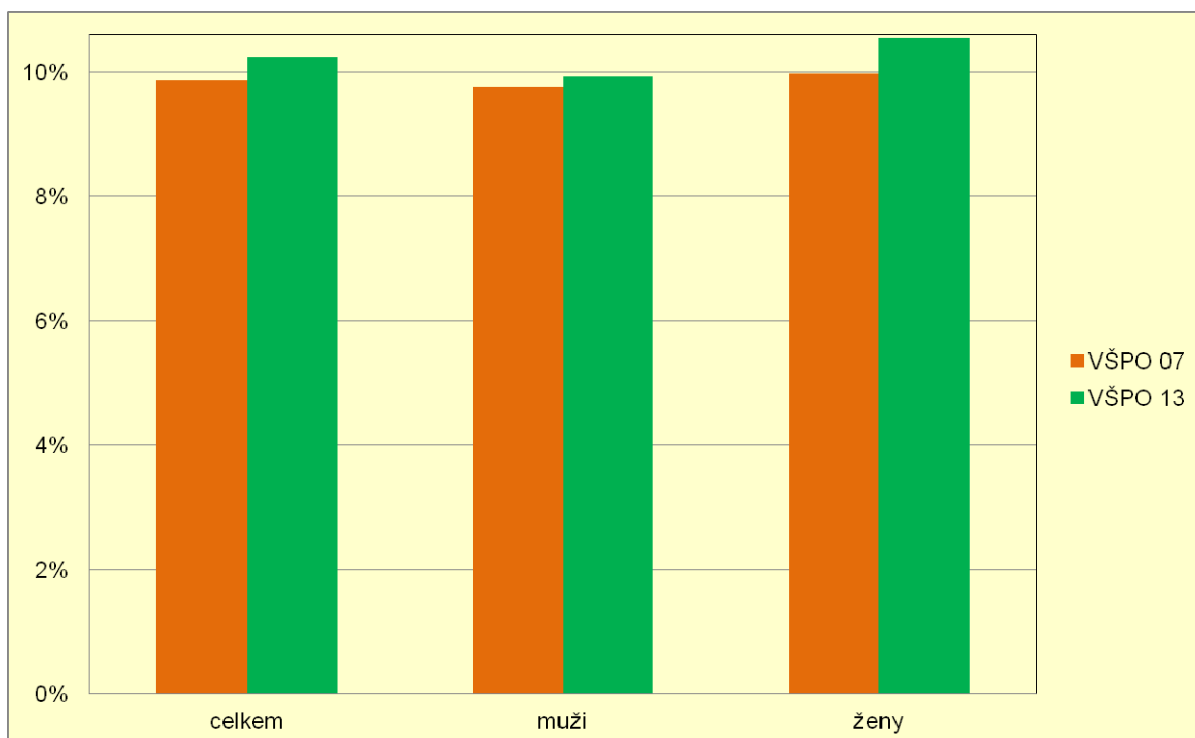


## 4. Porovnání výsledků šetření VŠPO 13 a VŠPO 07

### 4.1. Podíl počtu osob se zdravotním postižením v porovnání s celkovou populací ČR

Podíly počtu osob se zdravotním postižením na celkové populaci ČR, členěný dále na muže a ženy, názorně ukazuje následující graf č. 7.

**Graf č. 7: Podíl počtu zdravotně postižených osob na celkové populaci ČR**



Z hodnot uvedených v grafu vyplývá, že **podíl počtu zdravotně postižených osob se za posledních 6 let zvýšil o 0,3 procentního bodu** (9,9% na 10,2%), přičemž výrazně vyšší zvýšení bylo šetřením zjištěno **u žen (o 0,6 procentního bodu – z 10,0% na 10,6%)**. **U mužů** je zvýšení podílu poměrně malé (**o 0,1 procentního bodu – z 9,8% na 9,9%**).

Na doplnění můžeme ještě uvést skutečnost, že se zvýšily rovněž i absolutní počty zdravotně postižených osob (celkově o 62 125 osob, v tom o 22 334 mužů a o 39 791 žen). Tempo růstu počtu osob se zdravotním postižením tak bylo vyšší než tempo růstu počtu obyvatel ČR - přírůstek celkového počtu osob se zdravotním postižením mezi oběma šetřeními činil 6,1%, zatímco celkového počtu obyvatel ČR jen 2,1% (rozdíl jsou 4 procentní body).

### 4.2. Osoby se zdravotním postižením podle věku a pohlaví v porovnání s celkovou populací ČR

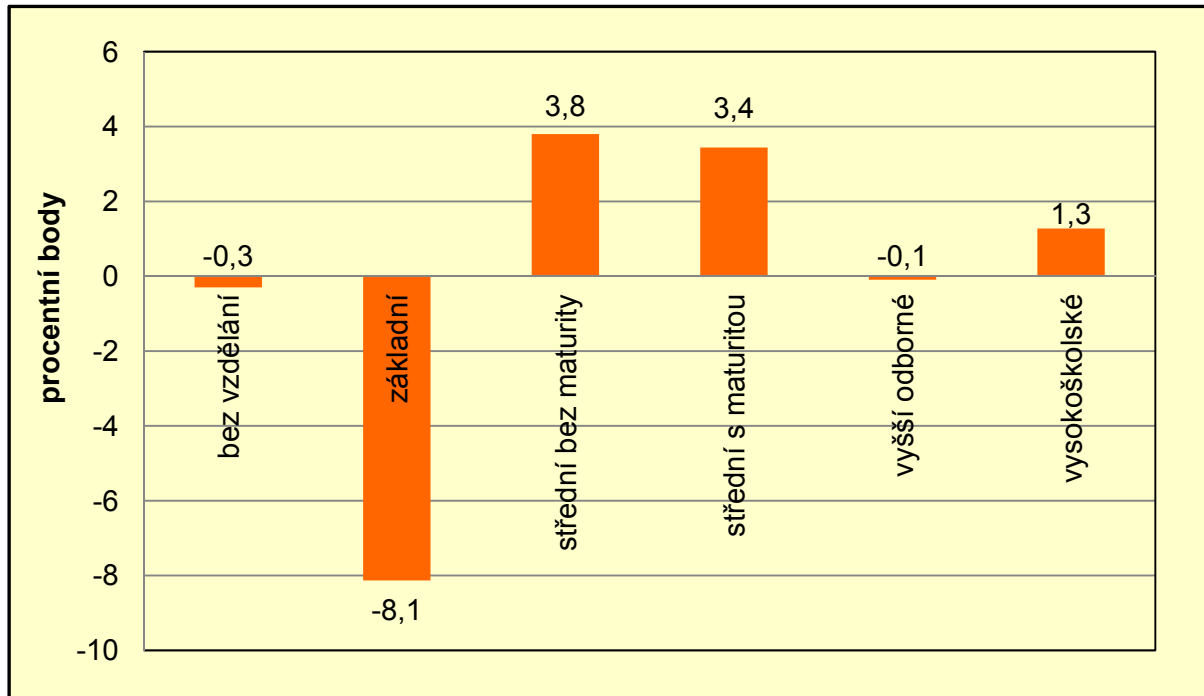
Z detailnějšího pohledu na podíl zdravotně postižených osob v celkové populaci ČR je zajímavá situace výstupů ze šetření i ve vnitřní struktuře věku a u pohlaví.

