dotačního řízení MPSV pro kraje a hlavní město Prahu pro rok 2026 v oblasti poskytování sociálních služeb [online]. Praha: MPSV ČR, 2025. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/vyhlaseni-dotacniho-rizeni-mpsv-pro-kraje-a-hlavni-mesto-prahu-pro-rok-2026-v-oblasti-poskytovani-socialnich-sluzeb>
- MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ ČR. Kohezní politika po roce 2020 [online]. DotaceEU. Praha: MMR ČR. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.dotaceeu.cz/cs/evropske-fondy-v-cr/kohezni-politika-po-roce-2020>
- NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH. Long-Term Care in Germany, Working paper 31870, Dostupné z: https://www.nber.org/system/files/working_papers/w31870/w31870.pdf
- PAPE, Marketa. Reforming long-term care in the EU [online]. Brussels: European Parliamentary Research Service (EPRS), 2023. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2023/751475/EPRS_ATA%282023%29751475_EN.pdf
- PRŮŠA, Ladislav; HORECKÝ, Jiří. Jak se změnila struktura příjemců příspěvku na péči podle forem poskytovaných sociálních služeb? [online]. Praha: APSS ČR, 2023. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://horecky.cz/wp-content/uploads/2023/01/LEDEN_pracovni2.pdf
- ŠPIČKOVÁ, Petra. Domovy pro seniory mohou od ledna zdražit, už teď musí klienty odmítat [online]. ČT24. Praha: Česká televize, 2025. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/domovy-pro-seniory-mohou-od-ledna-zdrazit-uz-ted-musi-klienty-odmitat-368699>
- ÚŘAD PRÁCE ČR. Příspěvek na péči – přehled (tabulka) [online]. Praha: Úřad práce ČR, 2026. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://up.gov.cz/cms/documents/fdbb6096-d5c9-d7fd-b0e8-ac614012d540/UP-Prispevek-na-peci_2026.pdf
- ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. Na financování sociálních služeb dá MPSV příští rok 28,5 miliardy korun [online]. Praha: Zdravotnický deník, 2024. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2024/12/na-financovani-socialnich-sluzeb-da-mpsv-pristi-rok-285-miliardy-korun/>
- ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. Sociální služby zdraží [online]. Praha: Zdravotnický deník, 2025. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2025/11/socialni-sluzby-zdrazi/>
- EUROPEAN COMMISSION. Country report – Czechia, 2026. [cit. 2026-06-18]. Dostupné z: https://economy-finance.ec.europa.eu/economic-surveillance-eu-member-states/country-pages-including-country-reports/country-report-czechia_en#GUIDE4A386F357754198B24B309986CC1B

Investiční náklady péče o seniory

Rozvoj kapacit dlouhodobé sociální péče je především dlouhodobý investiční problém, který zahrnuje výstavbu, modernizaci a technologické vybavení zařízení. Investiční rozhodnutí mají zásadní dopad na dostupnost služeb, jejich kvalitu, ekonomiku provozu i schopnost systému reagovat na demografické změny v horizontu desítek let. Z tohoto pohledu je dlouhodobá péče specifickým typem sociální infrastruktury: kombinuje prvky veřejné služby, zdravotně sociální péče a nemovitostní investice se stabilní poptávkou.

Investiční náklady na 1 lůžko v pobytových sociálních službách se v současnosti pohybují mezi 1,5–2 mil. Kč (s vyloučením extrémů na obě strany), pokud je investorem soukromý sektor. V případě veřejného sektoru se náklady pohybují od 4–6 mil. Kč (a v několika případech i 8–10 mil. Kč). Pro modelování nákladů do roku 2035 používáme 2 mil. Kč na lůžko. Takto předpokládáme celkové nutné investiční výdaje do roku 2035 (podle detailních scénářů uvedených v další kapitole) následovně:

TABULKA 1: ODHAD BUDOUCÍCH INVESTIČNÍCH NÁKLADŮ NA VÝSTAVBU NOVÝCH LŮŽEK DO ROKU 2035, (*) OBCHODNÍ SPOLEČNOSTI A NEZISKOVÉ ORGANIZACE, PŘEDPOKLÁDÁME PODÍL NOVÝCH SOUKROMÝCH LŮŽEK NA 50 %

Scénář	Počet nových lůžek (soukromí zřizovatelé)*	Celkové investiční náklady (soukromí zřizovatelé)	Počet nových lůžek (veřejní zřizovatelé)	Celkové investiční náklady (veřejní zřizovatelé)
Základní scénář – proporcionální vývoj podle populace	17 500	35 mld. CZK	17 500	35 mld. CZK
Celá dodatečná poptávka po péči naplněna pobytovými službami	60 000	120 mld. CZK	60 000	120 mld. CZK

Následující tabulka proto ukazuje orientační vývoj investičních nákladů v závislosti na růstu populace ve věku 65+ v delším časovém horizontu.

TABULKA 2: ODHAD INVESTIČNÍCH NÁKLADŮ SYSTÉMU DLOUHODOBÉ PÉČE V ČASE NA ZÁKLADĚ DEMOGRAFICKÉHO VÝVOJE.

Rok	Populace celkem	Populace 65+	Podíl 65+ (%)	Index vs. dnes	Odhad potřebných lůžek	Odhad CAPEX (mld. Kč)
2035	10 695 749	2 473 618	23,13 %	1,00	35 000	70 mld. CZK
2040	10 678 807	2 682 885	25,12 %	1,085	37 961	76 mld. CZK
2045	10 672 143	2 949 409	27,64 %	1,192	41 732	83 mld. CZK
2050	10 669 558	3 075 815	28,83 %	1,243	43 521	87 mld. CZK

Pozn.: Odhady vycházejí ze zjednodušeného předpokladu lineární vazby mezi počtem osob 65+ a potřebou kapacit pobytové péče. Jednotkový investiční náklad je uvažován 2 mil. Kč na lůžko.

Zdroj: ÚZIS.

Z tabulky vyplývá, že v základním scénáři dochází v čase k významnému nárůstu investičních potřeb, a to primárně v důsledku demografického vývoje. Mezi roky 2035 a 2050 se počet osob ve věku 65+ zvýší přibližně o 24 %, což se při lineární vazbě promítá i do růstu potřebných kapacit a celkových investičních nákladů.

Tento vývoj potvrzuje, že dlouhodobá péče není pouze otázkou jednorázových investic, ale strukturálního tlaku na systematické navyšování kapacit. Zároveň ukazuje, že klíčovým faktorem investiční náročnosti není samotná jednotková cena lůžka, ale především dynamika stárnutí populace.

Šetření mezi zřizovateli pobytových zařízení na téma investičních nákladů ukazuje, že náklady na výstavbu jednoho lůžka či bytové jednotky se významně liší podle typu zřizovatele, standardu zařízení a způsobu

financování. Soukromí provozovatelé často dosahují řádově nižších investičních nákladů na lůžko, a to zejména díky flexibilnějšímu projektovému řízení, standardizaci staveb a vyššímu tlaku na ekonomickou návratnost investice.

Dle typu zřizovatele se liší i obvykle využívané způsoby financování:

- Státní, krajské a obecní rozpočty**
MPSV se podílí na financování větších investičních projektů, jako jsou rozšíření či rekonstrukce domovů pro seniory, vybavení bezpečnostním zařízením nebo IT systémy na zdravotně-sociálním pomezí, a to prostřednictvím dotačních programů administrovaných kraji. Investiční výzvy vyhlášené pro rok 2025 se týkaly zejména digitalizace a revitalizace zařízení.



Kraje poskytují investiční podporu rovněž prostřednictvím modelu SGEI¹⁰, přičemž například Středočeský kraj definoval postupy pro dotace k infrastruktuře do výše disponibilních kapacit. Obce doplňují investice prostřednictvím vlastního financování, darů či úvěrů.

• Evropské dotace

Evropské strukturální a investiční fondy hrají v systému sociální péče doplňkovou roli a obvykle se týkají spíše investic do modernizace infrastruktury, rozvoji kapacit terénních sociálních či komunitních služeb nebo pilotních programech sociální a zdravotní péče. Nejde však o systémový a dlouhodobě stabilní zdroj financování provozu služeb.

V současném programovém období (2021–2027) jsou nejvýznamnější dotační programy ESF+ (Operační program Zaměstnanost plus) a Integrovaný regionální operační program (IROP). ESF+ má alokaci 30+ mld. Kč a zaměřuje se zejména na oblast sociální péče a podpory zranitelných osob. IROP doposud alokoval 5 mld. Kč na investice v oblasti komunitních sociálních služeb, modernizaci infrastruktury a deinstitucionalizaci.

• Soukromé a bankovní financování

Vedle veřejných zdrojů hraje v oblasti sociální péče významnou roli také soukromé a bankovní financování, které zahrnuje zejména úvěrové nástroje, filantropické dary, nadační podporu a veřejné sbírky, a to zejména u komerčních poskytovatelů.

Bankovní financování je dostupné zejména pro větší nebo ekonomicky stabilnější subjekty, často se zapojením záruk či podpůrných nástrojů veřejného sektoru. Národní rozvojová banka pak přes své programy nabízí financování za zvýhodněných podmínek (př. bezúročný úvěr), které lze využít pro výstavbu či rekonstrukci zařízení sociálních služeb. Za příklad lze uvést projekt domova pro seniory (110 lůžek), který realizuje ESG SeniorCARE v Pardubicích¹¹. Projekt je financován kombinací 69,5 mil. Kč seniorního úvěru od Raiffeisen Leasing a 40 mil. Kč podřízeného bezúročného úvěru od Národní rozvojové banky přes program Podřízený úvěr – NPO.

Filantropické dary, nadační granty a sbírky představují další zdroj financování pro charitativní a neziskové organizace.

Tyto formy financování se vyznačují vysokou flexibilitou a schopností reagovat na nové potřeby,

zároveň však nejsou systémově nárokovatelné a nemohou nahradit institucionální odpovědnost státu a samospráv za dostupnost a udržitelnost sociální péče. V českém kontextu proto soukromé a bankovní financování plní především komplementární funkci, kdy umožňuje realizaci investic, pilotních projektů a kvalitativní rozvoj služeb.

• Institucionální investice (penzijní fondy a pojišťovny)

Penzijní fondy a pojišťovny spravují dlouhodobé úspory obyvatelstva s investičním horizontem a požadavkem na stabilní výnos, který je přirozeně kompatibilní s financováním sociální infrastruktury. Výstavba zařízení dlouhodobé péče představuje typ nemovitostní investice se stabilní demograficky podloženou poptávkou. Jde přesně o takový profil aktiva, který těmto investorům umožňuje řídit závazky vůči účastníkům. Do systému penzijního spoření je v České republice zapojeno přibližně 36 % obyvatelstva a celkové naspořené prostředky přesahují 560 miliard korun. I jejich marginální přesměrování do sociální infrastruktury by představovalo investiční impuls přesahující kapacity veřejných rozpočtů.

Donedávna bylo zapojení penzijních fondů do nemovitostí a infrastruktury regulatorně omezeno. Novela účinná od 1. ledna 2024¹² tento rámec rozšířila zavedením alternativního účastnického fondu, který může investovat mimo jiné do nemovitostí a veřejné infrastruktury, tedy do kategorie, do níž zařízení dlouhodobé péče věcně spadají. Trh na tuto změnu reaguje: jako první získala licenci Generali penzijní společnost, následovala Česká spořitelna a jako třetí vstoupila na trh Rentea. V různých fázích přípravy jsou i další společnosti.

Žádný z dosud spuštěných fondů se přitom explicitně nezaměřuje na sociální infrastrukturu. Skutečnou bariérou tak již není regulatorní zákaz, ale absence cílených pobídek a vhodných investičních struktur propojujících sociální péči s výnosovým profilem akceptovatelným pro fondy. Tatáž novela zavedla daňovou podporu pro pojištění dlouhodobé péče, čímž pojišťovnám otevřela cestu jak na straně pojistných produktů pro klienty, tak potenciálně na straně investic do infrastruktury péče. Regulatorní podmínky jsou od roku 2024 příznivější než kdykoli dříve, avšak k jejich využití chybí aktivní politika propojující tržní zájem s veřejným záměrem rozvíjet kapacity dlouhodobé péče.

Nové modely investičního financování

V reakci na dlouhodobý nedostatek kapacit v oblasti pobytových sociálních služeb pro seniory vznikají v České republice nové institucionální a investiční modely, které různou formou propojují několik aktérů, ve většině případů tedy stát, soukromý kapitál a odborné provozovatele.

• Propojení veřejného sektoru, soukromého kapitálu a odborného provozovatele

Jedním z příkladů spolupráce státu, soukromého investora a odborného provozovatele je projekt Centra dlouhodobé péče (CDP), jehož cílem je vybudovat funkční a kvalitní síť domovů pro seniory napříč Českou republikou. CDP SICAV – fond kvalifikovaných investorů – je stoprocentním vlastníkem společnosti Centra dlouhodobé péče, založené v březnu 2023. Ambicí CDP je během deseti let vystavět až 20 nových domovů pro seniory s celkovou kapacitou přibližně 2 500 lůžek.

CDP koncipuje domovy pro seniory jako otevřená komunitní centra, která kromě zdravotní a sociální péče nabízejí také doplňkové služby a zázemí pro kulturní a komunitní aktivity. Tím dochází k přirozenému propojení zařízení s místní komunitou. Prvními realizovanými projekty jsou centra v Chodové Plané a Dolních Břežanech, které provozuje společnost Senlife.

Tento model byl podpořen Memorandem o spolupráci mezi vládou ČR a Českou asociací pojišťoven, uzavřeným dne 26. listopadu 2024, jehož cílem je podpora výstavby infrastruktury dlouhodobé péče.

Dalšími příklady propojení veřejného a soukromého sektoru je řada projektů zejména měst a obcí a soukromých investorů a provozovatelů sociálních služeb. Město např. prodá či výhodně pronajme pozemek se závazkem výstavby a provozování pobytové sociální služby nebo se město zaváže investorovi k dlouhodobému nájmu postavené budovy a provozování sociální služby, apod.

• PPP Model

PPP (Public-Private Partnership, partnerství veřejného a soukromého sektoru) je smluvní model nejčastěji na 15 až 30 let, který umožňuje obcím a krajům realizovat rozsáhlé investice (např. do DS či dostupného bydlení) i při omezených veřejných rozpočtech. Nejedná se o privatizaci, protože infrastruktura zůstává ve vlastnictví veřejného sektoru, který definuje kvalitu a strategické cíle. Soukromý partner zajišťuje návrh, výstavbu, financování i dlouhodobý provoz a přebírá velkou část souvisejících rizik.



¹⁰ SGEI = služby obecného hospodářského zájmu (Services of General Economic Interest): poskytovatel musí být oficiálně pověřen veřejným orgánem, výše platby nesmí přesáhnout náklady na poskytování služby (včetně přiměřeného zisku)

¹¹ Součástí projektu je i přidružené zařízení LDN o kapacitě 120 lůžek, které je financováno stejným způsobem v hodnotě 80 mil. Kč seniorní úvěr Raiffeisen + 40 mil. Kč podřízený úvěr NRB.

¹² Zákon č. 462/2023 Sb.

Model PPP se volí v případě, že může přinést efektivnější využití prostředků než tradiční veřejná zakázka. Tuto výhodu vytváří především efektivní přenos rizik na partnera, jeho schopnost inovovat, a důraz na celoživotní náklady – protože partner odpovídá i za dlouhodobou údržbu, motivuje ho to stavět ve vyšší kvalitě.

Než projekt vstoupí do zadávacího řízení, musí být připravena důkladná studie proveditelnosti, která porovnává PPP s tradičním způsobem realizace a prokazuje, že PPP přináší výhodnější ekonomické řešení. Součástí je i identifikace rizik a jejich optimální rozdělení: soukromý sektor obvykle lépe řídí výstavbu či provoz, zatímco veřejný sektor si ponechává rizika, která partner nemůže ovlivnit (např. povolení a politická rizika). Špatně nastavená alokace vede k vyšší ceně, protože partner si neovlivnitelná rizika promítne do ceny.

V oblasti sociálních služeb se nejčastěji využívá model platby za dostupnost – obec platí pravidelnou částku za to, že infrastruktura je v požadované kvalitě k dispozici. Tento model poskytuje veřejnému sektoru jistotu dostupnosti služby bez ohledu na obsazenost zařízení.

V případě zkrachování soukromého partnera chrání veřejný sektor smluvní „step-in rights“, které umožňují financujícím bankám nebo zadavateli převzít projekt a pokračovat s novým provozovatelem bez ohrožení poskytované služby.

Mezi příklady využití PPP v sociální oblasti v ČR patří Domov třetího věku na Praze 13 (nová stavba o kapacitě 110 lůžek s délkou projektu 10-15 let) a SeniorCentrum Humpolec. Ten je prvním PPP projektem v oblasti sociální péče v ČR a vznikl partnerstvím Kraje Vysočina a společnosti SeneCura. Zařízení otevřelo v dubnu 2022. Projekt zahrnoval výstavbu nového objektu nahrazujícího původní nevyhovující domov pro seniory a domov se zvláštním režimem – nové pokoje jsou koncipovány jako menší domácnosti s komunitními prostory a terapeutickými místnostmi. Financování

výstavby zajistil kraj Vysočina, zatímco provoz zajišťuje koncesionář, jenž zároveň nese část rizik spojených s provozem a dostupností služby. Projekt přinesl nejen nové, kvalitní a kapacitně dostačující sociální služby pro region, ale také významně posílil zaměstnanost v lokalitě a je vnímán jako zdařilý příklad využití modelu PPP v sociálním sektoru.

• **Fond kvalifikovaných investorů jako majitel a provozovatel**

Příkladem fondu kvalifikovaných investorů jako majitele a provozovatele je ESG SeniorCARE, které funguje jako vertikálně integrovaná investiční a provozní platforma zaměřená na segment péče o seniory. Klíčovým prvkem modelu je, že stejná skupina zajišťuje jak vlastnictví nemovitostí (domovy seniorů a rezidenční projekty), tak jejich přímý provoz, čímž kombinuje nemovitostní investici se zajišťováním provozu v oblasti sociálních a zdravotních služeb. Aktiva jsou držena prostřednictvím fondu kvalifikovaných investorů (SICAV), který investuje zejména do nemovitostních společností a projektů zařízení SeniorGarden, pokrývajících celé spektrum péče od samostatného bydlení až po specializovanou zdravotní péči. Tento model umožňuje zachytit jak zhodnocení nemovitostí, tak stabilní provozní peněžní tok z poskytovaných služeb.

Financování je založeno primárně na kapitálu investorů vstupujících do fondu, přičemž zajímavým prvkem je přímé propojení investice s budoucí spotřebou služby – při investici nad 2 mil. Kč získává investor garantované místo v některém ze zařízení fondu (resp. prioritní přístup při omezené kapacitě). Tento hybridní model tak kombinuje investiční produkt s prvkem dlouhodobého zajištění péče, což posiluje motivaci investorů a současně podporuje obsazenost zařízení. Celková strategie těží z dlouhodobých demografických trendů stárnutí populace a je rámována jako ESG investice se zaměřením na sociální infrastrukturu a udržitelný provoz.

Závěry

Sociální péče v České republice dlouhodobě trpí nedostatkem kapacit a jedním z variant řešení je posílení výstavby nových kapacit, s čímž je spojena nemalá investice. Zatímco tradiční model striktně rozlišuje veřejné, soukromé a charitativní či neziskové zřizovatele, existuje v České republice i několik modelů investování a provozu sociální péče, které

v sobě kombinuje participaci více sfér, čímž dochází k optimalizaci využití dostupných znalostí a kapitálu. Stát je pak z velké části pasován do role architekta či koordinátora služeb sociální péče za participace odborného provozovatele a soukromých finančních prostředků.

