



Spolufinancováno
Evropskou unií

Vymezení a využívání zdravotně sociálních služeb pro chronicky nemocné pacienty/klienty s komplexními potřebami

Ministerstvo zdravotnictví ČR
Praha, 2025

Tento dokument je výstupem klíčové aktivity 1 (KA1) projektu Ministerstva zdravotnictví ČR realizovaného ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR „Podpora plánování rozvoje integrované zdravotní a sociální péče“, registrační číslo CZ.03.02.02/00/22_046/0003791, financovaného z Evropského sociálního fondu plus – Operační program Zaměstnanost plus.

Název dokumentu	Vymezení a využívání zdravotně sociálních služeb pro chronicky nemocné pacienty/klienty s komplexními potřebami
Vydavatel Rok vydání	Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2025
Autoři	Lenka Krhutová, Rastislav Ostríž, David Pospíšil, Martina Hejdová, Kateřina Dimitrovová, Marek Lichter, Ondřej Šanca, Michal Vysoudil, Klára Holanová, Martina Hájková, Matěj Bauer, Marie Čakijová, Lenka Kuncová, Klára Vyletová, Zdenka Beránková Juchelková
Odpovědná osoba	Martina Hejdová, Odbor zdravotní péče, Ministerstvo zdravotnictví ČR
ISBN	978-80-85047-66-0

© Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2025

Dokument je veřejně dostupný.

Obsah

1	Východiska a cíle dokumentu KA1.....	5
1.1	Východiska KA1.....	5
1.2	Cíle KA1.....	6
2	Projektový rámec KRAPL	7
3	Cílové skupiny projektu KRAPL	8
3.1	Kraje ČR.....	8
3.2	Zdravotní pojišťovny	8
3.3	Osoby s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče	9
3.4	Poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb	9
3.5	Další subjekty participace na plánování zdravotních a sociálních služeb	10
4	Terminologie projektu KRAPL	11
4.1	Základní pojmy.....	11
4.2	Osoba s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče	13
4.3	Koordinovaná zdravotní a sociální péče	14
4.4	Integrovaná zdravotní a sociální péče	15
5	Osoby s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče – datové charakteristiky	17
5.1	Kritéria pro výběr datových souborů K1–K11.....	17
5.2	Charakteristika datových zdrojů	19
5.3	Souhrnná zjištění K1–K11	20
5.4	Analýza dat	22
K1	Věková struktura obyvatel ČR v letech 2018–2022.....	22
K2	Nemocnost obyvatel ČR v letech 2018–2022	23
K3	Osoby s chronickým onemocněním.....	26
K4	Hospitalizace a opakované hospitalizace osob s chronickým onemocněním	27
K5	Osoby s život ohrožujícím onemocněním	38
K6	Terminálně nemocný pacient.....	39
K7	Trajektorie terminálně nemocných pacientů	39
K8	Osoby s duševním onemocněním.....	46
K9	Osoby se zdravotním postižením	49
K10	Příspěvek na péči	51
K11	Invalidní důchody.....	53
6	Služby na sociálně-zdravotním pomezí – datové charakteristiky	56
6.1	Typologie služeb na sociálně-zdravotním pomezí	56
6.2	Kritéria pro výběr datových souborů K12–K17.....	56
6.3	Souhrnná zjištění K12–K17	57

6.4	Analýza dat	59
K12	Zdravotní služby s integrací sociálních prvků péče	59
K13	Návštěvní zdravotní služba, indikace domácí péče	62
K14	Domácí umělá plicní ventilace	66
K15	Telemedicína	68
K16	Počty odmítnutých žadatelů o sociální službu	81
K17	Zařízení sociálních služeb	83
7	Náklady vybraných zdravotních a sociálních služeb	88
7.1	Kritéria pro výběr datových souborů K18–K19	88
7.2	Souhrnná zjištění K18–K19	88
7.3	Analýza dat	89
K18	Náklady vybraných zdravotních služeb s integrací sociálních prvků péče	89
K19	Příjmy a výdaje sociálních služeb na sociálně-zdravotním pomezí	91
	Seznam zkratk	98
	Seznam tabulek, grafů a obrázků	99
	Seznam zdrojů	103
	Příloha	105

1 Východiska a cíle dokumentu KA1

Předkládaný dokument je prvním z výstupů projektu řešeného Ministerstvem zdravotnictví ČR v partnerství s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR *Podpora plánování rozvoje integrované zdravotní a sociální péče* (dále také „KRAPL“)¹ (dále „KA1“).

1.1 Východiska KA1

Současná situace zajištění služeb a péče na tzv. sociálně-zdravotním pomezí neodpovídá společenskému vývoji, nereaguje dostatečně na demografické dopady stárnutí populace ani na nárůst chronicky nemocných, kteří mají vedle potřeb zdravotních také potřeby sociální a nelze je neustále přesouvat z jednoho systému do druhého. Zdravotní a sociální péče je těmto lidem v současné době poskytována různými typy poskytovatelů a její jednotící definování je problematické. V současném systému je ucelený komplex zdravotní a sociální péče poskytován v nedostatečném rozsahu a jeho komplexnost limitují rozdílná pravidla a podmínky, za kterých jej poskytovatelé zajišťují, a to v závislosti na jimi zajišťovaných zdravotně či sociálně orientovaných službách. Je proto potřebné uvést do praxe vývojově nový systém, který je s to pružně a efektivně reagovat na měnící se potřeby výše uvedených osob, tj. *osob s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče*.

Poskytování koordinované zdravotní a sociální péče (dále také „integrovaná zdravotní a sociální péče“ nebo „integrovaná péče“) zahrnuje osobní péči, tj. naplňování životních potřeb v rámci poskytování sociální služby a dále zdravotní péči, tj. ošetrovatelskou, paliativní a další. Předpokladem výkonu integrované péče je práce v multiprofesních týmech. Pro poskytování koordinované zdravotní a sociální péče je potřebné nastavit ucelený systém monitorování obou segmentů péče, jejich společného plánování a koordinace s nezbytnou reflexí kapacit a zdrojů jednotlivých poskytovatelů služeb a s respektem k regionálním a místním specifikům.²

Integrovaná zdravotní a sociální péče se týká celého věkového spektra, a to jak dětí s různým typem zdravotního postižení, osob závislých na návykových látkách, tak osob v krizi či osob bez domova ad., podstatnou část populace v kontextu této péče však představuje zejména generace seniorů (starších dospělých). Vlivem stoupající celkové nemocnosti populace patří mezi hlavní faktory zvyšující potřebu efektivních modelů integrované péče zejména narůstající prevalence závažných chronických onemocnění a problémy s finančním a personálním zajištěním dostupnosti péče o takto významně limitovanou část populace. U populace 65+ dosahuje podíl chronicky nemocných téměř 64 %, avšak vysoká je i chronická nemocnost v celkové populaci ČR 35 % (viz data dále v textu). Předpokládá se, že podíl obyvatelstva ve věku 80+ stoupne ze 4 % (údaj z roku 2015) na 9 % do roku 2050, což bude mít zásadní vliv na kapacity služeb zdravotní a sociální péče. Současná organizace a financování obou složek péče nejsou dostatečné pro absorbování takového navýšení poptávky. Ministerstvo zdravotnictví ČR připravilo *Národní plán rozvoje geriatrické péče v ČR do roku 2035*. Jedním ze strategických cílů tohoto plánu je nastavit provázanost péče v systému geriatrické péče odpovídající komplexním potřebám geriatrických pacientů s důrazem na interdisciplinární spolupráci na sociálně-zdravotním pomezí.³

¹ Akronym KRAPL = KRAjské Plány

² Ucelený „ideální“ koncept integrované péče není v EU dosud zaveden. Mimo EU existuje legislativně funkční systém integrované péče ve Velké Británii.

³ Významným partnerem pro tvorbu národních i krajských politik v ČR týkajících se starší populace (důchodová reforma, zdravotní péče, sociální služby ad.) je Rada seniorů ČR. V kontextu cílů KRAPL jsou zvláště významné Krajské rady seniorů.

1.2 Cíle KA1

Cílem KA1 je zpracovat podklady pro realizaci hlavního cíle projektu KRAPL, jímž je příprava a realizace ***Doporučeného postupu pro tvorbu krajských zdravotně-sociálních plánů***, zejména:

- vymezit užívanou terminologii v KRAPL,
- vymezit cílové skupiny projektu s důrazem na vymezení cílové skupiny plánování, tj. osob s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče včetně jejích datových charakteristik,
- identifikovat, analyzovat a popsat klíčové služby na sociálně-zdravotním pomezí, které jsou zásadní pro plánování systému koordinované zdravotní a sociální péče, zmapovat jejich využívání a finanční nákladovost.

2 Projektový rámec KRAPL

Projekt KRAPL cílí na nastavení procesů mapování, plánování a koordinace návazných zdravotních a sociálních služeb pro osoby s potřebou komplexní péče na úrovni jednotlivých krajů.

Hlavním cílem projektu s termínem realizace 2023–2026 je ve spolupráci s krajskou samosprávou, zdravotními pojišťovnami a dalšími klíčovými aktéry připravit *Doporučený postup pro tvorbu krajských zdravotně-sociálních plánů* (dále také „Doporučený postup“ nebo „Postup“), které budou reagovat na specifika jednotlivých krajů.⁴

Krajské zdravotně-sociální plány (dále „KZSP“) budou zcela novým systémovým prvkem v úrovni krajů, který v ČR chybí a který je v kontextu predikcí demografického vývoje společnosti nezbytný. Smyslem a účelem KZSP je propojit t. č. neprovázané subsystémy zajišťující naplňování zdravotních a sociálních potřeb osob s potřebou komplexní péče (uživatelů služeb) tak, aby byl zajištěn koordinovaný souvislý průchod těchto uživatelů oběma subsystémy. KZSP budou rovněž významným zdrojem informací a dat i pro realizaci dalších strategických a rozvojových aktivit dotčených subjektů – Ministerstva zdravotnictví ČR (dále „MZ“), Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (MPSV), krajů, zdravotních pojišťoven, patientských organizací, organizací osob se zdravotním postižením ad.

Návrh Doporučeného postupu bude v dalších fázích projektu pilotován ve vybraných krajích ČR a po jeho finalizaci bude doporučen k implementaci ve všech krajích ČR. Očekávaným následným přínosem projektu je skrze nastavení jednotného postupu/procesů pro plánování služeb na zdravotně-sociálním pomezí docílit toho, aby tyto služby byly schopny adresně reagovat na aktuální potřeby obyvatel s komplexními potřebami s ohledem na regionální specifika jednotlivých krajů.

Dle připravované legislativy na sociálně-zdravotním pomezí⁵ bude výběrová řízení na lůžkovou zdravotně-sociální péči nadále vyhlašovat Ministerstvo zdravotnictví, nově budou mít kraje ve výběrové komisi hlasovací právo, čímž bude posílena jejich role v plánování dostupnosti zdravotních a sociálních služeb na jejich území.

Klíčová zjištění plynoucí z projektu budou dále řešena i nad rámec projektu, neboť na jeho realizaci participují všechny relevantní subjekty mající zásadní vliv jak na legislativní nastavení zdravotně-sociálního pomezí – MZ a MPSV, tak na dostupnost služeb – zejména kraje ČR, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb.⁶

⁴ Doporučený postup pro tvorbu krajských zdravotně-sociálních plánů bude zohledňovat i další strategické plány relevantních aktérů, zejm. zdravotně pojistné plány, komunitní plány sociálních služeb, Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030, Národní strategii rozvoje sociálních služeb 2016-2025 ad.

⁵ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále *zákon o veřejném zdravotním pojištění*); Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále *zákon o zdravotních službách*); Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále *zákon o sociálních službách*)

⁶ Výstupy KA1 vznikly ve spolupráci krajů ČR, členů Koncepční a Pracovní skupiny projektu KRAPL z řad MZ, Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), Českého statistického úřadu (ČSÚ) a MPSV. Zadání pro zpracování statistických dat byla nadefinována Pracovní skupinou KRAPL. Samotná statistická data byla poskytnuta výše uvedenými subjekty.

3 Cílové skupiny projektu KRAPL

Primární cílové skupiny:

- a) Kraje ČR
- b) Zdravotní pojišťovny

Dopadové cílové skupiny:

- a) Osoby s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče
- b) Poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb

3.1 Kraje ČR

Primární a ústřední cílovou skupinou projektu i přímým příjemcem výstupů projektu jsou kraje ČR, resp. zaměstnanci krajských úřadů odpovědní za plánování služeb na území kraje – prioritně na odborech zdravotnictví a sociálních věcí. Nevylučuje se zapojení dalších odborů kraje dle povahy řešené služby. Kraje jsou spolu s dalšími aktéry klíčovými subjekty komplexní péče, v rámci projektu KRAPL se budou podílet na tvorbě návrhu Doporučeného postupu, vybrané kraje pak navržený postup pilotně ověří.

Přínosy projektu pro kraje:

V procesu tvorby Doporučeného postupu (tj. předmětu následné klíčové aktivity KA2 projektu) budou stanovena kritéria nastavení, monitoringu a vyhodnocování krajských zdravotně-sociálních plánů. Kraje se budou moci aktivně podílet na systému budování a podpory sítě sociálně-zdravotních služeb nejen na svém území, nýbrž i systémově v úrovni ČR. Záměrem projektu je rovněž navrhnout potenciální východiska pro realizaci zdravotně-sociálních služeb v rovině nezbytného předpokladu finančních mechanismů pro zajištění těchto služeb. Kraje budou mít možnost aktivně řešit společně s dalšími aktéry (zdravotní pojišťovny, poskytovatelé aj.) nastavení sítě, aby byly výstupy v souladu se systémově nastavenými pravidly a zároveň zde byl prostor pro zohlednění regionálních potřeb a možností jejich saturace. Zásadní je nastavení koordinovaného plánování zdravotních a sociálních služeb v regionech v intenzivní spolupráci se zdravotními pojišťovnami jako předpokladu dostupnosti služeb. Takto nastavený systém bude mít potenciál pružně reagovat na adresné potřeby těchto skupin a jednotlivců se zdravotními problémy, u nichž současně dochází i k dlouhodobě snížené soběstačnosti a obtížím v sociálním fungování. Z krátkodobého hlediska toto nastavení vytvoří podmínky pro lepší průchod pacientů/klientů systémem zdravotních a sociálních služeb. Z dlouhodobého hlediska půjde o zkvalitnění a zpřehlednění systému těchto služeb, který mohou kraje i pojišťovny efektivněji koordinovat. Efektivita plánování služeb povede k nastavení finanční podpory dle skutečné potřeby obyvatel daných regionů, a tím bude dosaženo smysluplného vynakládání ekonomických i lidských zdrojů v oblasti řízení služeb pro občany s komplexními potřebami na území kraje.

3.2 Zdravotní pojišťovny

Fond zdravotního pojištění spravuje v současné době sedm pojišťoven, z nichž největší podíl pojištěnců má Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (cca 60 %). Zdravotní pojišťovny jsou rozhodujícími činiteli pro tvorbu a optimalizaci sítě poskytovatelů zdravotních služeb, neboť uzavírají smlouvy s jejich zařízeními tak, aby mohly být uspokojeny zdravotní potřeby jejich pojištěnců.

Přínosy projektu pro zdravotní pojišťovny:

Hlavním přínosem projektu pro zdravotní pojišťovny bude rozvoj komplexního pohledu na potřeby obyvatel jednotlivých regionů. Kooperací a multidisciplinárním dialogem zdravotních pojišťoven s kraji a s dalšími významnými aktéry plánování a realizace služeb na sociálně-zdravotním pomezí bude dosaženo optimalizovaného pojetí hodnocení potřebnosti podpory jednotlivých zdravotních služeb ze strany zdravotních pojišťoven a zároveň budou mít zdravotní pojišťovny možnost vnášet podněty

k podpoře jednotlivých oblastí sociálních služeb regionu v návaznosti na své poznatky z praxe. Tyto poznatky mohou například detekovat limity sociálního systému prostřednictvím zvýšených nároků na poskytovatele zdravotních služeb v oblasti sociální podpory (např. požadavky na zajišťování úkonů sociální práce směrem k poskytovatelům domácí péče, tedy zdravotních služeb ve vlastním sociálním prostředí).

Zdravotní pojišťovny budou mít k dispozici datové sety obsahující nejen data zdravotní, ale i sociální, které mohou být zdrojem informací pro plánování a realizaci strategických a rozvojových aktivit zdravotních pojišťoven. Uvedené data sety budou optimalizovány na základě dialogu se zdravotními pojišťovnami tak, aby odpovídaly jejich současné praxi a zkušenostem a dokázaly odhalit případné limity v dostupnosti služeb i v návaznosti na poznatky o sociálních potřebách občanů regionu.

Další dvě cílové skupiny projektu nejsou přímými příjemci výstupů projektu KRAPL, výstupy projektu k nim však ve výsledku směřují a označujeme je dále v textu jako „dopadové skupiny“.

3.3 Osoby s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče

Účel, smysl a výstupy projektu ve výsledku směřují k lidem s potřebou komplexní zdravotní a sociální péče. Jakkoli je pro účely projektu označujeme jako „sekundární cílovou skupinu“, fakticky jsou tyto lidé hlavním motivačním faktorem vzniku a realizace projektu KRAPL a primární dopadovou skupinou projektu.

Přínosy projektu pro osoby s potřebou komplexní zdravotní a sociální péče:

Záměrem projektu je zvýšit kvalitu života těchto osob prostřednictvím cíleného propojení a koordinace služeb na zdravotně-sociálním pomezí. Tohoto propojení může být dosaženo prostřednictvím Doporučeného postupu pro tvorbu krajských zdravotně-sociálních plánů a následnou realizací těchto plánů. Vymezení a datový popis této cílové skupiny je jedním z cílů KA1 (viz kapitola 5). Významným očekávaným přínosem realizace krajských zdravotně-sociálních plánů je podpora neformálních pečujících o blízké s potřebou komplexní péče v domácím prostředí, která se promítne do plánování adekvátní krajské sítě a dostupnosti potřebných služeb jak pro klienty komplexní péče, tak služeb určeným jejich pečujícím.

3.4 Poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb

Poskytovatelé zdravotních služeb

Jedná se o poskytovatele zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách, kteří poskytují péči zejm. dle § 5 odst. 2, písm. g), h) a f) tj. péči ošetrovatelskou a paliativní – poskytovatelé lůžkové zdravotní péče, ambulantní zdravotní péče a péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Přínosy projektu pro kraje a poskytovatele zdravotních služeb:

Rozvoj a nastavení multidisciplinární spolupráce se sociálními službami povede k navýšení jistot krajů, poskytovatelů i pacientů s potřebou komplexní péče. Očekává se, že dojde k posunu ve způsobech zajišťování zdravotních i sociálních potřeb, jež jsou dnes uspokojovány zpravidla izolovaně, bez návaznosti na dopady do dalších oblastí života pacientů a v závislosti na tom, zda se pacient nachází aktuálně v zařízeních sociálních nebo zdravotních služeb. Z pohledu poskytovatelů zdravotních služeb bude vytvoření a rozvoj jasně strukturovaného a ukotveného systému monitorování, hodnocení a plánování regionálně specifického rozvoje integrovaných sociálně-zdravotních služeb znamenat výrazné navýšení jejich jistot v aplikační praxi, které povede ke zvýšení zájmu o tuto významně poddimenzovanou oblast služeb. Zároveň dojde k nastavení systému zajišťování návazné péče

o pacienty s komplexními potřebami, který zajistí poskytovatelům zdravotních služeb následné a dlouhodobé lůžkové péče jasný nástroj na plánování dalšího průchodu pacienta systémem služeb (až do služby sociálně-zdravotní péče). Dojde k identifikaci oblastí, které nejsou v současné době koordinovaně plánovány a řízeny s ohledem na komplexní potřeby pacientů s dlouhodobými zdravotními limity s negativním dopadem na jejich sociální fungování (např. vykazování dat selektivně pro oblast následné a dlouhodobé péče, multidisciplinární plánování a řízení poskytování následné, dlouhodobé a návazné péče o pacienty s komplexními potřebami, kompetence v oblasti přístupu a nakládání s daty poskytovatelů).

Poskytovatelé sociálních služeb

Jedná se o poskytovatele sociálních služeb dle zákona o sociálních službách, kteří poskytují ambulantní, terénní i pobytové sociální služby, a to jak služby sociální péče a prevence, tak poradenské služby – v kontextu služeb na sociálně-zdravotním pomezí se jedná zejména o domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, denní centra, denní a týdenní stacionáře, pečovatelské služby, odlehčovací služby, sociální služby poskytované v zařízeních zdravotních služeb lůžkové péče, raná péče ad.

Očekávané přínosy projektu pro poskytovatele sociálních služeb:

Významným přínosem bude zajištění zásadní podpory pro poskytovanou službu na systémové a krajské úrovni v případě zahrnutí sociální služby do sítě v rámci krajských zdravotně-sociálních plánů.⁷ Rozvoj a nastavení multidisciplinární spolupráce se zdravotními službami povede k navýšení jistot krajů, poskytovatelů i klientů s potřebou komplexní sociálně-zdravotní péče. Dojde k posunu ve způsobech zajišťování zdravotních i sociálních potřeb, jež jsou dnes ve značné míře uspokojovány neuceleně bez návaznosti na dopady do dalších oblastí života klientů a v závislosti na tom, zda se momentálně pacient nachází v sociálních nebo zdravotních službách. Z pohledu poskytovatelů sociálních služeb bude vytvoření a rozvoj jasně strukturovaného a ukotveného systému monitorování, hodnocení a plánování regionálně specifického rozvoje a koordinace integrovaných sociálně-zdravotních služeb znamenat výrazné navýšení jejich jistot v aplikační praxi, které povede ke zvýšení zájmu o tuto významně poddimenzovanou oblast služeb. Dojde ke zdůraznění potřeby podpory komunitně směřovaných služeb, které se budou podílet na rozvoji podmínek pro život klientů v jejich vlastním sociálním prostředí a rozvoji způsobů podpory jejich soběstačnosti.

3.5 Další subjekty participace na plánování zdravotních a sociálních služeb

Role subjektů, s nimiž bude navázána spolupráce a jejichž zapojení do procesů plánování zdravotních a sociálních služeb je potřebné a velmi důležité, bude blíže specifikována v návazné aktivitě projektu KA2. Jedná se zejména o:

- obce s rozšířenou působností a obce s pověřeným obecním úřadem, které znají reálné potřeby občanů na svém území často až na úroveň jednotlivců či malých skupin a jejichž spolupráce s kraji zajišťuje krajům reálný pohled na oblasti vhodné podpory,
- zástupce osob s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče – patientské organizace ad.,
- zástupce neformálních pečujících o blízké s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče,
- Ministerstvo práce a sociálních věcí, Úřad práce, Česká správa sociálního zabezpečení, Okresní správa sociálního zabezpečení,
- Ministerstvo zdravotnictví, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR ad.

⁷ V případě, že poskytovatel je držitelem oprávnění poskytování zdravotních služeb dle zákona o zdravotních službách a sociálních služeb dle zákona o sociálních službách.

4 Terminologie projektu KRAPL

Terminologie je navržena pro účely pilotního ověření Doporučeného postupu v rámci KRAPL. Uvedené základní pojmy směřují k navození společného východiska k porozumění pojmů ze sociální oblasti, které nemusí být běžně známy (nebo jsou známy v jiných souvislostech či významech) zdravotníkům a dalším participantům projektu z oblasti zdravotnictví, a dále pojmů ze zdravotní oblasti, které nemusí být běžně známy sociálním pracovníkům a dalším participantům projektu, kteří se v této oblasti běžně nepohybují. Uvedená terminologie byla použita při zadávání podkladů pro zpracování statistických dat a bude používána v následných aktivitách a výstupech projektu.⁸ Další pojmy byly formulovány Pracovní skupinou projektu KRAPL.

V dokumentu využíváme pojmy „pacient“ v částech textu s primárně zdravotnickou konotací a „klient“ v částech, které se prioritně váží k obsahům sociálního zaměření nebo také jako souhrnné označení pro „osobu spadající do cílové skupiny projektu s potřebou koordinované zdravotní a sociální služby“ (viz dále podkapitola 4.1). Pro označení takové osoby používáme v textu rovněž složený výraz „pacient/klient“ pro zdůraznění, že se jedná o člověka s potřebou intervencí v obou segmentech péče a služeb.

Poznámka k názvosloví dokumentu ve vztahu k cílové skupině projektu KRAPL:

V tomto dokumentu výraz pro cílovou skupinu „osoby s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče“ znamená totéž co výraz „osoby s potřebou komplexní péče/integrované péče/koordinované péče“. V názvu tohoto dokumentu je uvedeno slovní spojení „chronicky nemocní pacienti/klienti s potřebou komplexní péče“. Výraz „chronicky nemocní“ je uveden v projektové žádosti KRAPL a název indikátoru s tímto výrazem je pro účely hodnocení výstupů projektu závazný. V průběhu první fáze projektu se ukázalo, že je nezbytné rozšířit okruh osob s potřebou koordinované péče i mimo chronicky nemocné, proto v dalším textu používáme výraz s širším obsahem „osoby s potřebou koordinované péče“, čemuž jsme také uzpůsobili zaměření a datový rozsah analytické části dokumentu.

Poznámka k používání slovního spojení zdravotně-sociální / sociálně-zdravotní v projektu KRAPL:

Názvy (krajský) „zdravotně-sociální plán“ a „integrováná zdravotně-sociální péče“ ponecháváme v dokumentu KA1 v souladu s nastavením projektové žádosti KRAPL. V ostatním textu se přikláníme k aktuálnímu legislativnímu vývoji v ČR, který nastal po podání a po schválení projektové žádosti KRAPL.⁹

4.1 Základní pojmy

Klient	pro potřeby tohoto dokumentu slovo klient označuje osobu spadající do cílové skupiny projektu s potřebou koordinované zdravotní a sociální služby.
Chronické onemocnění	je takové onemocnění, které přetrvává dlouhou dobu (déle než tři měsíce) a které vyžaduje opakovanou zdravotní péči a/nebo omezuje osobu v běžných denních činnostech. Cílem zdravotní péče u osob s chronickým onemocněním je zajištění co nejvyšší kvality života nemocného, a to stabilizací zdravotního stavu a zabráněním rozvoje komplikací spojených s chronickým onemocněním nebo se zdravotním postižením.

⁸ Základní pojmy a definici „osoby s potřebou komplexní péče“ zpracovala Pracovní skupina KRAPL a schválila Koncepční skupina KRAPL.

⁹ Změnový zákon na sociálně-zdravotním pomezí

Běžné denní činnosti	vymezují míru soběstačnosti v rámci péče o sebe sama v rozsahu všedních denních činností neboli ADL (activities of daily living). ¹⁰
Polymorbidita	je současný výskyt dvou nebo více chronických onemocnění u téhož jedince. Ani jedno z těchto onemocnění přitom obvykle není považováno za „významnější“; tato onemocnění zásadně ovlivňují kvalitu života. ¹¹
Dlouhodobá hospitalizace	hospitalizace v rozsahu min. 90 po sobě jdoucích kalendářních dnů (délka dlouhodobé hospitalizace navržena pro potřeby projektu).
Opakovaná hospitalizace	přijetí do zdravotnického zařízení lůžkové péče během 90 dnů (interval opakované hospitalizace navržen pro potřeby projektu) po propuštění ze stejného či jiného zdravotnického zařízení akutní, následné lůžkové nebo dlouhodobé lůžkové péče. Příčina rehospitalizace nemusí být spojena s příčinou primární hospitalizace, ale souvisí se zhoršeným chronickým nebo polymorbidním stavem nebo je důsledkem jeho projevů.
Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav	vyžadující pravidelnou zdravotní péči je takový stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok a který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti významné pro pracovní schopnost (dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů).
Sociální vyloučení	vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace (dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).
Sociální začleňování	proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný (dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).
Nepříznivá sociální situace	je oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením (dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).
Zdravotní postižení	tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby (dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

¹⁰ Ministerstvo zdravotnictví ČR. Rejstřík pojmů [Online]: běžné denní činnosti. NZIP. [cit. 2024-02-28]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/4649>

¹¹ Ministerstvo zdravotnictví ČR. Rejstřík pojmů [Online]: polymorbidita. NZIP. [cit. 2023-12-26]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/5371>

4.2 Osoba s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče

Výstupy projektu směřují prostřednictvím krajských zdravotně-sociálních plánů, resp. v této fázi Doporučeného postupu pro tvorbu KZSP k lidem v nepříznivé sociální situaci s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče z důvodu jejich dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Pro účely pilotního ověření Doporučeného postupu je tato dopadová cílová skupina projektu definována následovně.¹²

Osoby s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče jsou osoby, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu:

- chronického nebo duševního onemocnění, zdravotního postižení,
- život ohrožujícího onemocnění (včetně terminálního stadia onemocnění),
- dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nebo
- věku.

