

Reforma systému péče o osoby s nejvyšší potřebou pomoci

Shrnutí a hlavní doporučení

Výzkum PAQ Research z roku 2026 dokumentuje, že více než polovina dospělých osob s nejvyšší mírou závislosti na péči nemá dostatek podpory k uspokojení svých základních lidských potřeb.

Současný systém terénních sociálních služeb pro lidi ve III. a IV. stupni závislosti pokrývá pouze 14 % skutečné poptávky po terénní péči.

Česká republika se ratifikací Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením zavázala zajistit lidem s postižením možnost žít nezávisle a být součástí společnosti. Výzkumy však ukazují, že tisíce lidí s nejvyšší potřebou péče a podpory nemají zajištěny ani základní životní potřeby a jsou nuceni přežívat v podmínkách, které jsou v rozporu s principy důstojnosti, autonomie a svobodné volby. Doporučujeme vydělení péče o osoby s nejvyšší mírou závislosti do samostatné právní úpravy – buď formou nového zákona (s pracovním názvem „Zákon o zabezpečení vysoké míry podpory“), nebo samostatné části v novelizovaném zákoně o sociálních službách.

Klíčovými principy jsou:

- Individualizované posouzení skutečné potřeby péče a podpory vyčíslené v hodinách (nikoli paušální příspěvek).
- Možnost až 24/7 péče a podpory pro osoby s největší závislostí.
- Demonetizace – přímá úhrada poskytovatelům místo peněz na ruku.
- Možnost zaměstnání rodinných pečujících jako profesionálních asistentů.
- Převedení odpovědností za zajištění péče o tyto osoby na stát místo krajů.



NECHCI
PŘEŽÍVAT
CHCI ŽÍT

OMEZENÉ
SLUŽBY

NEOMEZENÁ
BEZMOC

ASIS TENCE
NEN

STANDARD

CZE

Proč je reforma nezbytná

Současný systém selhává tam, kde je podpora nejpotřebnější. Výzkum PAQ Research a Asistence z roku 2026 přináší alarmující zjištění o životních podmínkách 27 tisíc dospělých osob ve III. a IV. stupni závislosti:

Neuspokojené základní potřeby: 40–50 % lidí z této skupiny se musí omezovat v příjmu jídla, pití a užívání toalety. Dvě třetiny nemají zajištěn dostatečný pohyb. Dlouhodobě neuspokojené základní potřeby způsobují u řady osob s nejtěžším postižením další zdravotní komplikace, ale také beznaděj, neustálý strach z budoucnosti a v mnoha případech vedou i k myšlenkám na sebevraždu jako jedinému východisku z této situace.

Kritický nedostatek péče: Osoby ve III. a IV. stupni potřebují na zajištění těch nejzákladnějších potřeb průměrně 52 hodin týdně (7,5 hodiny denně) terénní péče. Současné kapacity pokrývají jen 14 % této poptávky. (Duarte, 2026)

Systémové bariéry: 63 % lidí bez terénních služeb o ně má zájem, ale brání jim nedostatečné kapacity (48 %), nízká flexibilita služeb (24 %) a finanční nedostupnost (21 %).

Dopad na neformální pečující: 94 % pečujících poskytuje péči každý den, 56 % nepřetržitě bě-

hem dne (průměrně 10–11 hodin denně). Péče je pro 74 % psychicky vyčerpávající a pro 70 % fyzicky vyčerpávající. Třetina pečujících v produktivním věku musela ukončit nebo přerušit pracovní aktivitu. Příznaky středně těžké deprese či úzkosti má 46 % neformálních pečujících – téměř 3× více než v běžné populaci.

Život v nejistotě: Polovina neformálních pečujících si neví rady, jak zajistit péči například v případě, že onemocní a nebudou péče schopni. Většina pečujících žije ve strachu, co bude, až péči nezvládnou. Čtyři z deseti pečujících jsou jediným neformálním pečujícím bez možnosti zastoupení.

Stávající model není udržitelný ani spravedlivý: Paušální příspěvek neodpovídá skutečným potřebám. Příspěvek ve IV. stupni (27 000 Kč) umožňuje zaplatit cca 180 hodin měsíčně za průměrnou cenu 150 Kč/hod. Pro osobu potřebující 24/7 péči to znamená pokrytí pouze 25 % skutečné potřeby. Systém nutí rodiny volit mezi nedůstojným životem příjemce péče a devastací života pečujících.