Použijeme-li ke srovnání mezi oběma šetřeními rozdílové hodnoty vyjádřené procentními body, pak **u mužů** dochází k nárůstu pouze ve věkových skupinách do 29 let, zatímco se ostatní čtyři věkové skupiny vyznačují poklesy. **U žen** je tomu tak, že ve věkových skupinách do 44 let a 75 + byl zjištěn nárůst, zatímco u věkových skupin 45 – 74 let došlo k poklesu. **Z pohledu celku** byly u tří věkových skupin (do 29 let a 75 +) zjištěny nárůsty, u dvou věkových skupin (45 – 74 let) pak poklesy a u jedné věkové skupiny (30 – 44 let) nebyl zaznamenán rozdíl žádný.

### 4.3. Nejvyšší dosažené vzdělání u osob se zdravotním postižením

Následující graf, vyjadřující hodnoty v procentních bodech, nám názorně ukazuje, jak se u celkových počtů osob se zdravotním postižením (bez rozlišení pohlaví) změnila za šest let situace v jimi dosaženém vzdělání (v této souvislosti nepřihlížíme k možnosti odpovědi „není známo“).

**Graf č. 8: Nejvyšší dosažené vzdělání (osoby ve věku 15 + let)**



Z hodnot grafu můžeme odvodit například závěr, že za pozitivní vývoj lze označit poklesy u kategorií bez vzdělání (- 0,3) a základního vzdělání (- 8,1) resp. nárůsty v kategoriích středního vzdělání s maturitou (+ 3,4) a vysokoškolského vzdělání (+ 1,3). Problematické je hodnocení u posledních dvou kategorií – nárůst o 3,8 u středního vzdělání bez maturity a pokles o 0,1 u vyššího odborného vzdělání, na jejichž výsledek se můžeme dívat ze dvou různých pohledů a hodnotit tak vývoj kladně, stejně jako negativně.

Pokud bychom hodnotili výstupy ze šetření u zdravotně postižených osob vztahované k celkové populaci ČR (viz tabulka č. 4 z první části analýzy, v porovnání s výsledky analýzy v rámci prvního šetření VŠPO 07), je obecně situace nepříznivá ve většině stupňů dosaženého vzdělání (vč. skupiny osob bez vzdělání).

### 4.4. Rodinný stav osob se zdravotním postižením

U hodnocení rodinného stavu musíme hned v úvodu zmínit jednu důležitou okolnost, a sice že porovnávání výsledků z obou šetření je mírně zkreslené skutečností, kterou je částečně odlišná kategorizace rodinného stavu. U dvou kategorií došlo k menším úpravám metodického charakteru. Rodinný stav ženatý/vdaná v rámci realizace VŠPO 13 v sobě zahrnuje stav druh/družka, který byl při VŠPO 07 zjišťován samostatně; stejně tak je tomu u rodinného stavu rozvedený/á, který je sloučen se stavem žijící odděleně (ten byl při realizaci VŠPO 07 zjišťován rovněž samostatně). Nicméně můžeme takové zkreslení považovat za minimální, neovlivňující následující hodnocení významnějším způsobem.

Z porovnání dvou šetření v celkových výstupech lze vyvodit závěr, že **zatímco rodinný stav ženatý/vdaná byl poznamenán poklesem (celkem o 8,7 procentních bodů), ostatní tři kategorie rodinného stavu se vyznačovaly nárůstem**. Konkrétní údaje jsou patrné z dále uvedené tabulky č. 22.

**Tabulka č. 22: Porovnání rodinného stavu**

	Rodinný stav					Celkem
	svobodný/á	ženatý/vdaná	ovdovělý/á	rozvedený/á	není známo	
VŠPO 13 - % podíl	22,3	40,8	23,4	9,9	3,6	100,0
VŠPO 07 - % podíl	19,4	49,5	22,2	8,6	0,3	100,0
<b>Procentní body</b>	<b>2,9</b>	<b>-8,7</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>3,3</b>	<b>0,0</b>

Pokud se na pokles u rodinného stavu ženatý/vdaná o 8,7 procentních bodů podíváme optikou pohlaví, pak je možné konstatovat, že pokles se u obou pohlaví sobě značně blíží – u mužů o 9,5 procentních bodů (49,2% u posledního šetření a 58,7% u předchozího šetření), u žen o 7,7 procentních bodů (33,2% u posledního šetření a 40,9% u předchozího šetření).

Pokud bychom porovnávali **rodinný stav podle pohlaví, zjištěný u obou šetření, s celkovou populací ČR 2012 resp. 2006**, dojdeme k následujícímu závěru obecnějšího charakteru: větší rozdíly byly zjištěny u rodinného stavu svobodný/á a ženatý/vdaná (konkrétně pak ve věkových skupinách 30 – 44 let a 45 – 59 let).

#### 4.5. Bydlení osob se zdravotním postižením

Problematika bydlení zdravotně postižených osob zahrnuje tři základní bloky, jak již bylo uvedeno v části analyzující výsledky posledně realizovaného šetření, a to: bydlení ve společné domácnosti s další osobou, bydlení z hlediska pohlaví, věku a typu postižení a bydlení v zařízeních sociální péče.

Pokud jde o první pohled na bydlení zdravotně postižených osob, kterým je bydlení ve společné domácnosti s další osobou, nelze provádět srovnání výsledků obou šetření z toho důvodu, že se jedná o novou otázku, zařazenou do dotazníku až v rámci realizace VŠPO 13.

Přejdeme nyní k druhému bloku, kterým je **bydlení zdravotně postižených osob z hlediska pohlaví, věku a typu postižení** (pozn.: možnost „bez domova“ byla do dotazníku v rámci VŠPO 13 zařazena nově, abychom získali určitý přehled i o tomto negativním fenoménu současnosti). **Z pohledu celku je možné konstatovat pozitivní skutečnost: nárůsty** (dokonce i v absolutním vyjádření) **byly zaznamenány v typech bydlení důležitých právě pro naše handicapované občany (bezbariérové byty, chráněná obydlí a lůžka v zařízeních sociální péče).**

První hodnocené **hledisko pohlaví** nám ukazuje, že u váhově nejsilnějšího typu bydlení (standardní byt – v běžném domě) došlo v absolutním vyjádření k menšímu poklesu (v rámci celkového počtu zdravotně postižených osob) – o 2% (většímu pak u žen než u mužů). Na druhé straně ale docházíme k pozitivnímu zjištění, že se zvýšil počet osob se zdravotním postižením žijících v bezbariérovém typu bytů (téměř o 45%).