V rámci Doporučeného postupu budou vymezeny tzv. **identifikátory k mapování potřeb koordinované zdravotní a sociální péče**. Výskyt jednoho a více identifikátorů může, ale zároveň nemusí signalizovat potřebu klienta, která by měla být saturována prostřednictvím sociální nebo zdravotní služby. Pro zařazení do cílové skupiny projektu osob s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče (OZSP) postačí splnění jednoho identifikátoru.

Výčet identifikátorů lze v průběhu projektu upravovat a doplňovat tak, aby co nejlépe specifikovaly potřeby sekundární cílové skupiny projektu (např. v kontextu charakteru regionu) a umožnily efektivnější identifikaci osob s potřebou koordinované péče.

Identifikátory osob s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče pro účely pilotního ověření Doporučeného postupu¹³

V rámci pilotního ověření Doporučeného postupu patří do cílové skupiny OZSP osoba, která splňuje charakteristiku/charakteristiky viz rámeček výše a která:

- a) *potřebuje podporu níže uvedené služby nebo je pravděpodobné, že ji bude potřebovat v blízké budoucnosti*

Pobytové sociální služby:

- domovy pro seniory
- domovy se zvláštním režimem
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- odlehčovací služby v pobytové formě
- týdenní stacionáře
- sociální služby ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče

¹² Zahrnuje zdravotní charakteristiky osob závislých na návykových látkách, zdravotní charakteristiky osob v krizi a zdravotní charakteristiky osoby bez domova, spadají-li tyto osoby v důsledku zdravotních charakteristik mezi osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického či duševního onemocnění, zdravotního postižení, život ohrožujícího onemocnění včetně terminálního stadia onemocnění, dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu či vysokého věku.

¹³ Pro zařazení do sekundární cílové skupiny projektu postačí splnění jednoho identifikátoru.

Terénní sociální služby:

- pečovatelské služby
- odlehčovací služby v terénní formě
- osobní asistence
- odborné sociální poradenství se zaměřením na cílovou skupinu chronicky nemocných

Ambulantní sociální služby:

- denní stacionáře
- odlehčovací služby v ambulantní formě
- pečovatelské služby
- centra denních služeb
- odborné sociální poradenství se zaměřením na cílovou skupinu chronicky nemocných

Zdravotní služby poskytované ve vlastním sociálním prostředí:

- domácí péče (ošetřovatelská, léčebně rehabilitační, paliativní)
- mobilní specializovaná paliativní péče
- návštěvní služba poskytovatele primární péče v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie

Ambulantní zdravotní služby¹⁴:

- poskytovatelé primární péče v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie
- praktické lékařství pro dospělé

Lůžkové zdravotní služby:

- zdravotnická lůžková zařízení následné lůžkové péče a dlouhodobé lůžkové péče

b) *má smlouvu se sociální službou uvedenou v bodě a) nebo*

- podanou žádost o poskytnutí sociální služby
- potvrzení o odmítnutí sociální služby
- splňuje podmínky pro poskytování sociální služby a zároveň žádost o poskytování sociální služby nebyla podána

c) *má přiznaný příspěvek na péči,*

d) *má přiznaný příspěvek na zvláštní pomůcku,*

e) *má přiznaný průkaz osoby se zdravotním postižením,*

f) *má potenciální nárok na body c) až e) v důsledku dlouhodobého snížení soběstačnosti a změny zdravotního stavu (žádost o jejich přiznání nebyla podána nebo je žádost v procesu vyřízení),*

g) *je hospitalizována,*

h) *je dlouhodobě hospitalizována,*

i) *je opakovaně hospitalizována.*

4.3 Koordinovaná zdravotní a sociální péče

Zdravotní a sociální služby pro cílovou skupinu projektu OZSP mají charakter *komplexní, návazné a koordinované* péče/služeb. Tyto atributy pro účely projektu KRAPL vymezujeme následovně.¹⁵

¹⁴ Do výčtu ambulantních zdravotních služeb jsou zařazeny služby, které budou primárně součástí pilotního ověření Doporučeného postupu. To nevylučuje zařazení dalších zdravotních služeb / odborností (psychiatr, geriatr, paliatr ad.) do postupů pilotního ověřování Doporučeného postupu a následně krajského zdravotně-sociálního plánu.

¹⁵ Toto vstupní vymezení slouží k následné diskusi o konstrukci definic příslušných pojmů a o jejich zavedení a využívání v oblasti odborné terminologie na sociálně-zdravotním pomezí.

Potřeba komplexní zdravotní a sociální péče

je stav, kdy osoba není schopna samostatně uspokojovat své životní potřeby v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, chronického onemocnění, věku nebo život ohrožující či život limitující nemoci s negativním dopadem na její zdravotní stav, úroveň soběstačnosti a sociálního fungování. Tato potřeba vyžaduje souběžnou a provázanou podporu ze zdravotního i sociálního systému s cílem zajistit péči pokrývající všechny aspekty života od zdravotních intervencí až po podporu v oblasti každodenního života, sociálních vztahů a začlenění do společnosti. Komplexní péče je taková péče, která pružně reaguje na aktuální potřeby osoby a zamezuje zhoršení jejího zdravotního stavu a kvality života.

Potřeba komplexní zdravotní a sociální péče

Definice: Stav, kdy osoba vyžaduje souběžnou podporu zdravotního i sociálního systému v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, chronického onemocnění, věku nebo život ohrožující či život limitující nemoci.

Cíl: Zajistit komplexní péči zahrnující zdravotní intervence, podporu v každodenním životě, sociálních vztazích a začlenění do společnosti.

Charakteristika: Péče pružně reaguje na aktuální potřeby s cílem zamezit zhoršení zdravotního stavu a kvality života pacienta/klienta.

Koordinované poskytování zdravotních a sociálních služeb

je proces, který zajišťuje efektivní spolupráci mezi poskytovateli sociálních a zdravotních služeb s cílem reagovat na aktuální potřeby a přání jednotlivce (případně prostřednictvím jeho zákonných zástupců v situaci dětí či osob, které nejsou schopny o sobě rozhodovat). Tento přístup zahrnuje pružnou reakci na změny zdravotního stavu či sociálně nepříznivé situace, přičemž je klíčové zajistit kontinuitu sociální a zdravotní péče. Na regionální úrovni mohou být zavedeny podpůrné mechanismy, jako jsou koordinační týmy nebo konkrétní návody (guideliny) zaměřené na specifické potřeby různých skupin osob s ohledem na dostupnost služeb v daném regionu.

Koordinované poskytování zdravotních a sociálních služeb

Definice: Proces, který zajišťuje efektivní spolupráci mezi poskytovateli sociálních a zdravotních služeb s cílem pružně reagovat na aktuální potřeby a přání jednotlivce.

Cíl: Zajistit kontinuitu péče a rychlou reakci na změny zdravotního stavu nebo sociální situace pacienta/klienta a změn potřeb pacienta/klienta nebo jeho blízkých i při neměnném zdravotním stavu.

Charakteristika: Zahrnuje regionální podpůrné mechanismy, jako jsou koordinační týmy nebo konkrétní návody, které zohledňují dostupnost služeb pro specifické skupiny osob.

4.4 Integrovaná zdravotní a sociální péče

Integrovaná zdravotní a sociální péče (IZSP)

je komplexní přístup zaměřený na propojení zdravotních a sociálních služeb. Cílem IZSP je zajistit ucelenou podporu osobám s chronickým, duševním nebo život ohrožujícím či život limitujícím onemocněním, se zdravotním postižením a starším dospělým, u nichž zdravotní stav ovlivňuje úroveň soběstačnosti a sociálního fungování. IZSP je založena na koordinaci mezi službami zařízení poskytovatelů zdravotních služeb, zařízeními sociálních služeb, pojišťovnami a dalšími aktéry, a to v rámci společného plánování, poskytování i hodnocení péče. Důraz je kladen na efektivní využití dostupných zdrojů, prevenci duplicit poskytovaných služeb, efektivitu služeb a maximalizaci kvality v souladu s individuálními potřebami pacientů/klientů IZSP.

Integrovaná zdravotní a sociální péče (IZSP)

Definice:	Strategický a systémový přístup zaměřený na propojení zdravotních a sociálních služeb za účelem uceleného poskytování péče osobám s chronickými, duševními nebo život ohrožujícími či život limitujícími onemocněními, se zdravotním postižením a starším dospělým, u nichž zdravotní stav ovlivňuje úroveň soběstačnosti a sociální fungování včetně možností a potřeb blízkých osob, zejm. neformálních pečujících.
Cíl:	Zajistit komplexní a efektivní využití dostupných zdrojů, maximalizovat kvalitu péče a předcházet duplicitě poskytovaných služeb.
Charakteristika:	Společné plánování, poskytování a hodnocení péče s důrazem na spolupráci mezi zařízeními poskytovatelů zdravotních služeb, sociálních služeb, pojišťovnami a dalšími aktéry.

Shrnutí

- *Komplexní potřeba péče* je definována jako souběžná potřeba zdravotní a sociální podpory kvůli výraznému zhoršení zdravotního stavu nebo životní situace.
- *Koordinované poskytování služeb* klade důraz na spolupráci mezi poskytovateli péče a zajištění kontinuity služeb.
- *Integrovaná zdravotní a sociální péče* se zaměřuje na systémovou spolupráci mezi zdravotním a sociálním sektorem péče.

5 Osoby s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče – datové charakteristiky

Zdravotní a sociální systémy sledují různé aspekty péče, což znesnadňuje vytvoření jednotného datového profilu pacientů/klientů s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče. Rozdílné způsoby evidence a typů dat v těchto segmentech neumožňují kompatibilní srovnání dat pro nalezení validního datového průsečíku, který by byl s to zachytit současné nebo bezprostředně návazné poskytování služeb na sociálně-zdravotním pomezí u konkrétního pacienta/klienta, a tím ho statisticky zviditelnit.

Zatímco v oblasti zdravotních služeb lze data evidovat detailně až do úrovně jednotlivých úkonů u konkrétních pacientů, v sociálních službách se data o poskytnutých službách evidují významně jen na úrovni jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb (typicky např. počet přijatých žádostí o poskytování sociální služby, počty žádostí o poskytnutí služby odmítnutých ze zákonem stanovených důvodů, počty nově přijatých klientů, souhrnné počty poskytovaných intervencí ad.). Z těchto a dalších důvodů nelze datově charakterizovat cílovou skupinu osob s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče (dále „cílová skupina“) přímo a standardními analytickými postupy. Pro datový popis cílové skupiny se nabízí alternativní přístup, a sice aproximace (přiblížení) této cílové skupiny pomocí odvozených charakteristik na základě analýzy dostupných datových zdrojů ÚZIS, ČSÚ, MZ, MPSV ad. evidovaných primárně za jiným účelem, a to na základě předem stanovených kritérií pro výběr datových souborů.¹⁶ Identický přístup byl použit také v následující části KA1 k výběru a analýze datových charakteristik služeb na sociálně-zdravotním pomezí.

5.1 Kritéria pro výběr datových souborů K1–K11

Kritéria pro výběr a analýzu datových zdrojů pro popis cílové skupiny se zaměřují na specifické charakteristiky populace s různými potřebami koordinované zdravotní a sociální péče. Tato kritéria byla odvozena z dílčích parametrů definičního vymezení osob s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče a s nimi spojené evidence výkonů či poskytování služeb/intervencí. Zpravidla se jedná o období posledních pěti až šesti let, kde jsou data za toto období dostupná, nebo o data některého roku v intervalu 2018–2023. S ohledem na pandemii COVID-19, již byla společnost zasažena mezi lety 2020–2022, bylo zvoleno pozorovací období 5 let. Důvodem byla potřeba zajištění uceleného náhledu na „standardní“ období i uvedené výjimečné období v jednom kontextu. I přes zahrnutí pandemického období do analýzy dat zvolené časové rozpětí velmi dobře ilustruje kontinuální stárnutí populace se všemi návaznými aspekty.

Jednotlivá kritéria jsou v textu označena písmenem „K“ s pořadovým číslem kritéria.

Věková struktura a nemocnost obyvatel ČR v letech 2018–2022

K1 Věková struktura obyvatel ČR v letech 2018–2022

Ukazatel slouží k identifikaci věkových skupin, které budou s vysokou pravděpodobností potřebovat koordinovanou péči v budoucnu. Věková struktura napovídá, jaký podíl populace může mít vyšší potřebu zdravotní a sociální péče.

¹⁶ Tato kritéria byla stanovena Koncepční skupinou projektu a vycházejí z teoretického vymezení (vydefinování) cílové skupiny a dalších zadání na základě průběžných skupinových diskusí skupiny. Koncepční skupina je složena ze zástupců spolupracujících krajů ČR, zdravotních pojišťoven, poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, zástupců patientských organizací a organizací osob se zdravotním postižením, zástupců MPSV, MZ, ÚZIS, ČSÚ ad.

K2 Nemocnost obyvatel ČR v letech 2018–2022

Ukazatel nabízí pohled na zdravotní zatížení populace. Pomáhá určit, jak rozšířené jsou různé zdravotní stavy v populaci a odhadnout budoucí potenciální zátěž a potřebu zajištění kapacit pro zdravotní a sociální systém.

Chronická onemocnění

K3 Osoby s chronickým onemocněním

Závažná chronická onemocnění nezřídka vyžadují dlouhodobou opakovanou zdravotní i sociální péči. Pacienti/klienti se závažným chronickým onemocněním patří mezi cílové skupiny s vysokým předpokladem využívání koordinovaných zdravotních a sociálních služeb.

K4 Hospitalizace a opakované hospitalizace osob s chronickým onemocněním

Opakované hospitalizace poukazují na nezbytnost koordinace zdravotní a sociální péče pro pacienty/klienty se závažným chronickým onemocněním – časté opakované hospitalizace mohou být mj. známkou nedostatečné kontinuity nebo koordinace péče, případně nedostatečné dostupnosti adekvátních služeb.

Život ohrožující či život limitující onemocnění včetně terminální fáze onemocnění

K5 Osoby s život ohrožujícím onemocněním

K6 Terminálně nemocní pacienti

K7 Trajektorie terminálně nemocných osob

Tyto kategorie se zaměřují na pacienty/klienty, kteří potřebují intenzivní péči v průběhu onemocnění i na konci života, což vyžaduje vysokou intenzitu koordinace mezi zdravotními a sociálními službami.

Duševní onemocnění

K8 Osoby s duševním onemocněním

Také u této skupiny pacientů/klientů je úzké propojení a návaznost mezi sociálními a zdravotními službami zásadní, neboť mnoho osob s duševním onemocněním vyžaduje z povahy své nemoci dlouhodobou až trvalou podporu obou segmentů služeb. Osoby s duševním onemocněním proto patří mezi cílové skupiny s vysokým předpokladem využívání koordinovaných zdravotních a sociálních služeb.

Zdravotní postižení

K9 Osoby se zdravotním postižením

Zahrnuje osoby s různými zdravotními postiženími, které vyžadují jak zdravotní, tak sociální služby, přičemž často potřebují přizpůsobené služby.

K10 Čerpání příspěvku na péči

Příjemci těchto příspěvků jsou zpravidla a v různé míře závislí na pomoci druhých, což z nich činí prioritní skupinu pro zajištění koordinace zdravotních a sociálních služeb.

K11 Invalidní důchody

Rozmanitost zdravotních problémů, které vedou k přiznání invalidních důchodů, zahrnuje fyzická i psychická onemocnění a často vyžaduje koordinovanou podporu napříč zdravotními a sociálními službami.

5.2 Charakteristika datových zdrojů

Zdroje dat z oblasti zdravotnictví

NRHZS – Národní registr hrazených zdravotních služeb

Zdrojem pro analytickou část jsou primárně informace z Národního registru hrazených zdravotních služeb, který obsahuje data o vykázaných zdravotních službách hrazených z veřejného zdravotního pojištění. NRHZS shromažďuje data vykázaná všemi cca 30 000 poskytovateli zdravotních služeb zdravotním pojišťovnám, jedná se tak o nejširší a datově nejobsáhlejší datový zdroj v rámci Národního zdravotnického informačního systému (dále NZIS). Sběr dat do registru je ale nastaven tak, aby poskytovatele nezatěžoval – místo 30 000 poskytovatelů zdravotních služeb do něj přispívá pouze sedm zdravotních pojišťoven. Registr obsahuje údaje o individuálních úhradách poskytovatelů zdravotní péče, data o poskytovatelích zdravotních služeb, data o personálním, technickém a věcném vybavení pracovišť a nezbytné seznamy a číselníky. Jsou zde tedy obsaženy veškeré vykázané a uznané výkony, přípravky a materiál, který byl danému pacientovi u daného poskytovatele zdravotních služeb v rámci péče o něj poskytnut.

NRHZS je limitován, a to následujícím způsobem:

Data o zdravotních službách mimo veřejné zdravotní pojištění (samoplátci, připojištění) nebo služby nevykazované zdravotní pojišťovně (např. výkony agregované do ošetrovacího dne při lůžkové péči, péče v rámci paušální nebo kapitační platby) nejsou v datových sadách k dispozici. Data NRHZS jsou vykazována poskytovateli zdravotní péče zdravotním pojišťovnám za účelem proplácení zdravotní péče; nejde tak o klinický nebo epidemiologický registr. Využití dat NRHZS pro analýzy představuje sekundární využití dat sbíraných původně za jiným účelem.

LPZ – List o prohlídce zemřelého

Hlavním zdrojem dat o zemřelých osobách je List o prohlídce zemřelého, který je součástí Národního zdravotnického informačního systému. Informační systém LPZ slouží ke sběru dat o zemřelých a okolnostech úmrtí, zejména pak o příčinách smrti. Registr LPZ zaznamenává všechny případy úmrtí na území ČR. V některých případech i úmrtí obyvatel ČR mimo území ČR a také mrtvě narozené děti. Do registru předává informace každý lékař, který provedl prohlídku těla zemřelého, pokud je nařízena pitva, pak také pitvající lékař. Registr obsahuje údaje o individuálních zemřelých osobách prvotní a vnější příčiny úmrtí (MKN-10), věku při úmrtí, datumu úmrtí, místa úmrtí, úmrtí podle územní jednotky, občanství a další specifikující údaje. Členské země EU jsou povinny každoročně předávat data o příčinách smrti do mezinárodních databází a organizací. Na národní úrovni jsou výstupy z informačního systému LPZ dále předávány a zpracovávány ve spolupráci s Českým statistickým úřadem.

LPZ je limitován, a to následujícím způsobem:

Údaje jsou standardně k dispozici od roku 1994, kdy byla zavedena devátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. Pokud jsou data obohacena údaji z NRHZS, pak jsou dostupná zpravidla až od roku 2011. Data o zemřelých osobách jsou k dispozici za 1 rok po vydání předchozího souboru, a to z důvodu nutné validace a kompletace jak v případě ÚZIS, tak ČSÚ.

Obecně pro oba datové zdroje platí:

V NZIS jsou evidované údaje určené explicitně pouze pro účely uvedené v § 70 odst. 1 zákona o zdravotních službách, zejména statistické účely. Nejedná se tedy o referenční údaje ve smyslu § 2, písm. b) zákona č. 111/2009 Sb., o základních registrech, ve znění pozdějších předpisů, které jsou dle § 4 odst. 4 téhož zákona považovány za správné, pokud není prokázán opak nebo pokud nevznikne oprávněná pochybnost o jejich správnosti. ÚZIS ČR neodpovídá za věrohodnost údajů evidovaných v NZIS, ani nemá k dispozici podklady, na základě, kterých jsou tyto údaje do NZIS zapisovány, a není

možné z těchto dostupných údajů dovodit jejich správnost pro účely stanovené jinými právními předpisy.

Poznámka k dataci zdrojů

Pro data v tabulkách a grafech, pod nimiž jsou uvedeny jako zdroje dat ÚZIS a ČSÚ a dalších subjektů bez vrocení, platí, že export dat pro účely projektu KRAPL proběhl do druhého čtvrtletí 2024 a tato data zachycují stav příslušných zdrojových databází do termínu 30.6.2024 včetně.

Zdroje dat z oblasti sociálních věcí

Registr poskytovatelů sociálních služeb – RPSS

V registru (zřízen Zákonem o sociálních službách s účinností od r. 2007) jsou uvedeni všichni registrovaní poskytovatelé sociálních služeb v ČR. Registr spravuje MPSV, údaje v něm aktualizuje na základě žádostí poskytovatelů sociálních služeb. Změny v registru primárně provádějí krajské úřady dle sídla poskytovatele.¹⁷ Jedním z hlavních limitací RPSS je zdoluhavá aktualizace dat. Úpravy v registru provádějí krajské úřady na základě podnětů poskytovatelů, což je proces, který může být velmi pomalý. To často vede k nesouladu mezi skutečnou nabídkou sociálních služeb a informacemi uvedenými v registru. K tomu se přidává problém nedostatečného pokrytí. Někteří poskytovatelé služeb nebo samotné služby nejsou v registru uvedeny, což může být důsledkem chyby v procesu evidence nebo absence povinné registrace. Taková situace může zmást uživatele a ztížit jim přístup ke službám, které skutečně existují. Kritika často směřuje také na technické a přístupové problémy a na nejasné rozdělení např. cílových skupin sociálních služeb nebo evidenci rozdílných informací v RPSS a na internetových stránkách poskytovatele služby.

OK systém

OK systém (OKslužby – poskytovatel) je informační systém, který slouží k podpoře a správě agend MPSV. Tento systém zahrnuje procesy a databáze spojené s poskytováním sociálních dávek, podporou zaměstnanosti, poskytováním sociálních služeb nebo k agendě zaměstnanosti. Limitace OK systémů spočívá zejména v kompatibilitě elektronického vykazování při exportu z jiných informačních softwarů poskytovatelů sociálních služeb nebo je limitováno jinou konfigurací a pojmenováním dat při jejich vykazování.

5.3 Souhrnná zjištění K1–K11

Demografická struktura obyvatel (K1)

Mezi lety 2018–2022 došlo k růstu populace ve vyšších věkových kategoriích, což zvýšilo průměrný věk populace a index stárí. Tento trend znamená vyšší potřebu komplexní sociálně-zdravotní péče, zejména pro osoby starší 65 let, které vyžadují koordinovanou podporu kvůli vyšší nemocnosti.

Nemocnost populace (K2, K3)

Nemocnost stoupá s věkem; osoby nad 65 let mají často více než jedno chronické onemocnění, což vyžaduje komplexní péči. Skóre DCCI potvrzuje, že starší skupiny, zejména nad 75 let, čelí vyšší nemocnosti a komplikovanějším zdravotním potřebám. Chronická onemocnění, jako je vysoký krevní tlak, cukrovka, artróza či deprese, vykazují populační nárůst, což vyvolává vyšší potřebu cílených intervencí a koordinované zdravotní a sociální péče.

¹⁷ Struktura registru viz [Registr poskytovatelů sociálních služeb](#) (online, cit. 2024-10-30)

Hospitalizace a opakované hospitalizace (K3, K4)

Starší populace má vyšší počty hospitalizací, zejména ve věkových skupinách nad 65 let. Počet opakovaných hospitalizací také roste s věkem a v letech 2020 a 2021 byl ovlivněn pandemií COVID-19. Regionální rozdíly v rehospitalizacích odrážejí různou dostupnost zdravotní péče, což poukazuje na potřebu regionálně přizpůsobených služeb.

Trajektorie terminálně nemocných pacientů (K5, K6, K7)

Trajektorie terminálně nemocných pacientů ukazují na dva typy průchodů systémem – optimální a neoptimální. Zatímco optimální trajektorie naznačují přiměřenou péči (např. v domácím prostředí s podporou), neoptimální trajektorie (např. časté hospitalizace) poukazují na nedostatečnou koordinaci péče, zejména v oblasti domácí paliativní péče. Podíl optimálních trajektorií vzrostl z 47,5 % v roce 2018 na 53,8 % v roce 2023. Tento nárůst naznačuje zlepšení v péči o terminálně nemocné pacienty a větší důraz na domácí a komunitní péči. Nejčastější neoptimální trajektorie jsou dlouhodobě zastoupeny pacienty zemřelými za terminální hospitalizace a pacienty převezenými záchrannou službou k terminální hospitalizaci.

Duševní onemocnění (K8)

Počet osob v psychiatrické péči je vysoký. Péče o tyto pacienty/klienty vyžaduje nezbytnou koordinaci zdravotních a sociálních služeb. V současné době (říjen 2024) je v ČR aktivních 34. Center duševního zdraví s integrovanou sociálně-zdravotní péčí, přičemž kapacita těchto center je nedostačující. V ambulantní psychiatrické péči v ČR je nejvíce pacientů ve věkové skupině 40–49 let. Stárnutí populace zvyšuje počet pacientů a nezbytnost rozvoje specializované péče o pacienty/klienty s Alzheimerovou nemocí a jinými demencemi.

Osoby se zdravotním postižením (K9)

V roce 2018 tvořili lidé se zdravotním postižením přibližně 13 % populace starší 15 let, přičemž největší zastoupení bylo mezi seniory nad 65 let s vyšším zastoupením žen. Celkově nejrozsáhlejším typem zdravotního postižení v populaci je postižení hybnosti, zraku a sluchu. Potřeba podpory a péče se u osob se zdravotním postižením liší podle typu a míry postižení, což vyžaduje individualizovaný přístup a dostupnost kompenzačních pomůcek a asistivních technologií.

Příspěvek na péči – PnP (K10)

S vyšším věkem výrazně roste počet příjemců PnP v závislosti na demografických trendech stárnutí populace. Nejvyšší počet příjemců PnP je v kategoriích 75–94 let ve vyšších stupních závislosti (III. a IV.) s převládajícím zastoupením žen, které mají delší průměrnou délku života.

Invalidní důchody (K11)

Nejvyšší počty invalidních důchodů jsou dlouhodobě v kategorii osob se svalovými a kosterními poruchami a osob s duševním onemocněním a poruchami chování. Data ve sledovaném období 2018–2022 ukazují posun v rozložení příjemců invalidních důchodů ve prospěch nižších stupňů invalidity. Počet příjemců invalidních důchodů přiznaných v obou uvedených skupinách je nejvyšší ve věkové kategorii 55–59 let. Po 60. roce věku výrazně klesá v souvislosti se změnou invalidního důchodu na starobní.

5.4 Analýza dat

K1 Věková struktura obyvatel ČR v letech 2018–2022

Tabulky č. 1 a 2 znázorňují vývoj věkové struktury obyvatelstva ČR v letech 2018–2022. Z údajů je patrný postupný nárůst populace ve vyšších věkových kategoriích, což odráží demografické změny a dlouhodobý trend stárnutí obyvatelstva. Tento trend má přímý dopad na systém zdravotních a sociálních služeb, neboť významně vyšší věk je spojen s vyšší potřebou a intenzitou komplexní péče. Předpoklad zvyšující se potřeby koordinované sociálně-zdravotní péče souvisí s vyšší nemocností obyvatel, zejména pak od věkové kategorie nad 65 let.

Tab. č. 1 Struktura obyvatel ČR dle věku v letech 2018–2022

Struktura obyvatel ČR dle věku letech 2018–2022					
Věk	2018	2019	2020	2021	2022
0–14	1 693 060	1 710 202	1 719 741	1 693 408	1 750 808
15–64	5 562 956	5 547 039	5 528 516	5 381 681	5 584 868
55–64	1 307 167	1 305 068	1 295 198	1 371 709	1 284 004
65+	2 086 617	2 131 630	2 158 322	2 169 109	2 207 849

Zdroj: ČSÚ

V tabulce výše je evidentní stabilní počet dětí a mládeže ve věku 0–14 let, zatímco populace v produktivním věku (15–64 let) mírně kolísá. K významné změně dochází v kategorii 65+, v níž se vlivem vyššího roku dožití počet obyvatel stabilně zvyšuje o cca 30 000 za rok. Tato rostoucí skupina starších obyvatel a její zdravotní stav (viz tabulka č. 3) přirozeně zvyšuje tlak na zdravotní a sociální systémy.