Porušování lidskoprávních závazků: Současná praxe v České republice představuje zásadní rozpor s mezinárodněprávními závazky vyplývajícími z Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením, kterou ČR ratifikovala v roce 2009. Klíčový článek 19 ukládá státu povinnost zajistit lidem s postižením přístup k podpůrným službám, včetně osobní asistence, které jsou

nezbytné pro život v komunitě a zabránění izolaci. Tím, že český systém implicitně přenáší odpovědnost na blízké osoby a nutí příjemce péče k ponižujícím strategiím sebeomezování (např. v příjmu jídla a tekutin), dochází k přímému ohrožení lidské důstojnosti. Může se jednat o porušení zákazu špatného zacházení podle čl. 15. Dokonce v situacích, kdy absence noční či krizové asistence znemožňuje včasnou pomoc nebo evakuaci, může být ohrožen i život člověka se zdravotním znevýhodněním, a to v rozporu s čl. 10 (právo na život). Osobní asistenci je proto nutné přestat vnímat jako volitelný sociální benefit, ale jako nezbytný nástroj realizace základních lidských práv, jehož garantem je stát. (Prager, 2026)

Geografická nerovnost: V menších obcích je dostupnost terénních sociálních služeb ještě mnohem nižší než ve velkých městech. Kapacity nejsou koordinovány, poskytovatelé nemohou efektivně plánovat rozvoj služeb.

Náklady nečinnosti

Debata o reformě podpory osob s nejvyšší mírou závislosti se často soustředí na náklady spojené s rozšířením služeb. Stejně důležité je však zohlednit náklady současného stavu. Nedostatečná podpora nevede pouze ke zhoršení kvality života lidí

s postižením a jejich blízkých, ale vytváří i významné náklady pro veřejné rozpočty.

Pokud lidé s vysokou potřebou podpory nemají zajištěnu pomoc při základních životních činnostech, dochází častěji ke zhoršování zdravotního stavu a ke komplikacím, kterým lze předcházet. Nedostatečný příjem tekutin a potravy, omezený pohyb, nedostatečná hygiena nebo nemožnost včas reagovat na zdravotní obtíže zvyšují riziko akutních zdravotních komplikací, hospitalizací a následné potřeby intenzivnější zdravotní péče. Výzkum iniciativy Žít po svém (Prager, 2026) zároveň ukazuje významné psychické dopady nedostatečné podpory.

Lidé s nejtěžším postižením popisují pocity beznaděje, strachu z budoucnosti a ztráty důstojnosti. V řadě případů se objevují i sebevražedné myšlenky.

Závažné dopady lze pozorovat také u neformálních pečujících, u nichž jsou příznaky úzkosti a depresí několikanásobně častější než v běžné populaci (Duarte, 2026). Náklady nečinnosti proto nesou i systémy zdravotní a psychiatrické péče.

Nedostatečná dostupnost terénní podpory rovněž zvyšuje riziko institucionalizace. Lidé, kteří by při odpovídající asistenci mohli dlouho-

době žít ve svém přirozeném prostředí, jsou nuceni hledat řešení v pobytových zařízeních nebo v jiných formách institucionální péče. Takový vývoj je v rozporu s principy nezávislého života zakotvenými v Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením a současně představuje dlouhodobý závazek veřejných výdajů.

Náklady nečinnosti proto nelze chápat „jen“ jako lidské utrpení a ztrátu důstojnosti. Představují také rostoucí výdaje zdravotního a sociálního systému, ztrátu ekonomické aktivity neformálních pečujících a vyšší závislost lidí s postižením na nákladnějších formách podpory. Reforma systému podpory osob s nejvyšší mírou závislosti není pouze otázkou sociální politiky a lidských práv, ale také prevencí budoucích veřejných nákladů.

Cílová skupina

Systém by se vztahoval na osoby do 65 let s potřebou péče/podpory v rozsahu více než 80 hodin měsíčně. Jednalo by se přibližně o 15–20 tisíc osob (cca polovina až dvě třetiny dnešních dospělých příjemců ve III. a IV. stupni). Osoby, které do systému vstoupily před 65. rokem, by v něm zůstávaly i po dosažení tohoto věku.