Dalším hlediskem je **věk zdravotně postižených osob**. V tomto ohledu, pokud se zaměříme na typy bydlení důležité pro handicapované občany, pak můžeme konstatovat, že je nejvyšší zastoupení u obou šetření ve vyšších věkových skupinách (zejména pak u věku 60 + let), dosahující většinou podílu více jak 50% z celku.

Posledním hodnoceným hlediskem v rámci druhého bloku problematiky bydlení je **typ bydlení zdravotně postižených osob ve vztahu k typu jejich postižení**. V této souvislosti se zaměříme na váhově nejpočetnější typ postižení, kterým je vícenásobné postižení. Z pohledu jednotlivých typů bydlení jsou u vícenásobných postižení převažujícími typy, a to u obou realizovaných šetření (dokonce i pořadí prvních tří je totožné): 1. standardní byt (pokles o 5,7 procentních bodů), 2. bezbariérový byt (nárůst o 1,5 procentních bodů) a 3. lůžka v zařízeních sociální péče (mírný pokles - o 0,2 procentního bodu). Na doplnění je ještě vhodné uvést jednu pozitivní skutečnost: i při relativně nižších absolutních počtech dvou typů bydlení - byt ve specializovaném domě s pečovatelskou službou a chráněná obydlí - byly oproti předchozímu šetření vykázané významné rozdíly (v prvním případě nárůst o cca 50%, ve druhém se pak dokonce jedná o více jak dvanáctinásobek).

Třetím blokem je **bydlení v zařízeních sociální péče**. Na tomto místě uvedeme několik hledisek hodnocení.

Z pohledu porovnání jednotlivých zřizovatelů zařízení (celkem šest kategorií) a jejich sumárních výsledků, vyjádřených počtem lůžek/míst v zařízeních, je možné konstatovat pozitivní jev – za šest let

**se počet lůžek/míst absolutně zvýšil o 14 536 jednotek (+ 26,8%).** Podíváme-li se blíže do vnitřní struktury jednotlivých zřizovatelů zařízení, pak na celkovém kladném výsledku mají nejvyšší podíl zařízení zřizovaná obcemi (+ 6 973 jednotek resp. + 47,0%) a církvemi (+ 6 928 jednotek resp. + 306,5%). Zařízení zřizovaná kraji a soukromými subjekty zaznamenala mírný nárůst, na druhé straně u zařízení zřizovaných státem a jinými subjekty (blíže nespecifikovanými) byl zjištěn pokles (poměrně vysoký u zařízení zřizovaných státem – o 2 173 jednotek resp. o – 42,7%).

Dalším důležitým hlediskem je relace zřizovatelů zařízení sociální péče k počtu zdravotně postižených osob bydlících v těchto zařízeních, kategorizovaných podle počtu lůžek/míst. Hodnotíme-li uváděné kritérium podílově, zjistíme, že nejvyšší nárůsty zdravotně postižených osob za šest let byly vykázány v zařízeních s nižšími počty lůžek/míst, což je zřetelně vidět z údajů uvedených v následující tabulce č. 23.

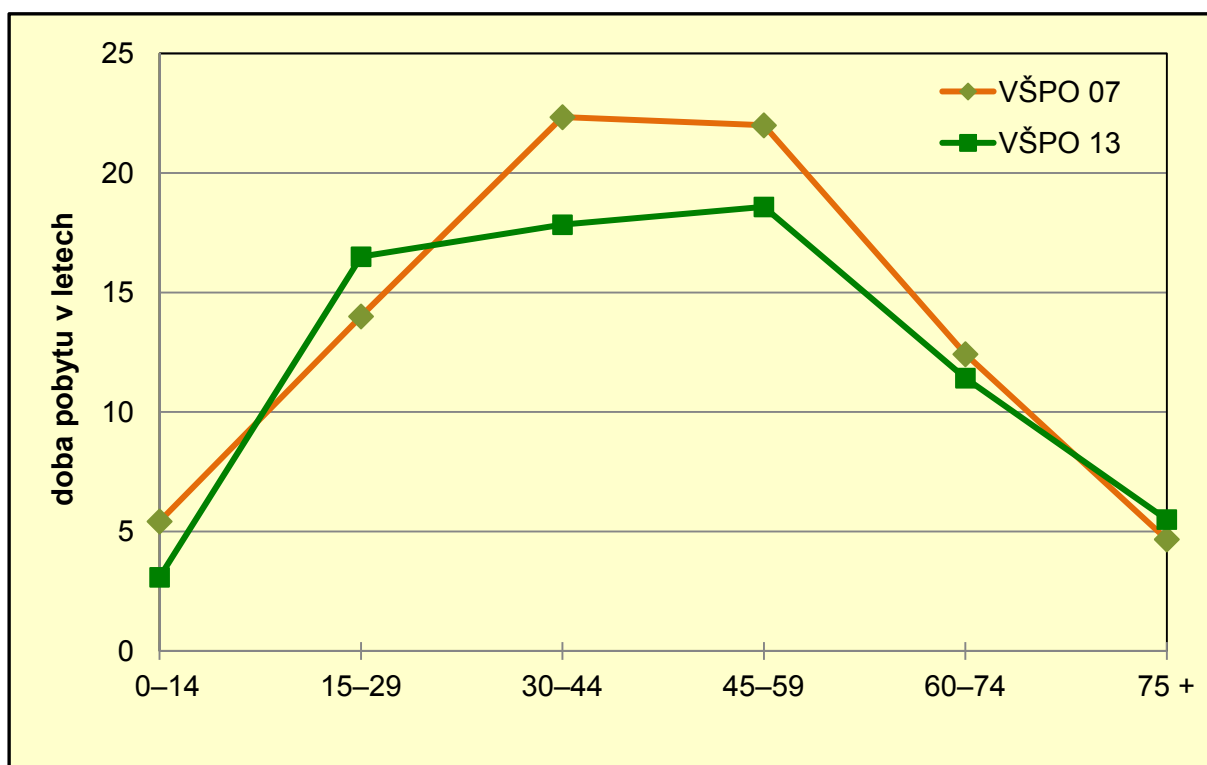
**Tabulka č. 23: Porovnání počtu lůžek/míst v zařízeních sociální péče podle jejich kapacity**

	Lůžka/místa v zařízeních sociální péče podle jejich kapacity						Celkem
	do 20	21 - 50	51 - 100	101 - 200	více než 200	neuvedeno	
VŠPO 13 - % podíl	5,2	24,5	39,0	24,4	4,8	2,1	100,0
VŠPO 07 - % podíl	2,0	16,9	26,3	39,0	15,4	0,4	100,0
<b>Procentní body</b>	<b>3,2</b>	<b>7,6</b>	<b>12,7</b>	<b>-14,6</b>	<b>-10,6</b>	<b>1,7</b>	<b>0,0</b>

**Z těchto hodnot nám vyplývá pozitivní tendence, spočívající v kvalitativním posunu bydlení v zařízeních sociální péče** (od méně přátelštějších velkokapacitních zařízení ke komfortnějším, soukromí více chránícím zařízením).