Tab. č. 2 Průměrný věk obyvatel ČR v roce 2018 a 2022

Průměrný věk obyvatel ČR	2018	2022
Průměrný věk	42,3	42,6
Index stáří (65+/0–14)	123,2	126,1

Zdroj: ČSÚ

Tabulka č. 2 ukazuje nárůst průměrného věku obyvatelstva, což potvrzuje pokračující trend stárnutí populace. Index stáří, který představuje poměr obyvatel ve věku 65+ na 100 osob a ve věku 0–14 let, vzrostl z 123,2 na 126,1.¹⁸ Tento nárůst poukazuje na vzrůstající převahu starší populace nad mladšími věkovými skupinami.

Zvyšující se podíl starší populace má již nyní, a zejména pak do budoucna bude mít, zásadní dopad na plánování a rozvoj služeb na sociálně-zdravotním pomezí. Demografická data jsou klíčová pro predikci potřeb péče u této věkové skupiny a posouzení kapacit a plánování dlouhodobých opatření ve sociálně-zdravotním sektoru.

¹⁸ Tzn. na 126,1 osob 65+ připadá 100 dětí a mladistvých ve věku 0–14 let.

K2 Nemocnost obyvatel ČR v letech 2018–2022

Údaje v tabulce č. 3 prezentují nemocnost populace ČR podle skóre DCCI (Charlson Comorbidity Index)¹⁹, které hodnotí přítomnost a závažnost onemocnění na základě bodového systému. Vyšší skóre DCCI odpovídá vyšší míře nemocnosti a potřebě zajištění komplexní péče.

DCCI skóre – počet bodů:

0	bez onemocnění
1	1 onemocnění
2	1 onemocnění / 1 komplikovanější onemocnění
3–4	více nemocí/zhoršený stav
5+	více nemocí/závažný stav

Tab. č. 3 Nemocnost obyvatel ČR v roce 2022

Věk	Průměrné DCCI	DCCI 1–2 body	DCCI 3–4 body	DCCI 5+ bodů
Celkem	0,72	25,4 %	6,1 %	3,0 %
0–17 let	0,12	10,7 %	0,2 %	0,0 %
18–39 let	0,24	17,4 %	0,8 %	0,2 %
40–64 let	0,64	29,9 %	4,8 %	1,5 %
65–74 let	1,59	41,7 %	15,8 %	7,3 %
75–84 let	2,30	40,1 %	23,1 %	14,5 %
85 a více let	2,77	36,7 %	27,4 %	20,3 %

Zdroj: NRHZS

Z tabulky č. 3 vyplývá, že průměrné skóre DCCI se s věkem zvyšuje. U populace do 17 let je velmi nízké (0,12), zatímco u seniorů nad 85 let dosahuje hodnoty 2,77. Věkové rozdíly jsou viditelné i v rozložení pacientů do kategorií DCCI – například ve skupině 65–74 let má 41,7 % osob 1–2 body, což signalizuje přítomnost jednoho či dvou chronických onemocnění. U starších skupin, jako jsou lidé nad 75 let, roste podíl osob s 3–4 body a zejména s 5+ body, což značí vyšší nemocnost a komplikovanější zdravotní stav.

Procentuální rozložení podle věku ukazuje, že starší populace má výrazně vyšší podíl jedinců s komplexními zdravotními problémy (5+ bodů), a tudíž vyžaduje intenzivní zdravotní a sociální péči. Tato data zdůrazňují význam koordinované péče, která by mohla zlepšit kvalitu života pacientů/klientů s vícečetnými chronickými onemocněními a zefektivnit poskytování služeb na sociálně-zdravotním pomezí pro věkově starší a „zdravotně náročnější“ skupiny.

Chronická onemocnění dle hodnocení EHIS a SILC

Z pohledu vymezení délky onemocnění je ve *Výběrovém šetření příjmů a životních podmínek domácností (SILC)* a v *Evropském výběrovém šetření o zdraví (EHIS 2014, EHIS 2019²⁰)* dlouhodobá nemoc nebo dlouhodobý zdravotní problém definován jako stav trvající (nebo stav, který bude trvat)

¹⁹ DCCI (Deyova modifikace Indexu komorbidit dle Charlsonové) je nástroj, který slouží k hodnocení závažnosti onemocnění u pacientů. Na základě přítomnosti a počtu různých chronických onemocnění pacient dostane bodové skóre – čím vyšší skóre, tím složitější a náročnější je zdravotní stav pacienta. DCCI pomáhá odborníkům lépe plánovat a koordinovat péči pro osoby s více zdravotními problémy.

²⁰ Výsledky EHIS 2019 jsou součástí *Statistické ročenky ČR 2020*.

6 měsíců či déle. EHIS následně definuje nemocnost obyvatelstva na základě kritéria onemocnění za posledních 12 měsíců, a to v následujících diagnostických skupinách:

Vysoký krevní tlak (hypertenze) * srdeční infarkt nebo jeho chronické následky * ischemická choroba srdeční nebo angina pectoris * mozková mrtvice nebo její chronické následky * vysoká hladina tuků v krvi (cholesterol, triglyceridy) * diabetes mellitus * onkologické onemocnění (nádorové onemocnění) * chronické onemocnění dýchacích cest (chronická bronchitida, chronická obstrukční plicní nemoc) * astma * alergie (senná rýma, záněty očí, kožní, potravinové a jiné alergie – vyjma alergického astmatu) * onemocnění štítné žlázy * jaterní cirhóza * onemocnění ledvin * inkontinence * deprese * úzkost nemoci nebo vady krční páteře * nemoci nebo vady dolní části páteře (bederní páteř a křížová kost) * artróza * osteoporóza.

V ČR byla dle EHIS v letech 2014 a 2019 chronická onemocnění nejvíce zastoupena v následujících kategoriích viz tabulka č. 4.

Tab. č. 4 Nemoci a chronické zdravotní potíže obyvatel ČR dle EHIS v letech 2014 a 2019

Nemoci a chronické zdravotní potíže obyvatel ČR dle EHIS	2014	2019
Astma	4,5 %	4,6 %
Chronická bronchitida, chronická obstrukční plicní nemoc	2,1 %	2,2 %
Infarkt myokardu	1,6 %	2,1 %
Ischemická choroba srdeční	4,3 %	2,8 %
Hypertenze	23,7 %	26,3 %
Cévní mozkové příhody	1,3 %	1,3 %
Artróza	12,3 %	13,0 %
Onemocnění bederní páteře	18,3 %	17,1 %
Onemocnění krční páteře	10,5 %	11,9 %
Diabetes	7,7 %	8,8 %
Alergie (bez alergického astmatu)	11,7 %	12,5 %
Cirhóza jater	0,2 %	0,4 %
Inkontinence	4,9 %	3,1 %
Onemocnění ledvin	2,3 %	2,7 %
Deprese	3,9 %	4,4 %

Zdroj: EHIS 2014, 2019

Z tabulky č. 4 vyplývá několik trendů v prevalenci různých chronických onemocnění ve sledovaném období: (a) prevalence rizikových onemocnění – zejména infarkt myokardu; zvýšení z 1,6 % na 2,1 %, (b) prevalence diabetu a alergií – zvýšení z 7,7 % na 8,8 % a alergií (bez alergického astmatu) z 11,7 % na 12,5 %, (c) prevalence depresí – zvýšení z 3,9 % na 4,4 %. Tyto a další trendy ukazují na dynamiku zdravotních problémů v populaci a zdůrazňují potřebu cílených zdravotních a sociálních intervencí a programů, které by reagovaly na měnící se potřeby obyvatelstva.

Vedle objektivních kritérií nemocnosti se EHIS zabývá i subjektivním hodnocením zdravotního stavu viz tabulka č. 5. Subjektivní hodnocení zdraví poskytuje širší, psychologicko-sociální pohled na zdraví jednotlivců. Evidence chronických onemocnění je spíše klinický parametr, který ukazuje na výskyt dlouhodobých zdravotních problémů. Dlouhodobé omezení činností je funkční ukazatel, který propojuje zdravotní stav s praktickými dopady na každodenní život. Subjektivní hodnocení se může lišit podle věku, pohlaví, socioekonomického statusu a vzdělání.

Tab. č. 5 Subjektivní hodnocení zdraví, evidence chronického onemocnění a dlouhodobého omezení činností z pohledu obyvatel ČR

Parametry hodnocení	Hodnocení	2014	2019
Subjektivní hodnocení zdraví	velmi dobré	23,5 %	26,9 %
	dobré	44,9 %	43,1 %
	uspokojivé	23,8 %	22,9 %
	špatné	6,8 %	6,3 %
	velmi špatné	0,9 %	0,8 %
Chronické onemocnění	ano	60,7 %	44,3 %
Dlouhodobé omezení činností	ano, vážně omezen	8,9 %	7,6 %
	ano, omezen, ale ne vážně	26,7 %	24,1 %
	ne, neomezen	64,4 %	68,3 %

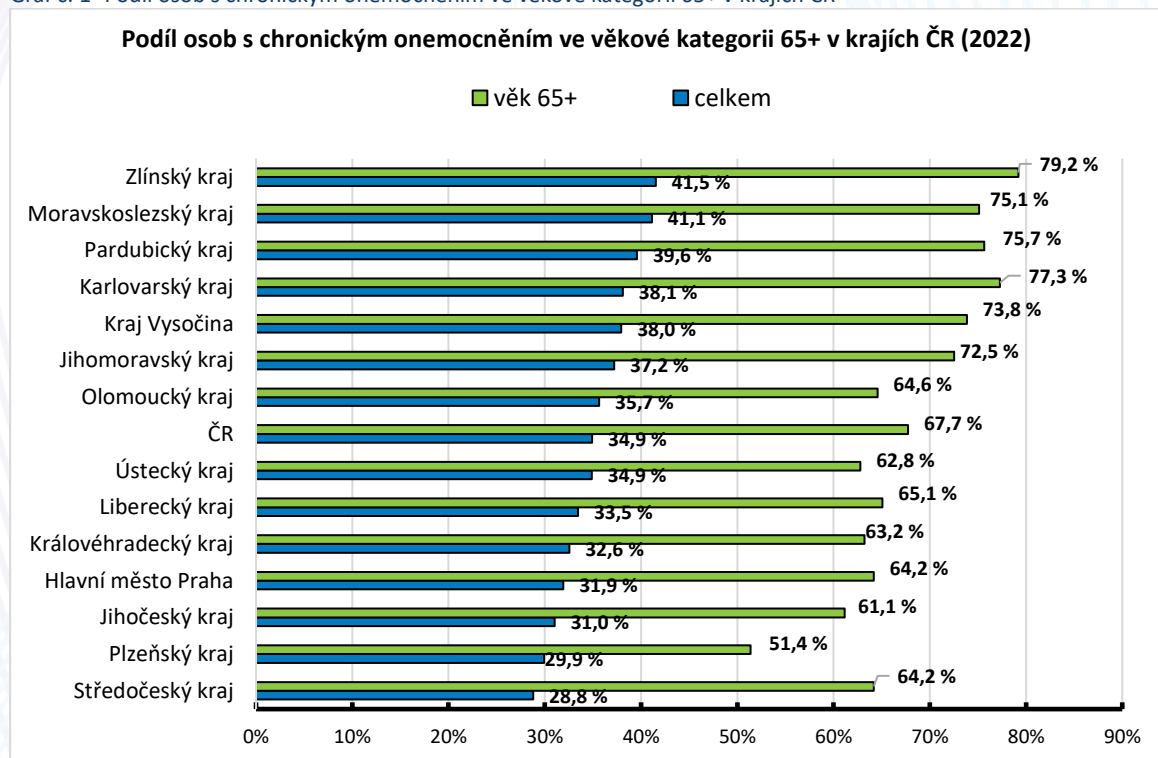
Zdroj: EHIS 2014, 2019

Subjektivní vnímání zdraví obyvatel ČR se mezi lety 2014 a 2019 mírně zlepšilo, s vyšším podílem lidí hodnotících své zdraví jako velmi dobré a nižším podílem těch, kteří jej hodnotí negativně. Pozitivní vnímání zdraví však nemusí vždy znamenat absenci zdravotních problémů – někteří lidé s chronickými onemocněními mohou stále hodnotit své zdraví jako dobré, zejména pak mají-li přístup ke kvalitní péči, která pomáhá tato onemocnění dobře zvládat. Naopak, lidé bez chronických onemocnění mohou hodnotit své zdraví negativně kvůli psychickým problémům, stresu nebo sociálním faktorům.

Podíl osob s chronickým onemocněním ve věkové kategorii 65+ v populaci ČR

Data v grafu č. 1 potvrzují, že s věkem významně narůstá chronická nemocnost, a to zejména v populaci starší 65 let. V této věkové kategorii dosahuje podíl chronicky nemocných osob více než 67 %. V porovnání všech věkových skupin v celé ČR dosahuje podíl chronicky nemocných až 35 %, tj. více než třetina obyvatel ČR.

Graf č. 1 Podíl osob s chronickým onemocněním ve věkové kategorii 65+ v krajích ČR



Zdroj: ČSÚ 2022, SILC 2022

Tabulka zachycuje důležitost regionálního pohledu na zdraví obyvatel (nejen) ve věkové kategorii 65+ a na potřebu přizpůsobit zdravotní a sociální služby regionálně specifickým podmínkám a potřebám různých krajů. Podíl osob s chronickým onemocněním 65+ se může mezi jednotlivými kraji významně lišit – tyto rozdíly mohou naznačovat variabilitu v dostupnosti zdravotní péče, životních podmínek, ale i zdravotního chování obyvatel (včetně jejich zdravotní gramotnosti) a dalších faktorech, které ovlivňují zdraví starších dospělých.

Znalost a sdílení regionálních dat v oblasti zdravotní a sociální péče je klíčová pro rozhodovací procesy v oblasti rozvoje a plánování zdravotní a sociální politiky krajů včetně plánování služeb pro seniory. Vyšší podíl chronických onemocnění v některých krajích může naznačovat potřebu zvýšení zdrojů a cíleného zaměření na sociálně-zdravotní pomezí péče a služeb. Vzhledem k vyššímu výskytu chronických onemocnění u starších osob je důležité zajištění koordinované zdravotní a sociální péče.

K3 Osoby s chronickým onemocněním

Na základě dat z výsledků výběrových šetření EHIS a SILC (viz výše) považujeme za osoby s předpokladem využívání koordinovaných zdravotních a sociálních služeb pacienty/klienty s následujícími chronickými onemocněními, přičemž platí, že:

Výskyt chronického onemocnění nezakládá sám o sobě potřebu sociální nebo zdravotní péče mimo základní péči poskytovanou v souvislosti s primárním onemocněním – jedná se o kombinaci chronického onemocnění, věku a úrovně schopností zvládat péči o sebe sama.

V kontextu KRAPL za osoby s chronickým onemocněním tedy považujeme osoby s následujícími **chronickými onemocněními v případě**, kdy se **důsledky průběhu a intenzity těchto onemocnění promítají do snížené schopnosti člověka zvládat péči o sebe sama**:

- infarkt myokardu,
- srdeční selhání,
- cévní onemocnění,
- cévní nemoci mozku,
- demence,
- chronické plicní onemocnění,
- onemocnění pojivových tkání,
- vředové onemocnění,
- mírné/středně závažné nebo vážné onemocnění jater,
- diabetes mellitus bez/s chronickými komplikacemi,
- hemiplegie/paraplegie,
- onemocnění ledvin,
- nádorové onemocnění bez/s metastázemi, HIV/AIDS,
- vysoký krevní tlak (hypertenze),
- srdeční infarkt nebo jeho chronické následky,
- ischemická choroba srdeční nebo
- angina pectoris,
- cévní mozkové příhody nebo jejich chronické následky,
- vysoká hladina tuků v krvi (cholesterol, triglyceridy),
- onkologické onemocnění (nádorové onemocnění),
- chronické onemocnění dýchacích cest (chronická bronchitida, chronická obstrukční plicní nemoc),
- astma,

- alergie (senná rýma, záněty očí, kožní, potravinové a jiné alergie – vyjma alergického astmatu),
- onemocnění štítné žlázy,
- jaterní cirhóza,
- onemocnění ledvin,
- inkontinence,
- deprese,
- úzkost,
- nemoci nebo vady krční páteře,
- nemoci nebo vady dolní části páteře (bederní páteř a křížová kost),
- artróza,
- osteoporóza.

K4 Hospitalizace a opakované hospitalizace osob s chronickým onemocněním

Hospitalizace

Počty hospitalizací a opakovaných hospitalizací patří mezi důležité ukazatele chronické nemocnosti obyvatelstva a stavu zdraví populace. Tabulka č. 6 ukazuje vývoj počtu hospitalizací napříč věkovými skupinami ve sledovaném období 2018–2022 a nastiňuje některé důležité faktory, které mohou ovlivnit potřebu hospitalizace v různých populacích. Z údajů ve sledovaném období 2018–2022 je zřejmé, že nejvyšší počty hospitalizovaných pacientů se nacházely ve věkovém rozmezí 65–79 let. V této věkové kategorii je také patrný setrvalý nárůst v posledních 3 letech sledovaného období.

Tab. č. 6 Počty hospitalizovaných pacientů na 1000 obyvatel v dané věkové skupině v období 2018–2022

Rok	Věk pacienta								
	0-4*	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
2018	343,6	83,0	72,9	106,7	106,7	133,0	135,5	110,8	100,8
2019	339,0	79,3	72,2	103,3	104,0	134,2	135,0	110,1	100,6
2020	290,1	55,5	53,3	78,1	86,8	122,8	121,0	95,6	84,8
2021	309,1	55,2	55,9	77,3	84,2	128,4	129,8	100,5	87,2
2022	316,9	75,3	64,0	83,6	86,6	127,4	127,6	103,2	94,0
	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
2018	111,9	142,5	166,9	214,7	267,4	331,6	389,3	460,7	535,5
2019	110,9	140,2	164,0	213,6	262,7	325,4	383,4	447,5	532,0
2020	92,6	116,9	140,1	181,3	225,2	279,2	342,8	390,9	487,0
2021	95,2	118,1	143,2	182,9	226,0	284,1	335,5	381,6	477,2
2022	103,6	124,6	154,5	191,2	241,0	303,9	356,7	405,4	516,1

Zdroj: ÚZIS

*Ve věkové kategorii 0–4 let jsou zahrnuty statistické údaje o živě narozených dětech podle místa narození, které výsledky počtu hospitalizací z důvodu závažného zdravotního stavu v této věkové kategorii zkreslují a nejsou proto předmětem interpretace výsledků.

Z tabulky č. 6 dále vyplývá a v návaznosti na statistické údaje vztahující se k nemocnosti obyvatelstva ČR se dále potvrzuje, že starší věkové kategorie (65+) vykazují výrazně vyšší počty hospitalizovaných pacientů než mladší věkové skupiny. Nejvíce hospitalizovaných na 1000 obyvatel připadlo ve všech letech na věkovou skupinu 85+, to ukazuje na vysokou zranitelnost této skupiny. V průběhu let 2018–2022 je zřetelný celkový trend hospitalizací i obecný pokles hospitalizací v letech 2020 a 2021, který mohl být ovlivněn pandemií COVID-19, kdy došlo k omezením a změnám v poskytování zdravotní péče. Rok 2020 vykazuje výrazný pokles hospitalizací ve všech věkových kategoriích, což je zřejmě důsledkem

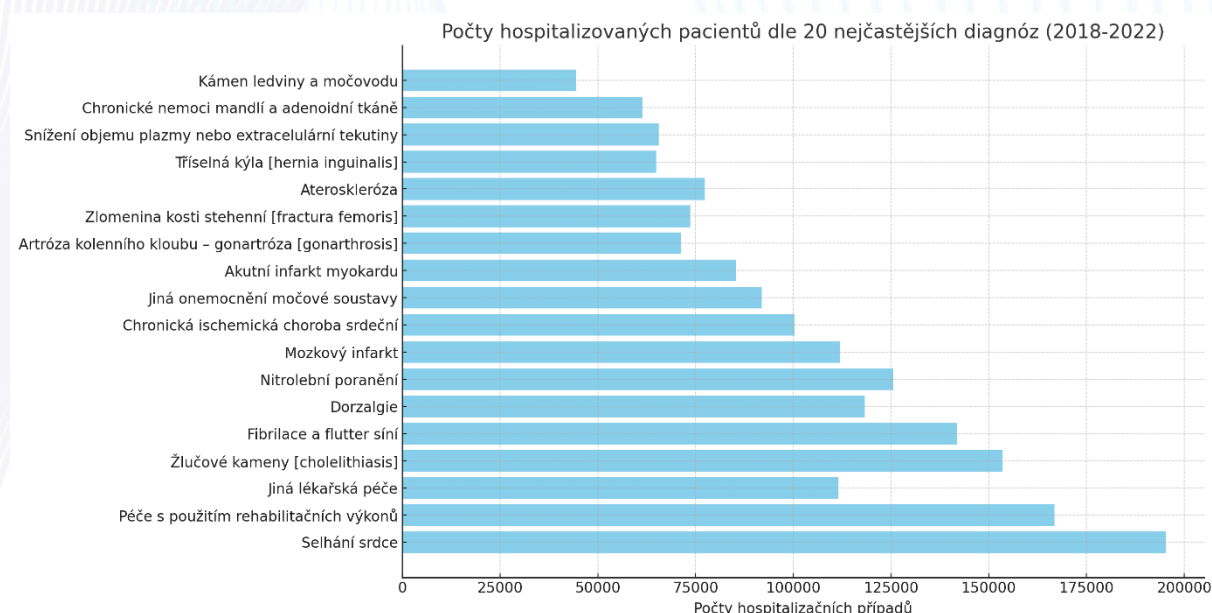
pandemie COVID-19, omezování hospitalizací i možných změn v chování pacientů, kteří se mohli vyhýbat hospitalizacím z obavy z nákazy. V roce 2022 pak dochází v rámci post-pandemického trendu k obnovení počtu hospitalizací v některých věkových skupinách, ne všechny věkové kategorie se však vrátily na úroveň před pandemií, což může naznačovat dlouhodobé změny v poskytování zdravotní péče nebo v chování pacientů.

Hospitalizace z hlediska nejčastěji se vyskytujících diagnóz

Pro identifikaci cílových skupin koordinované zdravotní a sociální péče je významný nejen počet hospitalizací, nýbrž i přehled o celkovém počtu hospitalizovaných pacientů ve vazbě na jejich diagnózu a věk.

Z grafu č. 2 je zřejmé, že početně nejvýznamnějším zdrojem hospitalizací v ČR ve sledovaném období 2018–2020 jsou nepřekvapivě kardiovaskulární problémy (selhání srdce, fibrilace ad.) a dále péče s použitím rehabilitačních výkonů.²¹

Graf č. 2 Počty hospitalizovaných pacientů z hlediska nejčastěji se vyskytujících diagnóz v letech 2018–2022



Zdroj: ÚZIS

Hospitalizace z hlediska nejčastěji se vyskytujících diagnóz v členění dle věkových skupin

Tabulka č. 7 souhrnně představuje případy hospitalizací s 20 nejčastějšími diagnózami rozdělených dle věkových skupin. U každé věkové skupiny ve sloupci je číslovkou 1.–20. označeno pořadí v četnosti výskytu diagnózy při hospitalizaci (název jednotlivých diagnóz je uveden v řádcích). Číslo 1. označuje nejčastější diagnózu v dané věkové skupině, číslo 20. označuje nejméně častou diagnózu z dvaceti nejčastějších diagnóz při hospitalizaci. Zeleně jsou pak pro lepší vizuální přehled označeny 3 nejčastější diagnózy v jednotlivých věkových skupinách.

²¹ Tyto výkony (v číselníku MKN-10 se jedná o skupinu Z.50) jsou určeny pacientům, kteří mají různá omezení hybnosti, fyzické zdatnosti nebo jiných aspektů zdravotního stavu a které vyžadují rehabilitační intervence – zejm. poúrazové stavy, zdravotní postižení, chronická onemocnění nebo pooperační rehabilitace. Cílem je zlepšit kvalitu života pacienta, minimalizovat následky jeho zdravotních problémů a podpořit jeho nezávislost v každodenním životě.

Tab. č. 7 Hospitalizace z hlediska nejčastějších diagnóz* rozdělených podle věkových skupin v letech 2018–2022, zdroj: ÚZIS

Názvy diagnóz	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Živě narozené děti podle místa narození	1.																	
Chronické nemoci mandlí a adenoidní tkáně	2.	1.	13.															
Akutní zánět průdušek [bronchitis acuta]	3.	16.																12.
Snížení objemu plazmy nebo extracelulární tekutiny	4.	3.	8.	13.													15.	7.
Akutní zánět hrtanu a průdušnice [laryngitis et tracheitis acuta]	5.	15.																
Povrchní poranění hlavy	6.	14.	9.	19.														
Poruchy v souvislosti se zkráceným trváním těhotenství a nízkou porodní hmotností nezařazené jinde	7.																	
Střevní infekce viry a jinými určenými mikroorganismy	8.	17.																
Akutní tubulo-intersticiální nefritida	9.			14.														
Křeče nezařazené jinde	10.																	
Jiná gastroenteritida a kolitida infekčního a NS původu	11.	10.	11.	17.														
Pneumonie, původce NS	12.												19.	16.	15.	9.	5.	4.
Nitrolební poranění	13.	4.	4.	2.	3.	7.	7.	7.	10.	13.	16.	20.				20.	14.	9.
Tříselná kýla [hernia inguinalis]	14.	19.						15.	15.	10.	13.	14.	17.	19.				
Lékařské pozorování a hodnocení pro podezření na nemoci a patologické stavy, které byly vyloučeny	15.																	
Akutní zánět nosohltanu [nasopharyngitis acuta] (prosté nachlazení)	16.																	
Epilepsie – padoucnice	17.	7.	7.	8.	14.		17.											
Virová onemocnění neurčené lokalizace	18.																	
Novorozenecká žloutenka z jiných a neurčených příčin	19.																	
Akutní infekce horních dýchacích cest na více místech a neurčených lokalizací	20.																	
Zlomenina lokte a předloktí		2.	1.															
Jiné vrozené vady ucha		5.																
Jiná ortopedická následná péče		6.	5.	7.	10.	10.	11.	8.	9.	12.	19.							
Hypertrofie předkožky, fimóza a parařímóza		8.	10.	16.														
Akutní zánět červovitého přívěsku (akutní apendicitida)		9.	2.	3.	4.	8.	12.	14.										
Břišní a pánevní bolest		11.	3.	4.	11.	20.												
Zlomenina ramene a paže (nadioktí)		12.	15.															
Pupeční kýla [hernia umbilicalis]		13.						19.										
Nehnisavý zánět středního ucha [otitis media nonsuppurativa]		18.																
Jiný strabismus		20.																
Mdloba (synkopa) a zhroutení (kolaps)			6.	5.														
Zlomenina bérce včetně kotníku		12.					19.	13.	16.	17.								
Diabetes mellitus 1. typu		14.	20.															
Funkční dyspepsie		16.																
Nespecifická lymfadenitida		17.																
Crohnova nemoc (regionální enteritida)		18.	10.															
Jiné funkční střevní poruchy		19.																
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu			20.	6.			20.	11.		20.								
Spontánní porod jediného dítěte				1.	1.	1.	1.	1.	1.									
Vymknutí, podvrtnutí a natažení kloubů a vazů kolena		9.	5.	12.	16.	12.	14.	18.										
Vnitřní poruchy kolenního kloubu		11.	8.	11.	13.	5.	4.	4.	3.	7.	17.							
Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení		12.	20.															
Dorzalgie		15.							13.	11.	9.	12.	15.	15.	16.	15.	10.	15.
Zlomenina v úrovni zápěstí a ruky		18.	16.															
Porod jediného plodu císařským řezem				2.	2.	2.	2.	6.										
Jiné anomálie plodového vejce				6.	3.	3.	3.	19.										
Předčasná porodní činnost a porod				7.	4.	5.												
Péče o matku pro jiné stavy s převládajícím vlivem na těhotenství				9.	6.	9.												
Nezánětlivá onemocnění vaječniku, vejcovodu a širokého vazu				12.	18.													
Žlučové kameny [cholelithiasis]				13.	9.	4.	4.	2.	3.	1.	2.	5.	9.	11.	12.	12.	13.	
Porod jediného plodu kleštěmi nebo vakuomextrakcí				15.	5.	6.												
Falešná porodní činnost [partus spurius]				17.														
Pilonidální cysta				18.														
Krvácení v časném těhotenství				19.	14.	17.												
Samovolný potrat [abortus spontaneus]					13.	10.	16.											
Dysplázie hrdla děložního					15.	8.	9.											
Předčasné porušení plodových blan					16.	15.												
Kámen ledviny a močového					17.	14.	6.	7.	5.	6.	11.	13.	18.					
Mimoděložní těhotenství					19.	18.												
Žilní městky [varices] dolních končetin								10.	8.	7.	13.	18.						
Leiomyom dělohy								18.	3.	1.	5.							
Onemocnění jiných meziobratlových plotének								20.	18.	16.								
Nadměrná, častá a nepravidelná menstruace								5.	2.	8.								
Lékařský potrat								11.										
Péče s použitím rehabilitačních výkonů								12.	6.	2.	1.	1.	1.	2.	2.	8.	17.	
Polyp ženského pohlavního ústrojí								17.	9.	12.	16.							
Poruchy spánku								20.	8.	10.	14.	20.						
Virový zánět plic (pneumonie) nezařazený jinde									14.	11.	9.	10.	10.	9.	5.	6.	6.	
Jiná lékařská péče									15.	4.	3.	2.	4.	6.	17.			
Akutní infarkt myokardu									19.	7.	6.	9.	12.	13.	13.	11.	10.	
Artróza kolenního kloubu – gonartróza										15.	4.	4.	6.	5.	8.			
Chronická ischemická choroba srdeční										17.	5.	6.	5.	4.	6.	9.		
Fibrilace a flutter síní										18.	8.	3.	2.	3.	3.	7.	8.	
Artróza kyčelního kloubu – koxartróza										20.	10.	8.	8.	10.	14.	20.		
Selhání srdce											15.	7.	3.	1.	1.	1.	1.	
Ateroskleróza											17.	11.	7.	7.	10.	13.	14.	
Mozkový infarkt											19.	12.	11.	8.	4.	2.	5.	
Jiná chronická obstrukční plicní nemoc												16.	13.	14.	16.	17.	19.	
Jiná onemocnění močové soustavy												18.	14.	12.	7.	3.	3.	
Zhoubný novotvar průdušky (bronchu) a plic													19.	18.				
Zbytí prostaty [hyperplasia prostaticae]													20.					
Zlomenina kosti stehenní [fractura femoris]															17.	11.	4.	2.
Zhoubný novotvar močového měchýře [vesicae urinae]															20.	18.	19.	
Jiná sepse																19.	16.	11.
Esenciální (primární) hypertenze																	18.	18.
Zlomenina bederní páteře a pánve																		16.
Zánět močového měchýře (cystitida)																		20.