Zdroje dat

- ARWS CZECH REPUBLIC s.r.o. Novinky v ARWS: PPP projekty v sociálních službách [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://arws.cz/novinky-v-arrows/ppp-projekty-v-socialnich-sluzbach>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Výdaje na zdravotní péči [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/vydaje-na-zdravotni-peci>
- ESG SENIORCARE. ESG SeniorCARE 2026 [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://www.esgseniorcare.eu/downloads/ESG_SeniorCARE_2026.pdf
- EUROSTAT. Accrued-to-date pension entitlements in social insurance: Fact Sheet – Czech Republic [online]. November 2025. [cit. 2026-06-03]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/documents/7158500/12335606/CZ_T2900_factsheet.pdf/bb5f356b-0894-1e24-42cd-db408cf310f2?t=1612348297319
- MINISTERSTVO FINANČÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Vyšší státní podpora pro individuální spoření na stáří [online]. Praha: MF ČR, 2023. [cit. 2026-06-03]. Dostupné z: <https://mf.gov.cz/cs/ministerstvo/media/tiskove-zpravy/2023/vyssi-statni-podpora-pro-individualni-sp-51620>
- MINISTERSTVO FINANČÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s rozvojem finančního trhu a s podporou zajištění na stáří publikován ve Sbírce zákonů [online]. Praha: MF ČR, 2024. [cit. 2026-06-03]. Dostupné z: <https://mf.gov.cz/cs/financni-trh/kapitalovy-trh/podnikani-na-kapitalovem-trhu/2024/zakon-kterym-se-meni-nektere-zakony-v-souvislosti-54456>
- NÁRODNÍ ROZVOJOVÁ BANKA. NRB a Raiffeisen – Leasing financuj vznik domova pro seniory a LDN v Pardubicích [online]. [cit. 2026-05-19]. Dostupné z: <https://www.nrb.cz/nrb-a-raiffeisen-leasing-financuji-vznik-domova-pro-seniory-a-ldn-v-pardubicich/>
- OBČASNÍK.EU. Rakouský investor mění PPP projekt v Humpolci [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.obcasnik.eu/video-rakousky-investor-meni-ppp-projekt-v-humpolci/>
- PELHRIMOVSKÝ DENÍK. Humpolec: domov důchodců jako unikát [online]. 23. 4. 2020 [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://pelhrimovsky.denik.cz/zpravy_region/humpolec-domov-duchodcu-unikat-20200423.html
- ŠVARCOVÁ, Věra, SÝKORA, Roman. PPP projekt – Humpolec [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://www.dataplan.info/img_upload/f96fc5d7def29509aeffc6784e61f65b/03_svarcova_ppp-projekt-humpolec_26012023.pdf
- TĚŠAR, Michal. Newtown – modelové přístupy k PPP projektům [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://www.zelena-mesta.cz/wp-content/uploads/2021/05/3_Tesar_Newton.pdf

**„Investiční rozhodnutí
mají zásadní dopad
na dostupnost služeb,
jejich kvalitu, ekonomiku
provozu i schopnost
systému reagovat
na demografické změny.“**



Scénáře vývoje kapacity sociální péče k roku 2035

Výchozí stav k roku 2024

1. Kapacita pobytových služeb pro seniory je 76 tis. Z toho je v domovech pro seniory 36 tis. lůžek a 27 tis. lůžek v domovech se zvláštním režimem a ostatní pobytové služby pokrývají 15 tis. lůžek.
2. Kapacita terénní (a ambulantní) sociální služby pro seniory je 34 tis. FTE¹³ pečovatелů.
3. Počet seniorů (65+), kteří využili pobytové sociálně zdravotní služby v roce 2024, je celkem 92 tis., z toho
 - 40 tis. v domovech pro seniory,
 - 32 tis. v domovech se zvláštním režimem a
 - v ostatních pobytových službách 20 tis. – tj. odlehčovací pobytové služby, přechodné pobyty po hospitalizaci, menší pobytové služby sociální péče a pobyty kratší než několik měsíců.
4. Počet osob ve věku 65+, které využily terénní sociální služby v roce 2024, je 96 tis.
5. Počet osob ve věku 65+, které pobíraly příspěvek na péči v roce 2024, je podle ÚZIS 300 tis.
6. Počet osob ve věku 65+, které dostávaly neformální péči¹⁴ v roce 2024, je podle ÚZIS 139 tis.
7. Objem neformální péče v roce 2024 je 24,2 mil. pečujících dnů, tzn. 173 pečujících dnů za rok na osobu. Druhá polovina roku je rozložena mezi pobytové služby, hospitalizace, domácí zdravotní péči nebo kombinace.
8. Počet neformálních pečujících je 97 tis. FTE.¹⁵

Základní scénář (ZS) podle ÚZIS: V roce 2035 všechny druhy péče narůstají podle demografie

Parametry Základního scénáře

1. Predikovaná potřebná kapacita pobytových služeb pro seniory narůstá na 111 tis. lůžek.
2. Predikovaný počet klientů pobytových služeb je 135 tis.:
 - 43 tis. v domovech pro seniory
 - 63 tis. v domovech se zvláštním režimem a
 - v ostatních pobytových službách 29 tis.
3. Predikovaná potřebná kapacita terénních sociálních služeb pro seniory je 55 tis. FTE pečovatелů.
4. Predikovaný počet klientů terénních sociálních služeb je 141 tis.
5. Predikovaný počet klientů neformální péče v roce 2035 je 190 tis.
6. Predikovaný objem neformální péče je 34 mil. neformálních pečujících dnů.
7. Predikovaný počet neformálních pečujících je 136 tis. FTE.

¹¹ To odpovídá 2,7 až 2,9 klienta na jedno FTE.

¹⁴ Jsou to senioři s vysokou potřebou péče (PnP III a IV), nejsou v nemocnici, LDN, hospicu, pobytové sociální službě ani domácí zdravotní nebo paliativní péči.

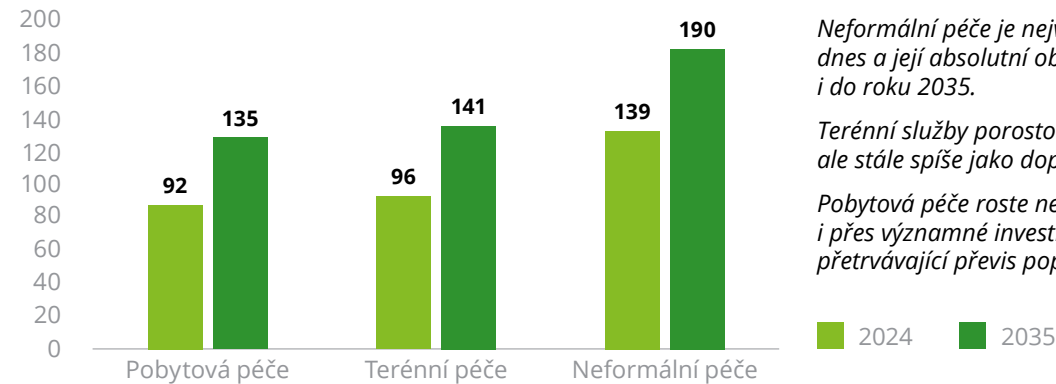
¹⁵ Vycházíme z předpokladu, že 1 FTE může poskytnout cca 250 pečujících dnů.

Detail vývoje Základního scénáře

ZÁKLADNÍ SCÉNÁŘ

OBRÁZEK 26: POČET OSOB VE VYBRANÝCH TYPECH DLOUHODOBÉ PÉČE VE VĚKU 65+ V LETECH 2024 A 2035 (ZÁKLADNÍ SCÉNÁŘ).

Počet osob v jednotlivých typech péče (65+) [tis. osob]



Neformální péče je největším segmentem již dnes a její absolutní objem poroste nejvíce i do roku 2035.

Terénní služby porostou rychleji než pobytové, ale stále spíše jako doplněk k rodinné péči.

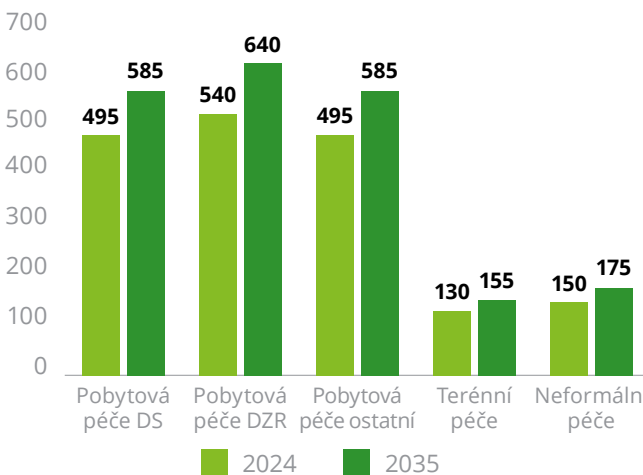
Pobytová péče roste nejpomaleji, a to i přes významné investice – což vysvětluje přetrvávající převis poptávky nad nabídkou.

Zdroj: Deloitte, na základě dat ČSÚ a MPSV.

ZÁKLADNÍ SCÉNÁŘ

OBRÁZEK 27: NÁKLADY NA DLOUHODOBOU PÉČI O OSOBY VE VĚKU 65+ PODLE TYPU PÉČE V LETECH 2024 A 2035 (ZÁKLADNÍ SCÉNÁŘ). (A) NÁKLADY NA JEDNOHO KLIENTA ZA ROK (TIS. KČ); (B) CELKOVÉ ROČNÍ NÁKLADY PÉČE PODLE TYPŮ (MLD. KČ).

A. Náklady na jednoho klienta (65+) za rok [tis. Kč]



Terénní sociální služby jsou nákladově nejefektivnější formální formou péče.

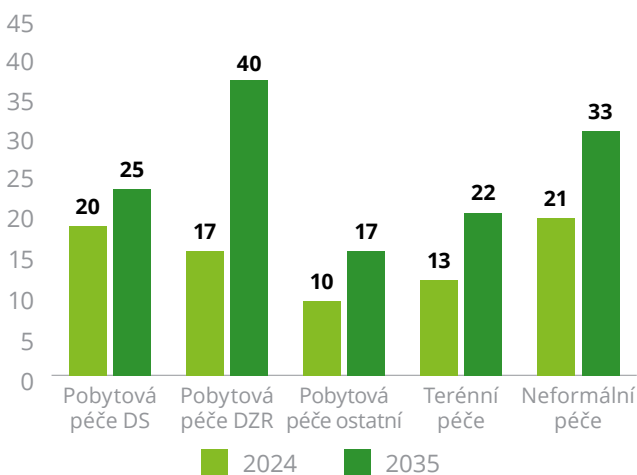
Nejdražší je dlouhodobě pobytová péče v DZR, kde se koncentrují nejtěžší stavy (demenze, IV. stupeň závislosti). Ekonomická hodnota neformální péče se blíží pobytovým službám, ačkoli není přímým rozpočtovým výdajem státu.

V základním scénáři ÚZIS se celkové reálné náklady systému zvyšují o cca dvě třetiny, což je kombinovaný efekt růstu počtu klientů a růstu pracnosti péče.

Celkové náklady jsou počítány jako počet klientů × průměrný roční náklad na klienta v jednotlivých typech péče.

- Pobytové a terénní sociální služby vycházejí z reálných

B. Celkové náklady péče podle typů (65+) za rok [mld. Kč]



provozních nákladů (personál, provoz). Náklady byly očištěné o ubytování a stravu, kdy se pro potřeby kalkulace předpokládá 25 % z celkových nákladů na klienta a rok.

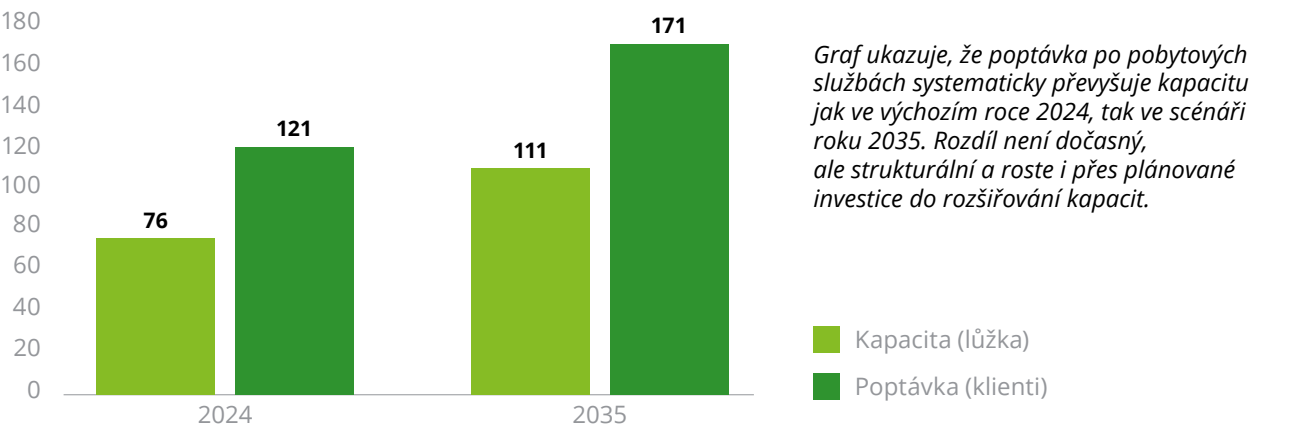
- Rok 2035 je vyjádřen v reálných cenách (bez inflace), ale se zohledněním vyšší pracnosti péče.
- Neformální péče je oceněna jako rozpočtový výdaj, což zahrnuje pouze příspěvek na péči – pro potřeby kalkulace je uvažováno 12,5 tis. Kč / měsíc / osoba. Ekonomický ekvivalent práce (FTE) pečujících není v těchto nákladech zahrnut, jelikož se nejedná o explicitní výdaje státu.
- Výsledkem je skutečná ekonomická velikost systému, včetně nákladů nesených domácnostmi.

Deloitte, na základě dat ČSÚ a MPSV.

ZÁKLADNÍ SCÉNÁŘ

OBRAZEK 28: KAPACITA A POPTÁVKA PO POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH VE VĚKU 65+ V LETECH 2024 A 2035 (ZÁKLADNÍ SCÉNÁŘ).

Pobytové sociální služby: kapacita vs. poptávka [tis. lůžek]



Zdroj: Deloitte, na základě dat ČSÚ a MPSV.

Graf ukazuje, že poptávka po pobytových službách systematicky převyšuje kapacitu jak ve výchozím roce 2024, tak ve scénáři roku 2035. Rozdíl není dočasný, ale strukturální a roste i přes plánované investice do rozšiřování kapacit.

TABULKA 3: KAPACITY, VYUŽITÍ A NÁKLADOVOST DLOUHODOBÉ PÉČE O OSOBY VE VĚKU 65+ PODLE TYPU PÉČE V LETECH 2024 A 2035 (ZÁKLADNÍ SCÉNÁŘ).

Typ péče	Ukazatel	2024	2035 (základní scénář ÚZIS)
Pobytové sociální služby – celkem	Kapacita	76 000 lůžek	111 000 lůžek
	Počet osob (klienti za rok)	92 000 osob	135 000 osob
Domovy pro seniory (DS)	Kapacita	36 000 lůžek	43 000 lůžek
	Neuspokojené žádosti ¹⁶	70 200 žádostí	61 000 žádostí
	Počet neuspokojených osob ¹⁷	28 000 osob	25 000 osob
	Počet klientů	40 000 osob	43 000 osob
	Náklad / klient / rok	~495 tis. Kč	~585 tis. Kč
Domovy se zvláštním režimem (DZR)	Kapacita	27 000 lůžek	40 000 lůžek
	Neuspokojené žádosti	38 000 žádostí	31 000 žádostí
	Počet neuspokojených osob	15 000 osob	24 000 osob
	Počet klientů	32 000 osob	63 000 osob
	Náklad / klient / rok	~540 tis. Kč	~640 tis. Kč
Ostatní pobytové služby	Kapacita	15 000 lůžek	28 000 lůžek
	Počet osob	20 000 osob	29 000 osob
	Náklad / klient / rok	~495 tis. Kč	~585 tis. Kč
Terénní (a ambulantní) sociální služby	Kapacita	34 000 FTE	55 000 FTE
	Počet osob (klienti za rok)	96 000 osob	141 000 osob
	Náklad / klient / rok	~130 tis. Kč	~155 tis. Kč
Neformální péče	Počet osob	139 000 osob	190 000 osob
	Objem péče	24,2 mil. dnů	34 mil. dnů
	Ekvivalent práce	97 000 FTE	136 000 FTE
	Náklad / klient / rok	~150 tis. Kč	~175 tis. Kč
Systém celkem	Celková roční nákladovost	~80 mld. Kč	~137 mld. Kč

Zdroj: Deloitte, na základě dat ČSÚ a MPSV.

¹⁶ Vychází z každoročního sběru informací z MSPV, který publikuje ČSÚ.
¹⁷ Odhad vycházející z celkového počtu neuspokojených žádostí, kde se nerozlišují rodná čísla žadatelů a dochází k multiplikaci.

Závěry Základního scénáře

Základní scénář vývoje sociální péče do roku 2035 ukazuje výrazný strukturální i fiskální tlak na celý systém. Počet klientů pobytových sociálních služeb vzroste z 92 tis. na 135 tis. osob ročně a potřebná kapacita lůžek naroste ze 76 tis. na 111 tis., přičemž nejrychleji se bude zvyšovat poptávka po domovech se zvláštním režimem (z 32 tis. na 63 tis. klientů). Tento segment se stává hlavním kapacitním i nákladovým úzkým hrdlem systému – jednotkové náklady DZR přesahují 640 tis. Kč ročně na klienta a samotné pobytové služby si v roce 2035 vyžádají přes 82 mld. Kč ročně. I přes výrazné rozšíření terénních sociálních služeb (z 34 tis. na 55 tis. FTE; z 96 tis. na 141 tis. klientů) zůstane pobytová péče pro desítky tisíc seniorů nevyhnutelná, zejména u osob s demencí vyžadujících nepřetržitý dohled. Celkové reálné náklady systému tak vzrostou na cca 137 mld. Kč ročně, což představuje nárůst o zhruba dvě třetiny oproti roku 2024, a to i při vyjádření v reálných cenách.

BEZ SYSTÉMOVÝCH ZMĚN POVEDE STÁRNUTÍ POPULACE DO ROKU 2035 K VÝRAZNÉMU PŘETÍŽENÍ KAPACIT, NÁKLADŮ (≈ 137 MLD. KČ ROČNĚ) I NEFORMÁLNÍ PÉČE.



Závažným a často podceňovaným problémem je limit neformální péče a schopnost rodin tuto péči dlouhodobě poskytovat. V roce 2035 se předpokládá, že neformální péči bude využívat až 190 tis. seniorů, s celkovým objemem 34 mil. pečujících dnů ročně a ekvivalentem 136 tis. FTE pečujících osob. Ekonomická hodnota této péče dosáhne zhruba 105 mld. Kč ročně, tedy úrovně srovnatelné s pobytovou péčí, přestože nejde o přímý rozpočtový výdaj, který v případě neformální péče tvoří pouze příspěvek na péči (v oblasti sociální péče, nezahrnuje úhrady zdravotních pojištění, důchody, etc.). Tento scénář však implicitně předpokládá, že rodiny budou schopny nést výrazně vyšší zátěž než dnes – jak časovou, tak ekonomickou a zdravotní. V kontextu stárnutí populace, nižšího počtu osob v produktivním věku a rostoucí intenzity péče je tato kapacita vysoce nejistá. Pokud se neformální péče vyčerpá rychleji, než scénář předpokládá, dojde k přelítí další poptávky do už tak kapacitně i personálně přetížených pobytových služeb, zejména DZR, s výraznými dopady na veřejné finance i dostupnost péče.

Scénář 1: Zmrazení počtu lůžek na 63 tis., zbytek systému reaguje navyšováním kapacity

Parametry Scénáře 1

1. Predikovaná kapacita pobytových služeb pro seniory se nemění
2. Predikovaný počet klientů pobytových služeb se nemění

Detail Scénáře 1

Přibližně 40–45 tisíc seniorů, kteří by v roce 2035 potřebovali pobytovou péči, ji nedostane. Z hlediska struktury by šlo převážně o:

- DZR (demence, IV. stupeň závislosti) – systémově nejtěžší případy,
- část ostatních pobytových služeb (přechodové, po hospitalizaci).

Systém musí reagovat navýšením kapacit mimo pobytovou péči, tedy zejména u terénních a ambulantních sociálních služeb.