Na dokreslení problematiky bydlení v zařízeních sociální péče je vhodné ji ještě doplnit o porovnání průměrné délky pobytu v těchto zařízeních podle pohlaví a věku. Z hlediska celkových výsledků lze konstatovat, že za šest let se celková doba strávená v zařízeních sociální péče snížila o 1 rok a 10 měsíců, přičemž nevyšší odchylky (vždy ve směru snížení doby) se vyskytly ve věkových kategoriích 30 – 44 let resp. 45 – 59 let (o cca 4,5 resp. 3,5 roku). Pokud se na délku pobytu podíváme z hlediska pohlaví, jsou celkové rozdíly značně odlišné (u mužů nižší o 3 roky a 11 měsíců, u žen naopak vyšší o 8 měsíců, přičemž snížení se u mužů nejvíce projevilo ve věkových skupinách 30 – 44 let a 45 – 59 let a na druhé straně pak zvýšení u žen bylo nejmarkantnější ve dvou věkových skupinách: 45 -59 let a 15 – 29 let).

Průměrnou délku pobytu v zařízeních sociální péče nám z pohledu celkových výsledků (bez členění podle pohlaví) a šesti věkových kategorií, ukazuje v porovnání obou šetření následující graf č. 9.

**Graf č. 9: Celková průměrná délka pobytu v zařízeních sociální péče podle věku**

Kromě výše již uvedených konstatování z grafu vyplývá, že délka pobytu se ještě snížila ve věkových kategoriích 0 – 14 let a 60 – 74 let, zatímco se na druhé straně zvýšila ve věkových skupinách 15 – 29 let a 75 + let.

#### 4.6. Ekonomická aktivita zdravotně postižených osob

Z hlediska nejčastěji se vyskytujících ekonomických aktivit zaujímá jednoznačně první pozici skupina nepracujících důchodců/důchodkyň, která však při podílovém srovnání obou šetření (podíl této skupiny na celkovém počtu zdravotně postižených osob ve věku 15 let a více) vykázala pokles (o 2,2 procentních bodů). Druhé pořadí zaujala skupina zaměstnaný/á, OSVČ, opět zaznamenávající pokles (o 3,9 procentních bodů). Pouze ve třetím pořadí, které patří skupině pracujících důchodců/důchodkyň, byl vykázán nárůst (o 5,0 procentních bodů). Vývoj zjištěný v posledně uváděné skupině pracujících důchodců/důchodkyň (pozn.: nejvyšší hodnoty u VŠPO 13 byly zjištěny ve věkové skupině 35 – 49 let) odpovídá trendu posledních let, který je obecně mimo jiné podložen relativně výhodnějšími podmínkami v současné době, platnými pro souběh důchodů a pracovních poměrů (osoby se zdravotním postižením nevyjímaje).

Celkový pohled na všechny druhy ekonomických aktivit nám poskytuje přehledná tabulka č. 24.

**Tabulka č. 24: Porovnání ekonomické aktivity**

	Ekonomická aktivita								
	studující	zaměstnaný/á, OSVČ	nezaměstnaný/á	pracující důchodce /-kyně	nepracující důchodce /-kyně	v domácnosti (vč. rodičovské dovolené)	ostatní	není známo	Celkem
VŠPO 13 - % podíl	2,3	9,0	1,5	8,6	69,0	0,3	1,7	7,6	100,0
VŠPO 07 - % podíl	2,2	12,9	4,4	3,6	71,2	0,9	2,5	2,3	100,0
<b>Procentní body</b>	<b>0,1</b>	<b>-3,9</b>	<b>-2,9</b>	<b>5,0</b>	<b>-2,2</b>	<b>-0,6</b>	<b>-0,8</b>	<b>5,3</b>	<b>0,0</b>

Z hlediska výsledků zjištěných u mužů a žen platí, že u obou pohlaví je naprosto shodné pořadí váhově nejsilnějších skupin ekonomických aktivit; dokonce ani rozdílové hodnoty za tyto skupiny vykázaných podílů z celku, vyjádřené poklesy či nárůsty v procentních bodech, se významněji od sebe neliší.

## 4.7. Zdravotní postižení

### 4.7.1. Typ zdravotního postižení

Porovnáváme-li typ postižení (pozn.: pouze u vnitřního postižení bylo v šetření zahrnuto jen jedno postižení vnitřních orgánů; obecně však mohla být u jedné zdravotně postižené osoby kombinace více typů postižení současně) z pohledu celkových výsledků (bez rozlišení pohlaví), zjistíme zajímavou skutečnost – **pořadí všech šesti specifikovaných typů postižení je naprosto shodné u obou šetření** (u posledního, sedmého typu – jiné, tedy blíže nespecifikované, nelze porovnání provádět z toho důvodu, že v rámci realizace VŠPO 07 nebyla tato skupina předmětem sledování). Z pohledu pohlaví pak můžeme konstatovat, že první tři pořadí typů zdravotního postižení jsou shodná s celkovými výstupy.

Vezmeme-li opět k porovnání celkových výstupů – typů zdravotního postižení podíly z celku a jejich rozdílové hodnoty, zjistíme **nejvyšší nárůst u typu vnitřního postižení (+ 4,2 procentních bodů)**; u dalších třech typů zdravotního postižení (zrakové, sluchové a duševní) pak byly zjištěny nárůsty relativně zanedbatelné (v úrovni 0,2 procentního bodu). Na straně druhé **největší pokles byl vykázan u tělesného typu postižení (- 7,0 procentních bodů)**. Bližší informace lze získat z dále uváděné tabulky č. 25.

**Tabulka č. 25: Typ zdravotního postižení**

	Typ zdravotního postižení							Celkem
	tělesné	zrakové	sluchové	mentální	duševní	vnitřní	jiné	
VŠPO 13 - % podíl	29,2	6,0	5,1	6,1	8,5	41,9	3,2	100,0
VŠPO 07 - % podíl	36,2	5,8	4,9	7,0	8,4	37,7	nesledováno	100,0
<b>Procentní body</b>	<b>-7,0</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>-0,9</b>	<b>0,1</b>	<b>4,2</b>	<b>3,2</b>	<b>0,0</b>

Na závěr problematiky typu zdravotního postižení je vhodné ještě zmínit jeden důležitý indikátor, kterým je **průměrná četnost postižení na jednu osobu se zdravotním postižením**. Ta je z hlediska celkových výsledků v porovnání s předchozím šetřením vyšší o pouhou 0,1 hodnoty, stejně jako u kategorií mužů a žen posuzovaných odděleně.

### 4.7.2. Příčina zdravotního postižení

Zkoumáme-li příčinu zdravotního postižení z pohledu pohlaví, dospějeme u tří váhově nejsilněji zastoupených příčin (při využití podílových hodnot z celku) k závěru, že je-li příčinou zdravotního postižení vrozené postižení (u kterého je převaha v absolutním vyjádření u mužů), došlo u něj oproti předchozímu šetření k nárůstu o 5,6 procentních bodů. Následně u příčiny zdravotního postižení způsobené nemocí, která je zase převažující u žen, byl nárůst o 2,3 procentních bodů. U poslední, třetí příčiny, kterou je stařecká polymorbidita, u které je převaha rovněž u žen, došlo k nárůstu o 1,6 procentních bodů.