* V kategorii 0-4 let jsou zahrnuty údaje o živě narozených dětech, tyto nemají vazbu na hospitalizace z důvodu závažného zdravotního stavu.

Z dat v tabulce č. 7 lze identifikovat následující klíčové zdravotní problémy, které jsou na prvních třech místech důvodem hospitalizací v jednotlivých věkových kategoriích:

Děti (0–4 roky)

1. Chronické nemoci mandlí a adenoidní tkáně
2. Akutní zánět průdušek
3. Snížení objemu plazmy nebo extracelulární tekutiny

Děti (5–14 let)

1. Chronické nemoci mandlí a adenoidní tkáně
2. Žloutenka z jiných a neurčených příčin
3. Jiná gastroenteritida a kolitida infekčního a neinfekčního původu

Mladiství (15–24 let)

1. Akutní apendicitida
2. Epilepsie
3. Poruchy duševní a poruchy chování

Dospělí (25–64 let)

1. Akutní infarkt myokardu
2. Artróza kolenního kloubu
3. Chronická ischemická choroba srdeční

Starší dospělí (65+ let)

1. Selhání srdce
2. Zhoubné novotvary
3. Péče s použitím rehabilitačních výkonů

Výše identifikované nejčastější důvody k hospitalizaci dle věku ukazují na různé potřeby péče a rehabilitace v jednotlivých věkových skupinách – to je potřebné reflektovat při plánování a poskytování koordinované zdravotní a sociální péče a služeb včetně alokace příslušných zdrojů a kapacit. Každá věková skupina má specifické zdravotní problémy a potřeby a porozumění těmto problémům a potřebám může napomoci lépe jim přizpůsobit léčbu (a prevenci) i související sociální péči, kde je relevantní. Mnohé z uvedených zdravotních problémů vyžadují interdisciplinární přístup a spolupráci různých odborností (nejen) na sociálně-zdravotním pomezí.

Dlouhodobé hospitalizace

Dlouhodobé hospitalizace představují jeden z klíčových ukazatelů náročnosti péče o chronicky nemocné pacienty. Data v této části dokumentu zachycují údaje o dlouhodobých hospitalizacích, které zahrnovaly více než 90 ošetrovacích dnů (OD) typu 05 nebo 24.²² Z dostupných údajů vyplývá, že

²² Péče v rámci OD 05 se vykazuje se na ošetrovatelských lůžkách všech odborností a je poskytována jako péče dlouhodobá lůžková dle §9 odst. 2 písm. d) zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

Péče v rámci OD 24 se vykazuje na lůžkách ostatních odborných léčebných ústavů a je poskytována péče dlouhodobá lůžková dle §9 odst. 2 písm. c) zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

Více též Věstník č. 12/2019: [Věstník č. 12/2019 – Ministerstvo zdravotnictví](#).

dlouhodobé hospitalizace jsou výrazně častější u pacientů starších 69 let, což odpovídá obecnému trendu vyšší nemocnosti a potřebě dlouhodobé zdravotní péče v této věkové kategorii. Zároveň je patrný nárůst lůžek dlouhodobé péče, což může reflektovat demografické změny ve společnosti.

Hospitalizace s počtem OD 05 nebo OD 24 vyšším než 90 dnů sledují počet jednotlivých hospitalizací, u kterých součet ošetřovacích dnů typu 05 nebo 24 přesáhl 90 dnů v rámci jednoho kalendářního roku. To znamená, že data ukazují počet hospitalizací, nikoli počet osob. Pokud tedy měla jedna osoba v daném roce dvě hospitalizace delší než 90 dnů, započítají se dvě hospitalizace. Hospitalizace s počtem OD 05 nebo OD 24 vyšším než 90 dnů tak reflektují celkový počet dlouhodobých hospitalizací, což je klíčové pro potřeby kapacitního plánování lůžkové péče dlouhodobého charakteru.

Data v tabulce č. 8 ukazují, že mezi lety 2022 a 2023 se zvýšil počet hospitalizací u OD 05. Ty ve sledovaném období vzrostly u osob ve věku nad 69 let o 542 hospitalizací s maximální hodnotou 3 237 hospitalizací v roce 2023. Vývoj hospitalizací tak potvrzuje zvyšující se náročnost péče ve vyšším věku. Oproti tomu ve věkové kategorii 49-68 byl počet hospitalizací v roce 2023 o 7 nižší než v předchozím roce, kdy bylo dosaženo maximum 537 hospitalizací.

Tab. č. 8 Dlouhodobé hospitalizace s vykázaným OD 05 v letech 2022 a 2023

Věk pacienta	49–68 let		69 a více let	
Rok	2022	2023	2022	2023
Hospitalizace s počtem OD 05 vyšším než 90 dnů	537	530	2695	3237
Počet osob s hospitalizací s počtem OD 05 vyšším než 90 dnů	528	507	2635	3149
Počet osob s celkovým počtem OD 05 větším než 90 dní v daném roce	1 499	1 378	8 261	9 085

Zdroj: ÚZIS

Obdobný trend se ukazuje u hospitalizace s vykázaným OD 24 (viz tabulka č. 9), jejichž počet je více než dvojnásobný pro obě věkové kategorie oproti OD 05. U věkové skupiny 69+ je oproti roku 2022 znatelný nárůst dlouhodobých hospitalizací o 748 s maximem 7 604 hospitalizací v roce 2023. U věkové kategorie 49-68 je vidět stejně jako u OD 05 mírný meziroční pokles.

Z uvedených hospitalizací plyne rostoucí tlak na kapacitní plánování lůžkové péče, a to zejména pro potřeby populace ve věku nad 69 let.

Tab. č. 9 Dlouhodobé hospitalizace s vykázaným OD 24 v letech 2022 a 2023

Věk pacienta	49–68 let		69 a více let	
Rok	2022	2023	2022	2023
Hospitalizace s počtem OD 24 vyšším než 90 dnů	1 208	1 166	6 856	7 604
Počet osob s hospitalizací s počtem OD 24 vyšším než 90 dnů	1 163	1 125	6 713	7 409
Počet osob s celkovým počtem OD 24 větším než 90 dní v daném roce	3 934	3 860	23 364	24 871

Zdroj: ÚZIS

Počet osob s hospitalizací s počtem OD 05 nebo OD 24 vyšším než 90 dnů naopak sleduje počet unikátních osob, které měly alespoň jednu hospitalizaci, při níž počet OD 05 nebo OD 24 přesáhl 90 dní. To znamená, že data ukazují na celkový počet osob, nikoli na celkový počet hospitalizací. Pokud tedy osoba měla více dlouhodobějších hospitalizací, stále se počítá pro hodnotu „Počet osob s hospitalizací s počtem OD 05 nebo OD 24 vyšším než 90 dnů“ jen jednou. Počet osob s hospitalizací s počtem OD 05 nebo OD 24 vyšším než 90 dnů tak ukazuje celkový počet osob, které vyžadovaly dlouhodobou hospitalizaci. Tento ukazatel napomáhá lépe identifikovat skupiny s vyšší potřebou dlouhodobé péče.

Data v tabulce č. 8 (OD 05) ukazují nárůst hospitalizovaných osob o 514 pro rok 2023 ve věkové kategorii 69+, což opětovně potvrzuje zvyšující se nároky na péči v této věkové kategorii. U věkové kategorie

49-68 je počet hospitalizovaných osob pro rok 2023 o 21 menší v porovnání s rokem 2022. Z pohledu celkového porovnání mezi uvedenými věkovými skupinami je počet dlouhodobě hospitalizovaných osob s vykázaným OD 05 v roce 2023 ve věkové kategorii 69+ 6krát vyšší než v kategorii 49-68 let.

U OD 24 (viz tabulka č. 9) je počet dlouhodobě hospitalizovaných osob ve věkové kategorii 69+ v roce 2023 o 696 vyšší než v roce 2022. Zároveň je celkový počet těchto pacientů dvojnásobně vyšší než u OD 05 obdobně jako v případě počtu hospitalizací. Ve věkové kategorii 49-68 se potvrzuje stejný trend jako u OD 05, tedy klesající tendence. To může znamenat, že zdravotní systém dokáže efektivněji saturovat potřeby mladší věkové kategorie oproti populaci starší 69 let. K této domněnce přispívá i pokles počtu osob s celkovým počtem OD 05 nebo OD 24 větším než 90 dní v této věkové kategorii.

Počet osob s celkovým počtem OD 05 nebo OD 24 větším než 90 dní v daném roce sleduje počet unikátních pacientů, kteří měli v součtu za celý rok více než 90 dnů OD 05 nebo OD 24, a to bez ohledu na počet hospitalizací. Pokud tedy osoba měla např. tři kratší hospitalizace, ale jejich součet překročil 90 dnů, je tato osoba v datech započítána. Data zároveň zahrnují i pacienty, kteří měli jen jednu hospitalizaci delší než 90 dnů. Počet osob s celkovým počtem OD 05 nebo OD 24 větším než 90 dní v daném roce zohledňuje celkovou zátěž pacienta na zdravotní systém, protože zahrnuje i osoby, které byly hospitalizovány vícekrát, ale s kratšími pobyty.

U OD 05 (viz tabulka č. 8) je ve věkové kategorii 69+ pro rok 2023 evidentní nárůst oproti roku 2022 s maximální hodnotou 9 085 osob v roce 2023. To samé platí pro stejnou věkovou kategorii u OD 24 (viz tabulka č. 9) s tím, že v roce 2023 je evidováno 24 871 osob. Ve věkové kategorii 49-68 let se potvrzuje klesající tendence pro OD 05 i OD 24. Zároveň pro oba typy OD platí, že počet osob ve věkové kategorii 69+ je více než 6krát vyšší než počet osob ve věkové kategorii 49-68.

Počet osob s celkovým počtem OD 05 nebo OD 24 větším než 90 dní v daném roce nejlépe popisuje zvýšené nároky na zdravotní systém. Data v tabulce č. 8 a 9 naznačují, že zdravotní systém se potýká nejen s dlouhodobou hospitalizací jednotlivců, ale také s opakovanými hospitalizacemi, které by měly být vzhledem k rostoucím číslům řešeny efektivněji. Celkově data potvrzují, že stárnutí populace a zvyšování podílu osob 69+ vytváří rostoucí tlak na zdravotní i sociální systém. Je pravděpodobné, že bez výraznější reformy a lepší provázanosti sektorů sociální a zdravotní péče může tento problém v budoucnu dále eskalovat.

Počty následných lůžek u zařízení s převažujícím typem OD 05 nebo OD 24

V souvislosti s hospitalizacemi s vykázaným OD 05 nebo OD 24 je zajímavé sledovat i počet lůžek nasmlouvaných u zařízení s převažujícím typem OD 05 nebo OD 24 viz tabulka č. 10, která sleduje kapacitu v období 2018–2023.

V rámci lůžkové kapacity v kontextu celé České republiky dochází u OD 05 ke spíše klesajícímu trendu. Ve sledovaném období poklesl celkový počet vykázaných lůžek OD 05 o 76. V pěti krajích bylo v roce 2023 vykázáno méně lůžek než v roce 2018. Nejvýraznější úbytek nastal v hlavním městě Praze, kde ubylo 144 lůžek, ve Středočeském kraji byl pokles o 66 lůžek, v Ústeckém kraji o 58 lůžek a v Libereckém kraji, kde bylo vykázáno o 50 lůžek méně. Naopak k nárůstu došlo ve čtyřech krajích, přičemž k největšímu navýšení došlo v Královéhradeckém kraji, kde přibýlo 133 lůžek, a v Jihomoravském kraji, kde je navýšení o 119 lůžek.

U OD 24 byl ve sledovaném období naopak zaznamenán celkově mírný nárůst o 162 lůžek. K nárůstu došlo v sedmi krajích. Nejvýraznější růst se projevil v Jihomoravském kraji, kde se počet lůžek zvýšil o 130, v Moravskoslezském kraji, kde přibýlo 119 lůžek, a v Plzeňském kraji s navýšením o 115 lůžek.

Naopak pokles počtu lůžek s vykázaným OD 24 byl evidován v šesti krajích, přičemž největší úbytek zaznamenalo hlavní město Praha, kde ubylo 122 lůžek, a Karlovarský kraj s poklesem o 110 lůžek.

Celkově platí, že v rámci celé České republiky je počet lůžek OD 24 téměř trojnásobný oproti OD 05.

Tab. č. 10 Počet následných lůžek u zařízení s převažujícím typem OD 05 a 24 v letech 2018-2023

Kraj zařízení	Typ OD 05						Typ OD 24					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Česká republika	3 777	3 885	3 950	3 793	3 757	3 701	10 885	10 876	10 900	11 080	10 932	11 047
Hl. m. Praha	488	486	453	487	420	344	1 324	1 315	1 219	1 269	1 117	1 202
Středočeský kraj	952	987	987	955	935	886	1 071	1 081	1 108	1 116	1 136	1 142
Jihočeský kraj				30	30		717	706	691	661	641	672
Plzeňský kraj	60	60	60	30	30	30	597	677	702	687	687	712
Karlovarský kraj	257	257	257	257	247	257	426	346	336	316	316	316
Ústecký kraj	185	185	185	155	155	127	1 067	1 067	1 067	1 107	1 107	1 117
Liberecký kraj	85	85	35	35	35	35	496	495	517	507	507	507
Královéhradecký kraj	381	381	478	532	512	514	446	446	446	446	446	446
Pardubický kraj	85	85	111	85	115	95	794	794	794	794	794	754
Vysočina	55	65	65	65	65	65	698	688	688	683	683	683
Jihomoravský kraj	245	310	335	231	261	364	1 027	1 037	1 057	1 151	1 157	1 157
Olomoucký kraj	242	242	242	242	242	242	589	583	613	613	613	613
Zlínský kraj	79	79	79	58	79	79	707	707	683	683	683	681
Moravskoslezský kraj	663	663	663	631	631	663	926	934	979	1 047	1 045	1 045

Zdroj: ÚZIS

Opakované hospitalizace

Opakovaná hospitalizace / rehospitalizace se zpravidla definuje jako situace, kdy pacient, který byl již dříve hospitalizován, je znovu přijat do nemocnice na základě zdravotních problémů, které mohou souviset s předchozími onemocněními nebo léčbou.

Definice rehospitalizace pro účely nastavení a zpracování dat v rámci KRAPL:

minimálně tři hospitalizační případy (akutní, následné i dlouhodobé péče) jednoho pacienta, kde mezi první a druhou, druhou a třetí atd. je maximálně 90 dnů (včetně), pokud je časové okno delší, ale následující hospitalizační případy opět splňují podmínky = další rehospitalizace u jednoho pacienta. Jako první hospitalizační případ je brána první hospitalizace u pacienta v roce 2018.

Rozlišuje se tzv. jednodruhová a vícedruhová rehospitalizace. Rozdíl mezi nimi spočívá v počtu různých zdravotních problémů nebo diagnóz, které má pacient při opětovném přijetí do nemocnice.

Jednodruhová rehospitalizace se týká pacientů, kteří se vrací do nemocnice s jednou konkrétní diagnózou nebo zdravotním problémem, který byl předmětem jejich předchozí hospitalizace. (Například pacient, který byl hospitalizován s pneumonií a po propuštění se znovu dostane do nemocnice se stejnou diagnózou.)

Vícedruhová rehospitalizace zahrnuje pacienty, kteří se vracejí do nemocnice s více než jednou diagnózou nebo zdravotním problémem. (Například pacient, který byl hospitalizován kvůli srdečnímu selhání, se po propuštění vrátí do nemocnice s komplikacemi spojenými jak s tímto selháním, tak s diabetes mellitus.)

Časový rámec pro evidenci rehospitalizací se může lišit v závislosti na studii, zdravotnické instituci nebo definici. Obecně se však zpravidla používá období do 90 dnů po propuštění z předchozí hospitalizace. Tzn. že pokud je pacient přijat do nemocnice znovu během této doby po propuštění, považuje se to za rehospitalizaci. V kontextu nastavení datových sad v rámci KRAPL je rehospitalizace definována jako *počet opakovaných přijetí k hospitalizaci do 90 dní u unikátního pojištěnce/pacienta s následnou hospitalizací za posledních 5 let*. Do datového výběru byly zahrnuty opakované hospitalizace v případě minimálně tří hospitalizací v uvedeném období u jednoho pojištěnce/pacienta.

Evidence a vyhodnocování rehospitalizací má význam z hlediska sledování kvality péče – vysoký počet rehospitalizací může naznačovat problémy s kvalitou péče nebo nedostatečnou kontinuitou v léčbě a další návazné péče po propuštění (včetně sociální péče). Sledováním rehospitalizací lze lépe plánovat péči a intervence, které mohou pacientům pomoci vyhnout se opakovaným hospitalizacím. Optikou nákladů na zdravotní péči pak rehospitalizace představují dodatečné náklady pro pacienty i pro zdravotnické systémy.

Dle počtu rehospitalizací v ČR v letech 2018–2022 v členění dle věkových skupin (viz tabulka č. 11 a graf č. 3) je zřejmé, že počet rehospitalizací od 60. roku věku kontinuálně narůstá, přičemž nejvyšší počet rehospitalizací je zaznamenán ve věkových skupinách 65–79 let. Je rovněž patrné, že v průběhu dalších let věku počet opakovaných hospitalizací klesá, což souvisí i s léty dožití (seniorů ve věku 80+ je v populaci významně méně než ve věkové kategorii 65–79 let.)

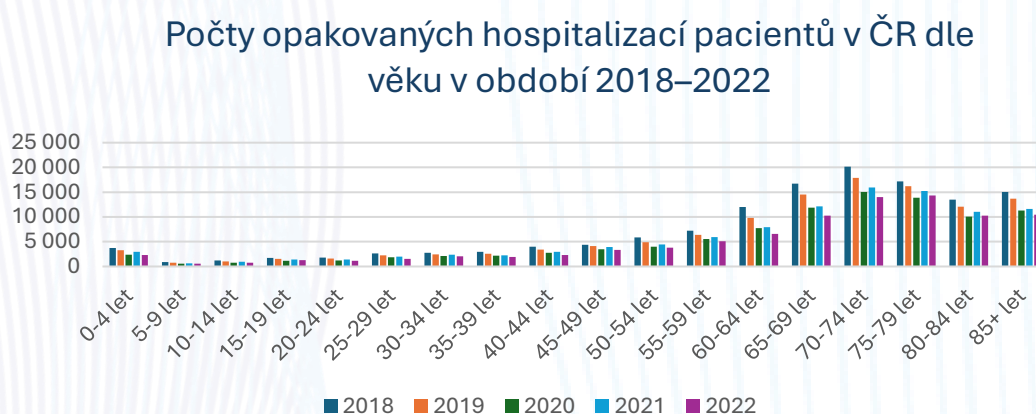
Tab. č. 11 Počty opakovaných hospitalizací pacientů v ČR dle věku v období 2018–2022

Rok začátku rehospitalizace	Věkové skupiny								
	0-4 let	5-9 let	10-14 let	15-19 let	20-24 let	25-29 let	30-34 let	35-39 let	40-44 let
2018	3 718	899	1 187	1 719	1 796	2 612	2 748	2 966	4 014
2019	3 259	774	1 030	1 538	1 596	2 265	2 460	2 542	3 383
2020	2 375	536	755	1 164	1 238	1 857	2 141	2 183	2 738
2021	2 958	639	934	1 429	1 390	1 993	2 357	2 275	2 928
2022	2 319	578	790	1 263	1 152	1 519	2 055	1 934	2 341
	45-49 let	50-54 let	55-59 let	60-64 let	65-69 let	70-74 let	75-79 let	80-84 let	85+ let
2018	4 381	5 876	7 211	11 983	16 721	20 143	17 206	13 509	15 025
2019	4 093	4 868	6 404	9 835	14 505	17 866	16 232	12 077	13 678
2020	3 500	4 000	5 512	7 762	11 866	15 051	13 893	10 089	11 282
2021	3 943	4 439	5 954	7 932	12 126	15 963	15 208	11 065	11 593
2022	3 351	3 789	5 113	6 574	10 284	14 003	14 352	10 272	10 424

Zdroj: ÚZIS

Z tabulky č. 11 dále vyplývá, že celkový počet rehospitalizací poklesl z 133 714 v roce 2018 na 92 113 v roce 2022, tj. o 31,1 %. Nejvýraznější pokles nastal mezi lety 2018 a 2020, což nepochybně souvisí s vlivy pandemie COVID-19 (viz hospitalizace výše). V roce 2021 došlo ke zvýšení počtu rehospitalizací, což zřejmě souvisí s návratem pacientů k běžné lékařské péči po pandemii. Nejvýznamnější podíl na rehospitalizacích mají trvale věkové skupiny nad 60 let, zejména pak v kategorii 70–84 let, což odráží nárůst zdravotních komplikací s přibývajícím věkem a naznačuje vyšší potřebu následné péče a potřebu cílenějších opatření v péči o starší pacienty.

Graf č. 3 Počty opakovaných hospitalizací pacientů v ČR dle věku v období 2018–2022



Zdroj: ÚZIS

Poměrně výrazné jsou regionální disparity počtu rehospitalizací mezi některými kraji viz tabulka č. 11. Přestože mezi lety 2018 a 2022 došlo k poklesu počtu rehospitalizací ve všech krajích.

Tab. č. 12 Počty rehospitalizací na 1 000 obyvatel dle krajů ČR v letech 2018–2022

Kraj	2018	2022
Hlavní město Praha	9,30	6,27
Středočeský kraj	11,75	7,98
Jihočeský kraj	13,30	8,74
Plzeňský kraj	11,06	7,38
Karlovarský kraj	14,18	9,00
Ústecký kraj	15,27	10,38
Liberecký kraj	11,48	8,56
Královéhradecký kraj	11,89	8,67
Pardubický kraj	12,39	8,39
Kraj Vysočina	13,26	8,78
Jihomoravský kraj	12,51	8,34
Olomoucký kraj	12,90	9,05
Zlínský kraj	14,31	9,47
Moravskoslezský kraj	14,59	9,99

Zdroj: ÚZIS, ČSÚ

Jednodruhá opakovaná hospitalizace

Jak je již výše v textu uvedeno, termín *jednodruhá opakovaná hospitalizace* se používá k popisu situace, kdy je pacient opakovaně hospitalizován pro stejnou diagnózu nebo zdravotní problém. Tento termín se často používá ve zdravotnických statistikách a analýzách k posouzení kvality péče, efektivity léčby a potřeby různých poskytovatelů zdravotních služeb. Opakované hospitalizace pro stejnou diagnózu mohou signalizovat problémy s léčebnými postupy, dodržováním léčebných doporučení nebo chronické zdravotní problémy pacienta. Mohou však signalizovat i absenci cíle a plánu péče, který je v souladu s hodnotami a preferencemi pacienta (to může platit jak pro jednodruhou, tak pro vícedruhou opakovanou hospitalizaci.) či nedostatečnou koordinaci služeb a nedostatečnou dostupnost adekvátních služeb.

A také absenci cíle a plánu péče, který je v souladu s pacientovými hodnotami a preferencemi. Toto může platit pro jednodruhou i vícedruhou opakovanou hospitalizaci.

Tabulka č. 13 podává přehled o počtu jednodruhových hospitalizací v ČR v letech 2018–2022. Zřejmý je vysoký výskyt novotvarů – kategorie novotvarů vykazuje nejvyšší počty hospitalizací ve sledovaném období, přičemž v roce 2021 došlo k výraznému nárůstu na 3 132 hospitalizací, což je značný skok v porovnání s předchozími lety. V roce 2022 pak počet poklesl na 2 960, stále však zůstává nad průměrem let 2018–2020. Vysoko v žebříčku nejčastějších důvodů jednodruhových hospitalizací jsou duševní poruchy a poruchy chování.

Tab. č. 13 Počty jednodruhových opakovaných hospitalizací v ČR dle diagnostických skupin období 2018–2022

Kapitola MKN-10	2018	2019	2020	2021	2022
II. Novotvary	1 617	1 293	1 187	3 132	2 960
IX. Nemoci oběhové soustavy	3 215	3 338	2 750	2 666	2 678
XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin	1 327	1 349	1 121	1 122	1 243
V. Poruchy duševní a poruchy chování	1 339	1 254	1 297	1 586	1 184
XI. Nemoci trávicí soustavy	1 138	922	847	1 080	839
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy	1 043	883	644	672	776
X. Nemoci dýchací soustavy	886	726	666	912	629
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	556	526	388	379	450
VI. Nemoci nervové soustavy	698	517	409	442	444
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	191	188	134	124	131
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí	100	81	86	80	108
VII. Nemoci oka a očních adnex	102	148	79	73	84
III. Nemoci krve a krvetvorných orgánů, poruchy mechanismu imunity	90	83	65	83	80
I. Některé infekční a parazitární nemoci	117	111	97	73	76
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva	103	89	60	61	65
XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy	61	69	43	41	65
XXI. Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotními službami	1 080	600	853	265	51
XVII. Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality	79	63	54	43	26
XXII. Kódy pro speciální účely	0	0	0	19	25
VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku	32	35	18	18	19
XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období	11	4	7	2	1

Zdroj: ÚZIS

Z tabulky č. 13 dále vyplývají stabilní počty u nemocí oběhové soustavy a kolísavé trendy v kategoriích poranění, otravy a poruchy duševní a chování. Řada kategorií (např. nemoci trávicí soustavy a močové a pohlavní soustavy) vykazuje celkový pokles hospitalizací v průběhu let. U méně častých diagnóz, jako jsou nemoci oka a některé infekční a parazitární nemoci, jsou počty hospitalizací rovněž nižší. Kódy pro speciální účely, které byly v předchozích letech nulové, se v roce 2021 a 2022 zvýšily, což může souviset s rozšířením kódování a klasifikace zdravotních problémů.

Celkově tabulka č. 13 ukazuje, že se jednodruhá rehospitalizace vyvíjí v čase, přičemž některé kategorie vykazují zvýšení, zatímco jiné klesají. Je důležité analyzovat příčiny těchto trendů a zaměřit se na prevenci rehospitalizací, zejména v kategoriích s vysokým výskytem, jako jsou novotvary a nemoci oběhové soustavy a také duševní onemocnění.

Vícedruhá opakovaná hospitalizace

Vícedruhá rehospitalizace (podrobněji viz výše v textu a tabulka č. 14) zahrnuje evidenci hospitalizací pacientů, kteří se vracejí do nemocnice s více než jednou diagnózou nebo zdravotním problémem. V letech 2018–2022 patřily mezi nejčastější důvody vícedruhových hospitalizací diagnostické skupiny nemocí oběhové soustavy, novotvarů, poranění a otravy a dále nemocí dýchací soustavy. Novotvary

a nemoci oběhové soustavy se vyskytují shodně na prvních dvou místech jak v evidenci jednodruhových, tak vícedruhových hospitalizací a patří tak jednoznačně mezi život ohrožující onemocnění.