Do terénních a ambulantních sociálních služeb lze i za předpokladu odpovídajícího navýšení kapacit realisticky přeměřovat max. 40 % chybějících klientů, tj. 17 000 osob, protože zbytek má příliš vysokou závislost. Proto je nutné oproti ZS dále navýšit počet pracovníků terénních a ambulantních sociálních služeb o 7 000 FTE, tj. celkový počet pečovatelů bude 62 000 FTE. A dodatečné náklady terénní sociální péče budou 17 000 x 155 000 = 2,6 mld. Kč ročně.

Do neformální péče se přelije zbývajících 26 000 osob, které nelze pokrýt terénní sociální péčí, ale formální pobyt pro ně není k dispozici. Dodatečná neformální péče bude znamenat navýšení od 4,5 mil. pečujících dnů, což odpovídá 18 000 FTE neformálních pečujících. Dodatečné přímé náklady rozpočtu za neformální péči tvoří pouze výši příspěvku na péči, která je uvažována na 190 tis. Kč / rok / osoba – vyšší navýšení oproti očekávané inflaci je následek vyššího podílu osob s vysokým stupněm závislosti v neformální péči při porovnání na 2024 i na základní scénář.

11 mld. Kč méně než základní scénář ÚZIS), avšak pouze díky omezení nejdražší formy péče, nikoli díky vyšší efektivitě.

Tento scénář však zásadně přesouvá zátěž z veřejného systému na rodiny a terénní sociální služby. Terénní péče by musela obsloužit o desítky tisíc klientů více a neformální péče by se rozšířila zhruba o 25–26 tisíc osob, což odpovídá nárůstu o přibližně 18 tisíc FTE neformálních pečujících. To významně zvyšuje riziko vyčerpání pečujících rodin, omezení jejich ekonomické aktivity a sociálních dopadů, které se v rozpočtových číslech bezprostředně neobjevují. Scénář je proto

fiskálně relativně úspornější, ale z hlediska dostupnosti péče pro nejtěžší klienty (demence, IV. stupeň závislosti) a dlouhodobé udržitelnosti systému sociální péče nejrizikovější variantou. Zároveň se v tomto scénáři podstatně zvyšuje tlak na zdravotní systém a jeho kapacity, jelikož dochází k prodlužování hospitalizací na všech typech lůžek a pacienti nelze efektivně přesouvat z akutní do dlouhodobé péče. To má za následek omezení dostupnosti zdravotní péče pro širokou populaci a zvyšování nákladů zdravotních zařízení i pojišťoven – snížení celkové nákladovosti se tak týká pouze sociální péče, náklady se částečně přelévají do ostatních resortů, zejména do zdravotnictví.

ZMRAZENÍ KAPACIT SICE SNIŽUJE NÁKLADY, ALE ZA CENU NEDOSTUPNOSTI PÉČE PRO DESÍTKY TISÍC SENIORŮ A VÝRAZNÉHO PŘETÍŽENÍ RODIN.

Podmínky teoretické realizace

Tento scénář je teoreticky realizovatelný pouze za předpokladu mimořádného posílení schopnosti rodin a terénních sociálních služeb nést dlouhodobě vyšší zátěž. Klíčové podmínky jsou:

1. **Masivní a stabilní rozšíření terénních sociálních služeb**
 - rychlé navýšení kapacit nad rámec dnešních projekcí (řádově desítky tisíc FTE),
 - systémové odstranění personálních bariér: mzdy, pracovní podmínky, migrace pracovníků,
 - schopnost obsluhovat i klienty s vysokou závislostí v domácím prostředí (což je dnes spíše výjimka),
 - deregulace úhrad od klientů pro pokrytí nákladů na poskytování terénní sociální péče.
2. **Udržitelná kapacita neformální péče v rodinách**
 - vysoká ochota rodin pečovat i při rostoucí intenzitě a délce péče,
 - rozsáhlá podpora pečujících (finanční, odlehčovací služby, flexibilní zaměstnání),
 - neexistence výrazného konfliktu s trhem práce (zejména u žen ve středním věku).
3. **Přijetí nižší dostupnosti institucionální péče pro nejtěžší případy**
 - tolerance čekání, zpoždění vstupu do pobytu nebo setrvání v domácím prostředí i u klientů, kteří by v ideálním systému byli v DZR,
 - schopnost zdravotnictví „absorbovat“ část péče (častější hospitalizace, LDN).

Scénář 1.1: Zmrazení veškerých investic do sociální péče, kapacity se nemění

1. **Predikovaná kapacita pobytových i terénních sociálních služeb pro seniory se nemění**
2. **Predikovaný počet klientů pobytových i terénních sociálních služeb se nemění**

Stejně jako v Scénáři 1, přibližně 40 – 45 tis. seniorů, kteří by potřebovali pobytovou péči v roce 2035 ji nedostane. V této variantě však nedochází ani k odpovídajícímu navýšení odborných kapacit terénních a ambulantních služeb, a tak se celý počet neumístěných seniorů přelije do neformální péče.

V tomto scénáři nelze umístit ani nejtěžší případy vyžadující DZR ve IV. stupni závislosti, kteří tak zůstávají v neformální péči nebo, v případě, že již se o ně pečující není schopen postarat, vytvářejí tlak na zdravotní systém, jelikož dochází k jejich hospitalizaci. Dodatečná neformální péče znamená navýšení o 15,5 mil. pečujících dnů oproti ZS, což odpovídá 62 000 FTE neformálně pečujících. Jelikož se jedná o neformální péči, tato FTE nevznikají jako nové pozice, ale projevují se odchody z práce, zkrácenými úvazky a zvýšenou neplacenou prací převážně u žen, které tvoří většinu neformálně pečujících. Dochází tak ke zvyšování nezaměstnanosti, snižování produktivity i kupní síly obyvatelstva, a rostoucímu tlaku na sociální systém (podpora v nezaměstnanosti, příspěvky na bydlení, etc.), což ovlivňuje výkonnost celé ekonomiky.

TABULKA 4: DOPADY SCÉNÁŘE 1 (ZMRAZENÍ KAPACITY POBYTOVÉ PÉČE) NA STRUKTURU PÉČE A CELKOVÉ NÁKLADY SYSTÉMU V ROCE 2035 OPROTI ZÁKLADNÍMU SCÉNÁŘI.

Typ péče	Změna počtu klientů oproti ZS	Jednotkový náklad [tis. Kč / klient / rok]	Dodatečný náklad (+) / úspora (–)
Pobytová péče – celkem	–43 000	n/a	–27 mld. Kč
• Domovy pro seniory (DS)	–3 000	~585	–4 mld. Kč
• Domovy se zvláštním režimem (DZR)	–31 000	~640	–20 mld. Kč
• Ostatní pobytové služby	–9 000	~585	–5 mld. Kč
Terénní a ambulantní sociální služby	+17 000	~155	+3 mld. Kč
Neformální péče	+26 000	~190	+8 mld. Kč
ČISTÝ DODATEČNÝ EFEKT	–	–	–16 mld. Kč
SYSTÉM CELKEM	–	–	≈ 121 mld. Kč

Pozn.: Zamrznutí pobytové péče neznamená úsporu ve skutečné ekonomice systému, ale masivní přesun zátěže na terénní sociální služby a zejména na rodiny.

Zdroj: Deloitte, na základě dat ČSÚ, MPSV a ÚZIS.

Zmrazení pobytové péče znamená, že kapacita pobytových služeb zůstane do roku 2035 na úrovni roku 2024 (76 tis. lůžek), a nově vznikající poptávka je absorbována výhradně terénními sociálními službami a neformální péčí. Oproti základnímu scénáři ÚZIS nebude vybudováno zhruba 35 tisíc nových lůžek,

zejména v domovech se zvláštním režimem. Ročně tak nebude obslouženo přibližně 40–45 tisíc seniorů, kteří by při demografickém vývoji pobytovou péči potřebovali. Systém tímto krokem formálně sníží ekonomickou nákladovost sociální péče – celkové náklady klesají na zhruba 121 mld. Kč ročně (tj. o cca

TABULKA 5: DOPADY SCÉNÁŘE 1.1 (ZMRAZENÍ KAPACITY SOCIÁLNÍ PÉČE) NA STRUKTURU PÉČE A CELKOVÉ NÁKLADY SYSTÉMU V ROCE 2035 OPROTI ZÁKLADNÍMU SCÉNÁŘI.

Typ péče	Změna počtu klientů oproti ZS	Jednotkový náklad [tis. Kč / klient / rok]	Dodatečný náklad (+) / úspora (–)
Pobytová péče – celkem	–43 000	n/a	–27 mld. Kč
• Domovy pro seniory (DS)	–3 000	~585	–2 mld. Kč
• Domovy se zvláštním režimem (DZR)	–31 000	~640	–20 mld. Kč
• Ostatní pobytové služby	–9 000	~585	–5 mld. Kč
Terénní a ambulantní sociální služby	-45 000	~155	–7 mld. Kč
Neformální péče	+88 000	~190	+20 mld. Kč
ČISTÝ DODATEČNÝ EFEKT	–	–	–14 mld. Kč
SYSTÉM CELKEM	–	–	≈ 123 mld. Kč

Pozn.: Zamrznutí pobytové péče neznamena úsporu ve skutečné ekonomice systému, ale masivní přesun zátěže na neformálně pečující, což má značný dopad na produktivní obyvatelstvo ČR.

Zdroj: Deloitte, na základě dat ČSÚ, MPSV a ÚZIS.

Zmrazení pobytové péče znamená, že kapacita pobytových služeb zůstane do roku 2035 na úrovni roku 2024 (76 tis. lůžek), kapacita terénních a ambulantních sociálních služeb se také oproti 2024 nijak nezmění, a nově vznikající poptávka je absorbována výhradně neformální péčí. Formální ekonomická nákladovost se tak ještě více sníží – celkové náklady klesají na zhruba 123 mld. Kč ročně (tj. o cca 14 mld. Kč méně než základní scénář ÚZIS), a to z důvodu omezení explicitních nákladů systému sociální péče a výrazném omezení kapacit profesionální péče.

Tento scénář však o to významněji přesouvá zátěž z veřejného systému na rodiny. Neformální péče by se rozšířila zhruba o 88 tisíc osob, což odpovídá nárůstu o přibližně 62 tisíc FTE neformálních pečujících. To významně zvyšuje riziko vyčerpání

pečujících rodin, omezení jejich ekonomické aktivity a sociálních dopadů, které se v rozpočtových číslech bezprostředně neobjevují. Scénář je proto fiskálně relativně úspornější z pohledu sociální péče, ale vzhledem k nedostupnosti péče pro nejtěžší klienty (demence, IV. stupeň závislosti) vytváří tlak na zdravotnický systém, který je nucen péči o tyto osoby částečně převzít. Tato varianta je tak považována za extrémně rizikovou a dlouhodobě neudržitelnou.

Pokud vyjdeme z HDP roku 2025 na jednoho člověka zaměstnaného v české ekonomice 1 553 270 Kč. Předpokládáme, že 10 000 osob z celkového počtu neformálně pečujících je v produktivním věku a zaměstnaných. Pokud by se díky těmto pečujícím celková zaměstnanost snížila o 10 000 osob, potom by se roční HDP snížil o 15,533 mld. Kč.



Scénář 2: Celá dodatečná poptávka po péči je naplněna pobytovými službami

Parametry Scénáře 1

1. Celá nová poptávka v roce 2035 je pokryta pobytovými službami
2. Predikovaný počet terénní sociální a neformální sociální péče se nemění

Detail Scénáře 2

V tomto scénáři je veškerá dodatečná poptávka po sociální péči do roku 2035 kryta výhradně pobytovými službami. Kapacity terénních sociálních služeb i neformální péče jsou pevně zamrazeny na úrovni roku 2024 (96 tis. klientů terénní sociální péče a 139 tis. klientů neformální péče). Celkový objem potřeby péče v roce 2035 je přitom shodný se základním scénářem ÚZIS (cca 466 tis. klientů podle typů péče), pouze se zásadně mění rozdělení mezi formy péče.

Do pobytových služeb se přesouvá nejen přirozený demografický nárůst pobytové péče, ale také veškerý dodatečný růst, který by jinak absorbovaly rodiny a terén. Výsledkem je, že pobytové služby by v roce 2035 musely obsloužit cca 231 tis. klientů ročně, tedy více než dvojnásobek oproti základnímu scénáři ÚZIS (135 tis.).

Tento extrém znamená masivní institucionální nahrazení rodin a terénních sociálních služeb, zejména u osob s vysokou závislostí. Pobytová kapacita by musela vzrůst na zcela mimořádnou úroveň, s dominantním růstem v domovech se zvláštním režimem (demence, IV. stupeň závislosti). Scénář tím eliminuje riziko kolapsu neformální péče, ale za cenu extrémní fiskální a personální zátěže a velmi nízké reálné proveditelnosti (investice, personál, výstavba).

Závěry Scénáře 2

TABULKA 6: ZMĚNY POČTU KLIENTŮ A NÁKLADŮ PODLE TYPU PÉČE VE SCÉNÁŘI 2 OPROTI ZÁKLADNÍMU SCÉNÁŘI (ROK 2035).

Typ péče	Změna počtu klientů oproti ZS	Jednotkový náklad [tis. Kč / klient / rok]	Dodatečný náklad (+) / úspora (–)
Pobytová péče – celkem	+96 000	n/a	+59 mld. Kč
• Domovy pro seniory (DS)	+27 000	~585	+16 mld. Kč
• Domovy se zvláštním režimem (DZR)	+52 000	~640	+33 mld. Kč
• Ostatní pobytové služby	+17 000	~585	+10 mld. Kč
Terénní a ambulantní sociální služby	–45 000	~155	–7 mld. Kč
Neformální péče	–51 000	~175	–9 mld. Kč
ČISTÝ DODATEČNÝ EFEKT	–	–	+43 mld. Kč
SYSTÉM CELKEM	–	–	≈ 180 mld. Kč

Zdroj: Deloitte, na základě dat ČSÚ, MPSV a ÚZIS.

Scénář 2 představuje krajní variantu vývoje systému sociální péče do roku 2035, ve které veškerá dodatečná poptávka po péči – včetně té, která by v základním scénáři byla pokryta terénními sociálními službami a neformální péčí rodin – je absorbována výhradně pobytovými službami. Celkový objem potřeby péče zůstává stejný jako v základním scénáři ÚZIS, avšak pobytové služby by musely obsloužit přibližně 231 tisíc klientů ročně, tedy více než dvojnásobek oproti základnímu scénáři. To by vyžadovalo mimořádné rozšíření pobytové kapacity, zejména v domovech se zvláštním režimem, které by

se staly dominantní formou péče. Tento scénář fakticky nahrazuje rodiny a terénní sociální služby institucionální péčí a vytváří maximální tlak na výstavbu zařízení, personální kapacity a provozní infrastrukturu.

Z nákladového hlediska jde o nejdražší možný uspořádací scénář systému. Roční reálná ekonomická nákladovost by v roce 2035 dosáhla zhruba 180 mld. Kč, tedy o přibližně 43 mld. Kč více než v základním scénáři ÚZIS. Tento nárůst představuje „cenu“, kterou by veřejné rozpočty musely zaplatit za úplné

odlehčení rodin a za eliminaci růstu terénní sociální a neformální péče (jedná se o výdaj veřejného rozpočtu a nezahrnuje dofinancování pobytové péče rodinami). Ačkoli scénář minimalizuje sociální rizika spojená s vyčerpáním rodinných pečujících,

je z hlediska financí, personálních zdrojů i investiční realizovatelnosti extrémně problematický. Slouží proto především jako horní mez nákladové a kapacitní zátěže systému a jako varování, jak vysoké by byly dopady selhání neformální a komunitní péče.

PLNÉ NAHRAZENÍ KOMUNITNÍ A NEFORMÁLNÍ PÉČE POBYTOVÝMI SLUŽBAMI BY VEDLO K VÍCE NEŽ DVOJNÁSOBNÉ ZÁTĚŽI SYSTÉMU A PROVOZNÍM NÁKLADŮM OKOLO 180 MLD. KČ ROČNĚ.

Podmínky teoretické realizace

Tento scénář je teoreticky realizovatelný jen za extrémně náročných fiskálních, personálních a investičních podmínek. Klíčové předpoklady jsou:

1. Bezprecedentní rozšíření pobytové kapacity

- vybudování desítek tisíc nových lůžek (zejména DZR) v krátkém časovém horizontu,
- schopnost krajů a obcí realizovat rozsáhlé investice do infrastruktury,
- dostupnost vhodných lokalit a rychlé povolovací procesy,
- investiční kapacita ve výši 310 mld. Kč při navýšení péče v pobytových zařízeních o 155 lůžek (při uvažované ceně 2 mil. Kč / lůžko).

2. Zajištění zdravotně-sociálního personálu ve velkém objemu

- masivní nárůst počtu sester, pečovatelů a odborného personálu,

- zásadní změna mzdové politiky a pracovních podmínek,
- případná systematická migrace pracovníků ze zahraničí.

3. Plná ochota veřejných rozpočtů nést výrazně vyšší náklady

- dlouhodobé financování systému na úrovni cca +43 mld. Kč ročně oproti základnímu scénáři,
- politická akceptace vysokých mandatorních výdajů,
- omezený tlak na snižování výdajů v jiných oblastech veřejných financí.

4. Společenský konsenzus o institucionalizaci péče

- přijetí skutečnosti, že značná část péče, kterou dnes zajišťují rodiny, přechází do zařízení,
- ochota seniorů i rodin preferovat pobytovou péči před domácí.

Mezinárodní srovnání scénářů dlouhodobé péče (Německo, Nizozemsko, Švédsko)

Základní scénář: demografický růst při zachování struktury systému (analogie českého „základního scénáře ÚZIS“)

Všechny tři země – Německo, Nizozemsko i Švédsko – používají jako výchozí referenci základní scénář, který kombinuje demografickou projekci se zachováním stávajícího mixu péče. V Německu oficiální projekce statistického úřadu (Destatis) a odborné studie počítají s nárůstem počtu osob odkázaných na dlouhodobou péči z přibližně 5,0 mil. na cca 5,6 mil. kolem roku 2035, přičemž zůstává zachován kombinovaný model domácí, rodinné a pobytové péče. Přibližně tři čtvrtiny osob jsou i nadále obsluhovány mimo pobytová zařízení, ale pobytová péče koncentruje zhruba polovinu celkových výdajů. Tento přístup je funkčně totožný s českým základním scénářem, kde roste kapacita ve všech formách péče, aniž by docházelo k zásadní změně role institucí a rodiny.

Podobně ve Švédsku základní plánování vychází z předpokladu, že většina nárůstu skupiny 80+ bude absorbována posílenými domácími a komunitními službami, zatímco podíl seniorů v pobytových zařízeních zůstane relativně nízký (řádově jednotky procent populace 65+). I zde je pobytová péče chápána jako nezbytná, ale cílená forma pro nejtěžší stavy, nikoli jako plošné řešení.

Při interpretaci tohoto mezinárodního srovnání je však nutné zohlednit, že uvedené země (zejména Nizozemsko a Švédsko) disponují výrazně vyššími kapacitami pobytových služeb než Česká republika.

Scénář omezení či „zmrazení“ pobytové péče (analogie českého Scénáře 2)

Scénář, kdy se růst potřeby péče přesouvá mimo pobytová zařízení, má nejbližší reálný ekvivalent v Nizozemsku. Po roce 2015 zde proběhla rozsáhlá reforma dlouhodobé péče, která vědomě omezila přístup do pobytových zařízení a upřednostnila princip „ageing-in-place“. Empirická data ukazují pokles přijímání do domovů seniorů přibližně o pětinu během několika let po reformě. Fiskálně tento scénář pomohl stabilizovat výdaje, avšak současně vedl k vyšším nárokům na rodiny a k přelévání nákladů do jiných částí systému (zejména zdravotnictví).

V Německu i Švédsku je obdobný scénář považován za teoreticky možný, ale vysoce rizikový, protože naráží na limity kapacity rodinných pečujících a pracovního trhu. V analytických pracích se používá spíše jako varování před důsledky nedostatečného rozvoje pobytových kapacit než jako cílová politika.