Podíváme-li se na tuto problematiku z hlediska typu postižení, zjišťujeme rozdíly v podílových hodnotách jak kladné, tak i záporné. Pomineme-li méně významné výsledky (jiné, tedy nespecifikované příčiny s nárůstem pouhých 0,5 procentního bodu resp. nulový rozdíl u příčiny zdravotního postižení způsobené úrazem), pak pozitivní vývoj ve sledovaném období byl vykázan u příčiny zdravotního postižení způsobené nemocí (pokles o 4,3 procentních bodů) a u vrozeného postižení (pokles o 1,3 procentních bodů); negativní vývoj ve sledovaném období byl naopak zaznamenán u stařecké polymorbidity (nárůst o 1,7 procentních bodů). Ucelenější numerický pohled na problematiku typu postižení získáme z dále uvedené tabulky č. 26.

**Tabulka č. 26: Příčina zdravotního postižení**

	Příčina zdravotního postižení							
	vrozené postižení	způsobené úrazem	způsobené nemocí	stařecká polymorbidita	jiné	není známo	nevyplněno	Celkem
VŠPO 13 - % podíl	9,4	5,5	64,7	9,0	2,5	3,9	5,0	100,0
VŠPO 07 - % podíl	10,7	5,5	69,0	7,3	2,0	nesledováno	5,5	100,0
<b>Procentní body</b>	<b>-1,3</b>	<b>0,0</b>	<b>-4,3</b>	<b>1,7</b>	<b>0,5</b>	<b>3,9</b>	<b>-0,5</b>	<b>0,0</b>

#### 4.7.3. Míra zdravotního postižení

Při posuzování čtyř základních měr zdravotního postižení je nejzajímavější jejich relace se sedmi typy postižení (pozn.: u vnitřního typu postižení byla šetřením zjišťována všechna vnitřní postižení, tedy včetně vícenásobných postižení). Můžeme konstatovat, že **oproti výsledkům šetření před šesti lety vývoj v této oblasti vykázal relativně pozitivní tendenci**. Konkrétně to znamená, že se snížily míry zdravotního postižení u těžkého postižení (o 4,3 procentních bodů), velmi těžkého (o 1,6 procentních bodů) a u středně těžkého postižení (o 1 procentní bod).

Zaměříme-li se z typů postižení na váhově nejsilněji zastoupený typ, kterým je **vnitřní postižení**, pak oproti výše uvedeným sumárním výsledkům je vývoj pozitivní pouze u těžkého postižení (na stejné úrovni), zatímco u **dvou ostatních vykázal negativní výsledky** (u lehkého postižení došlo k nárůstu o 2,3 procentních bodů a u středně těžkého dokonce o 4,2 procentních bodů).

**Ukazatel průměrné míry postižení vykázal oproti VŠPO 07 snížení celkem o 0,1 hodnoty**; ve stejné výši pak také u celkových hodnot zjištěných za pohlaví i věkové skupiny.

#### 4.7.4. Délka zdravotního postižení

Zásadní pohled na tuto problematiku nám poskytnou **celkově zjištěné výsledky (bez rozlišení pohlaví) v návaznosti na věk osob se zdravotním postižením**. V tomto směru, porovnávané-li v první řadě vrozená zdravotní postižení, docházíme k celkovému **nárůstu jejich celkového podílu** (ze všech postižení) oproti výsledku zjištěnému v rámci VŠPO 07, a to **ve výši 2,1 procentních bodů**. Hodnotíme-li ve vztahu k výstupům z minulého šetření skupinu prvních získaných zdravotních postižení, zjišťujeme, že z celkového pohledu došlo k **poklesu ve výši 2,1 procentních bodů**. Pokud budeme jako u pohlaví hodnotit dvě nejsilněji zastoupené věkové skupiny 45 – 59 let a 60 – 74 let, zjistíme, že zatímco prvně uvedená věková skupina vykázala pokles o 2 procentní body, druhá skupina naopak vykázala nárůst (o 2,5 procentních bodů). Zajímavé jsou ještě výsledky věkové skupiny 30 – 44 let (pokles o 3,6 procentních bodů) a 75 + let (nárůst o 2,4 procentních bodů). Ostatní dvě věkové kategorie (0 – 14 let a 15 – 29 let) vykázaly relativně méně významné hodnoty, pohybující se na úrovni cca 0,5 procentního bodu směrem nahoru resp. dolů.

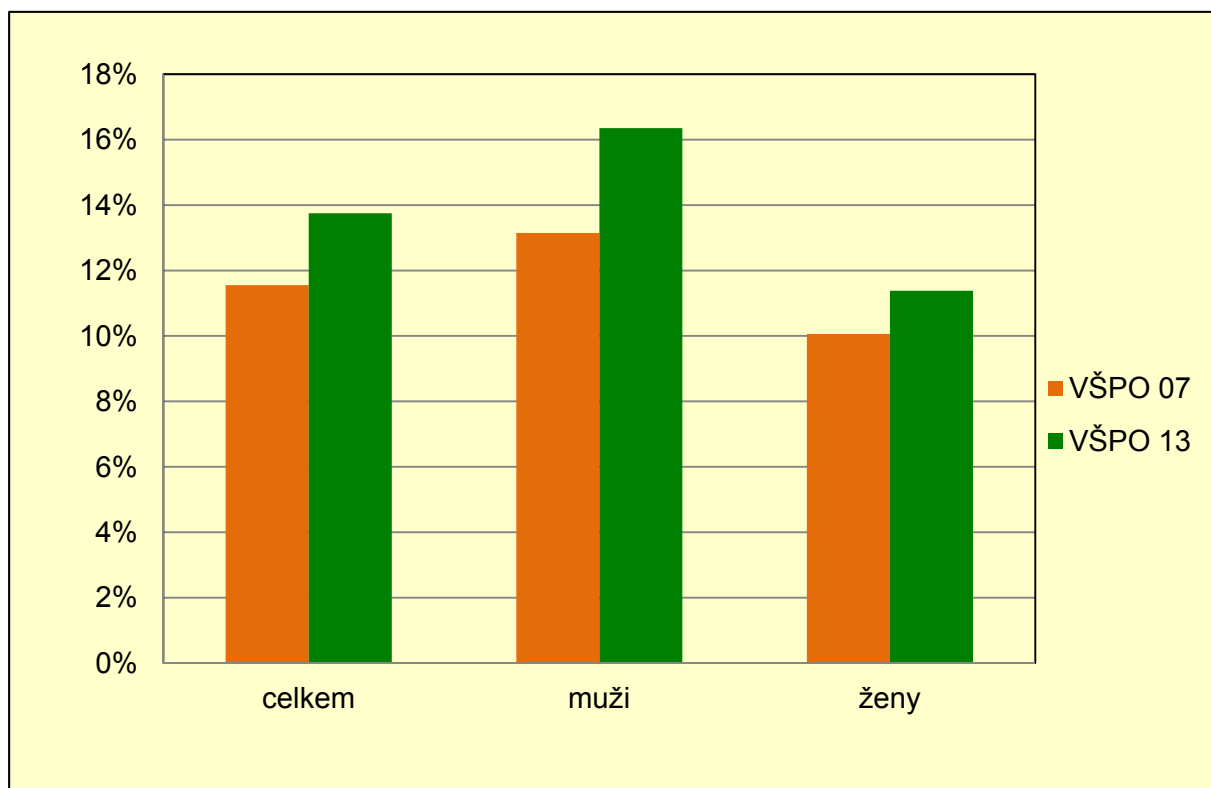
Při hodnocení **z hlediska věku** (pozn.: u prvních zdravotních postižení jde o skutečnost, v jakém věku zdravotně postižených osob byla tato postižení získána) a **pohlaví** byl zjištěn u **mužů** ve skupině vrozených zdravotních postižení jako celku nárůst oproti předchozímu šetření o 3,2 procentních bodů. Podíváme-li se na stejné kritérium u prvního získaného zdravotního postižení a dvou hodnot s nevyšším podílem, pak dojdeme k závěru, že u věkové kategorie 45 – 59 let byl vykázán pokles o 1 procentní bod, zatímco ve věkové skupině 60 – 74 let byl zjištěn naopak nárůst (o 3,5 procentních bodů).