Tab. č. 14 Počty vícedruhových opakovaných hospitalizací v ČR dle diagnostických skupin v období 2018–2022

Kapitola MKN-10	2018	2019	2020	2021	2022
IX. Nemoci oběhové soustavy	23 374	21 246	17 197	18 147	15 840
II. Novotvary	12 965	11 298	10 218	11 424	9 377
XXI. Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotními službami	15 602	12 766	9 377	7 580	7 800
XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin	10 210	9 525	7 567	7 785	7 304
X. Nemoci dýchací soustavy	9 167	7 632	8 420	10 279	6 754
XI. Nemoci trávicí soustavy	8 109	7 187	5 834	6 482	5 476
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy	6 912	6 518	4 983	5 194	4 877
V. Poruchy duševní a poruchy chování	7 099	6 081	5 140	5 731	4 780
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	6 463	5 865	4 028	4 245	4 454
VI. Nemoci nervové soustavy	4 193	3 595	2 831	2 837	2 610
I. Některé infekční a parazitární nemoci	3 219	2 898	2 271	2 382	2 099
XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy	2 646	2 499	1 836	2 035	1 903
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí	2 999	2 658	2 053	2 105	1 796
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	2 959	2 595	1 960	2 083	1 788
III. Nemoci krve a krevtovorných orgánů, poruchy mechanismu imunity	1 161	1 102	900	953	876
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva	1 245	1 123	787	912	855
XXII. Kódy pro speciální účely	3	20	602	877	517
XVII. Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality	555	506	390	452	353
XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období	438	431	361	350	326
VII. Nemoci oka a očních adnex	367	354	235	249	253
VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku	239	222	142	147	137
XX. Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti	4	5	5	4	4

Zdroj: ÚZIS

Sledování vícedruhové rehospitalizace má potenciál posílit interdisciplinární spolupráci mezi různými specialisty a zdravotnickými profesemi. Umožňuje lépe koordinovat péči o pacienty, kteří trpí více zdravotními problémy s přesahy do sociální oblasti.

Zdrojová data ÚZIS o počtu rehospitalizací (v absolutních hodnotách a v přepočtu na 1000 obyvatel) dle jednotlivých krajů ČR jsou k dispozici pro detailnější analýzu v příloze v tabulkách s označením A1 a A2.

Osoby s život ohrožujícím či život limitujícím onemocněním včetně terminálního stadia onemocnění

K5 Osoby s život ohrožujícím onemocněním

Osoby s život ohrožujícím onemocněním jsou jednotlivci, jejichž zdravotní stav představuje vážné nebezpečí pro jejich život a vyžaduje nezřídka okamžitou a často intenzivní lékařskou péči. Může také indikovat limitovanou očekávanou dobu života a z toho vyplývající specifické postupy a procesy k nastavení cíle a přiměřenosti péče a zajištění dostupnosti relevantních služeb pro péči v závěru života. Takové onemocnění může mít různou etiologii a může se jednat o akutní nebo chronické stavy. Mezi osoby s život ohrožujícím onemocněním patří zejména (viz statistické údaje v tabulkách a grafech výše):

Pacienti s akutními stavy:

- Srdeční infarkt nebo srdeční selhání
- Cévní mozková příhoda (mrtvice)
- Akutní respirační selhání – pacienti, kteří mají potíže s dýcháním a vyžadují okamžitou ventilaci nebo kyslíkovou terapii (viz dále „Domácí umělá plicní ventilace“)

Pacienti s chronickými onemocněními:

- Pokročilé stadium rakoviny – pacienti, u nichž došlo k metastázám nebo kteří mají velmi pokročilé a neléčitelné formy rakoviny.
- Selhání orgánů – pacienti s konečným stadiem selhání ledvin, jater nebo srdce, kteří vyžadují dialýzu nebo transplantaci.
- Pokročilá chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) – pacienti s těžkou formou CHOPN, kteří mají omezenou kapacitu dýchání a jsou závislí na kyslíkové terapii (viz dále „Domácí umělá plicní ventilace“)

Pacienti s infekčními nemocemi:

- Pokročilé infekce – pacienti s infekcemi, které nelze léčit (např. těžká pneumonie, sepe, HIV/AIDS v pokročilém stadiu).
- Kmeny rezistentní na antibiotika – pacienti infikovaní bakteriemi nebo viry, které nereagují na standardní léčbu.

Pacienti s neurologickými onemocněními:

- Akutní poranění míchy – pacienti s poraněním míchy, které může způsobit paralýzu nebo ztrátu funkce dýchacích svalů (viz dále „Domácí umělá plicní ventilace“).
- Těžká epilepsie – pacienti, kteří trpí opakujícími se, těžkými epileptickými záchvaty, které mohou ohrozit jejich život.
- Amyotrofická laterální skleróza (ALS) – pacienti s postižením motorických neuronů, které ohrožuje život především progresivním oslabením a selháním svalů nezbytných pro dýchání a polykání (viz dále „Domácí umělá plicní ventilace“).
- Těžká forma roztroušené sklerózy (RS) – pacienti v pokročilém stadiu RS, u nichž dochází k postižení svalů odpovědných za dýchání, což vede ke snížené schopnosti zajišťovat dostatečnou ventilaci plic a vzrůstá tak riziko respiračního selhání (viz dále „Domácí umělá plicní ventilace“).

Pacienti s autoimunitními a metabolickými poruchami:

- Diabetes mellitus s komplikacemi – pacienti s těžkým diabetem, kteří mají vážné komplikace, jako je diabetická ketoacidóza nebo hyperglykemie ad.

- Pokročilé autoimunitní poruchy – pacienti, kteří trpí závažnými formami autoimunitních onemocnění, jako je lupus nebo revmatoidní artritida, a mají riziko orgánového selhání.

Obecně lze za osoby s život ohrožujícím onemocněním považovat všechny jedince, jejichž zdravotní stav je natolik vážný, že by mohl vést k úmrtí, pokud by nebyla zajištěna vhodná lékařská péče a intervence. V těchto případech je důležité zajistit včasný přístup k odborné péči a případně i paliativní péči pro zajištění kvality života.

K6 *Terminálně nemocný pacient*

Terminálně nemocný pacient je osoba s onemocněním v pokročilém a již neléčitelném stádiu nemoci. Tato onemocnění jsou zpravidla smrtelná a pacient má omezenou dobu přežití, často vyjádřenou v měsících nebo týdnech. Mezi nejčastější terminální onemocnění patří:

- Pokročilá rakovina – nádory, které se rozšířily do dalších částí těla a nelze je úspěšně léčit.
- Pokročilé srdeční onemocnění – srdeční selhání nebo těžké formy ischemické choroby srdeční.
- Terminální plicní onemocnění – např. konečné stádium chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) nebo plicní fibrózy.
- Terminální neurologická onemocnění – např. konečné stádium amyotrofické laterální sklerózy (ALS) nebo pokročilé formy roztroušené sklerózy.
- Pokročilá onemocnění ledvin nebo jater, kdy je jejich funkce výrazně snížena a nelze ji obnovit.

Intervence v rámci péče o terminálně nemocné s nevléčitelným onemocněním vyžaduje uplatnění principů paliativní péče, zpravidla v režimu obecné paliativní péče, v situacích komplexních potřeb typicky s potřebou péče v režimu specializované paliativní péče, která se zaměřuje na zmírnění symptomů, bolestí a zlepšení kvality života namísto léčby základního onemocnění. Paliativní péče zahrnuje fyzickou, psychologickou a duchovní podporu pro pacienty a jejich rodiny. Součástí intervencí paliativní péče je rozvaha o cíli a přiměřenosti péče tak, aby byla v souladu s hodnotami a preferencemi pacienta/klienta; v případě dětských pacientů/klientů či pacientů/klientů neschopných o sobě rozhodovat jeho zákonných zástupců (osob s právem zástupného rozhodování).

K7 *Trajektorie terminálně nemocných pacientů*

Trajektorie pacientů

Schopnost vystihnout budoucí zatížení (nejen) zdravotnického systému je jednou ze základních premis efektivní a cílené péče. Právě vyhodnocení trajektorií pacientů představuje jednu z odpovědí na rostoucí tlak týkající se predikce potřeb populace. Zdravotnictví i sociální segment v ČR totiž bude v následujících dekádách čelit náporu starších a chronicky nemocných pacientů/klientů, a to v souladu s demografickým stárnutím populace.

Primárním a obecným cílem nastavení trajektorií je zachytit průchod pacienta zdravotním (a v omezené míře sociálním) systémem před smrtí (efektivita péče apod.). ***Trajektorie lze tedy chápat jako jeden z nástrojů k identifikaci osob, u nichž propojení sociálních a zdravotních služeb selhává – v případě nežádoucích trajektorií, viz dále.*** V přeneseném významu lze nežádoucí, tj. neoptimální, trajektorie chápat jako důsledek nekoordinované péče, ale také nedostatečné dostupnosti adekvátních služeb, byť platí, že koncept trajektorií je postaven spíše na principu „patient-centered care“, a nikoli na roli zařízení apod. Koncept trajektorií umožňuje na populačních datech popisovat spotřebu a povahu péče, není

nástrojem pro plánování péče pro jednotlivé pacienty. I trajektorie „nežádoucí“ může být pro konkrétního pacienta trajektorií dobrou a žádoucí a naopak.

Trajektorie vedoucí k úmrtí nepokrývají všechny možné cesty pacientů zdravotním systémem. Jsou zacílené na dlouhodobý průchod pacientů systémem, přičemž jsou sledovány zejména významné události v péči o pacienta. Příkladem těchto významných událostí může být (opakovaný) výjezd zdravotnické záchranné služby (ZZS) nebo přijetí pacienta pod odbornost 926 – mobilní specializovaná paliativní péče, tj. domácí paliativní péče poskytovaná pacientům v terminálním stádiu onemocnění v jejich přirozeném prostředí). Trajektorie lze interpretovat jak z hlediska současného stavu, tak ve smyslu dlouhodobého výhledu. V případě aktuálního stavu ukazují na individuální průchody pacientů zdravotnickým systémem s úmrtím v daném roce. V dlouhodobém výhledu ukazují na změny v trendech péče o pacienty. Smyslem trajektorií tudíž nemá být jen prostý popis situace k danému roku, ale také existence informační základny pro budoucí efektivní předávání pacienta mezi odbornostmi, pracovišti atd. bez zbytečných prodlev v péči.

Trajektorie jsou primárně konstruovány pro každého individuálního pacienta s očekávatelným úmrtím. **Očekávatelné úmrtí** je definováno jako úmrtí osob, u kterých došlo k úmrtí na základě eskalace déle trvajících problémů. Jde o zemřelé osoby z chronických příčin nebo také kardiovaskulárních příčin²³ (úmrtí pacienta na akutním lůžku po déle než týdně, úmrtí na lůžku následné péče, hospitalizace v minulém roce života).

Pacientské trajektorie jsou děleny do dvou primárních skupin. *Optimální trajektorie představují žádoucí průchod pacienta zdravotnickým systémem před smrtí. Optimální trajektorie potvrzují zapojení náležitých odborností v péči o pacienta. Přeneseně také naznačují vyšší kvalitu života terminálně nemocného pacienta a celkově nižší náklady na péči o pacienta z hlediska systému.* Opačným případem jsou neoptimální trajektorie. V těchto *neoptimálních případech je před smrtí pacienta nezbytné zapojení akutní péče (např. ZZS). Nemocný pacient tudíž není dochován v odpovídajícím prostředí, často je dotčena kvalita závěru jeho života i života blízkých osob a zároveň jsou zvýšeny náklady na jeho péči.*

Terminálně nemocný pacient v trajektoriích je definován reverzně, tj. pokud se potvrdí, že před smrtí splňoval konkrétní podmínky, pak je považován za pacienta, který byl terminální. V současné podobě trajektorií tedy **není** definován apriori, tj. např. prostřednictvím rozhodnutí ODB 929 (tj. Konziliární tým paliativní péče v nemocnicích).

Přehled trajektorií

Optimální trajektorie – OT

- | | |
|-----|--|
| OT1 | Terminálně nemocný pacient, dochovaný na lůžku následné nebo dlouhodobé péče mimo lůžkový hospic |
| OT2 | Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma |
| OT3 | Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s péčí praktického lékaře |
| OT4 | Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s asistencí mobilní specializované paliativní péče |
| OT5 | Terminálně nemocný pacient, dochovaný v lůžkovém hospici |

²³ Pozn. V rámci očekávatelných úmrtí jsou zahrnuty i stavy po akutním infarktu myokardu, kdy hospitalizovaný pacient leží s touto příčinou na akutním lůžku více než týden a následně na tuto diagnózu i zemře.

- OT6 Terminálně nemocný klient domova pro seniory,²⁴ dochovaný v domově pro seniory
- OT7 Terminálně nemocný klient domova pro seniory, dochovaný v domově pro seniory ve sdílené péči
- OT8 Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s domácí péčí (resp. v režimu signálního kódu²⁵)

Neoptimální trajektorie – NT

- NT1 Terminálně nemocný pacient, zemřelý za terminální hospitalizace
- NT2 Terminálně nemocný pacient, převezený k terminální hospitalizaci záchrannou službou
- NT3 Terminálně nemocný pacient v domácí péči, zemřelý za hospitalizace
- NT4 Terminálně nemocný pacient, převážený opakovaně záchrannou službou
- NT5 Klient domova pro seniory, zemřelý za terminální hospitalizace
- NT6 Klient domova pro seniory, zemřelý za terminální hospitalizace prostřednictvím ZZS
- NT7 Terminálně nemocný pacient v domácí péči v režimu signálního kódu, zemřelý za hospitalizace
- NT8 Terminálně nemocný pacient v mobilní specializované paliativní péči, předaný k terminální hospitalizaci

Tab. č. 15 Optimální trajektorie pro všechna úmrtí v ČR podle let v období 2018–2023

Optimální trajektorie	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2018–2023
OT1	19,3 %	17,9 %	16,2 %	15,0 %	15,5 %	15,7 %	16,7 %
OT2	10,5 %	11,1 %	12,7 %	13,6 %	12,9 %	13,2 %	12,2 %
OT3	5,9 %	7,3 %	8,7 %	9,0 %	7,8 %	7,3 %	7,8 %
OT4	1,0 %	2,2 %	3,3 %	4,1 %	4,5 %	5,0 %	3,1 %
OT5	3,6 %	3,7 %	3,2 %	3,3 %	3,4 %	3,7 %	3,4 %
OT6	2,2 %	2,5 %	3,1 %	2,9 %	3,1 %	3,0 %	2,8 %
OT7	1,7 %	2,2 %	3,0 %	2,8 %	3,0 %	2,9 %	2,6 %
OT8	3,4 %	3,2 %	3,3 %	3,3 %	2,9 %	2,9 %	3,2 %
Podíl z celku	47,5 %	50,2 %	53,5 %	54,0 %	53,2 %	53,8 %	51,8 %

Zdroj: LPZ, NRHZS

²⁴ Z hlediska evidence a zpracování zdravotnických statistických dat se v trajektoriích jedná nikoli o význam „domov pro seniory v intencích služby dle zákona o sociálních službách“, nýbrž o pobytovou sociální službu, která na konkrétního pacienta vykazuje výkon odbornosti 913. (ÚZIS mohl/může pracovat výhradně se zdravotnickými daty/zdravotní složkou služeb.)

²⁵ Konkrétně se jedná o signální kód výkonu 06349 (vykázán kdykoliv za život). „Pro možnost poskytovat zdravotní (paliativní) péči v domácím prostředí pacientovi v terminálním stavu je s účinností od 1. ledna 2010 v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen SZV) u autorské odbornosti 925 – „sestra domácí zdravotní péče“ uveden výkon 06349 „Signální kód – ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stavu“, který nemá časovou ani bodovou hodnotu. Signalizuje ale péči o pacienta v terminálním stavu a v SZV ruší omezení frekvence u uvedených výkonů sester domácí zdravotní péče.“ (VZP, 2024)

Z tabulky č. 15 vyplývá pro optimální trajektorie:

OT1 *Terminálně nemocný pacient, dochovaný na lůžku následné nebo dlouhodobé péče mimo lůžkový hospic*

Od roku 2018 do 2023 došlo k mírnému poklesu podílu (19,3 % na 15,7 %).²⁶

OT2 *Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma*

Podíl pacientů dochovaných doma vzrostl z 10,5 % v roce 2018 na 13,2 % v roce 2023. To ukazuje na rostoucí potenciál domácí péče.

OT3 *Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s péčí praktického lékaře:*

Zde došlo k nárůstu z 5,9 % na 7,3 %. Růst naznačuje, že se zvyšuje role praktických lékařů v péči o terminálně nemocné pacienty, což je žádoucí trend ke zvýšení dostupnosti a koordinaci péče.

OT4 *Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s asistencí mobilní specializované paliativní péče*

Tento podíl vzrostl z 1,0 % na 5,0 %. To potvrzuje zlepšení dostupnosti specializované paliativní péče (odbornost 926 s paliatrem) a větší důraz na pacient-centered care.

OT5 *Terminálně nemocný pacient, dochovaný v lůžkovém hospici*

Tento podíl se pohyboval kolem 3–4 % a neprokázal výrazné změny, což může naznačovat stabilitu v přístupu k hospicové péči.

OT6 *Terminálně nemocný klient domova pro seniory, dochovaný v domově pro seniory a*

OT7 *Terminálně nemocný klient domova pro seniory, dochovaný v domově pro seniory ve sdílené péči*

U těchto kategorií byl pozorován mírný nárůst podílu v důsledku rostoucí potřeby péče o seniory.

OT8 *Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s domácí péčí*

Tento podíl zůstal relativně stabilní a pohyboval se kolem 3–4 %, což ukazuje na konzistentní využívání domácí ošetrovatelské péče (odbornost 925).

Celkový podíl optimálních trajektorií vzrostl z 47,5 % v roce 2018 na 53,8 % v roce 2023. Tento výsledek lze vnímat jako pozitivní znamení z hlediska zlepšení péče o terminálně nemocné pacienty. Analýza dat naznačuje, že v posledních letech došlo k posunu směrem k většímu zapojení domácí péče a specializovaných služeb, což nepochybně přispívá ke zlepšení kvality života terminálně nemocných pacientů. Tento posun pravděpodobně souvisí (zejména od r. 2019) s rozvojem mobilní specializované paliativní péče a s rozvojem nemocničních konziliárních týmů paliativní péče. Přes uvedený významný pozitivní posun je i nadále evidentní (viz výsledky analýzy neoptimálních trajektorií níže), že zajištění a koordinace specializovaných služeb pro terminálně nemocné pacienty je výzvou pro rozvoj služeb a péče na sociálně-zdravotním pomezí.

²⁶ Zařazení této trajektorie mezi optimální je nutno chápat v kontextu porovnání zejména s převozy zdravotnické záchranné služby, kdy (dlouhodobě terminálně) nemocný pacient nakonec umírá, nebo úmrtími na akutních lůžkách. Podíl úmrtí na následném lůžku nemocnic akutní péče (nemocnice, fakultní nemocnice) je dlouhodobě relativně nízký a stabilní. Roste však podíl úmrtí v hospicích vůči všem očekávatelným úmrtím a roste i podíl úmrtí doma viz trajektorie OT2. Je tedy zjevné, že se daří pacienty před smrtí dochovávat ve vhodnějším prostředí.

Tab. č. 16 Neoptimální trajektorie pro všechna úmrtí v ČR podle let v období 2018–2023

Neoptimální trajektorie	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2018-2023
NT1	21,8 %	20,5 %	18,9 %	19,0 %	18,8 %	18,1 %	19,7 %
NT2	11,9 %	11,4 %	10,9 %	11,1 %	10,9 %	10,7 %	11,2 %
NT3	7,0 %	6,6 %	6,0 %	5,8 %	6,0 %	6,1 %	6,3 %
NT4	5,2 %	4,6 %	4,6 %	4,4 %	4,6 %	4,5 %	4,7 %
NT5	3,5 %	3,6 %	3,2 %	2,9 %	3,3 %	3,4 %	3,3 %
NT6	2,5 %	2,7 %	2,5 %	2,3 %	2,7 %	2,8 %	2,5 %
NT7	0,5 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,4 %
NT8	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Podíl z celku	52,5 %	49,8 %	46,5 %	46,0 %	46,8 %	46,2 %	48,2 %

Zdroj: LPZ, NRHZS

Z tabulky č. 16 vyplývají pro neoptimální trajektorie následující zjištění:

Stále vysoký podíl neoptimálních trajektorií:

Přestože celkový podíl neoptimálních trajektorií (52,5 % v roce 2018) mírně poklesl na 46,2 % v roce 2023, stále představovaly téměř polovinu všech sledovaných případů. To naznačuje, že značný počet terminálně nemocných pacientů není adekvátně doprovázen v prostředí, které by podporovalo jejich přání setrvat v domácím prostředí s odpovídající péčí až do konce života.

Neefektivní průchody systémem – NT1 a NT2:

Trajektorie NT1 (s nejvyšší mírou výskytu, 18,1 % v roce 2023) a NT2 (10,7 % v roce 2023) představují nejčastější neoptimální trajektorie. Tato kategorie zahrnuje pacienty, kteří potřebovali intenzivní akutní péči nebo jejichž zdravotní stav vyžadoval opakované zásahy. Posilování domácí hospicové péče, konziliárních nemocničních týmů, paliativních ambulancí by mohlo snížit potřebu takových akutních zásahů a tím umožnit plynulejší a přirozenější průběh závěru života.

Neefektivita systému v oblasti „nižších“ trajektorií – NT3 až NT5:

Přestože jsou podíly trajektorií NT3 až NT5 (například NT3 s podílem 6,1 % a NT4 s podílem 4,5 % v roce 2023) nižší než NT1 a NT2, jejich hodnoty zůstávají relativně stabilní. Tito pacienti často potřebují specializovanou péči, která však nemusí být dostatečně dostupná v komunitním prostředí. V těchto případech může jít o chronicky nemocné pacienty, kteří by s adekvátní podporou domácí péče nemuseli být hospitalizováni na akutních lůžkách, což by snížilo náklady a zátěž zdravotnického systému. Může však jít také o situace (zejm. v rámci NT3), kdy pacient domácí péči má, jen ho z různých důvodů nezvládla dočlovat doma.

Malý pokrok v integrované péči:

I když došlo k určitému snížení procentuálního podílu neoptimálních trajektorií, přibližně 46 % pacientů se stále dostává do situací, kdy systém nefunguje optimálně. Tento stav ukazuje, že úroveň koordinace mezi poskytovateli zdravotních a sociálních služeb zůstává nedostatečná.

Detailní analýza neoptimálních trajektorií

NT1 (18,1 % v roce 2023)

Terminálně nemocný pacient, zemřelý za terminální hospitalizace

NT1 je nejčastější neoptimální trajektorií s podílem blížícím se 20 % po celou sledovanou dobu. Pro NT1 je relevantní zařazení jak pacientů, kteří potřebují (opakované) intenzivní zásahy, tak pacientů v případě jejich (úplně) poslední terminální hospitalizace.²⁷

Tento stabilně vysoký podíl zahrnuje skupinu pacientů, kteří pravděpodobně potřebují intenzivní akutní zásahy, jež by mohly být částečně redukovány adekvátní domácí péčí. Časté hospitalizace nebo zásahy zdravotnické záchranné služby u této skupiny mohou naznačovat potenciální nedostatky v předcházení zhoršení stavu pacienta v domácím prostředí. Mohou také indikovat absenci plánu péče pro zhoršení stavu a závěr života se včasným zajištěním příslušných služeb a podpory a/nebo nedostatečnou dostupnost adekvátních služeb (např. mobilní specializované paliativní péče – MSPP). Posílení domácí paliativní péče by mohlo kapacitně i finančně ulevit nemocnicím a podpořit lepší péči o pacienta v prostředí, které lépe vyhovuje jeho přání.

NT2 (10,7 % v roce 2023)

Terminálně nemocný pacient, převezený k terminální hospitalizaci záchrannou službou

Tato trajektorie zahrnuje relativně vysoký podíl pacientů, kteří pravděpodobně vyžadovali opakované nebo dlouhodobější hospitalizace. Hodnoty NT2 se mezi lety 2018–2023 téměř nemění – v této oblasti péče neproběhlo zlepšení. Skupina může zahrnovat také pacienty, kteří mají vysokou symptomovou zátěž v souvislosti s umíráním, která překračuje možnosti pečujících v jejich vlastním sociálním prostředí, případně může zahrnovat pacienty, u nichž např. nebylo možné zajistit MSPP. Tito pacienti by mohli profitovat z častějšího a dostupnějšího využívání domácí zdravotní a sociální péče, což by jim umožnilo setrvat doma i během těžších fází nemoci.²⁸

NT3 (6,1 % v roce 2023)

Terminálně nemocný pacient v domácí péči, zemřelý za hospitalizace

I když NT3 představuje nižší podíl než NT1 a NT2, zůstává stabilní v rozmezí 6 % až 7 %. Tento podíl zahrnuje pacienty, kteří sice nemusí vyžadovat intenzivní akutní péči, ale přesto potřebují specializovanou péči, která jim není vždy dostupná v domácím prostředí. Tito pacienti jsou opakovaně hospitalizováni, což by mohlo být z části řešeno lepší podporou v rámci komunitních služeb nebo rozšířením péče v domácím prostředí.

NT4 (4,5 % v roce 2023)

Terminálně nemocný pacient, převážený opakovaně zdravotnickou záchrannou službou

Podíl NT4 je relativně stabilní, což naznačuje dlouhodobý problém s poskytováním odpovídající domácí péče pro pacienty, kteří vyžadují pravidelný dohled nebo paliativní zásahy, ale ne nutně akutní hospitalizaci. Dostupnost komunitních zdravotních a sociálních služeb by u této skupiny mohla snížit riziko hospitalizace a zajistit, že pacienti zůstanou v domácím prostředí.

²⁷ Přičemž se nutně nemusí jednat o (časté) opakované hospitalizace, pacient mohl být terminálně hospitalizován právě jedenkrát. Tato poznámka je relevantní také pro následující interpretace u neoptimálních trajektorií.

²⁸ Tato a další interpretace mohou být validní s ohledem na očekávatelná úmrtí, nejsou však přímo důvodem k zařazení do neoptimálních trajektorií. Určující je zde terminální hospitalizace + ZZS.

NT5 (3,4 % v roce 2023)

Klient domova pro seniory, zemřelý za terminální hospitalizace

Mírný pokles u NT5 v průběhu sledovaného období naznačuje dílčí zlepšení, ale podíl této trajektorie se stále pohybuje kolem 3 %. Pacienti v NT5 pravděpodobně potřebují méně časté akutní zásahy, ale mohou mít potřebu pravidelné paliativní péče, kterou nelze vždy zajistit doma. Cílené posílení domácí péče a rozšíření dostupnosti těchto služeb by mohlo snížit potřebu hospitalizací v této kategorii.

NT6 (2,8 % v roce 2023)

Klient domova pro seniory, zemřelý za terminální hospitalizace prostřednictvím ZZS

NT6 zůstává konzistentní s podílem kolem 2,5 %. Tato trajektorie představuje pacienty, jejichž potřeba hospitalizace je méně častá, stále však vyžadují monitorování a péči, kterou je obtížné zajistit v pobytovém zařízení.

NT7 (0,5 % v roce 2023)

Terminálně nemocný pacient v domácí péči v režimu signálního kódu, zemřelý za hospitalizace

NT7 má nízký podíl a zůstává stabilní. Tito pacienti jsou pravděpodobně jedinci, u nichž byly neoptimální trajektorie ojedinělé nebo krátkodobé. Přesto i tento podíl naznačuje, že menší počet pacientů by mohl profitovat z domácí péče nebo zlepšené koordinace mezi zdravotními a sociálními službami, aby nemuseli být hospitalizováni v závěrečné fázi života.

NT8 (0,1 % v roce 2023)

Terminálně nemocný pacient v mobilní specializované paliativní péči, předaný k terminální hospitalizaci

NT8 představuje nejmenší podíl neoptimálních trajektorií a zůstává zanedbatelně nízký. Toto číslo (0,1 %) naznačuje, že mobilní paliativní týmy tento typ péče zvládají. Přesto i u této kategorie by posílení komunitních služeb mohlo pomoci minimalizovat případy, kdy se pacienti dostanou do neoptimální trajektorie.