Scénář „všechno do pobytu“ – horní mez systému (analogie českého Scénáře 3)

Extrémní scénář, v němž by veškerá dodatečná poptávka po péči byla kryta pobytoвыми službami, se nevyskytuje jako politický cíl v žádné ze sledovaných zemí. Přesto je běžně používán v odborných studiích v Německu, Nizozemsku i Švédsku jako hranice možných nákladů a personálních nároků. Německé modely dlouhodobé péče ukazují, že plná institucionalizace by vedla k dramatickému nárůstu výdajů i potřeb pracovních sil a byla by fiskálně neudržitelná, pokud by měla nahrazovat rodinnou péči. V Nizozemsku byl právě tento scénář hlavním argumentem pro reformy směřující k deinstitucionalizaci, protože projekce předpokládaly růst výdajů na 7–9 % HDP bez systémové změny.

Shrnutí benchmarku

Mezinárodní srovnání ukazuje, že použité scénáře nejsou metodickým extrémem, ale odpovídají běžně používanému scénářovému rámci v západní a severní Evropě. Základní scénář odpovídá „demography-only“ projekcím (Německo, Švédsko), scénář zmrazení pobytu má přímý protějšek v nizozemské politice „ageing-in-place“, a scénář „všechno do pobytu“ odpovídá analytickému varovnému extrému, který žádná ze sledovaných zemí nepovažuje za realistický cíl, ale používá jej k vymezení horní meze nákladů a kapacit. Tento kontext potvrzuje, že použité scénáře pro české prostředí jsou mezinárodně obhajitelné a srovnatelné, ačkoliv uvedené země již disponují výrazně vyššími kapacitami a jejich nároky na rozšiřování jsou tak nižší.



Zdroje dat

- ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR. Personální kapacity sociálních služeb: desatero APSS 2021 [online]. Praha: APSS ČR, 2021. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/media/dokumenty/2022/desatero-2021-final.pdf>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Příspěvek na péči – senioři [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/seniori-v-datech/prispevek-na-peci>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Senioři v datech – projekce obyvatelstva [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/seniori-v-datech/projekce-obyvatelstva>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Sociální služby [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/socialni-sluzby>
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Reform of long-term care in the Netherlands [online]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2020 [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/reform-of-long-term-care-in-the-netherlands>
- GEYER, Johannes a kol. Long-term care in Germany [online]. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2023. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.nber.org/papers/w31870>
- JANLÖV, Nils, BLUME, Sara, GLENNGÅRD, Anna Häger, HANSPERS, Kajsa, ANELL, Anders a MERKUR, Sherry. Sweden: Health System Review 2023. Health Systems in Transition, Vol. 25, No. 4 [online]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2023 [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/sweden-health-system-review-2023>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Do roku 2040 bude kvůli stárnutí potřeba skoro 36 000 nových lůžek [online]. Praha: MPSV ČR, 2023. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://cesky.radio.cz/mpsv-do-roku-2040-bude-kvuli-starnuti-potreba-skoro-36-tisic-novych-luzek-v-8845616>
- SEZNAM ZPRÁVY. Blíží se náraz: každých pět let přibude 20 000 lidí, kteří potřebují místo s péčí [online]. Praha: Seznam Zprávy, 2026. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/domaci-zivot-v-cesku-blizi-se-naraz-co-pet-let-pribude-20-tisic-lidi-kteri-potrebuji-misto-s-peci-291126>
- STATISTICS SWEDEN (SCB). Statistics on care and services for the elderly [online]. Stockholm: SCB, 2024. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.scb.se/en/>
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Destatis). Population projection and long-term care demand in Germany [online]. Wiesbaden: Destatis, 2026. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Population/Population-Projection/_node.html
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (III) - poskytování neformální péče a její dopad na zaměstnanost a zdraví [online]. Praha: ÚZIS ČR. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record & id=5215>
- VROOMEN, L. a kol. Utilisation of nursing home care before and after the 2015 Dutch national reform: an interrupted time series analysis [online]. Age and Ageing, 2025, vol. 54, no. 2, afaf018. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/ageing/article/54/2/afaf018/7998364>

„Do roku 2035 vzroste počet klientů pobytové péče z 92 tis. na 135 tis. a kapacita lůžek ze 76 tis. na 111 tis., přičemž největší tlak vznikne v domovech se zvláštním režimem. Celkové náklady systému se zvýší na cca 137 mld. Kč ročně.“

Digitalizace v oblasti sociálních služeb

Kontext a systémový rámec

Digitalizace zdravotně sociální péče v prostředí pobytočných sociálních služeb, zejména domovů pro seniory (DS) a domovů se zvláštním režimem (DZR), nepředstavuje v českém kontextu volitelnou inovaci, ale systémovou odpověď na strukturální nedostatky péče. Stárnutí populace zásadně mění strukturu potřeb ve zdravotní i sociální oblasti: rychlý nárůst počtu osob ve vysokém věku, zejména ve skupině 85+, přináší vyšší prevalenci chronických onemocnění, polymorbiditu a kognitivních poruch a zvyšuje poptávku po dlouhodobé, koordinované a personálně náročné péči kombinující zdravotní i sociální složku. Pobyťová zařízení přitom čelí souběhu několika strukturálních výzev:

- omezená dostupnost praktických lékařů, kdy je lékař v zařízení přítomen typicky jeden až dva dny v týdnu,
- vysoký podíl klientů s polymorbiditou a kognitivními poruchami vyžadujících soustavnou zdravotní péči,
- rostoucí zátěž zdravotnické záchranné služby (ZZS), kdy mezi lety 2007 a 2024 vzrostl celkový počet pacientů ZZS v ČR o přibližně 50 %, přičemž dominují výjezdy k seniorům s nízkou akutností (NACA 1–3), zejména k pádům a zlomeninám,
- dlouhodobý personální deficit v sociálních službách, který omezuje schopnost zařízení reagovat na rostoucí komplexitu potřeb klientů.

kvalifikovaného personálu na straně zařízení schopného provést základní klinické zhodnocení, předat strukturované informace lékaři a realizovat jeho pokyny. Bez tohoto personálního předpokladu zůstává technologie bez reálného efektu.

Celkové náklady ZZS dosáhly v roce 2024 rekordních 12 miliard Kč, přičemž průměrné náklady na ošetření jednoho pacienta činily přibližně 11 000 Kč. Redukce zbytečných výjezdů prostřednictvím telemedicíny proto představuje jak klinický, tak přímý ekonomický přínos pro systém veřejného zdravotního pojištění a krajské rozpočty. Přímý ekonomický přínos se však realizuje pouze při jasně definovaných indikačních kritériích, odpovědnosti personálu a návaznosti na úhradový rámec.

Přínos digitalizace se neprojevuje v samotné technologii, ale v její schopnosti transformovat načasování a způsob poskytování péče. Hlavní posun spočívá v přechodu od reaktivního, akutně orientovaného modelu k modelu umožňujícímu včasnou intervenci a stabilizaci zdravotního stavu přímo v místě péče, a to na základě systematického využití sdílených, strukturovaných dat o klientovi.

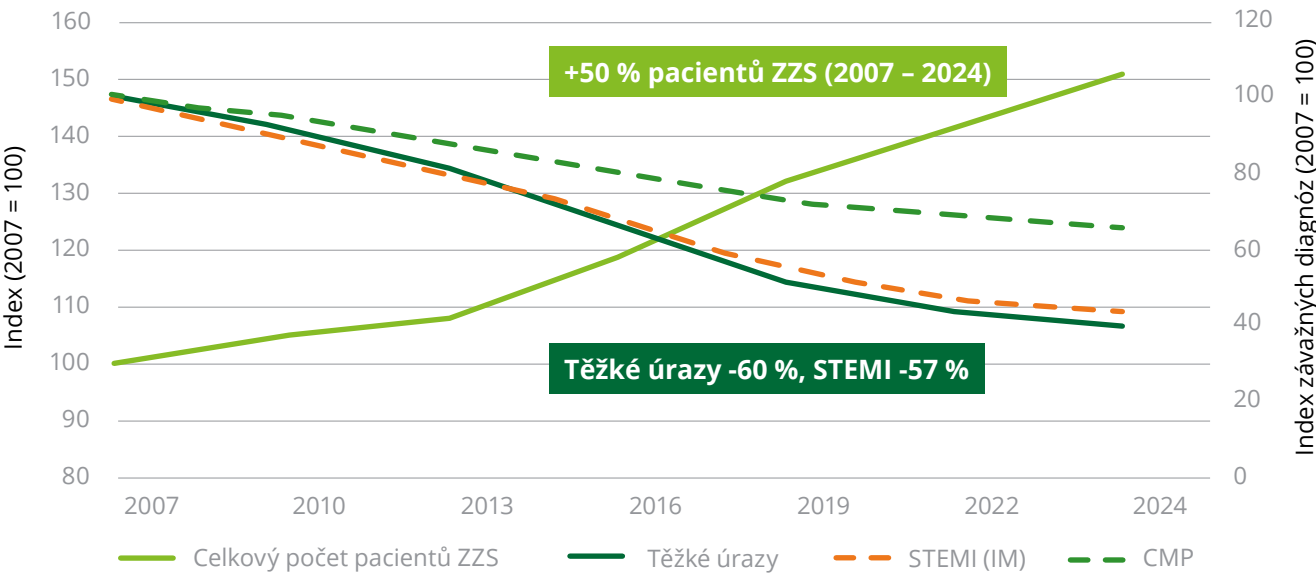
Tento posun však v českém prostředí naráží na zásadní strukturální omezení. Systém postrádá jednotnou datovou bázi propojující zdravotní a sociální informace a zároveň společný rámec pro hodnocení komplexnosti stavu klienta. Zdravotní a sociální segment přitom pracují s odlišnými, vzájemně nepropojenými přístupy k posuzování potřeb péče, což omezuje sdílení informací i koordinaci služeb.

Bez odstranění těchto bariér nelze očekávat plný přínos digitalizace. Ta proto nemůže být chápána pouze jako implementace technologií, ale jako součást širší systémové změny zahrnující standardizaci dat, jejich interoperabilitu a jasné vymezení procesů, které mají být digitalizací podporovány.

Tento přístup je v souladu s doporučeními WHO a OECD, která dlouhodobě zdůrazňují, že efektivní využití digitálních nástrojů je podmíněno existencí sdílených datových standardů a referenčního rámce pro hodnocení a vykazování péče.

V návaznosti na tento kontext přehled níže popisuje konkrétní oblasti digitalizace, které jsou pro české pobyťové služby nejrelevantnější.

OBRÁZEK 29: PARADOX ZZS: OBJEM ROSTE, ZÁVAŽNOST KLESÁ (2007–2024).



Zdroj: ÚZIS ČR, ČSÚ; zpracováno dle Franěk (Prague Resilience Summit, 2026). Data indexována na rok 2007 = 100.

Paradoxní vývoj ZZS je úzce spojen s demografickým stárnutím populace. Senioři představují nejrychleji rostoucí skupinu pacientů ZZS, přičemž spektrum výjezdů je různorodé: zahrnuje jak závažné stavy vyžadující akutní zásah, jako jsou zlomeniny proximálního femuru nebo dekompenzace chronických onemocnění, tak situace, které by při dostupnosti kvalifikovaného personálu na místě nevyžadovaly přivolání záchranné služby.

Volání ZZS je přitom v podmínkách mnoha pobyťových zařízení jedinou dostupnou možností v případě zhoršení zdravotního stavu, zejména v nočních hodinách, kdy v zařízení chybí sestra s dostatečnými kompetencemi nebo zcela absentuje noční zdravotnický dohled. Telemedicína představuje v tomto kontextu relevantní nástroj rozšíření dostupnosti odborného rozhodování, avšak její přínos je podmíněn existencí

Klíčové oblasti digitalizace a jejich dopady

Telemedicína

Telemedicína je v podmínkách českých pobyťových zařízení nejbezprostředněji využitelným digitálním nástrojem. Jejím jádrem je propojení kvalifikovaného personálu v zařízení, diagnostických přístrojů

a dostupnosti lékaře na dálku, přičemž tento model umožňuje klinické rozhodnutí bez fyzické přítomnosti lékaře. V České republice je telemedicína od roku 2024 explicitně zakotvena v zákoně č. 372/2011 Sb. (ve znění zákona č. 240/2024 Sb.) a prováděcí vyhlášce č. 30/2025 Sb., která specifikuje technické a procesní požadavky.

DATA Z PRAXE HOVOŘÍ JASNĚ

ALZHEIMER CENTRUM V KAMENICI NAD LIPOU ZAZNAMENALO PO PŮL ROCE PROVOZU TELEMEDICÍNY POKLES VÝJEZDŮ ZZS PŘÍBLIŽNĚ O 40 %. NEZÁVISLÁ PROSPEKTIVNÍ STUDIE Z 74 DOMOVŮ PRO SENIORY VE FRANCII PAK PROKÁZALA O 18 % NIŽŠÍ PODÍL PACIENTŮ ODESLANÝCH NA URGENTNÍ PŘÍJEM V ZAŘÍZENÍCH VYBAVENÝCH TELEMEDICÍNOU, A TO BEZ NÁRŮSTU MORTALITY. KRAJ VYSOČINA OD ROKU 2024 OVĚŘUJE OBDOBNÝ MODEL TELEMEDICÍNY V PĚTI POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH PRO SENIORY, KTERÉ MAJÍ SOUHRNNOU LŮŽKOVOU KAPACITU V ŘÁDU STOVEK KLIENTŮ; VÝSLEDKY VYHODNOCENÍ JSOU V PŘÍPRAVĚ A MOHOU POSKYTNOUT PRVNÍ SYSTÉMOVÁ ČESKÁ DATA O DOPADU TELEMEDICÍNY NA PROVOZ DOMOVŮ PRO SENIORY V KRAJSKÉM MĚŘÍTKU.

Pilotní projekty v českém prostředí dokládají měřitelné efekty: v Alzheimer centru v Kamenici nad Lipou byl po půl roce provozu zaznamenán pokles výjezdů ZZS přibližně o 40 %, přičemž výsledky reflektují specifické organizační a personální nastavení daného zařízení. Prospektivní studie z 74 domovů pro seniory ve Francii (n = 3 103 volání) pak prokázala o 18 % nižší podíl pacientů odeslaných na urgentní příjem v zařízeních vybavených telemedicínou, a to bez nárůstu mortality ani opakovaných volání do 72 hodin. Telemedicina zároveň posiluje roli zdravotních sester jako koordinačního uzlu mezi klientem a lékařem, což je v souladu s mezinárodními doporučeními o rozšiřování kompetencí nelékařských profesí v podmínkách nedostatku lékařů.

Monitoring, senzorické systémy a prevence rizik

Průběžné monitorování fyziologických parametrů a senzorické systémy detekce pohybu a změn chování umožňují včasnou identifikaci zdravotní deteriorace ještě před rozvojem akutního stavu. Tento přístup je zvláště relevantní u klientů s demencí, kde behaviorální a psychologické symptomy (BPSD) signifikantně zvyšují riziko hospitalizací a pádů. Metaanalýzy telemonitoringu u chronických onemocnění dokládají významné snížení rehospitalizací při kontinuálním digitálním monitoringu. Senzorické a monitorovací systémy přispívají rovněž k efektivnější organizaci personálních kapacit, zejména v nočních směnách. Současně je nutné počítat s rizikem tzv. alert fatigue a zvýšené kognitivní zátěže personálu, pokud nejsou systémy správně kalibrovány, prioritizovány a integrovány do pracovních postupů.

Prediktivní analýza a integrované platformy

Systematická práce s daty a prediktivní přístupy představují oblast s dosud nevyužitým potenciálem. V současné praxi jsou data převážně využívána retrospektivně pro administrativní účely a vykazování, nikoli jako nástroj prospektivního řízení rizik a klinického rozhodování. Přejít k datově řízenému

řízení péče je podmíněn řešením interoperability systémů a integrací zdravotních a sociálních dat, přičemž tuto výzvu na evropské úrovni adresuje iniciativa European Health Data Space.

Umělá inteligence (AI) jako nástroj zefektivňování systému

Umělá inteligence (AI) představuje v kontextu dlouhodobé péče průřezovou technologii, která posiluje účinnost ostatních digitálních nástrojů spíše než by sama o sobě tvořila samostatnou kategorii intervencí. V prostředí pobytových sociálních služeb nachází AI uplatnění zejména ve třech oblastech: podpoře klinického rozhodování, optimalizaci provozního řízení a personalizaci péče. Systémy strojového učení mohou analyzovat longitudinální data o zdravotním stavu klienta a upozorňovat na odchylky indikující zvýšené riziko pádu, infekce nebo funkčního zhoršení dříve, než se stav manifestuje klinicky. V oblasti provozního řízení AI nástroje umožňují efektivnější plánování směn, predikci potřeb klientů a optimalizaci alokace personálních kapacit. Přínos AI přitom nespočívá v autonomním rozhodování, ale v poskytování strukturované informace podporující úsudek personálu – a to za podmínky kvalitních vstupních dat a zachování lidského dohledu.

Robotika a automatizace provozních procesů

Vedle klinicky orientovaných digitálních nástrojů se v pobytových zařízeních postupně prosazují robotická řešení zaměřená na provozní a podpůrné procesy. Autonomní čisticí roboti a logistické platformy pro dopravu léků a stravy uvnitř zařízení přebírají fyzicky náročné a opakující se úkoly, čímž uvolňují kapacity personálu pro přímou péči o klienty. Globální zkušenosti ukazují, že tato řešení přispívají ke snížení fyzické zátěže personálu a udržení hygienických standardů i v podmínkách personálního deficitu. Robotická řešení jsou v současnosti chápána nikoli jako náhrada lidské péče, ale jako podpůrná infrastruktura umožňující přesměrování omezených lidských kapacit tam, kde jsou nenahraditelné.

ověřených modelů. Kraj Vysočina a provozovatel sítě Alzheimer Home a SeneVida (Penta Hospitals) aktuálně vedou jednání se zdravotními pojišťovnami o dlouhodobém řešení.

- Interoperabilita systémů. Zdravotní a sociální data jsou spravována v oddělených systémech bez standardizovaného sdílení. OECD zjistilo, že 38 %

členských zemí dosud nemá zavedeny standardy pro interoperabilitu zdravotnických dat.

- Meziresortní fragmentace. Oddělené řízení zdravotní péče (MZ ČR) a sociální péče (MPSV) ztěžuje systémovou integraci digitálních nástrojů a koordinaci financování.
- Digitální kompetence personálu. Efekt telemedicíny a senzorických systémů je podmíněn dostatečným proškolením personálu a standardizací klinických postupů. Bez těchto podmínek hrozí snížení kontinuity informací namísto zvýšení bezpečnosti klientů.
- Regulatorní rámec pro AI. Systémy umělé

Klíčová doporučení

Na základě analýzy české praxe a zahraničních zkušeností lze pro oblast digitalizace dlouhodobé péče formulovat následující doporučení.

- **Systémové ukotvení úhrad telemedicíny**
Podmínkou škálovatelnosti provozně ověřených modelů je uzavření úhradových dohod mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli. Pilotní výsledky z krajských i soukromých zařízení poskytují dostatečný základ pro nastavení úhradového rámce.
- **Interoperabilita jako infrastrukturní priorita**
Sdílení zdravotních a sociálních dat mezi poskytovateli a resorty je předpokladem pro funkční koordinaci péče. Česká republika by měla aktivně implementovat standardy HL7 FHIR a připravovat prostředí pro zapojení do EHDS.
- **Posílení role zdravotních sester prostřednictvím digitálních nástrojů**
Rozšíření kompetencí sester v rámci digitálně podpořených modelů péče je klíčovým předpokladem dostupnosti odborného rozhodování v podmínkách nedostatku lékařů, a to bez nutnosti lineárního navyšování lékařských kapacit.
- **Meziresortní koordinace MZ a MPSV**
Digitalizace zdravotně sociální péče vyžaduje

inteligence využívané v péči o seniory jsou dle EU AI Act klasifikovány jako vysokorizikové, s přísnými požadavky na transparentnost algoritmů, lidský dohled a průběžnou dokumentaci. Tato regulatorní náročnost zpomaluje komerční nasazení i při technické dostupnosti řešení.

- Regulatorní a nákladové bariéry robotiky. Zavádění robotických řešení v českých zařízeních naráží na vysoké počáteční investice a nutnost souladu s evropským regulatorním rámcem (MDR 2017/745, EU AI Act). Model Robotics-as-a-Service (RaaS) může snížit vstupní bariéry, avšak systémová podpora ze strany zřizovatelů a státu dosud chybí.

koordinovaný přístup obou resortů, zejména v oblasti standardů dokumentace, sdílení dat a financování integrovaných modelů péče.