**6 principů nového systému
podpory pro osoby s potřebou péče
ve výši 80 hodin měsíčně a více**



1. Právo na péči a podporu

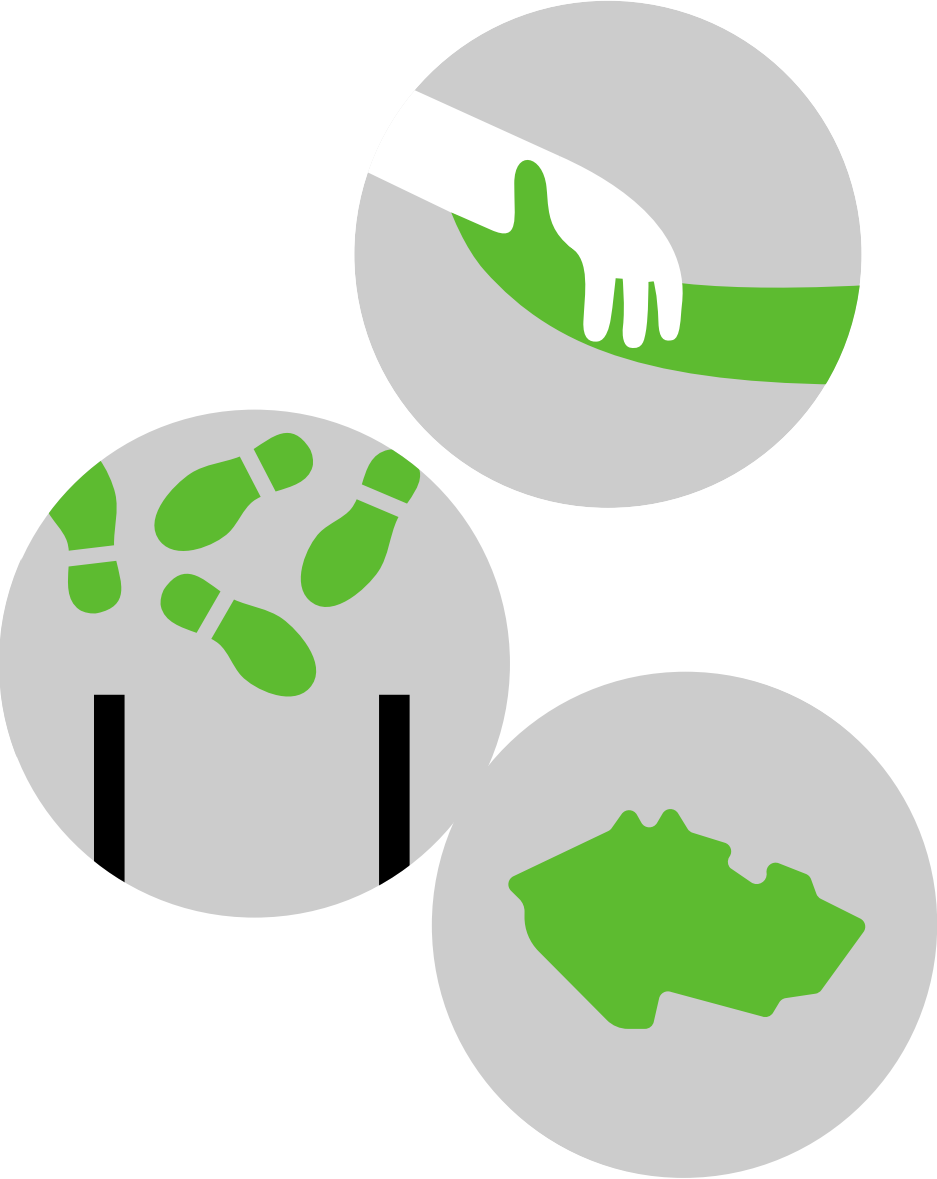
Každý má právo na péči a podporu, toto právo je naplněno konkrétními nároky a zárukami jeho uplatnění a vymáhání.

2. Individualizované posouzení skutečné potřeby podpory

Každý člověk s předpokládanou potřebou více než 80 hodin péče/podpory měsíčně má nárok na podrobné posouzení skutečných potřeb.

3. Dostupná péče a podpora podle skutečných potřeb

Člověk má dostupnou potřebnou terénní a ambulantní péči/podporu, a to v rozsahu až 24/7, podle míry potřeb.