Z dlouhodobého hlediska podíl žádoucích trajektorií roste, ačkoliv v letech 2022 a 2023 stagnoval. Obdobnou stagnaci lze sledovat i u trajektorie OT1 (*Terminálně nemocný pacient, dochovaný na lůžku následné nebo dlouhodobé péče mimo lůžkový hospic*), která má nejvyšší podíl na žádoucích trajektoriích. Nežádoucí trajektorie jsou v pořadí stabilní po celou dobu, avšak celkově svým podílem klesají. Nežádoucím trajektoriím vévodí zejména NT1 (*Terminálně nemocný pacient, zemřelý za terminální hospitalizace*). Stabilně vysoký podíl neoptimálních trajektorií jasně ukazuje potřebu zlepšit dostupnost a organizaci domácí hospicové a paliativní péče. Bez tohoto kroku budou terminálně nemocní pacienti i nadále častěji umírat v nemocnicích, což má negativní dopady na jejich kvalitu života, zatěžuje zdravotnický systém, a také navyšuje celkové náklady na péči. Všechny neoptimální trajektorie ukazují na nezbytnost posílení domácí paliativní a hospicové péče. Vysoký podíl NT1 a NT2 (*Terminálně nemocný pacient, převezенý k terminální hospitalizaci záchrannou službou*) především naznačuje naléhavou potřebu zavedení opatření, která umožní péči o terminálně nemocné pacienty v domácím prostředí. Významným cílem je tedy zajištění lepší koordinace mezi zdravotními a sociálními službami, a také podpory neformálním pečujícím, což by snížilo zátěž akutní péče a umožnilo pacientům důstojnější a stabilnější konec života. Důležitou roli přitom mají opatření pro zvýšení dostupnosti mobilní paliativní péče.

Trajektorie terminálně nemocných pacientů pro jednotlivé kraje jsou k dispozici pro detailnější analýzu uvedeny v příloze v tabulce č. X. Data ukazují na významné rozdíly mezi jednotlivými kraji v oblasti péče o terminálně nemocné pacienty. Každý kraj má jiný podíl pro jednotlivé trajektorie, což ukazuje na variabilitu v poskytování péče a kvalitě péče o terminálně nemocné pacienty v různých regionech.

Osoby s duševním onemocněním

K8 Osoby s duševním onemocněním

Duševní onemocnění zpravidla zahrnuje široké spektrum symptomů, které zasahují nejen psychické zdraví, ale i fyzické a sociální aspekty života. Tyto potřeby nelze efektivně pokrýt jednou službou – je potřebné zapojení odborníků z různých oblastí k poskytování komplexní péče, která pomáhá udržet stabilitu a podporu pacienta/klienta optimálně v jeho přirozeném prostředí. Zdravotní služby (např. farmakoterapie nebo psychoterapie) se zaměřují na stabilizaci zdravotního stavu, sociální služby (např. asistence v bydlení, podpora zaměstnávání ad.) poskytují oporu v praktických oblastech života. Koordinace mezi těmito službami může zabránit relapsům nebo zhoršení stavu, které vedou k hospitalizacím a/nebo ke krizovým situacím. Lidé s duševním onemocněním čelí často stigmatizaci a izolaci. Sociální služby mohou poskytnout podporu pro zapojení do komunity a usnadnit navazování sociálních vztahů. Koordinace zdravotních a sociálních služeb má potenciál předcházet duplicitám v poskytování služeb a vytváří podmínky pro efektivnější využívání zdrojů v systému péče. Snížením počtu hospitalizací a krizových intervencí osob s duševním onemocněním lze ušetřit náklady, které mohou být přeměrovány na preventivní a podpůrné služby.

Významným počinem v ČR se stal vznik a rozvoj Center duševního zdraví (CDZ), která vznikla v rámci Reformy péče o duševní zdraví.²⁹ CDZ poskytují integrovanou sociálně-zdravotní péči, fungují jako mezičlánek mezi ambulantní a lůžkovou péčí, poskytují služby v terénu a zaměřují se na prevenci hospitalizací a podporu reintegrace pacientů/klientů do společnosti. Klíčové pro práci v CDZ jsou multidisciplinární týmy složené z psychiatrů, psychologů, zdravotních sester, sociálních pracovníků a dalších odborníků. Do roku 2023 bylo v ČR zřízeno 34 Center duševního zdraví, z toho 31 CDZ pro osoby s vážným duševním onemocněním (SMI – Severe Mental Illness), 1 CDZ pro osoby se závislostí a 2 CDZ pro děti a dospívající (viz Aliance, 2024). V současné době jsou rovněž k dispozici data k CDZ dostupná na Národním portálu psychiatrické péče.

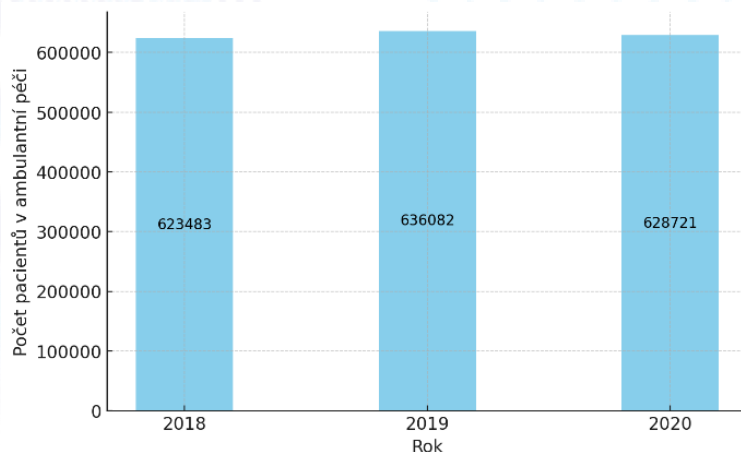
Data k počtům a hospitalizacím osob s duševním onemocněním jsou součástí analýz viz výše (tabulky č. 4, 7, 10) a vyplývá z nich, že diagnostické skupiny duševních onemocnění jsou na předních příčkách sledovaných údajů (nejen) o jednodruhových i vícedruhových hospitalizacích ve sledovaném období 2018–2022. Podrobné statistiky k tématům duševního zdraví obsahuje Národní informační systém péče o duševní zdraví (NZIP).³⁰ Následující grafy znázorňují počty pacientů v ambulantní psychiatrické péči (graf č. 4) a počty pacientů s demencemi v ČR (graf č. 5).³¹

²⁹ Související akční plány: Národní akční plán pro duševní zdraví (NAPDZ), Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění (NAPAN), Národní akční plán prevence sebevražd (NAPPS)

³⁰ Provozovatelem NZIP je ÚZIS ČR, publikovaný obsah je garantován ze strany MZd. Portál NZIP obsahuje otevřené datové sady včetně podrobných dat o rehospitalizacích lidí s duševním onemocněním, dlouhodobé psychiatrické péči, sebevražednosti osob s duševním onemocněním ad.

³¹ Analytika zahrnuje tyto diagnostické skupiny: F0 a G30 – Demence a Alzheimerova choroba, F1 – Poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek, F2 – Schizofrenie a poruchy schizotypální a poruchy s bludy, F3 – Afektivní (náladové) poruchy, F4 – Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy, F5 – Syndromy spojené s poruchami chování fyziologických funkcí, F6 – Poruchy osobnosti a chování dospělých, F7 – Mentální retardace, F8 – Poruchy psychického vývoje.

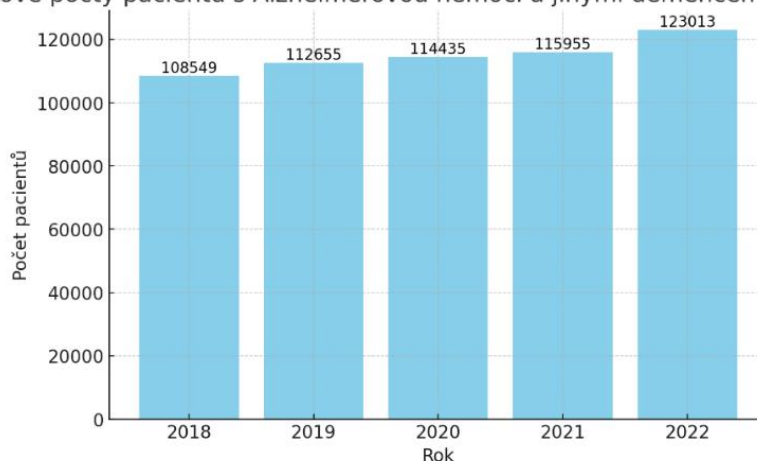
Graf č. 4 Počty pacientů v ambulantní psychiatrické péči v ČR v letech 2018–2020



Zdroj: NZIP

Údaje NZIP reflektují období před pandemií COVID-19 a v době jejího nástupu, kdy došlo pravděpodobně vlivem omezení služeb k mírnému poklesu poskytování ambulantních psychiatrických služeb. Každoročně však pomoc psychiatrických ambulantních služeb vyhledá cca 600 tis. obyvatel ČR. To vypovídá o vysoké potřebě těchto služeb, přičemž uvedené údaje nejsou s to zachytit reálnou potřebu těchto služeb, která bude zřejmě významně vyšší. Statistiky NZIP dále dokládají věkové rozložení pacientů v ambulantní psychiatrické péči. Nejvyšší počet těchto pacientů spadá do věkové kategorie 40–49 let, následované kategoriemi 50–59 a 60–69 let. Nejnižší počet těchto pacientů byl zaznamenán u mladších věkových kategorií do 29 let.

Graf č. 5 Celkové počty pacientů s Alzheimerovou nemocí a jinými demencemi (2018–2022)



Zdroj: NZIP

Z grafu je zřejmé, že počet pacientů s demencemi mírně roste. Tento trend souvisí se stárnutím populace a vyšším věkem dožití, avšak může odrážet i lepší diagnostiku a rostoucí povědomí o těchto onemocněních. Největší počty pacientů jsou stabilně ve věkových kategoriích 70+, přičemž se nejvíce projevuje kategorie 80+. Je evidentní, že nyní i do budoucna bude potřeba posílit kapacity a zdroje nejen v oblasti zdravotní péče, ale i sociálních služeb a terénních služeb a zaměřit se na koordinaci obou a dalších typů služeb v této oblasti.

Tab. č. 17 Počty osob s duševním onemocněním a poruchami chování pobírajících důchod v roce 2022

Kategorie	Věk										
	0-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 +
Duš. poruchy a por. chování	1 366	5 506	7 050	8 533	9 780	13 126	16 169	14 954	17 137	12 684	62
Invalidní důchod I. stupně	270	1 439	1 803	2 123	2 424	3 572	4 838	4 863	5 698	3 086	6
Invalidní důchod II. stupně	165	747	963	1 231	1 266	1 731	2 318	2 258	2 736	1 930	8
Invalidní důchod III. stupně	931	3 320	4 284	5 179	6 090	7 823	9 013	7 833	8 703	7 668	48
Celkový součet	1 366	5 506	7 050	8 533	9 780	13 126	16 169	14 954	17 137	12 684	62

Zdroj: ÚZIS

Z tabulky je zřejmé, že počet osob pobírajících invalidní důchod z důvodu duševního onemocnění a poruch chování ve sledovaném roce stoupá mezi kategoriemi 20–24 let a 55–59 let. Výrazný pokles je patrný v nejvyšší věkové kategorii (65 a více let), což nepochybně souvisí s přechodem osob v této věkové kategorii z invalidního na starobní důchod. Nejvyšší podíl na celkovém počtu invalidních důchodů má invalidní důchod III. stupně, což ukazuje, že diagnózy spojené s duševními poruchami často vedou k vyšší míře invalidity. Tento stupeň invalidního důchodu má zřetelně nejvyšší zastoupení ve všech věkových kategoriích. Tabulka ukazuje, že diagnózy spojené s duševními a behaviorálními poruchami mají výrazný dopad na pracovní schopnost populace (největší zatížení je v produktivním věku (30–59 let)).

Dalšími výzkumnými daty v oblasti péče o duševní zdraví disponuje Národní ústav duševního zdraví.

Osoby se zdravotním postižením

K9 Osoby se zdravotním postižením

Zdravotní postižení a datové charakteristiky osob se zdravotním postižením (OZP) je obtížné zjistit i popsat, a to zejména pro velmi rozsáhlou fyzickou variabilitu postižení a potřebu kombinovat různé typy informací (kvantitativních i kvalitativních). Zdravotní postižení zahrnuje širokou škálu stavů od fyzických včetně smyslových po mentální a psychické. Každý typ postižení (a jejich kombinací) se projevuje různými způsoby a má různý dopad na každodenní život. Navíc jedno zdravotní postižení může ovlivňovat další oblasti zdraví (např. pohybové postižení může mít dopad na duševní zdraví), což komplikuje jednoduché zařazení. Závažnost postižení se u každého člověka liší a její hodnocení závisí na subjektivních i objektivních faktorech. Kromě toho se kritéria, podle nichž se zdravotní postižení hodnotí, mohou v různých zdravotních a sociálních systémech lišit, což komplikuje jednotnou datovou interpretaci. Míra, v jaké zdravotní postižení omezuje jednotlivce v každodenním životě, je často subjektivní a závisí na jejich životním stylu, zaměstnání a sociální situaci. Stejná diagnóza může pro jednu osobu představovat významné omezení, zatímco pro jinou může být zvládnutelná bez většího dopadu na kvalitu života. Mnoho lidí má více typů postižení, což ztěžuje jejich (myšleno postižení) jednoduché kategorizování a kvantifikaci. Kombinace například fyzického a mentálního postižení může mít jiný dopad než izolované postižení a vyžaduje specifický přístup jak v péči, tak v hodnocení potřeb. Zdravotní postižení mohou být dynamická a měnit se v čase. Některá postižení se mohou v čase zhoršovat nebo zlepšovat, což ztěžuje jejich jednorázové zhodnocení.

Pro přesnější datový obraz je často nezbytná evidence dlouhodobého vývoje. Navíc to, co je považováno za zdravotní postižení, se může lišit i mezi společnostmi a kulturami. Kulturní normy a sociální prostředí ovlivňují, jak lidé chápou a definují postižení, což může vést k různým způsobům kategorizace a zaznamenávání těchto stavů.³² Kromě objektivních ukazatelů existují také subjektivní údaje, jako je kvalita života a pocit zdraví, které se těžko kvantifikují, přestože jsou pro pochopení zdravotního postižení klíčové. Tyto údaje často nejsou (a z povahy věci nemohou být) součástí běžných zdravotních statistik, přestože poskytují důležité informace o potřebách a zkušenostech osob se zdravotním postižením. Sběr dat o zdravotním postižení je často citlivý a podléhá přísným pravidlům ochrany soukromí. To může znesnadňovat přístup k podrobnějším informacím, které by jinak mohly pomoci přesněji popsat specifické potřeby jednotlivců.

S reflexí uvedených metodologických omezení ČSÚ připravil a v roce 2018 realizoval v ČR první rozsáhlé Výběrové šetření osob se zdravotním postižením (dále ČSÚ, 2018).³³ Z tohoto šetření vyplynulo, že mezi obyvateli ČR ve věku 15 a více let je cca 13 % osob s dlouhodobým zdravotním omezením (tj. více než 1 mil. obyvatel). Více než polovinu z nich tvořili senioři ve věku 65+. Cca 14 % OZP byli v době šetření ČSÚ lidé, kteří se s postižením již narodili, mnohem častěji se limity v důsledku postižení objevují a promítají do úrovně soběstačnosti a sociálního fungování až během života s přicházejícími onemocněními anebo po úrazech. Onemocnění byla ve výběrovém šetření příčinou zdravotního postižení u 85 % osob, úraz pak způsobil zdravotní postižení u cca 12 % osob. Podrobnější charakteristiky zachycuje tabulka č. 18.

³² Viz např. Kolářová, K. a kol. *Jinakost – postižení – kritika. Společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu*. Praha: Portál, 2013.

³³ Český statistický úřad zahájil v říjnu 2024 druhou část terénní fáze výběrového šetření osob se zdravotním postižením. Cílem šetření je zmapovat životní situaci těchto osob a poskytnout data pro lepší nastavení politik a programů v oblasti zdravotní a sociální péče.

Tab. č. 18 Osoby se zdravotním postižením v ČR v roce 2018³⁴

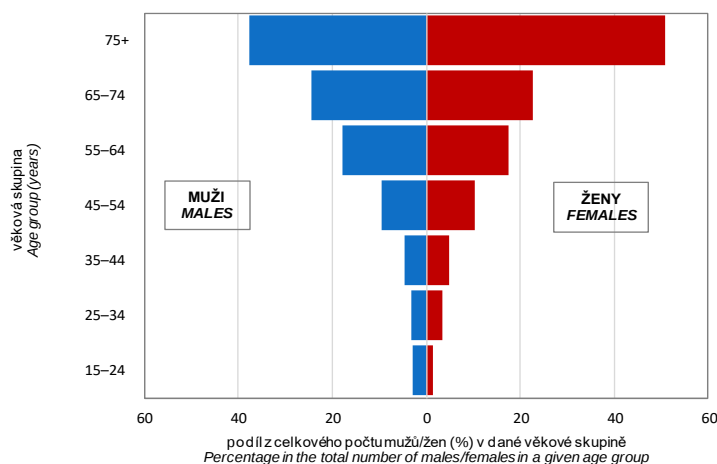
Ukazatel	Celkem		Muži		Ženy	
	tis.	%	tis.	%	tis.	%
Celkem	1 152	100,0	511	100,0	641	100,0
Věková skupina						
15–24 let	21	1,8	13	2,6	7	1,1
25–34 let	44	3,8	22	4,3	22	3,4
35–44 let	82	7,1	40	7,8	42	6,5
45–54 let	142	12,3	66	12,9	76	11,8
55–64 let	227	19,7	113	22,2	113	17,7
65–74 let	297	25,8	142	27,8	155	24,1
75 a více let	340	29,5	114	22,3	226	35,3
Ekonomická aktivita						
pracující	184	16,0	97	19,1	86	13,5
invalidní důchodci	244	21,1	125	24,4	119	18,5
starobní důchodci	681	59,2	270	52,8	412	64,2
ostatní	43	3,7	19	3,7	24	3,8
Oblast postižení (1 osoba může mít více než jednu oblast postižení)						
pohybová, tělesná	831	72,1	351	68,6	480	74,9
zraková	252	21,9	96	18,8	156	24,4
sluchová	135	11,7	54	10,6	81	12,6
mentální, duševní, poruchy chování	172	15,0	80	15,6	93	14,5
vnitřní orgány, kůže	468	40,6	207	40,6	261	40,7
hlasová, řečová	67	5,8	38	7,5	29	4,5
Příčina postižení						
vzniklé onemocnění	866	75,2	371	72,7	495	77,2
vrozená vada	99	8,6	47	9,2	52	8,1
úraz	77	6,7	47	9,2	30	4,7
kombinace více příčin	109	9,5	46	8,9	64	10,0
Míra potíží s běžnými činnostmi						
žádné potíže	237	20,6	131	25,7	106	16,5
určité potíže	435	37,8	194	38,0	241	37,6
velké potíže	226	19,6	85	16,7	141	21,9
závislý na pomoci	254	22,0	100	19,6	154	24,0
Subjektivní zdraví						
dobré nebo velmi dobré	142	12,3	70	13,7	72	11,2
přijatelné	563	48,8	252	49,4	310	48,4
špatné	363	31,5	151	29,6	212	33,0
velmi špatné	85	7,3	37	7,3	47	7,4
Bolest						
(téměř) nikdy	193	16,8	103	20,1	90	14,1
občas	471	40,9	223	43,7	248	38,6
často	300	26,1	119	23,3	181	28,3
(téměř) každý den	188	16,3	66	12,9	122	19,0

Zdroj: převzato z ČSÚ, 2018

³⁴ Jedna osoba může mít více než jedno postižení.

Celkový počet sledovaných osob byl 1 152 000. Tento počet se dále rozděluje podle pohlaví, přičemž 511 000 (44,4 %) jsou muži a 641 000 (55,6 %) jsou ženy viz graf č. 6.

Graf č. 6 Podíl osob se zdravotním postižením z celkového počtu obyvatel ČR v roce 2018 podle věku a pohlaví



Zdroj: převzato z ČSÚ, 2018

Z tabulky č. 18 dále vyplývá, že největší zastoupení mají osoby ve věkové skupině 75 a více let (340 tis., tj. 29,5 % z celkového počtu). U mužů a žen se procentuální rozložení mírně liší, např. ve věkové skupině 75+ tvoří muži 22,3 %, zatímco ženy 35,3 %. Nejčastěji se vyskytuje pohybové nebo tělesné postižení (831 tis., tj. 72,1 %), přičemž mezi ženami je vyšší výskyt (74,9 %) než mezi muži (68,6 %). Dalšími častými oblastmi postižení jsou zrak (21,9 %) a sluch (11,7 %).

Nejčastější příčinou postižení je vzniklé onemocnění (75,2 %), které je častější mezi ženami (77,2 %) než muži (72,7 %). Vrozená vada je příčinou u 8,6 % sledovaných, přičemž rozložení mezi muži a ženami je přibližně vyrovnané. 20,6 % osob nemá žádné potíže s běžnými činnostmi. Tento podíl je vyšší mezi muži (25,7 %) než ženami (16,5 %). 22 % osob je závislých na pomoci (tj. 253 440 osob), přičemž ženy tvoří větší část této skupiny (24 % oproti 19,6 % u mužů). Pouze 12,3 % osob hodnotí své zdraví jako dobré nebo velmi dobré, a to je víceméně vyrovnané mezi muži (13,7 %) a ženami (11,2 %). 31,5 % osob hodnotí své zdraví jako špatné, což je častější mezi ženami (33 %) než mezi muži (29,6 %).

Lidé se zdravotním postižením patří jednoznačně mezi osoby s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče, avšak nikoli všichni a nutně ne stále (viz variabilita postižení v čase). Lidé s mírnějším tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením mohou být s to vykonávat běžné činnosti s minimální podporou nebo samostatně. Na potřebu (a spotřebu) podpory či péče má vliv – zejména v současnosti – dostupnost kompenzačních pomůcek, úpravy prostředí, specifické programy a technologie k podpoře soběstačnosti ad.

K10 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči (PnP) slouží k finanční podpoře lidí, kteří jsou kvůli snížené soběstačnosti závislí na pomoci druhých. Tento příspěvek není určen k plnému financování péče, ale pomáhá hradit náklady na péči, ať už je poskytována rodinou, nebo profesionálními sociálními a zdravotními službami. Čerpají ho osoby různého věku se zdravotním postižením nebo v pokročilém věku podle míry snížené soběstačnosti, tj. stupně závislosti na pomoci druhých. Rozlišení podle stupňů závislosti umožňuje určit, zda člověk potřebuje nižší intenzitu sociální pomoci (např. dopomoc při domácích činnostech) nebo intenzivní zdravotní péči (např. pravidelnou ošetrovatelskou péči). Data o čerpání PnP poskytují přehled

o tom, kde a pro koho je třeba posílit služby. Evidence a vyhodnocování čerpání PnP umožňuje efektivněji plánovat a koordinovat služby tak, aby odpovídaly specifickým potřebám příjemců PnP. Sledování PnP podle věku, pohlaví a krajů poskytuje důležité podklady rovněž pro plánování kapacit, např. plánování kapacit sociálních služeb s návazností na domácí zdravotní péči s potenciálem zajištění lepší kontinuity péče a snížení počtu hospitalizací nebo ústavních umístění.

Rozlišení čerpání PnP podle stupně závislosti umožňuje lépe alokovat zdroje a zajistit, že finanční prostředky jdou tam, kde jsou nejpotřebnější. Např. nižší stupně závislosti mohou být častěji podporovány komunitními a sociálními službami. Vyšší stupně závislosti vyžadují nákladnější služby, které zahrnují ošetrovatelskou nebo i paliativní péči, což si žádá větší objem financí a vyšší úroveň koordinace.

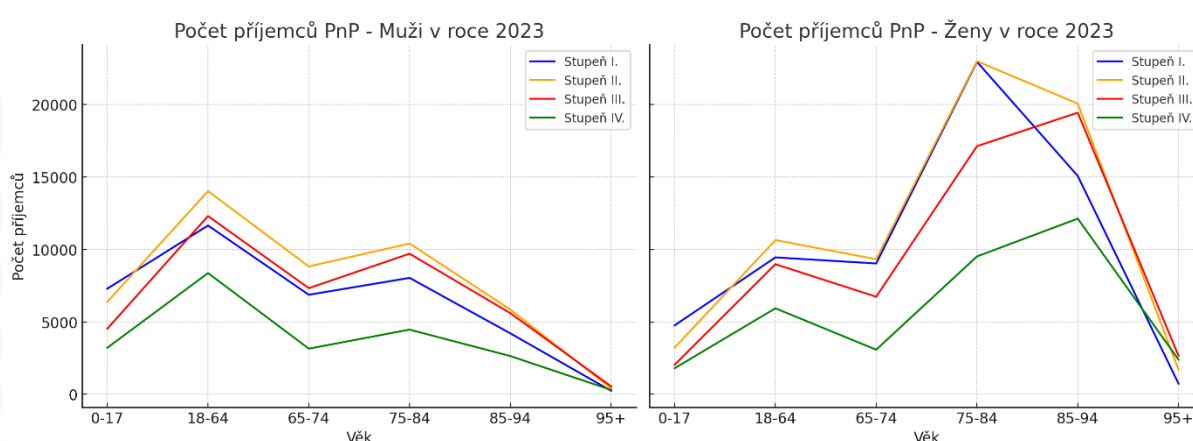
Data o PnP mohou být využita k identifikaci skupin, kde rodiny často suplují profesionální péči kvůli nedostatečné dostupnosti služeb. Na základě těchto dat lze lépe podporovat rozvoj odlehčovacích služeb, které by mohly snížit zátěž rodinných pečujících a zvýšit kvalitu života příjemců PnP. Sledování PnP přispívá k lepšímu pochopení trendů a vývoje v potřebách populace, což je nezbytné pro strategické rozhodování na úrovni státní politiky. Data poskytují argumenty pro legislativní změny a investice do infrastruktury, které podpoří rozvoj služeb na sociálně-zdravotním pomezí, což je nezbytné pro udržitelný rozvoj péče o stárnoucí populaci.

MPSV každoročně zveřejňuje detailní otevřená data o čerpání příspěvku na péči viz [Struktura příjemců příspěvku na péči](#) se statistickými údaji až do úrovně konkrétních obcí s pověřeným obecním úřadem.

Data k čerpání PnP za rok 2023 potvrzují dlouhodobý trend, viz graf č. 7, a sice, že s rostoucím věkem se výrazně zvyšuje počet příjemců PnP, přičemž nejvyšší počet příjemců je v kategoriích 75–84 let a 85–94 let, zejména u žen. Potřeba péče je očekávaně výrazně vyšší u osob s vyššími stupni závislosti (III. a IV. stupeň). Celkově je počet mužů mezi příjemci PnP nižší než žen, tyto počty odrážejí kratší průměrnou délku života mužů. V mladších věkových skupinách je zastoupení mužů relativně vyrovnané, ale v nejstarších kategoriích je podíl mužů nižší než u žen. Ženy tvoří větší část příjemců PnP, zejména ve vyšších věkových skupinách (75+ let). To odpovídá demografickým trendům, kde ženy častěji přežívají muže a dosahují vyššího věku, což také zvyšuje pravděpodobnost jejich potřeby dlouhodobé péče.

Graf č. 7

Čerpání příspěvku na péči podle věku, stupně závislosti a pohlaví v roce 2023



Zdroj dat: MPSV, 2024

Invalidní důchody představují klíčový nástroj sociálního zabezpečení, jehož cílem je zajistit finanční podporu osobám, které v důsledku zdravotního postižení nebo chronického onemocnění ztratily schopnost vykonávat pracovní činnost. Rozmanitost zdravotních problémů, které vedou k přiznání invalidních důchodů, zahrnuje fyzická i psychická onemocnění a často vyžaduje koordinovanou podporu napříč zdravotními a sociálními službami.