- **Metodická podpora a standardizace implementace**
Technologie bez metodického ukotvení nepřináší očekávané výsledky. Stát a zřizovatelé by měli investovat do standardizace klinických postupů, vzdělávání personálu a evaluace pilotních projektů jako podmínky pro jejich systémové rozšíření.
- **Odpovědné zavádění AI s jasným vymezením lidského dohledu**
Nasazení AI nástrojů v pobytových zařízeních by mělo být podmíněno jasným vymezením odpovědnosti personálu, transparentností algoritmů a pravidelným auditem výstupů. AI má plnit roli podpůrného nástroje, nikoli náhrady odborného úsudku.
- **Postupné zavádění robotiky začínající provozními technologiemi**
Česká zařízení by měla začínat nasazením provozně vyzrálých robotických řešení, jako jsou autonomní čisticí systémy, před přechodem ke komplexnějším platformám přímé péče. Tím lze prokázat návratnost investice a budovat kompetence personálu pro práci s automatizovanými systémy.

Bariéry implementace

Navzdory dostupným technologiím a legislativnímu ukotvení čelí širší implementace digitalizace v českém prostředí několika strukturálním bariérám.

- Úhradové mechanismy. Telemedicínské výkony nejsou dosud systémově hrazeny zdravotními pojišťovnami, což limituje škálovatelnost provozně

Závěry

Digitalizace je nezbytnou, nikoli však postačující podmínkou modernizace dlouhodobé péče. Dostupné technologie a legislativní rámec v České republice vytvářejí předpoklady pro systémový posun od reaktivní, fragmentované péče k modelu kontinuální, koordinované a preventivně orientované péče o seniory. Rozhodující pro realizaci tohoto potenciálu nejsou technologie samy o sobě,

ale jejich metodické ukotvení, interoperabilita, úhradová udržitelnost a schopnost propojit zdravotní a sociální složku péče kolem konkrétního klienta. Vedle telemedicíny a senzorických systémů otevírají umělá inteligence a robotická řešení nové možnosti pro zefektivnění provozních procesů a podporu personálu v podmínkách rostoucí complexity péče.

„Digitalizace zdravotně sociální péče nepředstavuje v českém kontextu volitelnou inovaci, ale systémovou odpověď na strukturální nedostatky péče.“

Zdroje dat

- CEREJEIRA J., LAGARTO L., MUKAETOVA-LADINSKA EB. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*. 2012;3:73. DOI: 10.3389/fneur.2012.00073
- EUROPEAN COMMISSION. Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on the European Health Data Space. COM (2022) 197 final. Brussels: European Commission; 3 May 2022. Dostupné z: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52022PC0197
- FENKA ROBOTICS. Cleaning robots in care facilities, clinics, office complexes [online]. Pflege Plus, Messe TV; 2024 [cit. 2026-04-25]. Dostupné z: messe.tv/en/2024/pflege-plus/fenka-robotics-cleaning-robot
- FRANĚK, O. Proč lidé volají záchranku častěji než dříve? Data ukazují překvapivý trend. *Zdravotnický deník* [online]. 21. dubna 2026 [cit. 2026-04-25]. Dostupné z: zdravotnickydenik.cz/2026/04/kdo-dnes-vola-zachranku-data-zmena/
- FRANĚK, O. Účet za záchranky v roce 2024: 12 miliard. *Záchranná služba.cz* [online]. 9. 6. 2025 [cit. 2026-04-25]. Dostupné z: zachrannasluzba.cz/ucet-za-zachranky-v-roce-2024-12-miliard/
- GONZÁLEZ-CASTRO A., LEIRÓS-RODRÍGUEZ R., PRADA-GARCÍA C., BENÍTEZ-ANDRADES JA. The Applications of Artificial Intelligence for Assessing Fall Risk: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research* [online]. 2024;26:e54934 [cit. 2026-04-25]. DOI: 10.2196/54934. Dostupné z: jmir.org/2024/1/e54934
- HL7 INTERNATIONAL. FHIR Specification Overview [online]. HL7 International; 2021 [cit. 2026-04-25]. Dostupné z: hl7.org/fhir/overview.html
- INGLIS SC., CLARK RA., DIERCKX R., PRIETO-MERINO D., CLELAND JGF. Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;10:CD007228. DOI: 10.1002/14651858.CD007228.pub3
- MARJANOVIC N., JONCHIER M., GUENEZAN J. et al. Telemedicine in Nursing Home Residents Requiring a Call to an Emergency Medical Communication Center. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2024;25(2):195–200. DOI: 10.1016/j.jamda.2023. 09. 019
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Národní strategie elektronického zdravotnictví ČR 2025–2035 [tisková zpráva online]. Praha: MZ ČR; 2024 [cit. 2026-04-25]. Dostupné z: mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/narodni-strategie-elektronickeho-zdravotnictvi-cr-2025-2035-prinese-moderni-propojeny-a-bezpecny-e-health-system/
- OECD. Beyond Applause: Improving Working Conditions in Long-Term Care. Paris: OECD Publishing; 2023. DOI: 10.1787/b5de3f87-en
- OECD. Health at a Glance 2023: Digital Health at a Glance. Paris: OECD Publishing; 2023. DOI: 10.1787/7a7afb35-en
- OECD. Realising the Potential of Primary Health Care. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2020. DOI: 10.1787/a92adee4-en
- ResearchAndMarkets. Nursing Robots Market Trends and Forecasts 2025–2030. *GlobeNewswire* [online]. 24. 9. 2025 [cit. 2026-04-25]. Dostupné z: globenewswire.com/news-release/2025/09/24/3155293/28124/en/Nursing-Robots-Market-Trends-and-Forecasts-2020-2024-2025-2030-Aging-Population-and-Nurse-Shortages-Drive-Growth-in-Japan-and-North-America.html
- ŠPIČKOVÁ P., PAUZAROVÁ M. Vysočina testuje telemedicínu v domovech seniorů. *ČT24* [online]. 29. 8. 2025 [cit. 2026-04-25]. Dostupné z: ct24.ceskatelevize.cz/clanek/regiony/vysocina-testuje-telemedicinu-v-domovech-senioru-364515
- THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. Regulation (EU) 2024/1689 laying down harmonised rules on artificial intelligence (Artificial Intelligence Act). *Official Journal of the European Union* [online]. 13. 6. 2024 [cit. 2026-04-25]. Dostupné z: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32024R1689
- V krajských domovech pro seniory se testuje využití telemedicíny [tisková zpráva]. Jihlava: Kraj Vysočina; 2024 [cit. 2026-04-25]. Dostupné z: kr-vysocina.cz/v-krajskych-domovech-pro-seniory-se-testuje-vyuziti-telemediciny/d-4134189
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO; 2020. ISBN 978-92-4-000327-9. Dostupné z: iris.who.int/handle/10665/331677
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: WHO; 2019. ISBN 978-92-4-155050-5. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Dostupné z: iris.who.int/handle/10665/311941
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění zákona č. 240/2024 Sb.; Vyhláška č. 30/2025 Sb., o telemedicínských zdravotních službách.

Oblasti rozvoje v sociální péči

Dlouhodobá sociální péče v České republice vstupuje do období, v němž už nebude rozhodující pouze postupné navyšování kapacit, ale především změna samotné logiky systému. Klíčovým prvkem této změny je schopnost systému pracovat s informacemi, koordinací a včasnou intervencí napříč sociální a zdravotní složkou péče, nikoli pouze s fyzickou kapacitou služeb. Národní strategické a analytické materiály dlouhodobě ukazují, že dosavadní

uspořádání je zatíženo roztříštěností mezi sociálním a zdravotním sektorem, regionální nerovnoměrností, nestabilním financováním a rostoucím personálním tlakem.

V příštích deseti letech proto bude úspěšný rozvoj dlouhodobé sociální péče záviset na schopnosti propojit dostupnost, kvalitu a finanční udržitelnost do jednoho funkčního modelu.

Přesun od institucionální péče ke komunitnímu modelu

Prvním klíčovým tématem je pokračující přesun od převahy institucionální péče k podpoře poskytované v domácím a komunitním prostředí. Národní strategie rozvoje sociálních služeb staví deinstitucionalizaci a podporu života v přirozeném prostředí mezi své hlavní směry a chápe je jako předpoklad důstojnější i efektivnější péče.

Tento posun neznamená prosté snižování role pobytových zařízení, ale jejich nové zasazení do širší sítě služeb, v níž mají větší význam terénní sociální služby, denní programy, odlehčovací péče a malé komunitní formy bydlení s podporou.

Význam tohoto tématu bude dále růst s demografickým stárnutím a s nárůstem počtu lidí s kombinací somatických, kognitivních a sociálních omezení. Tradiční bytový model sám o sobě nedokáže pružně reagovat na různorodost potřeb ani na preference klientů a jejich rodin, které směřují k co nejdelšímu setrvání v domácím prostředí.

Integrace sociální a zdravotní péče

Druhým zásadním tématem je skutečná integrace sociální a zdravotní péče. Český systém dlouhodobé péče je dlouhodobě charakterizován tím, že klient s vysokou mírou závislosti často potřebuje současně podporu v oblasti osobní péče, ošetřovatelské péče, rehabilitace, sociálního poradenství i podpory rodiny, avšak tyto složky jsou organizovány, financovány a řízeny odděleně.

Důsledkem je nejasná odpovědnost mezi sektory, zpoždění v zajištění péče, zbytečné prodlužování hospitalizací a tlak na rodiny, které suplují koordinaci systému.

Specifickou skupinu pak představují specializovaná pobytová zařízení pro klienty žijící s demencí, která jsou dispozičně, architektonicky, ale i svým vybavením uspořádána pro tuto specifickou cílovou skupinu, včetně odborných ošetřovatelských a péčových konceptů (psycho-biografický model profesora Böhma, bazální stimulace, validace, smyslová aktivizace, aj.).

Rozvoj komunitní péče proto musí být chápán jako systémová priorita, nikoli pouze jako doplněk pobytových služeb.

Udržitelnost komunitního modelu přitom stále více závisí na využití digitálních nástrojů, které umožňují zdravotní dohled, konzultaci lékaře na dálku a včasnou identifikaci zhoršení zdravotního stavu přímo v domácím nebo komunitním prostředí. Bez těchto nástrojů by tlak na návrat ke klasickým bytovým řešením v důsledku rizika hospitalizací zůstával vysoký.

V příštích deseti letech bude proto klíčové rozvíjet prostupné modely sociálně-zdravotních služeb, jednodušší pravidla návaznosti péče a jasněji definované kompetence jednotlivých poskytovatelů. Smyslem není administrativní slučování dvou systémů, ale vytvoření funkčního rozhraní, v němž klient nepřechází mezi „světy“ sociální a zdravotní péče bez návaznosti služeb.

Praktickým předpokladem funkčního rozhraní je však sdílení relevantních zdravotních a sociálních informací v reálném čase a jasně definovaný digitální postup mezi poskytovateli. Zkušenosti s telemedicínou

v pobytových zařízeních ukazují, že právě digitálně podpořená koordinace může výrazně snížit zbytečné hospitalizace a zátěž urgentní péče, aniž by docházelo ke zhoršení klinických výsledků.

Právě kvalita tohoto rozhraní bude jedním z hlavních ukazatelů vyspělosti dlouhodobé péče v ČR.

Stabilní financování a vyjasnění ekonomického modelu

Třetím rozhodujícím tématem je financování. Národní strategie upozorňuje, že systém sociálních služeb je závislý na komplikovaném vícezdrojovém modelu a že dlouhodobá stabilita služeb je oslabována nejistotou financování i omezenou provázaností mezi plánováním sítě a alokací prostředků.

Současně je však patrná absence cílené a řízené deregulace systému, která by umožnila dynamičtější zapojení nových zdrojů financování. Tento stav zvyšuje tlak na veřejné rozpočty a omezuje rozvoj alternativních mechanismů, včetně širšího využití soukromých zdrojů a nástrojů, jako je pojištění dlouhodobé péče.

V oblasti dlouhodobé péče se tento problém projevuje zvláště silně, protože rostoucí potřeba péče bude

vyžadovat současně investice do terénních sociálních služeb, pobytových kapacit, personálu i podpory neformálních pečujících.

V horizontu příštích deseti let proto nebude stačit pouze navyšovat veřejné výdaje, ale bude nutné zpřesnit, jaké typy potřeb a služeb mají být financovány z jednotlivých veřejných zdrojů a jak má být financování navázáno na skutečnou potřebnost a výsledky péče. Udržitelný model bude muset lépe propojit státní rozpočet, krajské a obecní zdroje, příspěvek na péči i úhrady navázané na zdravotní složku péče.

Bez této změny bude systém dále narážet na napětí mezi deklarovanou prioritou dlouhodobé péče a omezenou schopností tuto prioritu převést do reálné kapacity služeb.

Personální kapacity a podpora neformálních pečujících

Čtvrtým tématem je personální stabilizace systému. Strategické dokumenty upozorňují na kombinaci nízké atraktivity některých profesí, vysoké pracovní zátěže, mzdových limitů a rostoucí odborné náročnosti péče.

Tento problém se bude v dalších letech prohlubovat, protože poptávka po pracovnících v sociálních službách poroste rychleji než dostupnost pracovní síly, a to zejména v přímé péči a v terénních sociálních službách.

Vedle formální pracovní síly je však nutné jako plnohodnotnou součást systému vnímat i neformální pečující, především rodinné příslušníky. Národní strategie výslovně řadí zlepšení jejich postavení mezi klíčové cíle a zdůrazňuje potřebu poradenské,

odlehčovací i finanční podpory. Podpora by neměla být omezena pouze na finanční kompenzace, ale musí zahrnovat také dostupné poradenské služby, odbornou podporu ze strany profesionálů a především dostatečné kapacity odlehčovacích služeb, které pečujícím umožní odpočinek a prevenci vyčerpání.

V českých podmínkách totiž rodiny stále nesou podstatnou část péče, a pokud zůstanou bez systematické podpory, budou se zvyšovat jak sociální náklady, tak tlak na institucionální služby.

Rozvoj dlouhodobé sociální péče proto musí spojit profesionalizaci pracovních týmů s cílenou a komplexní politikou podpory pečujících domácností, která posílí jejich schopnost péči dlouhodobě zvládat.

Kvalita, dostupnost a řízení sítě služeb

Pátým tématem je řízení kvality a regionální dostupnosti. Rozvoj systému nebude úspěšný, pokud se omezí pouze na navyšování počtu míst nebo poskytovatelů. Národní strategie upozorňuje na význam inspekce kvality, standardů služeb a plánování sítě tak, aby odpovídala skutečným potřebám obyvatel v jednotlivých územích.

Odborné i krajské materiály současně potvrzují, že potřeby dlouhodobé péče jsou v regionech velmi rozdílné a že bez průběžného monitoringu vznikají jak lokální nedostatky, tak neefektivní kapacity.

V příštím desetiletí proto poroste význam datové podložené plánování, které bude sledovat nejen

demografii, ale také strukturu závislosti, čekací doby, dostupnost terénních sociálních služeb a zatížení neformálních pečujících. Stejně důležitá bude i schopnost státu a krajů garantovat minimální úroveň kvality napříč poskytovateli, protože pouze kvalitativně srovnatelná síť umožní klientům skutečně

rovný přístup ke službám.

Digitální infrastruktura a interoperabilita datových systémů se tak stávají nikoli podpůrným, ale základním předpokladem strategického řízení sítě sociálních služeb.

Zpřesnění dat o poptávce a potřeba centrální evidence žadatelů

Specifickým problémem současného systému řízení dostupnosti pobytových služeb je omezená kvalita dat o skutečné poptávce po umístění do domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. V současnosti je převis poptávky nad kapacitou služeb odhadován zejména na základě statistik neuspokojených žádostí, které však realitu významně zkreslují.

Tyto statistiky totiž nezohledňují běžnou praxi, kdy si žadatelé podávají více paralelních přihlášek do různých zařízení, často i napříč kraji, s cílem zvýšit pravděpodobnost přijetí. Jedna osoba tak bývá vedena jako několik samostatných žádostí, což vede k nadhodnocení evidované poptávky a ztěžuje přesné plánování kapacit i identifikaci skutečných potřeb v jednotlivých regionech.

Závěr

Pro další desetiletí se jako rozhodující nejeví jediná izolovaná reforma, ale koordinovaná změna několika vzájemně provázaných oblastí. Úspěšný rozvoj dlouhodobé sociální péče v ČR bude záviset na tom, zda se podaří současně posilovat komunitní model péče, vytvořit funkční integrační rozhraní se zdravotní péčí, stabilizovat financování, rozšířit personální základnu, systematicky podporovat

neformální pečující a současně zlepšit práci s daty a plánování kapacit na základě přesnější evidence skutečné poptávky.

Právě kombinace těchto kroků rozhodne o tom, zda bude český systém schopen reagovat na rostoucí potřeby stárnoucí populace způsobem, který bude dostupný, kvalitní a dlouhodobě udržitelný.



„Dlouhodobá sociální péče vstupuje do období, kdy již nebude rozhodující pouze navyšování kapacit, ale především změna samotné logiky systému.“

Závěr studie

Tato studie ukazuje, že systém dlouhodobé sociální péče v České republice čelí v horizontu příštích desetiletí strukturální změně rozsahu i povahy, nikoli pouze postupnému růstu poptávky. Demografické projekce jednoznačně potvrzují rychlý nárůst populace ve vysokém věku, zejména ve skupinách 75+ a 85+, spojený s vyšší prevalencí chronických, neurodegenerativních a kombinovaných zdravotních obtíží. Tento vývoj zásadně mění charakter potřeb péče a klade nové nároky na její organizaci, personální zajištění i financování.

Analýza kapacit a dostupnosti služeb ukazuje, že současná struktura systému dlouhodobé péče již dnes naráží na své limity. Vysoký počet neuspokojených žádostí v pobytových i terénních sociálních službách, výrazné regionální rozdíly a rostoucí závislost na neformální péči signalizují dlouhodobou nerovnováhu mezi poptávkou a nabídkou. Scénáře vývoje do roku 2035 zároveň potvrzují, že žádný z realistických směrů vývoje neumožňuje zachovat současný model bez zásadních změn – ať už by šlo o plošné rozšiřování pobytových kapacit, nebo o výrazné přenesení zátěže na rodiny a terénní sociální služby.

Z ekonomického hlediska studie dokládá, že udržitelnost systému nebude možné zajistit pouze navyšováním veřejných výdajů. Fragmentovaný vícezdrojový model financování, vysoký podíl personálních nákladů a omezená vazba mezi úhradami a skutečnými potřebami péče zvyšují tlak jak na veřejné rozpočty, tak na domácnosti. Bez jasnějšího vymezení role jednotlivých zdrojů financování, silnější návaznosti na zdravotní složku péče a lepšího propojení plánování kapacit s alokací prostředků hrozí další zhoršování dostupnosti služeb i pracovní zátěže poskytovatelů.

Klíčovým průřezovým zjištěním studie je, že budoucí rozvoj dlouhodobé sociální péče není primárně otázkou volby mezi pobytovou a terénní sociální péčí, ale schopnosti vytvořit funkční, propojený a flexibilní systém. Zároveň se ukazuje, že jeho další rozvoj bude podmíněn i větší otevřeností a „demokratizací“ systému, tedy rozšířením možností volby pro klienty a jejich rodiny a posílením individualizace péče podle jejich potřeb a preferencí.

Přesun k silnějším komunitním a domácím formám péče, integrace sociální a zdravotní složky

a systematická podpora neformálních pečujících se ukazují jako nezbytné předpoklady zvládnutí demografického tlaku – nikoli však jako samostatná řešení. Současně je nezbytné odstranit existující regulační bariéry, které omezují vznik nových kapacit a brání flexibilnějším formám poskytování péče, a tím i efektivnějšímu přizpůsobení systému různorodým potřebám uživatelů.