4. Bezúhradová péče – prevence péčové chudoby

Člověk za poskytování péče/podpory
v přiznaném rozsahu neplatí úhrady,
péče a podpora je hrazena z veřejných zdrojů.

5. Férová odměna

Všichni pečující (zaměstnanci organizací,
nezávislí asistenti i rodinní příslušníci)
jsou za péči a podporu férově odměňováni.

6. Odpovědnost státu za dostupnost péče

Za finanční i místní dostupnost péče/podpory
pro tyto osoby je odpovědný stát.

Systémové nastavení procesů

Individualizované posouzení skutečné míry potřebné podpory

Místo paušálního stupně individuální míra podpory. Každá osoba s předpokládanou potřebou více než 80 hodin péče/podpory měsíčně projde podrobným posouzením skutečných potřeb. Posouzení bude vycházet ze strukturovaného nástroje mapujícího:

- Fyzické potřeby (hygiena, stravování, mobilita, polohování).
- Sociální a osobní potřeby (vztahy, seberealizace a sociální role).
- Péče o zdraví (medikace, zdravotnické úkony, dohled, prevence).
- Bezpečnost a případné rizikové chování.
- Preference klienta ohledně způsobu poskytování podpory.
- Podpora musí vycházet z individuálních cílů, preferencí a životních plánů člověka, nikoli pouze z medicínského posouzení jeho omezení.

Výstupem je:

- Informace o celkovém objemu potřebné podpory s konkrétním počtem hodin péče měsíčně (až do maxima 24 hodin za den), strukturovaná podle oblastí každodenního života.

- celkový plán zajištění veškeré potřebné péče/podpory, včetně krizového plánu pro případ náhlého výpadku pečujícího.
- Vyhodnocení probíhá v regionálním koordinačním místě (RKM) na úrovni ORP a je v kompetenci sociálních pracovníků, kteří k němu využívají nástrojů sociální práce. Neprovádějí jej posudkoví lékaři.

Inspirace ze Slovinska:

Slovinský systém dlouhodobé péče využívá posuzování kombinující zdravotní a sociální hledisko. Pro skupinu osob s nejvyšší závislostí na péči (nad 30 hodin týdně) probíhá detailní terénní šetření reflektující životní styl, zájmy a preference klienta. Tento model zajišťuje, že podpora odpovídá skutečným individuálním potřebám, ne administrativní kategorii (Kocman, 2024).

Koordinace péče/podpory

Na stanovení objemu a struktury potřebné podpory navazuje určení koordinace péče/podpory. Podle možností a přání žadatele je možný výběr mezi vlastní a profesionální koordinací:

Vlastní koordinace je vykonávána neprofesionálem (většinou samotným člověkem s postižením nebo jeho rodinným příslušníkem).

Profesionální koordinace péče v RKM

- Existuje elektronický systém evidence pro lidi s postižením (od narození), kam se registrují všechny děti s komplexními potřebami (podobně jako se registrují lidé ve zdravotnickém systému).
- RKM (regionální koordinační místo) pracuje s informacemi z elektronické evidence a z tranzitních programů pro dospívající.
- Profesionální koordinátor péče (sociální pracovník v RKM na ORP):
 - na základě dříve vyhodnocené míry potřebné podpory stanovuje s klientem plán zajištění veškeré potřebné péče/podpory.
 - dojednává a koordinuje poskytování péče s jejími poskytovateli.

- monitoruje čerpání péče ve stanoveném objemu.
- pravidelně reviduje potřebnou míru podpory.

→ Systém a role musí být nastavené tak, aby jednotlivé služby musely reagovat na zadávání péče ze strany koordinátora péče.

Každodenní/provozní koordinace péče a podpory

- Při poskytování péče/podpory více aktéry je určen provozní koordinátor, který dbá na to, aby v každodenním provozu:
 - na sebe všichni pečující dobře navazovali.
 - předávali si informace.
 - nedocházelo k výpadkům v péči/podpoře.
 - Provozní koordinátor může být zaměstnancem registrované služby, nezávislý asistent, rodinný příslušník nebo samotný člověk se znevýhodněním.
- Na výkon této funkce jsou určeny finanční prostředky.

Poskytování péče/podpory

Existují tři typy poskytovatelů péče:

Organizace: registrované terénní a ambulantní sociální služby péče (osobní asistence, pečovatelská služba, denní stacionáře, podpora samostatného bydlení, apod.), odlehčovací služby komunitního typu a domácí zdravotní péče (home care).