Tab. č. 19 Počty osob pobírajících invalidní důchod dle diagnóz v letech 2018–2022

Diagnózy	2018	2019	2020	2021	2022
Svalové a kosterní	116 170	115 060	114 510	114 003	113 608
Duševní a poruchy chování	102 027	103 235	104 454	105 293	106 367
Nervové	35 521	35 769	36 067	36 083	36 367
Novotvary	34 132	34 122	34 283	34 104	34 364
Oběhu	35 705	34 327	33 301	32 021	30 965
Poranění, otravy	19 176	18 835	18 492	18 163	17 863
Endokrinologie	14 754	14 541	14 350	14 037	13 820
Trávicí	12 358	12 503	12 553	12 621	12 676
Dýchací	8 894	8 673	8 453	8 149	8 017
Nezařazeno	10 199	9 403	8 810	8 225	7 701
Ušní	7 497	7 476	7 488	7 423	7 376
Oční	6 927	6 823	6 741	6 542	6 424
Vrozené vady, deformace apod.	5 715	5 765	5 758	5 755	5 754
Močové a pohlavní	4 636	4 594	4 531	4 431	4 407
Kožní	3 934	4 069	4 120	4 132	4 198
Infekční a parazitární	2 001	1 936	1 835	1 769	1 708
Krev, imunita	1 408	1 403	1 412	1 405	1 402
Abnormální klinické a laboratorní nálezy	283	303	334	343	351
Z perinatálního období	122	121	120	123	122
Těhotenství, porod a šestinedělí	28	25	27	24	23
Celkový součet	421 487	418 983	417 639	414 646	413 513

Zdroj: ČSSZ

Jednoznačně nejvyšší počty příjemců invalidních důchodů jsou v kategorii osob se svalovými a kosterními poruchami. Přestože se počet příjemců invalidních důchodů v této kategorii mezi lety 2018 a 2022 snížil o přibližně 2,2 % dlouhodobě představují největší skupinu příjemců invalidních důchodů. U osob s duševním onemocněním a poruchami chování naopak počet příjemců invalidních důchodů v průběhu sledovaného období vzrostl o 4,3 %.

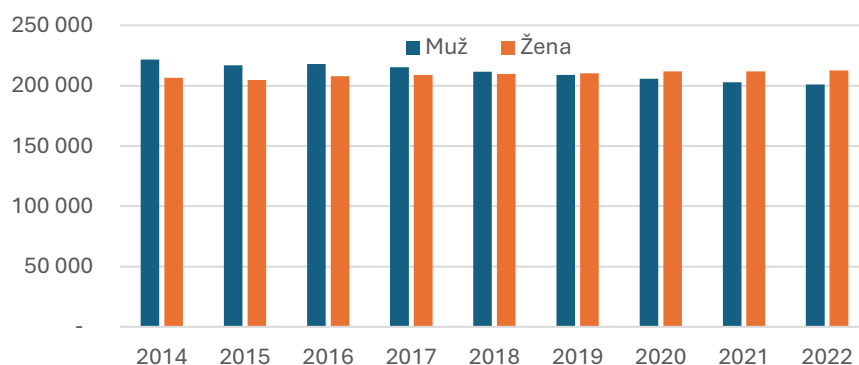
Tab. č. 20 Počet osob pobírajících důchod v 2018–2022 dle stupně důchodu

Rok	I. stupeň	I. stupeň v %	II. stupeň	II. stupeň v %	III. stupeň	III. stupeň v %	Celkem
2018	168 269	39,92 %	74 110	17,58 %	179 108	42,49 %	421 487
2019	170 341	40,66 %	75 278	17,97 %	173 364	41,38 %	418 983
2020	173 034	41,43 %	76 626	18,35 %	167 979	40,22 %	417 639
2021	174 584	42,10 %	77 240	18,63 %	162 822	39,27 %	414 646
2022	176 913	42,78 %	77 812	18,82 %	158 788	38,40 %	413 513

Zdroj: ČSSZ

Data ve sledovaném období 2018–2022 ukazují posun v rozložení příjemců invalidních důchodů ve prospěch nižších stupňů invalidity. Počet příjemců invalidního důchodu I. stupně mezi lety 2018 a 2022 vzrostl o více než 5 %. Podíl I. stupně na celkovém počtu invalidních důchodů vzrostl z 39,9 % na 42,8 %. Počet příjemců invalidního důchodu II. stupně narostl o téměř 5 %, přičemž se jeho podíl na celkovém počtu invalidních důchodů zvýšil ze 17,6 % na 18,8 %. Počet příjemců III. stupně invalidního důchodu se snížil o více než 11 %.

Graf č. 8 Počet osob pobírajících invalidní důchod v letech 2014–2022 v členění na ženy a muže



Zdroj: ČSSZ

Počet mužů pobírajících invalidní důchod se snížil ve sledovaném období o 9,4 %. Počet žen pobírajících invalidní důchod vzrostl o 2,9 %. Tento nárůst ukazuje na stárnutí populace žen, jejich delší očekávanou délku života nebo vyšší výskyt onemocnění, která vedou k přiznání invalidního důchodu.

Tab. č. 21 Počet osob pobírajících invalidní důchod dle vybrané diagnózy a věku v roce 2022

Diagnózy	Věk										
	0-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+
Abnorm. klin. a labor.	2	6	12	15	17	36	51	53	90	68	1
Duševní a poruchy	1 366	5 506	7 050	8 533	9 780	13 126	16	14 954	17	12	62
Dýchací	1	18	54	104	227	552	1 092	1 464	2 290	2 205	10
Endokrinologie	26	156	284	433	663	1 040	1 897	2 468	3 603	3 234	16
Infekční a parazitární	1	16	17	39	65	151	258	315	464	379	3
Kožní	5	38	96	155	303	497	762	751	979	608	4
Krev, imunita	6	22	44	73	105	156	229	264	288	215	-
Močové a pohlavní	14	48	97	161	235	390	716	804	1 039	901	2
Nervové	301	1 255	2 039	2 726	3 007	3 924	6 045	5 706	6 340	4 993	31
Novotvary	33	224	435	865	1 413	2 806	5 104	6 424	9 193	7 833	34
Oběhu	9	124	234	443	773	1 624	3 438	5 214	9 168	9 883	55
Oční	26	183	287	398	534	680	972	1 006	1 246	1 088	4
Poranění, otravy	20	131	355	795	1 320	2 026	3 137	3 147	3 839	3 073	20
Svalové a kosterní	79	531	888	1 723	3 224	7 319	16	21 793	34	27	93
Těhotenství, porod a šestinedělí	-	-	-	-	3	4	6	7	1	2	-
Trávicí	28	201	516	866	1 045	1 486	2 153	2 039	2 452	1 878	12
Ušní	77	306	435	617	722	886	1 092	1 061	1 255	921	4
Vroz. vady, deform.	94	404	516	693	642	756	865	685	671	428	-
Z perinatálního období	-	6	8	8	11	13	37	16	14	9	-
Nezařazeno	20	73	103	175	224	368	834	1 189	2 231	2 470	14
Celkový součet	2 108	9 248	13 470	18	24 313	37 840	60	69 360	96	80	365

Zdroj: ČSSZ

Graf č. 9 Absolutní počty příjemců invalidních důchodů podle věku pro dvě nejčastější diagnostické skupiny v roce 2022



Zdroj: ČSSZ

Počet příjemců invalidních důchodů přiznaných z důvodu duševního onemocnění a poruch chování postupně roste od nejmladší věkové kategorie (0–19 let) a dosahuje vrcholu ve věku 55–59 let. Po věku 60 let výrazně klesá, což odpovídá přechodu na starobní důchod. Počet příjemců invalidních důchodů přiznaných z důvodu svalových a kosterních poruch rychle roste od 35 let výše, nejvyšší hodnoty dosahuje ve věku 55–59 let.

Invalidní důchody představují nejen klíčový nástroj sociálního zabezpečení – zároveň jsou jedním z ukazatelů celkového zdravotního stavu populace. Rostoucí počet příjemců invalidních důchodů mezi ženami a zvyšující se podíl mladších osob s duševními onemocněními ukazují na potřebu komplexního řešení zdravotních i sociálních aspektů jejich situace. V tomto kontextu je klíčové posílit rozvoj koordinované zdravotně-sociální péče, která umožní pružnější reakci na potřeby příjemců invalidních důchodů.

6 Služby na sociálně-zdravotním pomezí – datové charakteristiky

Zásadním průběžným výstupem projektu KRAPL je základní vymezení služeb, které jsou a mohou být poskytovány na tzv. sociálně-zdravotním pomezí, tedy že pacienti/klienti těchto služeb mohou být v různých mírách zastoupeni, limitováni v saturaci svých zdravotních a sociálních potřeb s dopady do obou oblastí.

6.1 Typologie služeb na sociálně-zdravotním pomezí

Pojem „koordinované zdravotní a sociální služby“ pro OZSP není v ČR frekventovaný. V souvislosti s aktuálním legislativním procesem v ČR dochází k významnému společenskému posunu v souvislosti s přípravou a účinností změnového zákona o sociálně-zdravotním pomezí, který koordinaci služeb na sociálně-zdravotním pomezí předpokládá.

V rámci KRAPL byly v součinnosti projektových skupin a ve spolupráci se zástupci krajů identifikovány služby s předpokladem poskytování odpovídajících služeb pro osoby s potřebou koordinované sociální a zdravotní péče. Tyto služby byly identifikovány v úvodních částech projektu s využitím analýz demografických dat a dat o zdravotním stavu populace v ČR. S ohledem na limitní časové a finanční možnosti projektu byly pro účely pilotního ověřování v rámci Doporučeného postupu vybrány služby, které budou součástí evidence v tzv. data setu jako jednoho z nástrojů pro plánování služeb v krajích.

Služby s předpokladem poskytování koordinované zdravotní a sociální péče

Služby s předpokladem poskytování koordinované zdravotní a sociální péče (dále „služby koordinované zdravotní a sociální péče“ nebo také „služby na sociálně-zdravotním pomezí“) budou součástí evidovaných dat v rámci ověřování Doporučeného postupu. Jedná se o služby vymezené Koncepční skupinou KRAPL v podkapitole 4.2 tohoto dokumentu.

6.2 Kritéria pro výběr datových souborů K12–K17

Kritéria pro výběr a analýzu datových zdrojů pro popis služeb na sociálně-zdravotním pomezí pro osoby s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče vychází primárně z vymezení služeb Koncepční skupinou KRAPL viz výše a dalších služeb.

Zdravotní služby

- K12 Zdravotní služby s integrací sociálních prvků péče – odbornosti 913, 925, 926
Počet zařízení poskytovatelů zdravotních služeb, pacientů a výkonů s odborností 913, 925, 926
- K13 Návštěvní zdravotní služba, indikace domácí péče
- K14 Domácí umělá plicní ventilace
- K15 Telemedicína

Sociální služby

- K16 Počet uživatelů sociálních služeb v ČR a počet odmítnutých žádostí o sociální službu
- K17 Počet a kapacity zařízení sociálních služeb, personální kapacity sociálních služeb

6.3 Souhrnná zjištění K12–K17

Zdravotní služby s integrací prvků sociální péče³⁵ (K12)

byly identifikovány prostřednictvím sledování výkonů odborností 913, 925 a 926:

- *Zdravotní péče v sociálních službách* (odbornost 913) se zaměřuje na zdravotní péči v zařízeních sociálních služeb a podporuje pacienty v pobytových zařízeních (např. domovy pro seniory). V období 2018–2022 došlo k mírnému nárůstu pacientů, což naznačuje rostoucí potřebu propojení zdravotní a sociální péče v těchto zařízeních.
- *Domácí péče* (odbornost 925) poskytuje podporu pacientům přímo v jejich domovech (ve vlastním sociálním prostředí), čímž pomáhá předcházet hospitalizacím. Počet pacientů, kteří využívají tuto péči, vzrostl o 12,2 % od roku 2018 do roku 2022, což odráží nárůst poptávky po péči v domácím prostředí.
- *Mobilní specializovaná paliativní péče* (odbornost 926) je určena pacientům v terminálním stádiu onemocnění. Od roku 2018 do roku 2022 vzrostl počet pacientů, kteří využívají tuto péči, o 418 %, což ukazuje na vysokou poptávku po paliativní péči v domácím prostředí, i na dynamický rozvoj tohoto typu služeb. Tento typ péče snižuje stres spojený s hospitalizacemi a umožňuje pacientům strávit poslední fázi života v rodinném prostředí.
- *Počet zařízení a zatížení zdravotních sester* v odbornostech 913, 925 a 926 – počet zařízení, která poskytují výkony těchto odborností, vzrostl zejména v odbornostech 925 a 926. To odráží zvýšenou poptávku po těchto službách. Nejvyšší zatížení je u odbornosti 925, kde průměrný počet pacientů na úvazek zdravotní sestry je 53,4 pacientů za rok (údaj platný v roce 2023).

Návštěvní služba praktickým lékařem (K13)

- *Nárůst počtu intervencí* – průměrný počet návštěv praktickým lékařem se mezi lety 2018–2023 zvýšil o 33 %, přičemž v roce 2023 dosáhl 120,2 za rok na jednoho lékaře. Nejvyšší počty intervencí jsou u starších pacientů, zejména v kategoriích 70–94 let.
- *Vliv pandemie COVID-19* – výrazný nárůst intervencí byl zaznamenán v roce 2021, kdy byly omezeny zdravotní služby včetně ambulancí praktických lékařů a zvýšila se potřeba domácí péče a dohled nad pacienty v jejich přirozeném prostředí.
- *Indikace domácí péče praktickými lékaři* vzrostly zejména v letech 2020–2022, opět pravděpodobně kvůli pandemii. Nejvyšší počet indikací se týká pacientů ve věkových kategoriích 70–84 let.
- *Regionální rozdíly* – data ukazují významnou regionální variabilitu v počtu indikací.

Domácí umělá plicní ventilace – DUPV (K14)

- *Postupný nárůst výkonů* – mezi lety 2019 a 2023 došlo k výraznému nárůstu výkonů spojených s DUPV. Tento trend ukazuje na rostoucí potřebu domácí plicní ventilace, což naznačuje celkový nárůst pacientů na DUPV a dlouhodobou stabilitu této potřeby.
- *Vliv pandemie COVID-19* – rok 2020 zaznamenal významný nárůst výkonů a zvýšenou poptávku po domácí péči a pravidelném monitorování k minimalizaci rizika infekce v nemocnicích.
- *Dlouhodobý trend*: Data ukazují na pokračující poptávku po DUPV i po pandemii, přičemž přetrvávající růst výkonů v letech 2021–2023 naznačuje potřebu tohoto typu péče pro stále větší počet pacientů. Tento vývoj potvrzuje význam DUPV jako důležité součásti domácí zdravotní péče a její roli v udržení pacientů mimo nemocnice, což zároveň snižuje tlak na zdravotní systém a přispívá k lepší kvalitě života pacientů.

³⁵ Sociálními prvky péče se míní sobory podmínek (typy intervencí a služeb) k setrvání klienta, který je závislý na dlouhodobé či trvalé zdravotní péči, v prostředí mimo zařízení zdravotních služeb, tj. ve vlastním přirozeném prostředí nebo v zařízeních sociálních služeb.

Telemedicína (K15)

- *Vliv pandemie COVID-19* – pandemická léta přinesla prudký nárůst telemedicínských výkonů, především telefonických konzultací s lékaři, psychiatry a sestrami, což pomohlo udržet kontinuitu péče při omezených osobních návštěvách. Např. počet telefonických konzultací ošetřujícího lékaře (kód 09513) vzrostl z 2,7 milionu v roce 2018 na 5,8 milionu v roce 2023.
- *Významný rozvoj telemedicíny, nové typy výkonů telemedicíny:*
Distanční konzultace zdravotního stavu byly do hrazených výkonů zavedeny v roce 2022 s 1,3 miliony výkonů v prvním roce a stabilizací na 1 milionu v roce 2023. Výkon telefonické konzultace lékaře vykazuje stálý růst během pandemie, který zůstal vysoký i po jejím ústupu. Telefonická konzultace psychiatra/psychologa zaznamenává výrazný nárůst o 228 % mezi lety 2018 a 2023 s evidencí zvýšené potřeby duševní podpory během pandemie. Telefonická konzultace sestry byla do výkonů zavedena v roce 2020, s nižší, ale stabilní poptávkou kolem 45 tisíc výkonů ročně.
- Data ukazují, že telemedicína se stala klíčovým nástrojem moderní zdravotní péče, který významně přispívá k dostupnosti a efektivitě služeb a zůstává významnou součástí zdravotní péče i po pandemii.

Sociální služby – uživatelé a kapacity služeb (K16, K17)

- *Poptávka po sociálních službách*, zejména v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem, roste. V roce 2022 dosáhl počet klientů domovů se zvláštním režimem 23 141, tj. nárůst o 24 % od roku 2018.
- Rostoucí poptávka vede k častějšímu *odmítání žádostí o umístění* (ze zákonem stanovených důvodů, např. nedostatečných kapacit ad.)
- *Domovy se zvláštním režimem* – počet těchto zařízení narůstá, a to zejména z důvodu rostoucí potřeby péče o osoby s kognitivními poruchami (např. Alzheimerova choroba) a závislostmi. V roce 2022 bylo v ČR evidováno 395 domovů se zvláštním režimem, tj. nárůst o 17 % od roku 2018.
- *Odlehčovací služby* podporují pečující rodiny, jimž umožňují dočasnou úlevu od náročné péče. Nejvyšší počet těchto služeb je registrován ve Středočeském kraji, což pravděpodobně souvisí s demografickými trendy v tomto regionu (viz podrobnější analýza dále v textu).
- *Zaměstnanci v sociálních službách* – počet zaměstnanců se zvýšil mezi lety 2018 a 2022 o 13,3 %. Domovy se zvláštním režimem zaznamenaly nejvyšší nárůst počtu zaměstnanců. Tento stav patrně souvisí se zvyšujícími se nároky na péči o specifické klienty, zejména osoby s demencí nebo jinými duševními obtížemi. Domovy se zvláštním režimem patří mezi nejnákladnější typy služeb kvůli nutnosti vyššího počtu specializovaných pracovníků, přizpůsobeným prostorům a speciálním technologiím.
- Sociální služby na sociálně-zdravotním pomezí jsou nezbytné pro pacienty/klienty s komplexními potřebami, jsou však zatíženy nedostatečnými kapacitami a vysokými náklady.

6.4 Analýza dat

Zdravotní služby

K12 Zdravotní služby s integrací sociálních prvků péče

Zdravotní služby s výkonem odborností v zařízeních sociálních služeb a ve vlastním prostředí pacienta/klienta – odbornosti 913, 925, 926

Zdravotní služby s výkonem odborností 913, 925 a 926 (dále „odbornost“) představují model péče, kdy jsou zdravotní služby propojeny se sociálními prvky péče. Sociálními prvky péče se míní soubory podmínek (typy intervencí a služeb) k setrvání klienta, který je závislý na dlouhodobé či trvalé zdravotní péči, v prostředí mimo zařízení poskytovatelů zdravotních služeb, tj. ve vlastním přirozeném prostředí nebo v zařízeních sociálních služeb.

Odbornost 913 – Ošetřovatelská péče v sociálních službách / Všeobecná sestra v sociálních službách
Všeobecnou sestrou v sociálních službách se rozumí všeobecná sestra poskytující zdravotní péči klientům v pobytových zařízeních sociálních služeb (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem nebo domovy pro osoby se zdravotním postižením) a v zařízeních ústavní zdravotní péče pacientům, kteří jsou v nich umístěni z jiných než zdravotních důvodů. Při poskytování této ošetřovatelské péče pacientům/klientům se na příslušnou zdravotní pojišťovnu vykazuje poskytnutá zdravotní péče na základě indikace ošetřujícího lékaře příslušnými výkony odbornosti 913 (ošetřovatelská péče v sociálních službách).

Odbornost 913 hraje důležitou roli v propojení zdravotní a sociální péče tím, že přispívá k poskytování zdravotních služeb v kontextu sociálních potřeb pacientů a umožňuje setrvání klientů ve známém prostředí sociálních služeb a omezuje jejich přechody do zařízení poskytovatelů zdravotních služeb, pokud to není nezbytně nutné.

Odbornost 925 – Domácí péče /Všeobecná sestra v domácí péči

Domácí péče, odbornost 925, je hrazena ze zdravotního pojištění a je indikována prostřednictvím ošetřujícího lékaře. Praktickým lékařem může být indikována na delší období a opakovaně, ostatní lékařské odbornosti mají indikaci omezenou na 14 dní s výjimkou ošetřujícího lékaře v případě, že jde o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stádiu – viz také signální kód výkonu 06349 u odbornosti 925 – zde je období také delší. Odbornost 925 hraje významnou roli v podpoře pacientů s chronickými a dlouhodobými onemocněními, a to včetně paliativních pacientů, a zajišťuje jim možnost setrvat v důstojném domácím prostředí namísto častých hospitalizací. Sestry v rámci odbornosti 925 poskytují domácí zdravotní péči pacientům přímo v jejich přirozeném prostředí, což snižuje potřebu častých hospitalizací. Tento přístup napomáhá udržet pacienty doma, kde jsou obklopeni rodinou a mají sociální podporu. Sestry v domácí péči nejen poskytují lékařsky indikované úkony, ale zároveň edukují rodinu a blízké osoby, jak pečovat o pacienta, což integruje sociální prvky do zdravotní péče. Tento model přispívá k dlouhodobé stabilitě pacientů, pomáhá zmírňovat jejich sociální izolaci a přispívá k jejich celkové pohodě.

Odbornost 926 – Mobilní specializovaná paliativní péče

MSPP – odbornost 926, představuje specializovanou domácí péči zaměřenou na pacienty v terminálním stádiu onemocnění. Zaměřuje se na minimalizaci hospitalizací a umožňuje pacientovi zůstat ve známém prostředí s blízkými. Tato služba je částečně hrazena ze zdravotního pojištění a vyžaduje spolupráci s lékařem, který rozhoduje o její indikaci. Paliativní péče přináší do zdravotnického systému výrazné sociální prvky tím, že klade důraz na sociální potřeby pacienta i jeho rodiny zejména odborným sociálním poradenstvím v oblasti finanční a právní podpory a pomoc při vyřizování administrativních záležitostí (přiznání příspěvků apod.). Sestry a další odborníci podporují rodinné příslušníky, což

pomáhá v prevenci psychické a sociální zátěže z dlouhodobé péče o umírajícího. Domácí paliativní péče umožňuje pacientům setrvat doma a přijímat pomoc a podporu v prostředí, kde se cítí komfortněji. Tento přístup omezuje stres spojený s hospitalizací a zohledňuje individuální přání pacienta ohledně poslední fáze jeho života.

Rozdíly mezi odborností 925 a odborností 926

Pod odborností 925 je poskytována domácí zdravotní péče, která je určena pro pacienty, kteří potřebují jednorázovou či pravidelnou zdravotní péči ve svém domácím prostředí. Tato péče zahrnuje široký rozsah ošetrovatelských výkonů, které lze provádět mimo ambulanci či nemocnici. Částečně lze pod odborností 925 poskytovat i paliativní péči u nekomplikovaných stavů pacientů v terminálním stadiu nemoci. Péči poskytují všeobecné sestry na základě indikace lékaře. Odbornost 926 se zaměřuje na komplexní multidisciplinární paliativní péči o pacienty v terminálním stavu v domácím prostředí v režimu 24/7. Pro přijetí do péče jsou přesně stanovena kritéria a je tedy zaručeno využití kapacity výhradně pro pacienty, kterým již nemůže být poskytována péče v součinnosti praktického lékaře a domácí péče. Péče je poskytována multidisciplinárním týmem pracovníků včetně lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína.

V rámci mapování rozsahu poskytování výkonů výše uvedených odborností byly sledovány následující ukazatele:

- počty pacientů/klientů, jimž byly tyto služby vykazány na zdravotní pojišťovny,
- počty zařízení poskytovatelů zdravotních služeb s výkonem těchto odborností,
- průměrné počty pacientů na úvazek zdravotní sestry s výkonem jednotlivých odborností.

Bylo zjištěno, že v průběhu let 2018–2022 docházelo ke stabilnímu nárůstu pacientů, u nichž byly vykazány výkony odborností 913, 925, 926 viz tabulka č. 22.

Tab. č. 22 Počty pacientů s vykázaným výkonem odborností 913, 925, 926 v ČR v letech 2018–2022

Odbornost	Počty pacientů s výkony odborností v ČR v letech 2018–2022 (absolutně)				
	2018	2019	2020	2021	2022
913	66 695	69 271	68 595	69 716	74 252
925	143 357	147 011	151 242	153 817	160 876
926	1 247	2 769	4 458	5 344	6 455

Zdroj: ÚZIS

Z tabulky vyplývá:

Odbornost 913 – Ošetrovatelská péče v sociálních službách / Všeobecná sestra v sociálních službách:

V letech 2018–2022 došlo k mírnému, ale stabilnímu nárůstu počtu pacientů, kteří byli příjemci výkonů této odbornosti. Z 66 695 pacientů v roce 2018 vzrostl počet na 74 252 v roce 2022, tj. o 11,3 %. Tento trend naznačuje rostoucí potřebu ošetrovatelské péče v sociálních službách.

Odbornost 925 – Domácí péče / Všeobecná sestra v domácí péči:

Odbornost 925 vykazuje výrazný nárůst počtu pacientů, kteří dostávali domácí péči. Z 143 357 pacientů v roce 2018 se číslo zvýšilo na 160 876 v roce 2022, tj. o 12,2 %. To poukazuje na rostoucí trend preferování domácí péče, což je pozitivní indikátor pro zajištění kvalitní a dostupné péče pro pacienty s chronickými a dlouhodobými nemocemi. Domácí péče je klíčová pro udržení pacientů v jejich přirozeném prostředí a minimalizaci hospitalizací.

Odbornost 926 – Domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu:

V případě domácí paliativní péče je pozorován dramatický nárůst počtu pacientů, kteří tuto službu využili. Z pouhých 1 247 pacientů v roce 2018 vzrostl počet na 6 455 v roce 2022 (tj. o 418 %!). Tento

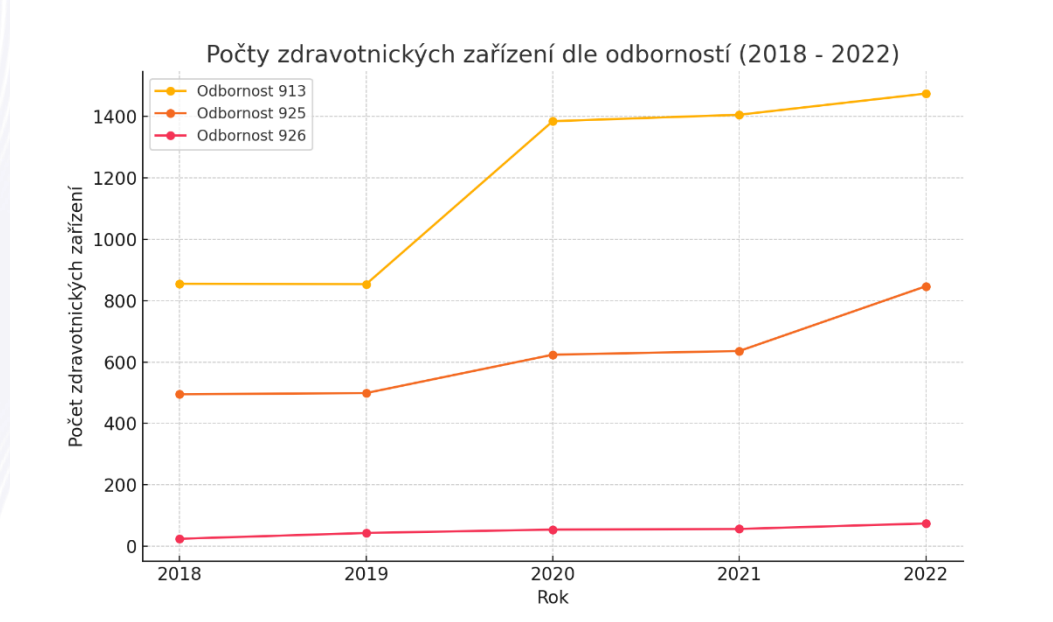
výrazný nárůst potvrzuje jednak rostoucí poptávku po této specializované formě péče, a zejména pak reflektuje aktuální legislativní stav (vznik odbornosti 926 od 1.1.2018)³⁶ a podporu rozvoje této péče³⁷. Rostoucí počty pacientů ve všech třech odbornostech ukazují na potřebu a význam integrace zdravotní a sociální péče a současně tyto počty vyvíjejí tlak na kapacity jednotlivých zařízení, včetně personálních kapacit, která výkony těchto odborností poskytují, což potvrzují data ÚZIS viz tabulka č. 23 a graf č. 10.