V tomto kontextu vystupuje digitalizace jako nezbytný předpoklad systémové změny. Zkušenosti s telemedicínou, monitorovacími systémy a datově podloženým řízením péče ukazují, že digitální nástroje mohou významně přispět k lepší koordinaci služeb, včasné intervenci a efektivnějšímu využití omezených personálních kapacit. Jejich přínos se však neodvíjí od samotné technologie, ale od jejího metodického ukotvení, interoperability dat, návaznosti na úhradové mechanismy a kompetencí personálu. Bez těchto podmínek nelze očekávat systémový efekt ani dlouhodobou udržitelnost digitálních řešení.

Celkově studie ukazuje, že udržitelný rozvoj dlouhodobé sociální péče v České republice bude vyžadovat koordinovanou změnu několika vzájemně provázaných oblastí a paralelní zvyšování kapacit všech druhů a typů sociálních a sociálně-zdravotních služeb. Úspěch nebude záviset na jediné reformě, ale na kombinaci posílení komunitního modelu péče, vytvoření funkčního rozhraní se zdravotním systémem, stabilizace financování, systematické práce s personálními kapacitami a cílené podpory rodin a neformálních pečujících. Digitální nástroje a práce s daty přitom představují klíčový předpoklad, jak tyto změny propojit do jednoho funkčního celku.

Tato studie tak neposkytuje jediný „optimální“ model budoucího uspořádání, ale nabízí analytický rámec pro informovanou diskusi o směřování dlouhodobé sociální péče. Jejím cílem je přispět k tomu, aby se rozhodování o rozvoji systému opíralo o realistická data, scénáře a provázané pohledy na demografii, zdravotní stav, kapacity i ekonomiku péče. Právě schopnost takto integrovaného přístupu bude rozhodující pro to, zda se český systém dlouhodobé péče v příštích desetiletích dokáže adaptovat způsobem, který bude dostupný, kvalitní a dlouhodobě udržitelný.

„Dlouhodobou péči v ČR čeká zásadní strukturální změna, ne jen růst poptávky. Klíčem je propojený a flexibilní systém.“

Reference

1. ALZHEIMERIANS, o.p.s. Alzheimerova choroba – obecné informace [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/>
2. ARWS CZECH REPUBLIC s.r.o. Novinky v ARWS: PPP projekty v sociálních službách [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://arws.cz/novinky-v-arws/ppp-projekty-v-socialnich-sluzbach>
3. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR. Financování sociálních služeb v České republice – Fact sheets [online]. Praha: APSS ČR. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/files/files/Financov%C3%A1n%C3%AD%20soci%C3%A1ln%C3%ADch%20slu%C5%BEeb%20v%20%C4%8Cesk%C3%A9%20republice_FACT%20SHEETS.pdf
4. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR. KRÁSA, Václav; HORECKÝ, Jiří a kol. Pojištění dlouhodobé péče v ČR [online]. Praha: APSS ČR, 2020. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/media/sluzby/knihovna/odborna-publikacni-cinnost/dokumenty/pojisteni-dlouhodob-pece-v-cr.pdf>
5. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR. Personální kapacity sociálních služeb: desatero APSS 2021 [online]. Praha: APSS ČR, 2021. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/media/dokumenty/2022/desatero-2021-final.pdf>
6. BARBER, Sarah L., ONG, Paul, HAN, Zee H. Long-Term Care in Ageing Populations [online]. Kobe: WHO Centre for Health Development, 2025. [cit. 2026-05-25]. Dostupné z: <https://wkc.who.int/resources/publications/m/item/long-term-care-in-ageing-populations>
7. CENTRAL PROVIDENT FUND BOARD. CareShield Life [online]. Singapore: CPF Board, 2025. [cit. 2026-05-25]. Dostupné z: <https://www.cpf.gov.sg/member/healthcare-financing/careshield-life>
8. CENTRUM DLOUHODOBÉ PÉČE. Centrum dlouhodobé péče (webové stránky) [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.centrumdlouhodobepece.cz/>
9. CEREJEIRA J., LAGARTO L., MUKAETOVA-LADINSKA EB. Behavioral and psychological symptoms of dementia. Frontiers in Neurology. 2012; 3:73. DOI: 10.3389/fneur.2012.00073
10. COSTA-I-FONT, Joan; RAUT, Nilesh. Expanding private insurance for long-term care to reduce public spending [online]. VoxEU / CEPR, 20. 5. 2025. [cit. 2026-05-25]. Dostupné z: <https://cepr.org/voxeu/columns/expanding-private-insurance-long-term-care-reduce-public-spending>
11. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Naděje dožití – statistiky [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/seniori-v-datech/nadeje-dozeni>
12. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Obyvatelstvo podle pohlaví a věku + počet osob podle skupin ekonomické aktivity + obyvatelstvo 65+ let [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/docs/107508/c8dd5b2f-19c6-969c-a47f-8a11a8a4ad89/13015819a4.pdf?version=1.0>
13. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Projekce obyvatelstva 2025–2050 [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/seniori-v-datech/projekce-obyvatelstva>
14. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Příspěvek na péči (Senioři v datech) [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/seniori-v-datech/prispevek-na-peci>
15. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Příspěvek na péči loni využívalo více než 370 tisíc lidí [online]. Statistika a my. Praha: ČSÚ. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://statistikaamy.csu.gov.cz/prispevek-na-peci-loni-vyuzivalo-vice-nez-370-tisic-lidi>
16. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Senioři – demografická data [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/seniori?pocet=10 & start=0 & skupiny=31 & razeni=-datumVydani>
17. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Sociální dávky – výdaje na dávky (grafy) [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://csu.gov.cz/socialni-davky?pocet=10 & start=0 & podskupiny=193 & razeni=-datumVydani#grafy_vydaje-na-davky-mld-kc
18. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Sociální dávky [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/socialni-davky>
19. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Sociální služby – zaměstnanci v zařízeních sociálních služeb (časové řady) [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://csu.gov.cz/socialni-sluzby?pocet=10 & start=0 & podskupiny=194 & razeni=-datumVydani#data-a-casove-rady_zamestnanci-v-zarizenich-socialnich-sluzeb
20. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Sociální služby [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/socialni-sluzby>
21. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2024 [online]. Praha: ČSÚ, 2025. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/docs/107508/4996c80b-4f73-b285-555a-b518154e3fa4/19002925.pdf?version=1.3>
22. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Výdaje na zdravotní péči [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/vydaje-na-zdravotni-peci>
23. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Zemřelí, naděje dožití, příčiny smrti [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://csu.gov.cz/zemreli-nadeje-dozeni-priciny-smrti?pocet=10 & start=0 & podskupiny=134 & razeni=-datumVydani#data-a-casove-rady_nadeje-dozeni
24. ČT24. Domovy pro seniory mohou od ledna zdražit, už teď musí klienty odmítat [online]. 2025 [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/domovy-pro-seniory-mohou-od-ledna-zdrazit-uz-ted-musi-klienty-odmitat-368699>
25. ESG SENIORCARE. ESG SeniorCARE 2026 [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://www.esgseniorcare.eu/downloads/ESG_SeniorCARE_2026.pdf
26. EUROPEAN COMMISSION. Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on the European Health Data Space. COM(2022) 197 final. Brussels: European Commission; 3 May 2022. Dostupné z: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52022PC0197
27. EUROPEAN COMMISSION. The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070) [online]. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en
28. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Reform of long-term care in the Netherlands [online]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2020 [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/reform-of-long-term-care-in-the-netherlands>
29. EUROSTAT. Accrued-to-date pension entitlements in social insurance: Fact Sheet – Czech Republic [online]. November 2025. [cit. 2026-06-03]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/documents/7158500/12335606/CZ_T2900_factsheet.pdf/bb5f356b-0894-1e24-42cd-db408cf310f2?t=1612348297319
30. EUROSTAT. Healthy life years statistics [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics
31. FENKA ROBOTICS. Cleaning robots in care facilities, clinics, office complexes [online]. Pflege Plus, Messe TV; 2024 [cit. 2026-04-25]. Dostupné z: messe.tv/en/2024/pflege-plus/fenka-robotics-cleaning-robot
32. FRANĚK, O. Proč lidé volají záchranku častěji než dříve? Data ukazují překvapivý trend. Zdravotnický deník [online]. 21. dubna 2026 [cit. 2026-04-25]. Dostupné z: zdravotnickydenik.cz/2026/04/kdo-dnes-vola-zachranku-data-zmena/
33. FRANĚK, O. Účet za záchranku v roce 2024: 12 miliard. Záchranná služba.cz [online]. 9. 6. 2025 [cit. 2026-04-25]. Dostupné z: zachrannaslužba.cz/ucet-za-zachranky-v-roce-2024-12-miliard/
34. GESAMTVERBAND DER DEUTSCHEN VERSICHERUNGSWIRTSCHAFT. Pflegezusatzversicherung – Statistik [online]. Berlin: GDV. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.gdv.de/gdv/statistik/statistiken-zur-deutschen-versicherungswirtschaft-uebersicht/private-krankenversicherung/pflegezusatzversicherung-137906>
35. GEYER, Johannes a kol. Long-term care in Germany [online]. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2023. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.nber.org/papers/w31870>
36. GONZÁLEZ-CASTRO A., LEIRÓS-RODRÍGUEZ R., PRADA-GARCÍA C., BENÍTEZ-ANDRADES JA. The Applications of Artificial Intelligence for Assessing Fall Risk: Systematic Review. Journal of Medical Internet Research [online]. 2024;26:e54934 [cit. 2026-04-25]. DOI: 10.2196/54934. Dostupné z: jmir.org/2024/1/e54934

37. HL7 INTERNATIONAL. FHIR Specification Overview [online]. HL7 International; 2021 [cit. 2026-04-25]. Dostupné z: hl7.org/fhir/overview.html
38. iDNES.cz. Nemovitostní fondy: rady Partners [online]. Praha: iDNES.cz, 2024. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/finance/investovani/nemovitostni-fondy-rady-partners.A241217_083348_inv_frp
39. IKEGAMI, Naoki. Japan: Pricing Long-Term Care for Older Persons [online]. Paris: OECD Publishing; 2021. [cit. 2026-05-25]. Dostupné z: <https://wkc.who.int/docs/librariesprovider24/publications-documents/oecd-2021-japan.pdf>
40. INGLIS SC., CLARK RA., DIERCKX R., PRIETO-MERINO D., CLELAND JGF. Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;10:CD007228. DOI: 10.1002/14651858.CD007228.pub3
41. INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION. Long-term care in the European Union: Situation, challenges and perspectives [online]. Geneva: ISSA. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.issa.int/analysis/long-term-care-european-union-situation-challenges-and-perspectives>
42. JANLÖV, Nils, BLUME, Sara, GLENNGÅRD, Anna Häger, HANSPERS, Kajsa, ANELL, Anders a MERKUR, Sherry. Sweden: Health System Review 2023. Health Systems in Transition, Vol. 25, No. 4 [online]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2023 [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/sweden-health-system-review-2023>
43. MARJANOVIC N., JONCHIER M., GUENEZAN J. et al. Telemedicine in Nursing Home Residents Requiring a Call to an Emergency Medical Communication Center. Journal of the American Medical Directors Association. 2024;25(2):195–200. DOI: 10.1016/j.jamda.2023. 09. 019
44. MINISTERSTVO FINANČÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Vyšší státní podpora pro individuální spojení na stáří [online]. Praha: MF ČR, 2023. [cit. 2026-06-03]. Dostupné z: <https://mf.gov.cz/cs/ministerstvo/media/tiskove-zpravy/2023/vyssi-statni-podpora-pro-individualni-sp-51620>
45. MINISTERSTVO FINANČÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s rozvojem finančního trhu a s podporou zajištění na stáří publikován ve Sbírce zákonů [online]. Praha: MF ČR, 2024. [cit. 2026-06-03]. Dostupné z: <https://mf.gov.cz/cs/financni-trh/kapitalovy-trh/podnikani-na-kapitalovem-trhu/2024/zakon-kterym-se-meni-nektere-zakony-v-souvislosti-54456>
46. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Analýza financování sociálních služeb [online]. Praha: MPSV ČR, 2019. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://mpsv.gov.cz/cms/documents/90b2136b-c951-97e7-1762-a6b9d4f2ab3a/Anal%C3%BDza%20financov%C3%A1n%C3%AD%20soci%C3%A1ln%C3%ADch%20slu%C5%BFeb_2019.pdf
47. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Do roku 2040 bude kvůli stárnutí potřeba skoro 36 000 nových lůžek [online]. Praha: MPSV ČR, 2023. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://cesky.radio.cz/mpsv-do-roku-2040-bude-kvuli-starnuti-potreba-skoro-36-tisic-novych-luzek-v-8845616>
48. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Dotace na poskytování sociálních služeb [online]. Praha: MPSV ČR. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/dotace-na-poskytovani-socialnich-sluzeb>
49. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2026–2030 [online]. Praha: MPSV, 2025. Schváleno usnesením vlády č. 1006 ze dne 10. 12. 2025. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/strategicke-a-analyticke-dokumenty-k-socialnim-sluzbam>
50. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR a SC & C spol. s r.o. Průzkum veřejného mínění na téma „Pečující osoby v ČR“: závěrečná zpráva [online]. Praha: MPSV ČR, 2023. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://mpsv.gov.cz/cms/documents/f0e2e854-7746-9cf8-b260-11dd74c6f0db/Z%C3%A1v%C4%9Bre%C4%8Dn%C3%A1%20zpr%C3%A1va_Pe%C4%8Duj%C3%ADc%C3%AD%20osoby%20v%20C4%8CR.pdf
51. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Příspěvek na péči [online]. Praha: MPSV ČR. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/prispevek-na-peci>
52. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2025 [online]. Praha: MPSV ČR, 2024. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci-2024>
53. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. SUIP: boj proti nelegálnímu zaměstnávání a ochrana pracovních podmínek [online]. Praha: MPSV ČR. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/suip-boj-proti-nelegalnimu-zamestnavani-a-ochrana-pracovnich-podmin-1>
54. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Vyhlášení dotačního řízení MPSV pro kraje a hlavní město Prahu pro rok 2026 v oblasti poskytování sociálních služeb [online]. Praha: MPSV ČR, 2025. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/vyhlaseni-dotacniho-rizeni-mpsv-pro-kraje-a-hlavni-mesto-prahu-pro-rok-2026-v-oblasti-poskytovani-socialnich-sluzeb>
55. MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ ČR. Kohezní politika po roce 2020 [online]. DotaceEU. Praha: MMR ČR. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.dotaceeu.cz/cs/evropske-fondy-v-cr/kohezni-politika-po-roce-2020>
56. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016–2019 [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/12997/28542/N%C3%A1rodn%C3%AD_ak%C4%8Dn%C3%AD_pl%C3%A1n_pro_Alzheimerovu_nemoc_a_dal%C5%A1%C3%AD_obdobn%C3%A1_onemocn%C4%9Bn%C3%AD_na_l%C3%A9ta_2016_-_2019.pdf
57. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Národní strategie elektronického zdravotnictví ČR 2025–2035 [tisková zpráva online]. Praha: MZ ČR; 2024 [cit. 2026-04-25]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/narodni-strategie-elektronickeho-zdravotnictvi-cr-2025-2035-prinese-moderni-propojeny-a-bezpecny-e-health-system/>
58. MPSV – MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Predikce potřeb dlouhodobé péče: Česko čeká jeden z největších úkolů příštích desetiletí [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/predikce-potreb-dlouhodob-pece-cesko-ceka-jeden-z-nejvetsich-ukolu-pristich-desetileti>
59. MPSV – MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025 [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://mpsv.gov.cz/cms/documents/e2598e69-4521-f878-956b-71947bc56581/Strategicky_ramec_pripravy_na_starnuti_spolecnosti_2021-2025.pdf
60. NZIP. Alzheimerova nemoc a neurčené demence – otevřená data [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/data/2057-alzheimerova-nemoc-neurcene-demence-otevrena-data>
61. NZIP. Predikce potřeb – datový souhrn [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/data/2548-predikce-potreb-datovy-souhrn>
62. OBČASNÍK.EU. Rakouský investor mění PPP projekt v Humpolci [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.obcasnik.eu/video-rakousky-investor-meni-ppp-projekt-v-humpolci/>
63. OECD. Beyond Applause: Improving Working Conditions in Long-Term Care. Paris: OECD Publishing; 2023. DOI: 10.1787/b5de3f87-en
64. OECD. Health at a Glance 2023: Digital Health at a Glance. Paris: OECD Publishing; 2023. DOI: 10.1787/7a7afb35-en
65. OECD. Realising the Potential of Primary Health Care. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2020. DOI: 10.1787/a92adee4-en
66. PAPE, Marketa. Reforming long-term care in the EU [online]. Brussels: European Parliamentary Research Service (EPRS), 2023. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2023/751475/EPRS_ATA%282023%29751475_EN.pdf
67. PELHRIMOVSKÝ DENÍK. Humpolec: domov důchodců jako unikát [online]. 23. 4. 2020 [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://pelhrimovsky.denik.cz/zpravy_region/humpolec-domov-duchodcu-unikat-20200423.html
68. PRŮŠA, Ladislav; HORECKÝ, Jiří. Jak se změnila struktura příjemců příspěvku na péči podle forem poskytovaných sociálních služeb? [online]. Praha: APSS ČR, 2023. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://horecky.cz/wp-content/uploads/2023/01/LEDEN_pracovni2.pdf
69. ResearchAndMarkets. Nursing Robots Market Trends and Forecasts 2025–2030. GlobeNewswire [online]. 24. 9. 2025 [cit. 2026-04-25]. Dostupné z: globenewswire.com/news-release/2025/09/24/3155293/28124/en/Nursing-Robots-Market-Trends-and-Forecasts-2020-2024-2025-2030-Aging-Population-and-Nurse-Shortages-Drive-Growth-in-Japan-and-North-America.html
70. SEZNAM ZPRÁVY. Blíží se náraz: každých pět let přibude 20 000 lidí, kteří potřebují místo s péčí [online]. Praha: Seznam Zprávy, 2026. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/domaci-zivot-v-cesku-blizi-se-naraz-co-pet-let-pribude-20-tisic-lidi-kteri-potrebuji-misto-s-peci-291126>
71. STATISTICS SWEDEN (SCB). Statistics on care and services for the elderly [online]. Stockholm: SCB, 2024. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.scb.se/en/>
72. STATISTISCHES BUNDESAMT (Destatis). Population projection and long-term care demand in Germany [online]. Wiesbaden: Destatis, 2026. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Population/Population-Projection/_node.html

73. ŠPIČKOVÁ P., PAUZAROVÁ M. Vysočina testuje telemedicínu v domovech seniorů. ČT24 [online]. 29. 8. 2025 [cit. 2026-04-25]. Dostupné z: ct24.ceskatelevize.cz/clanek/regiony/vysocina-testuje-telemedicinu-v-domovech-senioru-364515
74. ŠVARCOVÁ, Věra, SÝKORA, Roman. PPP projekt – Humpolec [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://www.dataplan.info/img_upload/f96fc5d7def29509aeffc6784e61f65b/03_svarcova_ppp-projekt-humpolec_26012023.pdf
75. TĚŠAR, Michal. Newtown – modelové přístupy k PPP projektům [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://www.zelena-mesta.cz/wp-content/uploads/2021/05/3_Tesar_Newton.pdf
76. THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. Regulation (EU) 2024/1689 laying down harmonised rules on artificial intelligence (Artificial Intelligence Act). Official Journal of the European Union [online]. 13. 6. 2024 [cit. 2026-04-25]. Dostupné z: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32024R1689
77. ÚŘAD PRÁCE ČR. Příspěvek na péči – přehled (tabulka) [online]. Praha: Úřad práce ČR, 2026. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: https://up.gov.cz/cms/documents/fdbb6096-d5c9-d7fd-b0e8-ac614012d540/UP-Prispevek-na-peci_2026.pdf
78. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (III) - poskytování neformální péče a její dopad na zaměstnanost a zdraví [online]. Praha: ÚZIS ČR. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record & id=5215>
79. ÚZIS – ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIK ČR. Datový balíček (Excel) – složka Data [interní dataset]. Praha: ÚZIS ČR, 2025. [cit. 2026-05-06].
80. ÚZIS – ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIK ČR. Ročenka psychiatrie / statistiky Alzheimer a demence [online]. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/rocenka/>
81. V krajských domovech pro seniory se testuje využití telemedicíny [tisková zpráva]. Jihlava: Kraj Vysočina; 2024 [cit. 2026-04-25]. Dostupné z: kr-vysocina.cz/v-krajskych-domovech-pro-seniory-se-testuje-vyuziti-telemediciny/d-4134189
82. VROOMEN, L. a kol. Utilisation of nursing home care before and after the 2015 Dutch national reform: an interrupted time series analysis [online]. Age and Ageing, 2025, vol. 54, no. 2, afaf018. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/ageing/article/54/2/afaf018/7998364>
83. WORLD HEALTH ORGANIZATION. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO; 2020. ISBN 978-92-4-000327-9. Dostupné z: iris.who.int/handle/10665/331677
84. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: WHO; 2019. ISBN 978-92-4-155050-5. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Dostupné z: iris.who.int/handle/10665/311941
85. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění zákona č. 240/2024 Sb.; Vyhláška č. 30/2025 Sb., o telemedicínských zdravotních službách.
86. ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. Na financování sociálních služeb dá MPSV příští rok 28,5 miliardy korun [online]. Praha: Zdravotnický deník, 2024. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2024/12/na-financovani-socialnich-sluzeb-da-mpsv-pristi-rok-285-miliardy-korun/>
87. ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. Propojená data: potřeby sociálně-zdravotní péče [online]. Praha: Zdravotnický deník, 2025. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2025/09/propojena-data-potreby-socialne-zdravotni-pece/>
88. ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. Sociální služby zdraží [online]. Praha: Zdravotnický deník, 2025. [cit. 2026-05-06]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2025/11/socialni-sluzby-zdrazi/>



Příloha 1: Koncentrace trhu domovů pro seniory a domovů se zvlášním režimem

TABULKA P1-1: NEJVĚTŠÍ POSKYTOVATELÉ POBYTOVÝCH SLUŽEB PRO SENIORY PODLE POČTU LŮŽEK V ČESKÉ REPUBLICE¹⁸

Název provozovatele	Počet lůžek
Moravskoslezský kraj	7 620
Senevida	6 969
Jihomoravský kraj	6 200
Praha	4 800
Olomoucký kraj	3 920
Středočeský kraj	3 740
Kraj Vysočina	3 740
Brno	2 700
Charita ČR	1 599
Diakonie ČCE	971
Clementas	690
AHC (Partners banka – Simplea pojišťovna)	600
Senior-Komplex	600
ESG SeniorCare SICAV	500
SeniorGarden	350
CentrIn	293
Armáda spásy	230
Slezská diakonie	86
NADĚJE	78

Zdroj: Deloitte, na základě analýzy registrů poskytovatelů sociálních služeb a interních dat APSS (2024).