Budeme-li z hlediska stejného kritéria hodnotit **ženy**, zjistíme, že ve skupině vrozených zdravotních postižení byl stejně jako u mužů zjištěn v porovnání s výsledky předchozího šetření nárůst, i když přece jen o dost nižší (ve výši + 1,3 procentních bodů). Na druhé straně, pokud se zaměříme jako u mužů na dvě nejsilněji zastoupené věkové skupiny u prvního získaného zdravotního postižení, pak můžeme konstatovat podobný trend, jako byl zjištěn a popsán u mužů (konkrétně to pak znamená, že u věkové kategorie 45 – 59 let byl vykázán pokles, a to o 2,7 procentních bodů, zatímco ve věkové skupině 60 – 74 let byl naopak zaznamenán nárůst, a to o 1,6 procentních bodů).

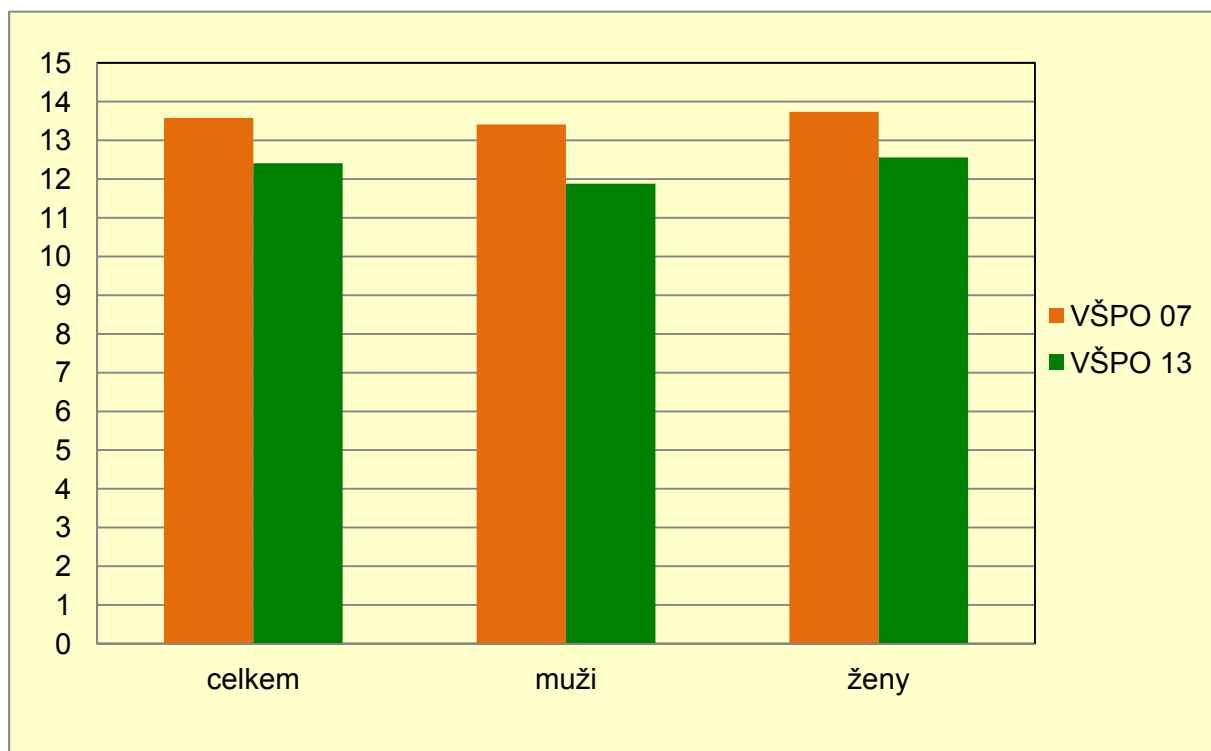
Na doplnění problematiky délky zdravotního postižení podle věku a pohlaví uvádíme ještě jeden důležitý indikátor, kterým je **průměr let života se získaným postižením**. Tento průměr se snížil o **1,2 roku**, což lze považovat za pozitivní trend.

Názornější pohled na posledně uváděné výsledky, velmi důležité indikátory, získáme z dále uváděných dvou grafů (č. 10 a č. 11).

**Graf č. 10: Podíl vrozených postižení**



**Graf č. 11: Průměr let života se získaným postižením**





#### 4.7.5. Potřeba pomůcek u osob se zdravotním postižením

Pomineme-li tři druhy rovněž kvantifikovaných, ale v této souvislosti méně důležitých odpovědí („není známo“, „nevyplněno“ a „jiné“) a zaměříme-li se na rozhodující tři odpovědi, zjistíme extrémně vysokou převahu odpovědí osob se zdravotním postižením: buď že žádnou pomůcku nepotřebují, anebo mají pomůcku odpovídající jejich potřebám. Poslední možnou odpovědí byla reakce těchto osob ve smyslu toho, že mají pomůcku nevyhovující (ovšem podíl tohoto typu odpovědí na celku měl relativně velmi nízkou hodnotu).