Nezávislí asistenti: existuje registr asistentů, kam se může – za splnění určitých podmínek (nutno stanovit) – přihlásit kdokoli; člověk s postižením si ho v registru může vyhledat a najmout. Asistent je pak placen přímo z veřejných rozpočtů.

Rodinní příslušníci: rodinní příslušníci, kteří chtějí pečovat v placeném režimu až do výše celého úvazku (za férovou odměnu), se také zaregistrují do registru asistentů a člověk s postižením si je najímá stejným způsobem jako nezávislé asistenty placené přímo z veřejného rozpočtu.

Člověk s postižením může kombinovat péči/podporu od všech třech typů poskytovatelů.

Plánování a zadávání služeb

Stát má včas rámcové informace z elektronické evidence lidí s postižením, z demografických (populačních) dat a z posuzování potřeb v RKM o celkových objemech potřebné péče/podpory, resp. o nákladech na tuto podporu. Stejně tak má (obdobně jako u pojištěnců ve zdravotnictví) přehled o čerpání péče/podpory jednotlivci i v celkových objemech.

Na základě těchto informací kraje v předstihu plánují a zřizují služby péče pro lidi s potřebou podpory 20 a více hodin týdně v potřebných kapacitách. Současně také kontrolují jejich kvalitu.

Placení péče a financování služeb

Poskytovatelé péče (registrované služby, nezávislí asistenti a rodinní příslušníci registrovaní jako asistenti) jsou placeni přímo z veřejných rozpočtů.

Péčové služby:

- jsou čerpány klientem bezúhradově.
- jsou v potřebné výši financovány přímo z veřejných rozpočtů.

Péče od nezávislých asistentů a/nebo rodinných příslušníků

- je čerpána člověkem s postižením bezúhradově.
- v pozici asistentů jsou tito placeni přímo z veřejných rozpočtů (přes Úřad práce, se kterým mají podepsanou smlouvu).

Inspirace ze Švédska:

Švédský systém osobní asistence je samostatným zákonem (LSS) s přímou odpovědností státu za osoby potřebující více než 20 hodin týdně. Obce odpovídají za osoby s nižší mírou podpory. Tento model zajišťuje konzistentní standardy a dostupnost v celé zemi a snižuje riziko, že by obce či regiony nákladnou péči podfinancovaly.