Příloha 2: Maximální výše úhrad za pečovatelskou službu v roce 2024

TABULKA P2-1: MAXIMÁLNÍ REGULOVANÉ ÚHRADY ZA VYBRANÉ ÚKONY PEČOVATELSKÉ SLUŽBY V ROCE 2024

	Do 30. 6. 2024	Od 1. 7. 2024	Jednotka úhrady
Péče nad 80 hod/měsíčně	135 Kč	145 Kč	za hodinu*
Péče pod 80 hod/měsíčně	155 Kč	165 Kč	za hodinu*
Dovoz a donáška jídla	50 Kč	60 Kč	za úkon
Vyprání a vyžehlení 1 kg prádla	90 Kč	100 Kč	za úkon
Týdenní nákup potravin, nákup oblečení nebo vybavení	160 Kč	170 Kč	za úkon

* Úhrada se poměrně krátí podle skutečně spotřebovaného času

Zdroj: Český statistický úřad (ČSÚ).

¹⁸ Pozn.: Tabulka zahrnuje územní samosprávné celky i soukromé a neziskové poskytovatele; cílem je ilustrace koncentrace kapacit, nikoli právní forma provozovatele.

Příloha 3: Provozní dotace MPSV 2026

TABULKA P3-1: DOTACE MPSV NA SOCIÁLNÍ SLUŽBY V ROCE 2026, MINIMÁLNÍ OSTATNÍ ÚHRADY

	Max. uznatelné náklady / lůžko	Stanovená podpora / lůžko	Min. úhrada uživatele / lůžko	Min. úhrada zdravotních pojišťoven / lůžko	Ostatní zdroje
Celostátní působnost (MPSV)					
DS	n/a	n/a	21 000 Kč / měsíc 700 Kč / den*	6 000 Kč / měsíc 200 Kč / den*	n/a
DZR	n/a	n/a	20 000 Kč / měsíc 667 Kč / den*	6 000 Kč / měsíc 200 Kč / den*	n/a
Praha					
DS	n/a	n/a	21 000 Kč / měsíc 700 Kč / den*	6 000 Kč / měsíc 200 Kč / den*	n/a
DZR	n/a	n/a	20 000 Kč / měsíc 667 Kč / den*	6 000 Kč / měsíc 200 Kč / den*	n/a
Moravskoslezský kraj					
DS	984 000 Kč / rok	n/a	20 000 Kč / měsíc 667 Kč / den*	2 000 Kč / měsíc 67 Kč / den*	n/a
DZR	1 177 000 Kč / rok	n/a	20 000 Kč / měsíc 667 Kč / den*	2 000 Kč / měsíc 67 Kč / den*	n/a
Jihočeský kraj					
DS	n/a	n/a	910 Kč / den	170 Kč / den	10 %
DZR	n/a	n/a	990 Kč / den	190 Kč / den	10 %
Plzeňský kraj					
DS	n/a	1 790 Kč / den	935 Kč / den	n/a	n/a
DZR	n/a	1 840 Kč / den	1 050 Kč / den	n/a	n/a

Pozn. (*): Přepočet Deloitte, předpokládá 12 měsíců v roce, 30 dní v měsíci

Zdroje:

- MPSV. Vyhlášení dotačního řízení v oblasti poskytování sociálních služeb s nadregionální či celostátní působností [online]. [cit. 2026-05-20]. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/vyhlaseni-dotacniho-rizeni-v-oblasti-poskytovani-socialnich-sluzeb-s-nadregionalni-ci-celostatni-pusobnosti-1>
- Jihočeský kraj. Principy, priority a pravidla pro stanovení výše účelové dotace na podporu poskytování sociálních služeb v roce 2026 [online]. [cit. 2026-05-20]. Dostupné z: https://socialniportal.kraj-jihocesky.cz/sites/default/files/inline-files/financujeme/DR2026/Pr_1_Metodiky_Principy_2026.pdf
- Plzeňský kraj. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji na období 2026 – 2028 [online]. [cit. 2026-05-20]. Dostupné z: https://socialnisluzby.plzensky-kraj.cz/Uploads/Files/y2ojsbxl_oea.pdf
- Hlavní město Praha. Program podpory registrovaných sociálních služeb pro poskytovatele sociálních služeb, kteří poskytují sociální služby zejména na území hl. m. Prahy nebo občanům hl. m. Prahy pro rok 2026 [online]. [cit. 2026-05-20]. Dostupné: https://praha.eu/documents/d/socialni/dotace_2026

Příloha 4: Seznam základních životních potřeb posuzovaných při žádosti o příspěvek na péči

TABULKA P4-1: ZÁKLADNÍ ŽIVOTNÍ POTŘEBY POSUZOVANÉ PŘI ŽÁDOSTI O PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Číslo	Název	Stručný popis
1	Mobilita	vstávání, usedání, chůze, změna polohy
2	Orientace	orientace v čase, prostoru, situaci, osobách
3	Komunikace	schopnost vyjadřovat se a rozumět (slovně, písmem, alternativně)
4	Stravování	příprava pokrmu, krájení, konzumace, dodržení diet
5	Oblékání a obouvání	výběr, oblékání, svlékání, manipulace s obuví
6	Tělesná hygiena	mytí, koupání, péče o tělo
7	Výkon fyziologické potřeby	použití WC, inkontinence, hygienické pomůcky
8	Péče o zdraví	užívání léků, základní léčebné úkony
9	Osobní aktivity	smysluplné trávení času, sociální kontakt
10	Péče o domácnost (neposuzuje se u osob do 18 let)	úklid, nákupy, vaření, praní

Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (MPSV).

Příloha 5: Výše příspěvku na péči o osoby ve věku nad 18 let

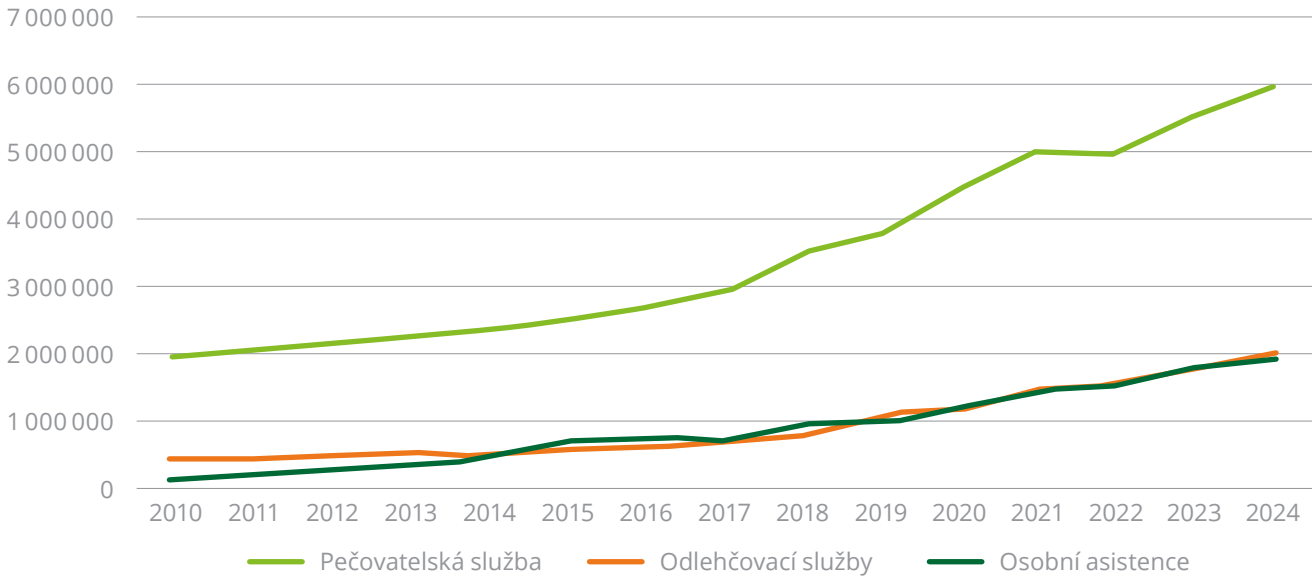
TABULKA P5-1: VÝŠE PŘÍSPĚVKU NA PÉČI U OSOB VE VĚKU NAD 18 LET PODLE STUPNĚ ZÁVISLOSTI

Stupeň závislosti	Počet nezvládaných životních potřeb	Pobytové sociální služby	Ostatní
I. lehká	3-4	1 300 Kč	1 300 Kč
II. středně těžká	5-6	5 400 Kč	5 400 Kč
III. těžká	7-8	14 800 Kč	14 800 Kč
IV. úplná	9-10	23 000 Kč	27 000 Kč

Zdroj: Úřad práce České republiky.

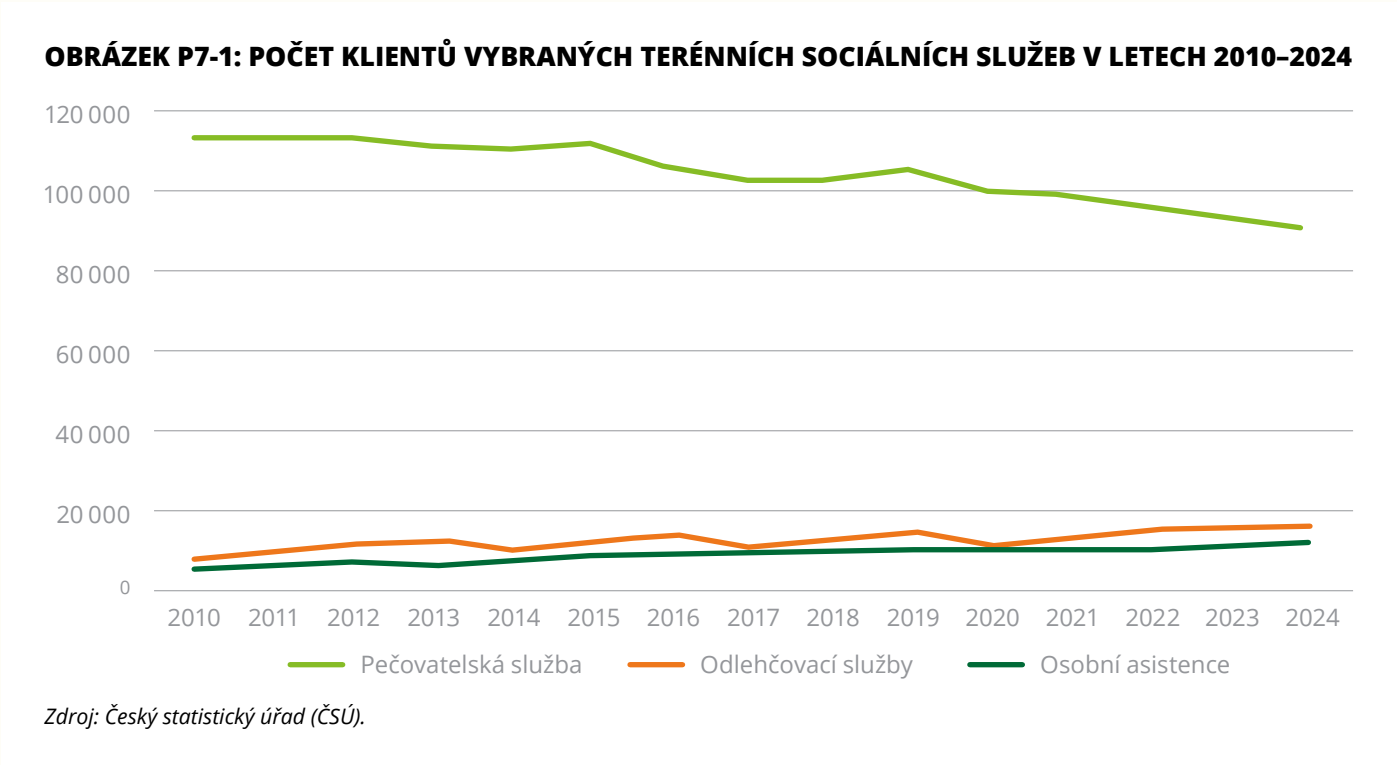
Příloha 6: Detail výdajů na vybrané terénní sociální služby, 2010–2024

OBRÁZEK P6-1: VÝDAJE NA VYBRANÉ TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY V LETECH 2010–2024

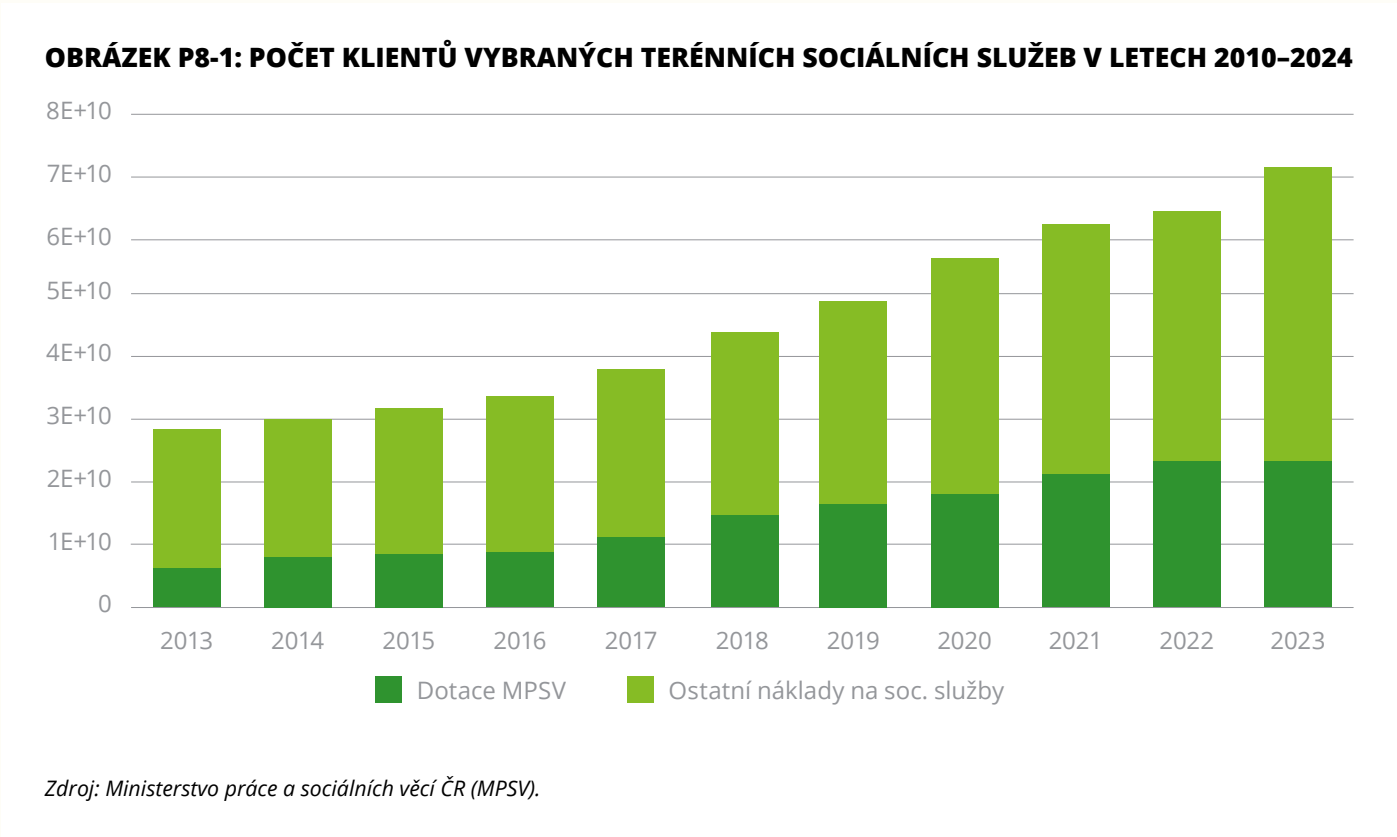


Zdroj: Český statistický úřad (ČSÚ).

Příloha 7: Detail počtu klientů vybraných terénních sociálních služeb, 2010-2024



Příloha 8: Vývoj podílu dotací MPSV na celkovém financování sociálních služeb, 2013-2023



Příloha 9: Soukromé pojištění dlouhodobé péče v České republice

TABULKA P9-1: SOUKROMÉ POJIŠTĚNÍ DLOUHODOBÉ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

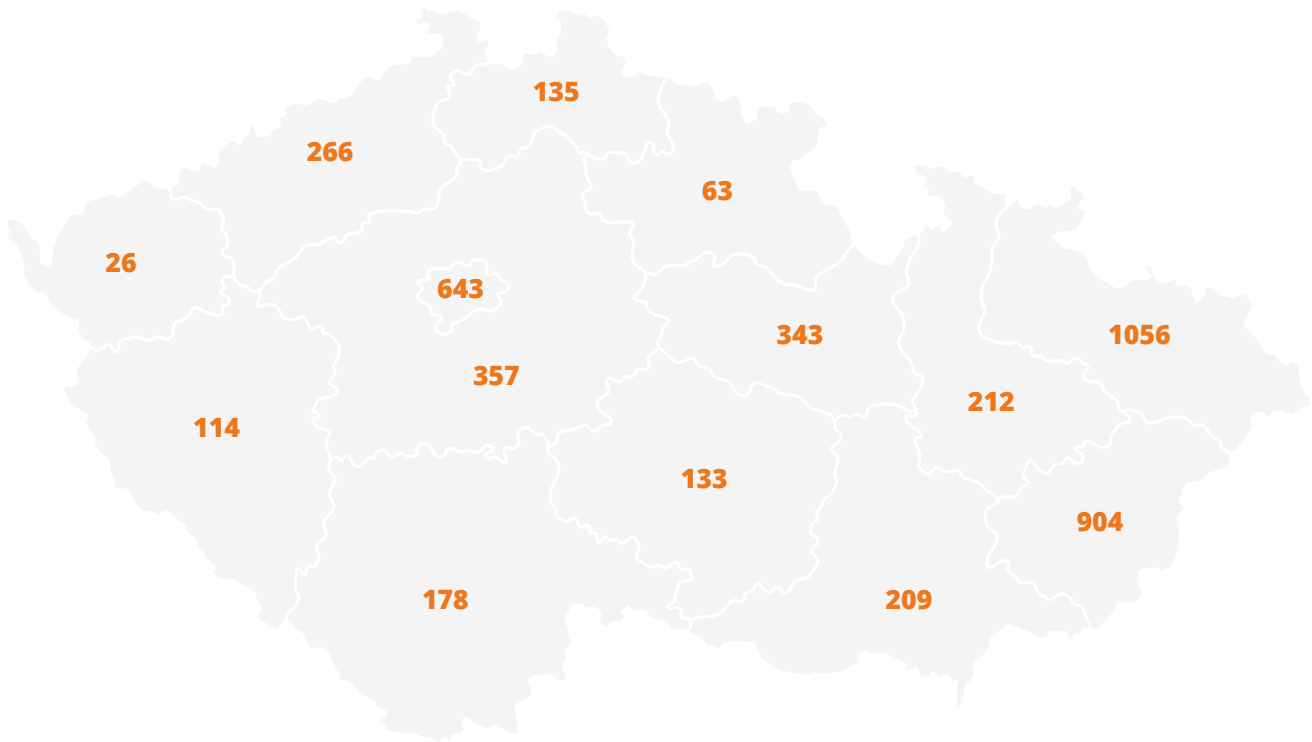
Několik pojišťoven na českém trhu nabízí soukromé pojištění dlouhodobé péče. Cena obvykle závisí na věku a zdravotním stavu pojištěného. Pojištění pro III. a IV. stupeň závislosti je daňově odpočitatelné.