Z hlediska porovnání těchto tří typů odpovědí s výsledky předchozího šetření **došlo k poklesu u odpovědi, že žádnou pomůcku nepotřebuje (celkem o 14,9 procentních bodů)**. Tento pokles byl ovlivněn poklesy u všech sedmi typů zdravotního postižení, nejvíce však u vnitřního (-21,9 procentních bodů) a mentálního (- 18,3 procentních bodů). K těmto výstupům je však nutné poznamenat, že je velmi obtížné interpretovat skutečnost, která se může na první pohled jevit jako pozitivní tendence, proč se odpovědi v uvedeném slova smyslu natolik od sebe liší. Důvodem nemusí být obecně odpověď, která se nabízí – v důsledku významného zlepšení lékařské péče a širšího využívání technicky nejmodernější zdravotní techniky. Proto by si tato problematika zasloužila následně hlubší analýzu.

Hodnotíme-li zbývající dva výše již zmíněné typy odpovědí, pak z pohledu celkových hodnot došlo u odpovědi **odpovídající pomůcky** k mírnému **poklesu (o 0,6 procentního bodu)**, zatímco u odpovědi **nevyhovující pomůcky** byl naopak zjištěn **nárůst (o 1,1 procentních bodů)**. Pokud porovnáme výsledky u těchto dvou typů odpovědí ještě z hlediska sedmi typů zdravotního postižení, pak nejvyšší pokles u odpovědi odpovídající pomůcky byl zaznamenán u sluchového typu postižení (- 11,2 procentních bodů), zatímco u odpovědi nevyhovující pomůcky byl nejvyšší nárůst zjištěn opět u sluchového typu postižení (+ 8,5 procentních bodů).

#### 4.7.6. Důsledky zdravotního postižení

U této části analýzy se nejdříve velmi stručně dotkneme věkové struktury osob se zdravotním postižením ve vztahu k typu omezení, při porovnání výsledků obou šetření. V této souvislosti můžeme učinit obecný závěr – prakticky u všech devíti typů omezení jsou nesilněji zastoupeny vyšší věkové kategorie (zejména věková skupina 75+ let a 60 – 74 let).

Pokud se zaměříme na celkové hodnoty v absolutním vyjádření (bez rozlišení pohlaví) získané z obou šetření, zjistíme, že u šesti typů omezení jsou rozdíly v procentních bodech relativně velmi nízké (maximálně do 0,5 procentního bodu, v tom čtyřikrát nárůsty a dvakrát poklesy). U zbývajících tří typů omezení s největšími odchylkami byl poměrně vysoký **pokles zjištěn u omezení mobility (o 2,6 procentních bodů)** a na druhé straně byly zaznamenány **nárůsty u omezení při vedení domácnosti (o 1,3 procentních bodů) a u omezení v příjmu informací (o 1 procentní bod)**.

Z hlediska celkových hodnot a relace jednotlivých typů omezení a všech typů zdravotního postižení lze za nejvýraznější odchylky označit následující: omezení mobility (pokles o 5,1 procentních bodů) a nárůsty u omezení v příjmu informací (o 1,9 procentních bodů), v orientaci (o 1,6 procentních bodů), komunikačních schopností (o 1,4 procentních bodů) a způsobilosti k právním úkonům (o 1,1 procentních bodů).

Na závěr této problematiky je nutné ještě zmínit, jaký byl **počet omezení na jednu zdravotně postiženou osobu**. Když porovnáme výsledky obou šetření a podíváme se na tento indikátor z hlediska celkových hodnot v absolutním vyjádření (bez rozlišení pohlaví), pak je tento počet **vyšší o 0,2 omezení** (oproti VŠPO 07); z hlediska sumární hodnoty všech sedmi typů postižení je tento počet **vyšší o 0,1 omezení** (oproti VŠPO 07).

#### 4.7.7. Rozsah zajištění pomoci osobám se zdravotním postižením

Podobně jako u důsledků zdravotního postižení můžeme učinit obdobný obecný závěr při porovnání výsledků obou šetření i u rozsahu pomoci osobám se zdravotním postižením – u šesti možných poskytovatelů pomoci handicapovaným občanům jsou nesilněji zastoupeny vyšší věkové kategorie (zejména věková skupina 75+ let a 60 – 74 let); výjimkou je osobní asistent, který je v rámci výsledků VŠPO 13 nejvíce zastoupen u nižších věkových skupin (se značnou převahou pak u osob se zdravotním postižením do 14 let věku), na rozdíl od výstupů u VŠPO 07, kde byl zjištěno nejvyšší zastoupení ve vyšších věkových skupinách.

Abychom provedli relativně korektní porovnání s předchozím šetřením, **z hlediska celkových výsledků v relaci s mírou nejtěžšího postižení, je nutné upozornit na skutečnost, že za prvé** byly sloučeny možnosti poskytovatelů pomoci (poskytovatel zdravotní péče + jiné osoby) do jediné výsledné hodnoty (v rámci VŠPO 07 byla předmětem šetření srovnatelná možnost „jiný subjekt“) a **za druhé** byly sloučeny odpovědi typu „bez zajištění péče“ + „není známo“ do jediné výsledné hodnoty (v rámci VŠPO 07 existovala pouze srovnatelná možnost „bez zajištění péče“).

Návazně na právě uvedená metodická zjednodušení nám z porovnání obou šetření vyplývá, pomineme-li možnosti s relativně nižšími rozdíly - poklesy (osobní asistent, sousedé a přátelé, pečovatelská služba), že **nejvyšší nárůst** nastal u možnosti kumulovaných odpovědí „bez zajištění péče“ + „není známo“ (o 12,8 procentních bodů), následovaný druhou možností kumulovaných odpovědí „poskytovatel zdravotní péče“ + „jiné osoby“ (o 3,3 procentních bodů); na druhé straně **nejvyšší pokles** byl vykázan ve skupině nejbližších příbuzných (o 8,7 procentních bodů) a vzdálenějších příbuzných (o 4,9 procentních bodů).

#### 4.7.8. Míra soběstačnosti u osob se zdravotním postižením

Obecně lze učinit závěr, při porovnávání výsledků obou šetření, že všechny výstupy v rámci VŠPO 13 (z pohledu jak pohlaví, tak i věkových skupin a měr nejtěžšího postižení) v podstatě kopírují relevantní výstupy šetření VŠPO 07 (až na malé, nevýznamné výjimky).

Nicméně pokud se podíváme na celkové hodnoty zjištěné u obou šetření z hlediska čtyř základních měr soběstačnosti, **dojdeme k negativním výsledkům u skupiny úplné soběstačnosti (pokles o 3 procentní body) a nesoběstačnosti** v rozsahu cca 24 hodin (**nárůst o 2,9 procentních bodů**). Třetí rovněž silněji zastoupenou mírou soběstačnosti je pomoc v rozsahu několika hodin denně, která vykazuje pokles o 3,9 procentních bodů – otázkou je, zda lze tento výsledek považovat za jednoznačně pozitivní hodnocení. Poslední, čtvrtou skupinou je celodenní pomoc (4 – 12 hodin), která je s nárůstem pouhých 0,9 procentního bodu nepodstatnou skupinou v rámci celkového hodnocení měr soběstačnosti. Názorněji jsou právě uváděné hodnoty patrné z následující tabulky č. 27.