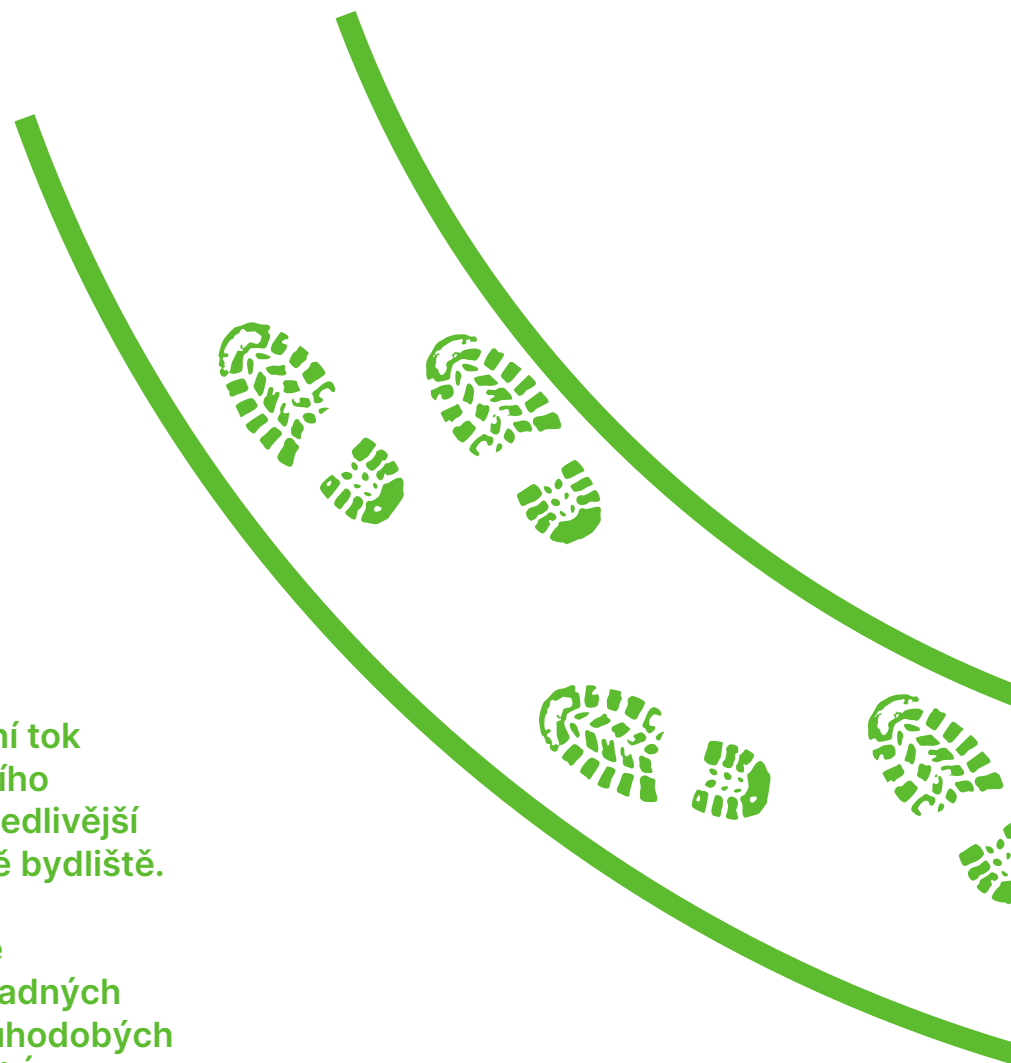
Pozitivní dopady návrhu

Pro osoby s postižením: Důstojný život s uspokojenými základními potřebami, reálná možnost žít v komunitě (nikoli v instituci), respektování autonomie a preferencí.

Pro pečující: Uznání a odměna za práci, pracovněprávní ochrana, možnost udržet nebo obnovit zaměstnání, zlepšení duševního zdraví (méně stresu z finančních tlaků a nejistoty).

Pro systém: Transparentní tok financí, možnost efektivního plánování kapacit a spravedlivější přístup nezávislý na místě bydliště.

Pro společnost: Prevence předčasných úmrtí a nákladných hospitalizací, snížení dlouhodobých sociálních nákladů, plnění Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (individualizace, komunitní život).



Co tento návrh neřeší

✗ Péče o seniory

Senioři s vysokou mírou závislosti čelí podobným problémům, ale vyžadují specifický přístup zohledňující dynamiku stárnutí, neurodegenerativní onemocnění a odlišnou roli rodinných pečujících (často děti v předdůchodovém a důchodovém věku). Doporučujeme separátní diskusi o systému dlouhodobé péče pro seniory.

✗ Hmotné zabezpečení neformálních pečujících

Návrh umožňuje jednomu rodinnému příslušníkovi být profesionálním asistentem, ale neřeší situaci dalších členů rodiny, kteří poskytují neformální péči, ani pečujících o osoby s nižší mírou závislosti. Neřeší také zcela situaci neformálního pečujícího, který v současnosti pečuje 24/7, žije z příspěvku na péči a z nějakého důvodu nemůže využívat osobní asistence od poskytovatelů služeb (např. z důvodu jejich neexistence v místě bydliště).

✗ Osoby s nižší mírou závislosti (I.–III. stupeň pod 80 hod/měsíc).

Tyto osoby potřebují flexibilní terénní služby, ale jejich potřeby jsou méně intenzivní. Doporučujeme je ponechat v rámci krajského systému sociálních služeb s posílením financování.

✗ Dostupné a přístupné bydlení

Nedostatek bezbariérových bytů a sdílených forem bydlení s možností asistence je zásadní bariérou samostatného života. Řešení vyžaduje koordinaci s bytovou politikou.

✗ Ochranu pečujících poté, co přestanou pečovat (například z důvodu úmrtí příjemce péče)

Řešením by mohlo být například zavedení přechodné doby, kdy by pečující dostával nadále finanční podporu a mohl tuto dobu využít k hledání zaměstnání, případně rekvalifikace.