Pojišťovna	Název pojištění	Pojištění podle stupně závislosti a výplaty	Další informace
NN životní pojišťovna	Pojištění dlouhodobé péče	III.–IV. stupeň: neomezené plnění I.–II. stupeň: max. 730 dní	Cena závisí na věku v době sjednání Průměrně cca 300 Kč / měsíc
	Simplea 2.0	II.–IV. stupeň: neomezené plnění Výplata 100–2 000 Kč / den	–
Simplea	Pojištění dlouhodobé péče	III.–IV. stupeň: neomezené plnění Výplata 600 Kč / den	Umístění v partnerském zařízení bez dodatečných poplatků
Allianz	Pojištění dlouhodobé péče	II.–IV. stupeň: neomezené plnění Výplata 5 000–50 000 Kč / měsíc	Cena závisí na aktuálním věku a výši plnění; od 273 Kč / měsíc
Kooperativa	Pojištění závislosti FLEXI	II.–IV. stupeň: neomezené plnění	Sociální a zdravotní infolinka Maják: odborné poradenství
Jako součást životního pojištění	Kooperativa: životní pojištění FLEXI, zahrnuje závislost II.–IV. stupně; neomezené plnění UNIQA: životní pojištění „Život & radost“; neomezené plnění Generali: životní pojištění; II.–IV. stupeň závislosti, měsíční plnění po dobu 30 let ČPP: životní pojištění NEON – volitelné připojištění; II.–IV. stupeň závislosti		

Zdroj: NN životní pojišťovna, Kooperativa, Simplea, Allianz, Uniqa, Generali Česká pojišťovna, ČPP

Příloha 10: Neuspokojené žádosti o odlehčovací služby, 2024

OBRÁZEK P10-1: NEUSPOKOJENÉ ŽÁDOSTI O ODLEHČOVACÍ SLUŽBY DLE KRAJŮ V ROCE 2024



Zdroj: Český statistický úřad (ČSÚ).

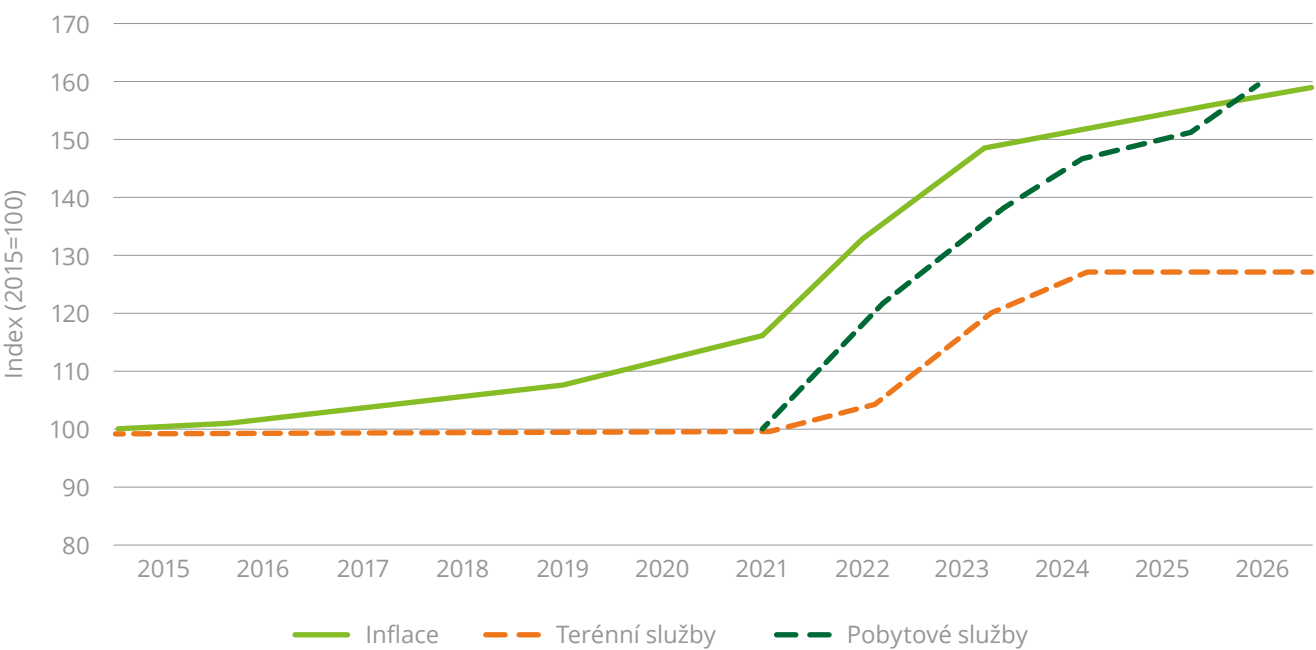
Příloha 11: Vývoj maximálních úhrad sociálních služeb a inflace (2015–2026)

TABULKA P11-1: VÝVOJ MAXIMÁLNÍCH ÚHRAD POBYTOVÝCH A TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB VE VZTAHU K INFLACI (2015–2026)

Rok	Pobytové služby (Kč/den)	Terénní služby ¹⁹ (Kč/hod)	Meziroční inflace (%)	Index pobytových služeb	Index terénních služeb	Souhrnný index úhrad	Index inflace	Reálná hodnota úhrad (%)
2015	380	130	0,3 %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,00 %
2016	380	130	0,7 %	100,0	100,0	100,0	100,7	99,30 %
2017	380	130	2,5 %	100,0	100,0	100,0	103,2	96,88 %
2018	380	130	2,1 %	100,0	100,0	100,0	105,4	94,89 %
2019	380	130	2,8 %	100,0	100,0	100,0	108,3	92,31 %
2020	380	130	3,2 %	100,0	100,0	100,0	111,8	89,44 %
2021	380	130	3,8 %	100,0	100,0	100,0	116,1	86,17 %
2022	455	135	15,1 %	119,7	103,8	115,7	133,6	86,61 %
2023	515	155	10,7 %	135,5	119,2	131,4	147,9	88,84 %
2024	560	165	2,4 %	147,4	126,9	142,2	151,4	93,88 %
2025	575	165	2,5 %	151,3	126,9	145,1	155,2	93,49 %
2026	625	165	2,1 % ²⁰	164,5	126,9	154,9	158,5	97,75 %

Zdroj: Vlastní zpracování na základě vyhlášky č. 505/2006 Sb. (ve znění pozdějších předpisů) a dat ČSÚ (index spotřebitelských cen).

OBRÁZEK P11-1: VÝVOJ INDEXU MAXIMÁLNÍCH ÚHRAD A INFLACE (2015 = 100)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě vyhlášky č. 505/2006 Sb. (ve znění pozdějších předpisů) a dat ČSÚ (index spotřebitelských cen).

Tabulka a graf ilustrují vývoj maximálních úhrad za pobytové a terénní sociální služby ve vztahu k inflaci v období 2015–2026. Z dat je patrné, že v letech 2015–2021 zůstávaly úhrady nominálně prakticky neměnné, zatímco inflace kumulativně narůstala. To vedlo k reálnému poklesu jejich hodnoty, který se kumuloval v čase.

K výraznější úpravě regulovaných úhrad dochází až po roce 2022, kdy došlo k jejich skokovému navýšení.

Toto zvýšení však primárně kompenzuje předchozí ztrátu reálné hodnoty a nevede k plnému dorovnání inflačního vývoje nákladů na poskytování péče.

Vývoj reálné hodnoty úhrad tak potvrzuje, že regulace cen představovala v minulém období významný faktor omezující finanční udržitelnost poskytovatelů sociálních služeb.

¹⁹ Pojem „terénní služby“ je v tabulce použit jako souhrnné označení pro sociální služby poskytované v přirozeném prostředí klienta. Vyhláška č. 505/2006 Sb. tento zastřešující pojem nepoužívá a upravuje jednotlivé druhy služeb samostatně — maximální hodinové úhrady uvedené v tabulce vycházejí zejména z § 5 (osobní asistence) a § 6 (pečovatelská služba), které představují kvantitativně nejvýznamnější terénní sociální služby pro cílovou skupinu seniorů a osob se zdravotním postižením.

²⁰ Hodnota inflace pro rok 2026 představuje předběžný odhad vycházející z dat Českého statistického úřadu ke květnu 2026 a může se lišit od výsledné roční hodnoty (ČSÚ, Předběžný odhad indexu spotřebitelských cen — květen 2026, dostupné z: <https://csu.gov.cz/rychle-informace/predbezny-odhad-indexu-spotrebitelskych-cen-kveten-2026>).

PŘÍLOHA ZADAVATELE STUDIE

7 bodů pro vládu

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR je již řadu let nejen účastníkem, ale především iniciátorem diskuzí o nezbytných budoucích kapacitách sociálních služeb, neudržitelnosti systému financování sociálních služeb a nedostatečné integraci sociálních a zdravotních služeb. V rámci těchto témat předkládáme různé návrhy a možné scénáře budoucího vývoje.

Jsem rád, že studie renomované společnosti Deloitte, kterou jsme si nechali zpracovat, potvrzuje – a to na základě celé řady analytických dat – závažnost problémů a výzev, jimž bude Česká republika čelit. Studie komplexně propojuje dostupná data, interpretuje je a využívá je k predikci budoucího vývoje i k formulaci možných řešení. Z mého pohledu je nezbytné, aby stát, resp. vláda ČR, začaly aktivně hledat řešení.

Na základě závěrů studie bych doporučil, aby vláda přijala následujících 7 konkrétních opatření reagujících na hlavní rizika identifikovaná v analýze: rychlý nárůst populace 80+ a 85+, rostoucí počet lidí s demencí, nedostatek kapacit, personální krizi a neudržitelnost současného modelu péče.

1

Koordinační orgán a silný signál pro systémové, investiční a další klíčové aktivity

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR by mělo zřídit Výbor pro budoucí dostupnost sociálních služeb, jehož úkolem bude připravit koordinační akční plán a formulovat doporučení pro klíčové aktéry (stát, kraje, města, obce, poskytovatele sociálních služeb, soukromý sektor, zdravotní pojišťovny, bankovní i neziskový sektor). Cílem je zajistit optimální reakci na přicházející demografické změny a předložit řešení směřující k budoucí dostupnosti sociálních služeb.

Zajištění dostatečné kapacity sociálních služeb pro seniory bude v České republice v příštích 10 letech naprosto klíčové. Výrazně se zvýší počet starších osob, a s tím i počet lidí, kteří budou potřebovat péči, pomoc a podporu v každodenním životě. Bez včasného posílení kapacit (terénních a ambulantních služeb, pobytové péče i odlehčovací služeb), stabilního financování a dostatku kvalifikovaných pracovníků hrozí přetížení rodin, prodlužování čekacích dob, zhoršení dostupnosti péče v regionech a rostoucí tlak na zdravotnictví, které bude suplovat chybějící sociální podporu.

Naopak promyšlené rozšíření a modernizace sítě služeb mohou seniorům umožnit déle žít důstojně a bezpečně doma, snížit náklady spojené s krizovými hospitalizacemi a posílit soudržnost komunit. Nejde tedy pouze o sociální otázku, ale i ekonomickou a zdravotně-systémovou prioritu státu.

Konkrétní kroky:

- Zřízení Výboru pro budoucí dostupnost sociálních služeb
- Zapojení všech relevantních partnerů
- Stanovení časového plánu činnosti a její okamžité započetí

2

Přijmout Národní investiční plán dlouhodobé péče do roku 2040

Vláda by měla schválit víceletý investiční program výstavby a modernizace zařízení sociální péče s jasně stanovenými cíli pro jednotlivé kraje, do kterého zapojí všechny relevantní a dostupné zdroje, tj. evropské zdroje, prostředky krajů, měst a obcí, zdroje bank, pojišťoven, penzijních fondů, nástroje Národní rozvojové banky a další vhodné zdroje.

Konkrétní kroky:

Bez nových investic bude rozdíl mezi kapacitou a poptávkou dále narůstat. Již dnes existují desetitisíce neuspokojených žádostí o pobytové služby.

- Každoročně navyšovat kapacitu domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem (v rámci stanoveném Koordinačním akčním plánem)
- Využít investiční zdroje pro posílení kapacit komunitních sociálních služeb
- Využít kombinaci státních prostředků, fondů EU, krajských zdrojů a soukromých investic
- Podporovat PPP projekty a investice pojišťoven a penzijních fondů

3

Vybudovat integrovaný systém sociálně-zdravotní péče

Největší systémovou slabinou je oddělené fungování sociálních a zdravotních služeb. Cílem je, aby klient nepřecházel mezi dvěma oddělenými systémy, ale dostával jednu koordinovanou službu.

Konkrétní kroky:

- Vytvořit společný zákonný rámec dlouhodobé péče
- Zavést sdílené financování
- Rozšířit zdravotní péči v pobytových zařízeních
- Vytvořit pozici koordinátora péče pro osoby s vysokou mírou závislosti

4

Masivně rozšířit domácí a komunitní péči

Studie ukazuje, že budoucí potřebu nelze pokrýt pouze výstavbou nových domovů. Pobytová péče musí být prioritně určena lidem s vysokou závislostí a demencí, zatímco ostatní mají mít možnost zůstat co nejdéle doma.

Konkrétní kroky:

- Zdvojnásobit kapacity pečovatelské služby
- Rozšířit osobní asistenci a odlehčovací služby
- Financovat komunitní centra a denní stacionáře
- Podpořit vznik multidisciplinárních týmů v obcích

5

Spustit program podpory rodinných pečujících

Rodiny dnes nesou podstatnou část péče, ale systém je podporuje nedostatečně. Bez podpory rodin hrozí odchody z trhu práce, vyšší chudoba domácností a přetížení zdravotního systému.

Konkrétní kroky:

- Zavést systém „doprovázení“ a podpory neformálních pečujících
- Rozšířit síť odlehčovacích služeb
- Financovat bezplatné poradenství a vzdělávání pečujících

6

Přijmout personální strategii pro sociální služby

Do roku 2035 bude jedním z největších problémů nedostatek pracovníků. Stejně důležitá jako výstavba nových zařízení bude schopnost zajistit lidi, kteří v nich budou pracovat.

Konkrétní kroky:

- Postupně zvyšovat mzdy a platy pracovníků v sociálních službách v návaznosti na růst zdrojů
- Umožnit kariérní systém změnou kompetencí a kvalifikací
- Zjednodušit zaměstnávání kvalifikovaných pracovníků ze zahraničí
- Snížit administrativní zátěž personálu

7

Digitalizovat a řídit systém na základě dat

Stát dnes nemá přesný přehled o skutečné poptávce po službách ani o duplicitních žádostech. Digitalizace může významně snížit počet hospitalizací, zlepšit koordinaci péče a zvýšit efektivitu využití omezených personálních zdrojů.

Konkrétní kroky:

- Vytvořit centrální registr žadatelů o sociální služby
- Propojit zdravotní a sociální datové systémy
- Zavést telemedicínu a vzdálený monitoring seniorů
- Využívat umělou inteligenci pro plánování kapacit a predikci potřeb

Shrnutí pro vládu

Pokud by měla vláda soustředit své úsilí pouze na několik priorit, měly by jimi být:

1. Výstavba nových kapacit
2. Integrace sociální a zdravotní péče
3. Podpora domácí a komunitní péče
4. Podpora rodinných pečujících
5. Řešení personální krize
6. Strategie pro demenci
7. Digitalizace a datové řízení systému

Právě kombinace těchto sedmi kroků nejlépe odpovídá závěrům studie a může zabránit tomu, aby se stárnutí populace v příštích 10–20 letech stalo jednou z největších sociálních a ekonomických krizí České republiky.

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc. MBA

prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
a European Ageing Network

Sídlo a kancelář:

Vančurova 2904, 390 01 Tábor
IČ: 60445831 | DIČ: CZ60445831
E: apsscr@apsscr.cz | T: 381 213 332
datová schránka: 6c63cgd

Kancelář Praha:

budova Vyšehrad Garden,
Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4

www.apsscr.cz





Deloitte označuje jednu či více společností globální sítě členských společností Deloitte Touche Tohmatsu Limited (DTTL) a jejich dceřiné a přidružené subjekty (souhrnně „organizace Deloitte“). Společnost DTTL (rovněž označovaná jako „Deloitte Global“) a každá z jejích členských společností a jejich přidružených subjektů je samostatným a nezávislým právním subjektem, který není oprávněn zavazovat nebo přijímat závazky za jinou z těchto členských společností a jejich přidružených subjektů ve vztahu k třetím stranám. Společnost DTTL a každá členská společnost a přidružený subjekt nese odpovědnost pouze za své vlastní jednání či pochybení, nikoli za jednání či pochybení jiných členských společností či přidružených subjektů. Společnost DTTL služby klientům neposkytuje. Více informací najdete na adrese www.deloitte.com/about.

Společnost Deloitte je předním poskytovatelem odborných služeb, které využívá téměř 90 % společností umístěných v žebříčku Fortune Global 500® a tisíce dalších soukromých společností. Naši lidé dosahují měřitelných a spolehlivých výsledků, které pomáhají posílit důvěru veřejnosti v kapitálové trhy a umožňují klientům transformovat se a prosperovat. Deloitte čerpá ze své 180leté historie a působí ve více než 150 zemích a regionech. Chcete-li se dozvědět více o způsobu, jakým přibližně 460 000 odborníků Deloitte na celém světě dělá věci, které mají smysl, navštivte www.deloitte.com.

Toto sdělení obsahuje pouze obecné informace a společnost Deloitte Touche Tohmatsu Limited (DTTL) ani žádná z členských společností její globální sítě či jejich přidružených subjektů (souhrnně „organizace Deloitte“) jejím prostřednictvím neposkytuje odborné rady ani služby. Přijetí jakéhokoliv rozhodnutí či jednání, které může mít dopad na vaše finance či podnikání, byste měli konzultovat s kvalifikovaným odborným poradcem.

Nejsou poskytována žádná prohlášení, záruky ani závazky (výslovně ani konkludentně) ohledně přesnosti nebo úplnosti informací v tomto sdělení a společnost DTTL, její členské společnosti, přidružené subjekty, zaměstnanci ani zástupci nenesou odpovědnost za jakékoliv ztráty nebo škody vzniklé přímo nebo nepřímo v důsledku spolehnutí se na toto sdělení jakoukoli osobou. Společnost DTTL, její členské společnosti a jejich spřízněné subjekty jsou samostatnými a nezávislými právními subjekty.