**Tabulka č. 27: Míra soběstačnosti**

	Míra soběstačnosti						Průměrná míra soběstačnosti
	úplná soběstačnost	pomoc několika hodin denně	celodenní pomoc (4-12 hodin)	nesoběstačnost (cca 24 hodin)	není známo	Celkem	
VŠPO 13 - % podíl	41,3	31,4	13,6	10,6	3,1	100,0	0,69
VŠPO 07 - % podíl	44,3	35,3	12,7	7,7	0,0	100,0	0,72
<b>Procentní body</b>	<b>-3,0</b>	<b>-3,9</b>	<b>0,9</b>	<b>2,9</b>	<b>3,1</b>	<b>0,0</b>	<b>-0,03</b>

Na závěr ještě **doplňující hodnocení k průměrné míře soběstačnosti**. Z hlediska pohlaví se celkové snížení o 0,03 hodnoty projevilo u mužů snížením o 0,02 a o 0,04 u žen. Z pohledu věkových skupin došlo ke snížení míry soběstačnosti ve čtyřech z pěti věkových skupin (nejvíce u věkového intervalu 30 – 44 let, a to o 0,06 hodnoty) a pouze u jediné věkové skupiny (15 – 29 let) došlo k jejímu nárůstu, i když jen o relativně zanedbatelnou výši (o 0,01 hodnoty).

#### 4.8. Pobírání dávek sociálního zabezpečení osobami se zdravotním postižením

Do úvodu problematiky dávek sociálního zabezpečení, přiznávaných osobám se zdravotním postižením, je nutné uvést, že před porovnáním s výsledky z minulého šetření VŠPO 07 bylo nutné provést určitá metodická zjednodušení, která však nemají na výsledky porovnání resp. na jejich případné zkrácení zásadní vliv.

V této souvislosti je potřebné uvést následující provedené úpravy:

- byl sloučen 1. a 2. stupeň invalidního důchodu pro invaliditu, přičemž tento kumulativní výstup odpovídá částečnému invalidnímu důchodu (VŠPO 07),

- sloučen byl rovněž příspěvek na mobilitu se státní sociální podporou, což odpovídá dávkám sociální péče (VŠPO 07).

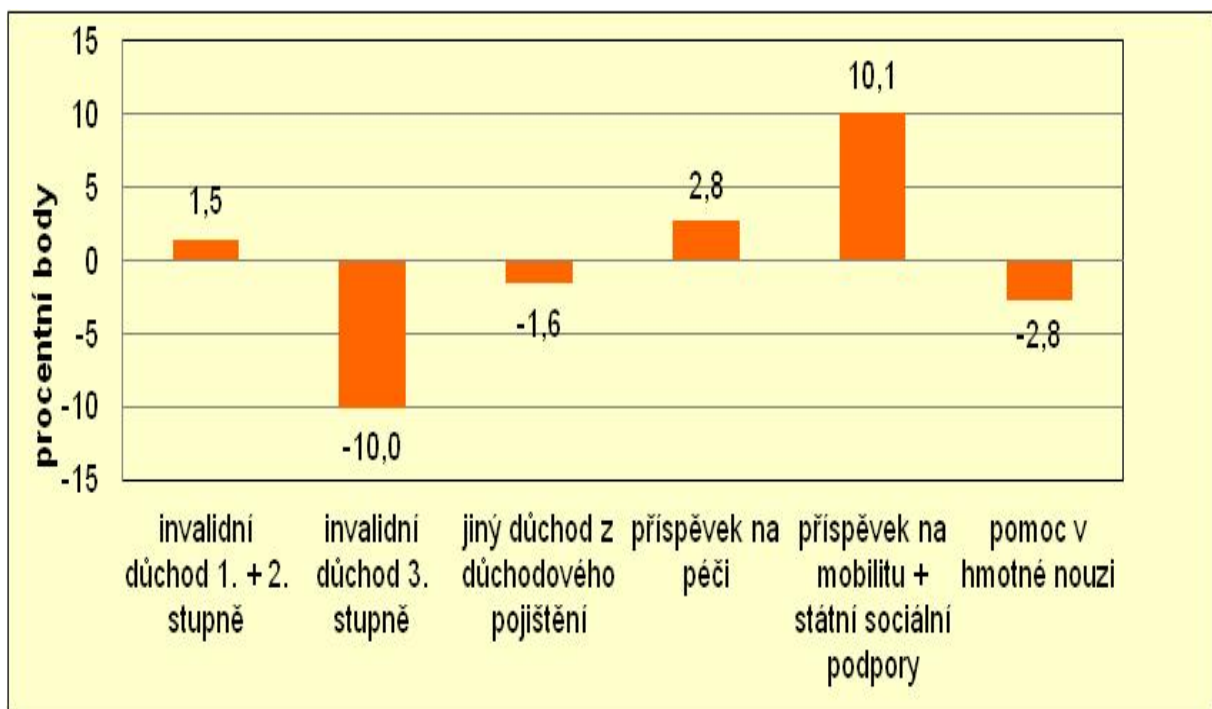
Kromě toho je ještě na doplnění potřebné upřesnit, že:

- invalidní důchod 3. stupně invalidního důchodu pro invaliditu odpovídá plnému invalidnímu důchodu (VŠPO 07) a
- pomoc v hmotné nouzi odpovídá jiným rodinným dávkám (VŠPO 07).

Z hlediska porovnání celkových, rozhodujících výstupů z obou šetření vyplývá, že **podíl osob nepobírajících žádnou ze sociálních dávek vzrostl o 3 procentní body**. Na druhé straně **podíl osob pobírajících minimálně jednu dávku sociálního zabezpečení klesl o 9,5 procentních bodů** (s tím úzce souvisí i indikátor – podíl osob pobírajících sociální dávky, který rovněž zaznamenal pokles, a to o 4,3 procentních bodů).

Podíváme-li se na pobírání dávek sociálního zabezpečení (minimálně jedné z nich) z hlediska jejich konkrétního charakteru, jsou změny ve výsledcích obou šetření (vyjádřené v procentních bodech) názorně patrné z následujícího grafu č. 12.

**Graf č. 12: Pobírání dávek sociálního zabezpečení (dle charakteru dávek)**



Z hodnot znázorněných v grafu je zřejmé, že nejvyšší pokles nastal u dávek invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně (o 10 procentních bodů) a na druhé straně významně vzrostly dávky příspěvků na mobilitu a státní sociální podpory (o 10,1 procentních bodů). **Důležitou skutečností však rovněž je, že pokles nastal v kategorii jiný důchod z důchodového pojištění** (nejfrekventovanější druh dávek, důchodů – starobní, vdovský/vdovecký a sirotčí), váhově nejsilněji zastoupené dáve (konkrétně **o 1,6 procentních bodů**). Na druhé straně je potřebné ještě zdůraznit skutečnost, že druhá váhově nejsilnější kategorie dávek (příspěvek na péči) zaznamenala nárůst o 2,8 procentních bodů.