Seznam literatury

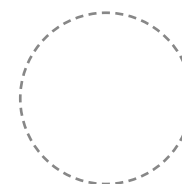
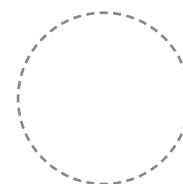
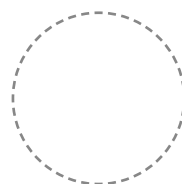
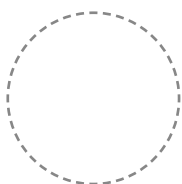
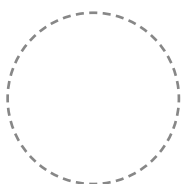
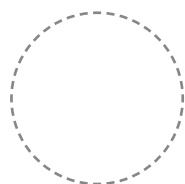
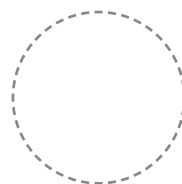
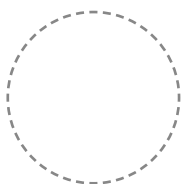
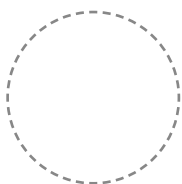
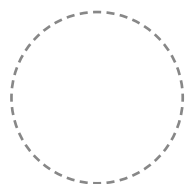
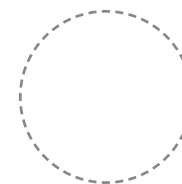
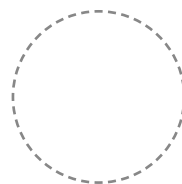
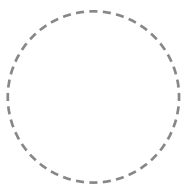
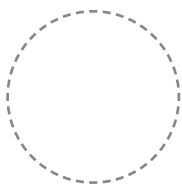
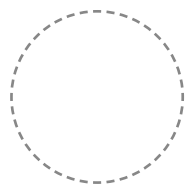
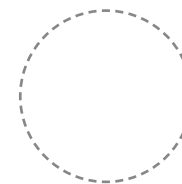
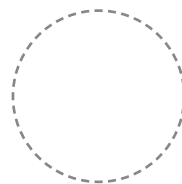
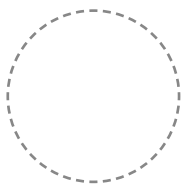
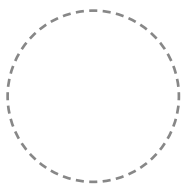
DUARTE, Jana, RÖSCHOVÁ, Michaela a ŠPALEK, Jan.
Životní podmínky osob s vysokou potřebou péče [online].
Výzkumná zpráva. PAQ Research, březen 2026 [cit. 2026-
-05-18]. Dostupné z: [https://www.paqresearch.cz/content/
files/2026/03/PAQ_Asistence_vyzkumna_zprava2026.pdf](https://www.paqresearch.cz/content/files/2026/03/PAQ_Asistence_vyzkumna_zprava2026.pdf)

KOCMAN, David. Implementace zákona o osobní asistenci
ve Slovinsku: Syntéza evidence. Praha: Výzkumný ústav
práce a sociálních věcí, v. v. i. (RILSA), 2024. 29 s.
Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/fulltext/vz_567.pdf

PRAGER, Michal, AUGUSTINOVÁ, Jana a DVOŘÁKOVÁ,
Lenka. Strategie přežití: Výzkumná zpráva. Faktická
dostupnost osobní asistence v České republice. Praha:
Žít po svém, 2026. Dostupné z: [https://zitposvem.com/wp-
-content/uploads/2026/03/Zit-po-svem_Strategie-preziti_
Vyzkum_02.pdf](https://zitposvem.com/wp-content/uploads/2026/03/Zit-po-svem_Strategie-preziti_Vyzkum_02.pdf)

Tento návrh podporují:

Prostor pro loga dalších podporujících organizací ↓



Na tvorbě návrhu se podíleli

Erik Čípera
Štěpán Lohr
Hana Geissler
David Kocman
Kateřina Kotasová
Maroš Matiaško
Jarmila Neuwirthová
Jan Paleček
Michal Prager
Magdalena Tomášková
Lucie Vilímková

Za facilitaci děkujeme Marii Vrzákové
a Štěpánu Drahokoupilovi z Advokačního fóra
Nadace OSF. Za podporu děkujeme Abakusu,
nadačnímu fondu zakladatelů Avastu.

 **Asistence**

**a.ba
ku.s**
NADAČNÍ FOND

Kontakt

Asistence, o. p. s.
Erik Čípera, erik.cipera@asistence.org