Tab. č. 23 Počty zařízení poskytovatelů zdravotních služeb dle výkonu odborností 913, 925, 926 v ČR v letech 2018–2023

Odbornost	Počty zařízení poskytovatelů zdravotních služeb dle odborností					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
913	824	829	1 284	1 298	1 042	1035
925	465	466	555	569	551	565
926	24	42	52	53	62	63

Zdroj: NRHZS

Graf č. 10 Počty zařízení poskytovatelů zdravotních služeb dle výkonu odborností 913, 925, 926 v ČR v letech 2018–2022



Zdroj dat: ÚZIS

Z grafu je patrné, že se do vývoje počtu zařízení s výkonem odborností nepochybně promítla pandemie COVID-19, která zásadně ovlivnila zdravotní i sociální služby. Roky 2020 a 2021 jí byly silně ovlivněny, což se odrazilo ve vyšším počtu hospitalizací, zejména u pacientů s akutními respiračními problémy, COVID-19 a komorbiditami. Tato situace vedla ke zvýšení nároků na kapacity lůžkové péče, intenzivní péče i domácí péče včetně paliativní péče. Mezi lety 2018 a 2023 vidíme ve všech třech odbornostech (913, 925, 926) nárůst počtu zařízení. S tím přímo souvisí i nároky na zajištění personálních kapacity zařízení s výkonem těchto odborností viz tabulka č. 24.

³⁶ Vyhláškou č. 354/2017 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, byl proces začlenění výkonů této odbornosti mezi hrazené služby dokončen.

³⁷ Včetně aktivit např. České společnosti paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, dále Nadace rodiny Vlčkových ad.

Tab. č. 24 Průměrné počty návštěv³⁸ a pacientů na úvazek zdravotní sestry v roce 2023 v jednotlivých odbornostech

Odbornost	Počet pacientů v roce 2023			
	absolutně	na zařízení	na zaměstnance	na 1 úvazek
913	75 459	51,6	8,3	10,1
925	165 906	192,7	33,7	53,4
926	7 148	95,3	12,8	22,9
Odbornost	Počet návštěv roce 2023			
	absolutně	na zařízení	na zaměstnance	na 1 úvazek
913	14 650 571	10 027,8	1 605,9	1 960,5
925	7 290 769	8 467,8	1 483,1	2 436,3
926	169 843	2 264,6	304,9	544,5

Zdroj: ÚZIS

Z tabulky vyplývá, že nejvyšší celkový počet pacientů a také nejvyšší průměrný počet pacientů na 1 úvazek (53,4) měla v roce 2023 odbornost 925. To mj. naznačuje vysokou pracovní zátěž a potenciální riziko přetížení zdravotních sester, což může ovlivnit kvalitu péče. U odbornosti 926 je celkový počet pacientů relativně nízký, což je v souladu s tím, že paliativní péče se zaměřuje na specifické potřeby pacientů v terminálním stádiu. Průměrný počet pacientů na úvazek (22,9) byl ve sledovaném roce vyšší než u odbornosti 913, ale nižší než u odbornosti 925. Rostoucí počty pacientů/klientů ve všech třech odbornostech ukazují na rostoucí potřebu a význam těchto služeb i na potřebu a význam koordinace zdravotní a sociální péče.

K13 Návštěvní zdravotní služba, indikace domácí péče

Návštěvní služba praktickým lékařem

Návštěvní služba praktickým lékařem je služba poskytovaná pacientům, kteří se z různých důvodů nemohou dostavit přímo do ordinace lékaře. Tato služba má význam zejména (nikoli však výlučně) pro (a) pacienty s omezenou mobilitou, (b) chronicky nemocné a/nebo dlouhodobě ležící pacienty, kteří potřebují pravidelnou kontrolu a monitoring zdravotního stavu, (c) pacienty v terminálním stádiu, kde návštěvní služba zajišťuje důstojnou péči v domácím prostředí, zejména pokud jde o paliativní péči.

Návštěvní služba je důležitou součástí primární zdravotní péče, neboť podporuje kontinuitu péče, kdy lékař může monitorovat zdravotní stav pacienta dlouhodobě i mimo nemocnici; snižuje nutnost hospitalizace – pravidelný dohled může zabránit zhoršení stavu a snížit riziko hospitalizace; umožňuje pacientům zůstat v domácím prostředí, což je zejména pro starší pacienty nebo pacienty v terminálním stádiu důležité z hlediska komfortu a psychického stavu. Tato služba pomáhá lépe zvládat potřeby příslušných pacientů a zároveň odlehčuje přetíženým nemocničním zařízením.

Návštěvní službu vykonávají pro dospělé všeobecní praktičtí lékaři (dále také „PL“), pro děti a mladistvé praktičtí lékaři pro děti a dorost. V rámci této služby se vykazují výkony,³⁹ které jsou v dalším textu souhrnně označeny jako „intervence“ návštěvní služby praktickým lékařem.

³⁸ Počty kontaktů / návštěv jsou počítány jako počet pacientodnů. Je-li vykázáno více položek za jeden den na jednoho pacienta, je návštěva započítána jen jednou.

³⁹ 01150 – návštěva praktického lékaře u pacienta, 01160 – návštěva lékaře u pacienta v době mezi 19–22 hod., 01170 – návštěva lékaře u pacienta v době mezi 22–06 hod., 01180 – neodkladná návštěva na výzvu pacientem registrovaným u lékaře, který je mimo službu, 02200 – návštěva novorozence dětskou, popřípadě všeobecnou sestrou z ordinace praktického lékaře pro děti a dorost.

V rámci mapování návštěvní služby praktickým lékařem byly sledovány následující ukazatele:

- průměrný počet intervencí návštěvní služby na jednoho praktického lékaře v ČR dle věku pacienta,
- průměrný počet intervencí návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho praktického lékaře pro děti a dorost v ČR dle věku pacienta.

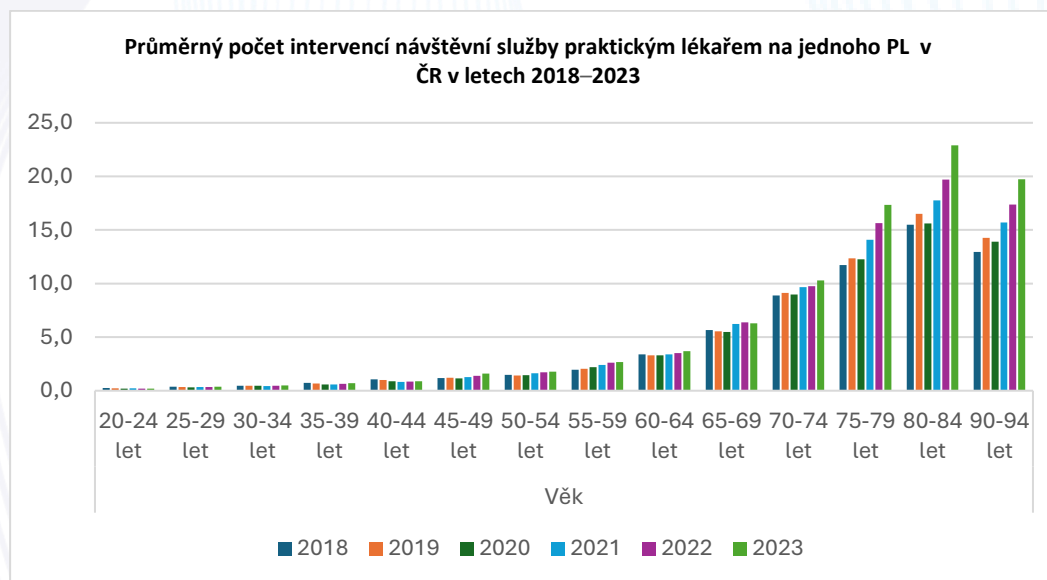
Tab. č. 25 Průměrný počet intervencí návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho praktického lékaře v ČR v letech 2018–2023

Rok	Věk pacienta																
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+	Celkem
2018	0,3	0,4	0,5	0,7	1,1	1,2	1,5	2,0	3,4	5,6	8,9	11,7	15,5	20,5	13,0	4,0	90,2
2019	0,2	0,4	0,5	0,7	1,0	1,2	1,4	2,1	3,3	5,5	9,1	12,3	16,5	21,4	14,3	4,5	94,4
2020	0,2	0,3	0,5	0,6	0,9	1,2	1,5	2,2	3,3	5,5	9,0	12,3	15,6	19,7	13,9	4,2	90,8
2021	0,2	0,3	0,4	0,6	0,8	1,3	1,6	2,4	3,4	6,2	9,7	14,1	17,8	20,8	15,7	4,8	100,2
2022	0,2	0,3	0,5	0,6	0,9	1,4	1,7	2,6	3,5	6,4	9,8	15,6	19,7	22,4	17,4	5,6	108,6
2023	0,2	0,4	0,5	0,7	0,9	1,6	1,8	2,7	3,7	6,3	10,3	17,4	22,9	24,6	19,7	6,6	120,2

Zdroj: ÚZIS

V posledním sloupci tabulky vidíme, že počet intervencí každoročně narůstal, od 90,2 v roce 2018 až na 120,2 v roce 2023, tj. nárůst o 33 %. Tento růst indikuje zvyšující se potřebu domácích návštěv praktických lékařů v souvislosti s demografickými změnami (stárnutí populace) a se zvýšenými zdravotními potřebami obyvatel. Počet intervencí se zvyšuje s věkem. Nejvyšší počet intervencí spadá do věkové kategorie 70–94 let. Významný skok zaznamenal rok 2021, pravděpodobně v souvislosti s pandemií COVID-19. Vývoj nárůstu intervencí je více zřetelný v grafickém znázornění grafu č. 11.

Graf č. 11 Průměrný počet intervencí návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho praktického lékaře v ČR v letech 2018–2023



Zdroj: ÚZIS

Výsledky evidence intervencí návštěvní služby praktickým lékařem pro děti a dorost viz tabulka č. 26 ukazují na setrvalý pokles těchto intervencí. To může mít různé příčiny – může se jednat o důsledky změn v přístupu k péči včetně většího důrazu na prevenci a alternativní metody péče, možný je také nárůst informovanosti rodičů o zdraví dětí, což může vést k tomu, že se lépe orientují v potřebách péče a návštěvy praktických lékařů se stávají méně častými. Pokles v roce 2020 a následujících letech by mohl

být také ovlivněn pandemií COVID-19, která změnila způsob poskytování zdravotní péče a vyhledávání služeb.

Tab. č. 26 Průměrný počet intervencí návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho praktického lékaře pro děti a dorost v ČR v letech 2018–2023

Rok	Věk pacienta				Celkem
	0-4 roky	5-9 let	10-14 let	15-19 let	
2018	25,1	2,0	1,2	0,6	28,9
2019	22,7	1,7	1,0	0,6	26,2
2020	18,2	1,3	0,9	0,5	20,9
2021	15,4	1,0	0,7	0,4	17,5
2022	12,6	1,2	0,6	0,4	14,7
2023	9,9	1,0	0,6	0,4	11,8

Zdroj: ÚZIS

Zdrojová data ÚZIS o počtu intervencí (výkonů) návštěvní služby praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost a počtu osob, jimž byla tato služba poskytnuta v členění na kraje ČR jsou k dispozici pro detailnější analýzu v příloze tohoto dokumentu v tabulkách s označením B1 až B6.

Indikace domácí péče praktickým lékařem

Indikace domácí péče praktickým lékařem zahrnuje odborné posouzení zdravotního stavu pacienta za účelem stanovení potřeby poskytování zdravotních služeb v domácím prostředí. Praktický lékař na základě klinického obrazu, anamnézy a aktuálního zdravotního stavu pacienta rozhoduje o vhodnosti domácí péče, kdy zdravotní stav pacienta nevyžaduje hospitalizaci, ale přesto vyžaduje pravidelnou odbornou zdravotní péči. Při indikaci praktický lékař stanoví konkrétní výkony a jejich frekvenci dle individuálních zdravotních potřeb pacienta. Tento postup zahrnuje i zajištění administrativních náležitostí, aby byly tyto úkony hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Písemná indikace je tedy nezbytná pro plánování a realizaci péče všeobecnou sestrou v rámci odbornosti 925.

Praktický lékař neindikuje výkony pro odbornost 926. Do výkonu odbornosti 926 je pacient přijat na doporučení lékaře, avšak péči (postupy, medikaci) v rámci odbornosti 926 řídí paliativní lékař, který je zaměstnán přímo v mobilním hospici.

V rámci mapování indikací domácí péče praktickým lékařem⁴⁰ byly sledovány následující ukazatele:

- průměrný počet indikací domácí péče na jednoho praktického lékaře v ČR dle věkových kategorií pacientů,
- průměrný počet indikací domácí péče na jednoho praktického lékaře v ČR dle krajů.

Z údajů v tabulce č. 27 je patrné, že k nejvyšším průměrným počtům indikace domácí péče na jednoho praktického lékaře docházelo v letech 2020–2022. Je velmi pravděpodobné, že tento nárůst souvisí s pandemií COVID-19 (přestože výkony speciálně jen pro COVID-19 byly z výpočtů ÚZIS vyřazeny).

⁴⁰ S evidencí vykázaní jednoho z výkonů na odbornost domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu (926) nebo výkonu 06349 na odbornosti sestra domácí zdravotní péče (925), kde je uvedena jako žádající odbornost PL (001). U odbornosti 926 se jedná o jakýkoliv výkon. Jedná se o počet dnů, kdy byla provedena indikace, přičemž nejsou zahrnuty vícenásobné indikace v jeden den.

Tab. č. 27 Průměrný počet indikací domácí péče na jednoho praktického lékaře v ČR dle věkových kategorií v letech 2018–2023

Rok	Věk pacienta													Celkem
	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+	
2018	0,0	0,1	0,1	0,2	0,3	0,4	0,7	0,7	0,6	0,4	0,4	0,3	0,1	4,3
2019	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,5	0,7	0,8	0,7	0,6	0,7	0,3	0,1	4,9
2020	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4	0,9	1,2	1,0	1,0	0,8	0,5	0,2	7,0
2021	0,0	0,1	0,1	0,3	0,4	0,4	0,8	1,2	1,0	0,8	0,6	0,5	0,2	6,3
2022	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,3	0,8	1,1	0,9	1,1	0,8	0,5	0,3	6,4
2023	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,3	0,5	0,7	0,8	0,7	0,5	0,3	0,2	4,7

Zdroj: ÚZIS

Indikace domácí péče byly ve sledovaném období velmi nízké nebo nulové pro mladší věkové kategorie (35–54 let), a to ve všech sledovaných letech. Počet indikací se zvyšuje s rostoucím věkem pacientů, přičemž nejvyšší hodnoty jsou obvykle ve věkových kategoriích 70–84 let. V této skupině počet indikací postupně roste s věkem, což je v souladu s vyšší potřebou péče ve starším věku. U pacientů starších než 85 let indikace klesají, což může souviset se sníženou pravděpodobností podávání domácí péče – starší pacienti nad 85 let často potřebují intenzivnější nebo nepřetržitou péči, kterou domácí péče nedokáže zcela pokrýt. Tito pacienti bývají častěji umísťováni do zařízení, jako jsou domovy pro seniory či domovy se zvláštním režimem. Tím se snižuje počet těch, kteří by mohli domácí péči využívat. Dalším důvodem může být vyšší nemocnost a komplikace – tito pacienti mohou častěji trpět komplikacemi nebo akutními stavy, které vyžadují spíše hospitalizaci než domácí péči. Proto u nich může být menší pravděpodobnost, že jim bude indikována domácí péče, zvláště pokud je jejich stav závažný nebo rychle se zhoršující.

Mezi lety 2018 a 2020 došlo k nárůstu celkového počtu indikací, kdy průměrný počet indikací na lékaře stoupl z 4,3 na 7,0 v roce 2020 (nárůst o 63 %). Tento nárůst může být ovlivněn zvýšenou potřebou domácí péče v souvislosti s pandemií COVID-19, kdy byli pacienti více monitorováni v domácím prostředí. V letech 2021–2023 je patrný pokles, ale stále zůstává vyšší než v období před pandemií. Například rok 2023 vykazuje hodnotu 4,7, která se již blíží stavu z roku 2018. Pokles po roce 2020 naznačuje, že domácí péče byla intenzivně indikována během vrcholů pandemie, ale s postupným návratem k běžnému režimu došlo k redukci počtu indikací. Věkové kategorie 70–84 let stále vykazují nejvyšší míru indikací, což ukazuje na trvalou potřebu domácí péče pro tuto populaci i po pandemii, i když v menší míře. Rok 2022 vykazuje podobný celkový počet indikací (6,4) jako rok 2021 (6,3), což naznačuje stabilizaci potřeb po roce 2020. V roce 2023 však dochází k většímu poklesu na 4,7, což může signalizovat změny v přístupu k domácí péči, např. kvůli finančním nebo organizačním omezením. Celkově tedy data naznačují, že indikace domácí péče vzrostly v reakci na pandemii COVID-19 a byly častější u starších pacientů, přičemž po odeznění akutní pandemické situace indikace postupně klesaly, ale zůstávají častější než před pandemií.

Z hlediska průměrného počtu indikací domácí péče praktickým lékařem (viz tabulka č. 28) dochází k výrazné regionální variabilitě, kdy například Kraj Vysočina a Jihomoravský kraj vykazují nadprůměrné hodnoty indikací, zatímco Praha, Karlovarský a Moravskoslezský kraj mají v mnoha letech nižší hodnoty. Tyto rozdíly mohou souviset s různou dostupností zdravotních služeb (např. dobře vybudovaná infrastruktura pro domácí péči, která umožňuje častější indikace), rozdílnými přístupy praktických lékařů k indikaci domácí péče nebo s demografickými faktory, jako je vyšší koncentrace starší populace v určitých regionech, která častěji potřebuje domácí péči.

Tab. č. 28 Průměrný počet indikací domácí péče na jednoho praktického lékaře v krajích ČR v letech 2018–2023

Rok	Kraj														
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	JHM	VYS	OLK	ZLK	MSK	Celkem ČR
2018	1,0	3,3	3,4	0,6	3,2	5,2	2,3	3,4	7,9	7,6	14,1	5,4	1,9	2,4	4,3
2019	2,2	4,5	3,4	1,8	6,5	5,7	6,5	3,4	5,0	9,9	11,8	4,6	2,9	2,1	4,9
2020	5,1	9,4	5,2	4,3	3,1	7,5	6,3	6,8	13,6	10,1	8,9	5,9	5,8	2,1	7,0
2021	4,5	9,4	2,7	5,0	1,7	4,8	5,2	6,3	12,2	10,0	10,0	7,6	3,0	2,2	6,3
2022	1,9	9,6	2,0	5,2	2,1	6,1	4,2	20,5	14,3	8,8	9,2	6,0	3,4	1,9	6,4
2023	2,0	6,1	0,7	5,5	3,5	5,1	3,7	4,1	8,9	11,7	5,5	5,6	1,7	0,9	4,7

Zdroj: ÚZIS

Mezi další potenciální faktory regionální variability mohou patřit i ekonomické a kulturní vlivy, kdy se rozdílné socioekonomické podmínky a kulturní přístupy k péči o seniory mohou promítnout do četnosti indikací – v některých krajích může být preferována péče v rodině oproti institucionálnímu ošetřování apod. V neposlední řadě se zde mohou odrážet i specifické faktory, jako jsou regionální projekty nebo změny v přístupu k domácí péči.

Zdrojová data ÚZIS o počtu indikací domácí péče v členění na kraje ČR jsou k dispozici v příloze tohoto dokumentu v tabulkách s označením C1 a C2.

K14 Domácí umělá plicní ventilace

Domácí umělá plicní ventilace (DUPV) je metoda podpory nebo náhrady ventilace pro pacienty s chronickým respiračním selháním, kterou lze dlouhodobě poskytovat v domácím prostředí. Tento typ ventilace umožňuje stabilním pacientům, kteří by jinak vyžadovali hospitalizaci nebo institucionalizovanou péči, setrvat ve svém přirozeném prostředí, což výrazně přispívá ke kvalitě jejich života. DUPV je indikována u pacientů s chronickými respiračními onemocněními, jako jsou pokročilé stavy chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN), neuromuskulární onemocnění (např. amyotrofická laterální skleróza) a jiná postižení respiračního systému, která vedou k hypoventilaci. Ventilace je realizována pomocí přenosného ventilátoru, který je napojen na dýchací cesty pacienta prostřednictvím tracheostomické kanyly nebo neinvazivní masky. Pacienti na DUPV jsou pravidelně sledováni multidisciplinárním týmem, včetně pneumologů, intenzivistů, praktických lékařů a specializovaných zdravotních sester (např. v rámci odbornosti 925). Tento tým zajišťuje nejen technickou údržbu ventilátoru a nastavení parametrů ventilace, ale i klinické sledování a hodnocení celkového zdravotního stavu pacienta. DUPV tedy představuje komplexní formu péče, která vyžaduje koordinaci mezi pacientem, rodinou a zdravotnickými odborníky, a přispívá k optimalizaci respirační péče v prostředí, které podporuje autonomii a psychosociální pohodu pacienta.

V rámci mapování poskytování služby domácí umělé plicní ventilace byly sledovány ukazatele vykázaných výkonů spadajících do poskytování komplexní DUPV viz tabulka č. 29.

Tab. č. 29 Ukazatele sledování výkonů domácí umělé plicní ventilace pro účely mapování DUPV v ČR v letech 2018–2023

Kód	Typ výkonu	Pro odbornost
02242	Návštěva pacienta v režimu DUPV	všeobecný praktický lékař / PL, praktický lékař pro děti a dorost/PLDD
15122	Převzetí pacienta v režimu DUPV	PL, PLDD (dále souhrnně PLD)
06336	Péče o pacienta v režimu DUPV	925 všeobecná sestra v domácí péči
06355	Převzetí pacienta v režimu DUPV	925 všeobecná sestra v domácí péči

Ve sledovaném období 2019–2023 (viz tabulka č. 30 a graf č. 12) docházelo k postupnému nárůstu výkonů spojených s poskytováním DUPV, a to jak celkově na úrovni ČR, tak v jednotlivých krajích (detailní zdrojová data ÚZIS jsou k dispozici v příloze v tabulkách s označením D1 až D8). V letech 2019–2023 došlo k nárůstu návštěv pacienta v režimu DUPV pro odbornost PL a PLDD. K ještě razantnějšímu nárůstu dochází v péči o pacienta v režimu DUPV pro odbornost 925. K eskalaci nárůstu došlo zejména v roce 2020 v souvislosti s pandemií COVID-19.

Tab. č. 30 Poskytování domácí umělé plicní ventilace dle výkonů spadajících do komplexní DUPV v ČR v letech 2019–2023

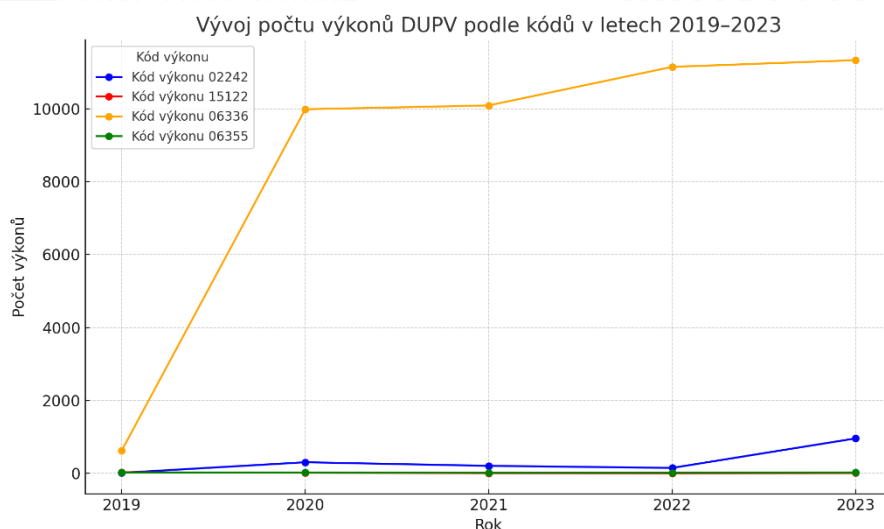
Rok	Návštěva pacienta / PLD	Převzetí pacienta / PLD	Péče o pacienta / 925	Převzetí pacienta / 925
	Kód 02242	Kód 15122	Kód 06336	Kód 06355
2019	12	29	623	25
2020	302	12	9 990	21
2021	204	5	10 095	11
2022	147	2	11 153	16
2023	957	6	11 337	24

Zdroj: ÚZIS

Významné nárůsty v návštěvách a stabilní péče o pacienty ukazují na rostoucí význam a potřebu těchto služeb a naznačují i rostoucí potřebu služeb na pomezí zdravotní a sociální péče.

Absence péče v odbornosti 926 ukazuje na nevyjasněné kompetence, úhradu a koordinaci péče o nemocné na DUPV v závěru života.

Graf č. 12*



Zdroj dat: ÚZIS

*Kód výkonu 15122 má velmi nízké hodnoty (viz tabulka č. 30), což způsobuje, že jeho křivka není v grafu viditelná (ve srovnání s ostatními, které mají mnohem vyšší počty výkonů) a v zásadě kopíruje zelenou křivku výkonu 06355.

Z tabulky a grafu pro jednotlivé kódy dále vyplývá:

Kód 02242 – Návštěva pacienta v režimu DUPV:

Počet výkonů pro tento kód vzrostl z 12 v roce 2019 na 957 v roce 2023, s vrcholem v roce 2020 (302). Tento růst naznačuje zvyšující se potřebu návštěv u pacientů na DUPV, zejména během pandemie, kdy mohl být kladen důraz na pravidelné sledování pacientů doma. Rok 2023 vykazuje mimořádný nárůst, což může souviset s dlouhodobým růstem počtu pacientů v režimu DUPV nebo s širším zavedením těchto služeb.

Kód 15122 – Převzetí pacienta v režimu DUPV:

Tento kód má velmi nízké hodnoty po celé sledované období s maximem 29 v roce 2019 a minimem 2 v roce 2022. Nízký počet výkonů naznačuje, že se tento výkon v praxi nevyskytuje často, pravděpodobně proto, že přechody do DUPV jsou méně časté, případně že poskytovateli zdravotních služeb nebyl tento výkon vykazován zdravotním pojišťovnám (např. z důvodu nenasmolování výkonu aj.)

Kód 06336 – Péče o pacienta v režimu DUPV:

Tento kód vykazuje nejvyšší počty výkonů ze všech kódů s výrazným nárůstem z 623 výkonů v roce 2019 na 11 337 v roce 2023. Významný růst naznačuje zvyšující se potřebu pravidelné a dlouhodobé péče o pacienty na DUPV, což odráží obecný trend nárůstu domácí ventilace. Nejvyšší hodnoty v letech 2020–2023 potvrzují stabilní růst péče o tyto pacienty v domácím prostředí.

Kód 06355 – Převzetí pacienta v režimu DUPV (pro odbornost 925):

Počet výkonů pro tento kód zůstává nízký s hodnotami mezi 11 a 25. Nejnižší hodnota byla v roce 2021 (11), zatímco nejvyšší byla zaznamenána v roce 2019 (25). Nízké hodnoty naznačují, že tento výkon (převzetí pacienta odborností 925) není častý, podobně jako u kódu 15122.

Rok 2020 vykazuje významný nárůst výkonů, zejména u kódu 02242 (návštěvy pacientů) a 06336 (pravidelná péče). To pravděpodobně souvisí s pandemií COVID-19, která vedla ke zvýšené poptávce po domácí péči a monitorování, aby pacienti mohli zůstat doma a minimalizovalo se riziko infekce. Počet výkonů v letech 2021–2023 zůstává vysoký, a to zejména u kódu 06336, což naznačuje dlouhodobou stabilitu a přetrvávající potřebu DUPV. Tento trend může být odrazem rostoucí poptávky po domácí zdravotní péči a vyššího počtu pacientů, kteří potřebují plicní ventilaci. Oba kódy související s převzetím pacienta (15122 a 06355) mají stabilně nízké hodnoty, což ukazuje na to, že přechody do DUPV nejsou příliš časté nebo jsou stabilně distribuovány. Celkově údaje ukazují, že domácí umělá plicní ventilace zaznamenala nárůst v důsledku pandemie a tento trend se dále udržuje. Především lze předpokládat, že potřeba kontinuální péče o pacienty na DUPV stále roste.

K15 Telemedicína

Telemedicína je moderní způsob poskytování zdravotní péče na dálku, který využívá informační a komunikační technologie k umožnění lékařských konzultací, diagnostiky, monitorování pacientů a některých léčebných postupů bez nutnosti přímé fyzické přítomnosti pacienta u lékaře. Tento přístup zajišťuje efektivnější, flexibilnější a často dostupnější zdravotní péči, která může být poskytnuta i pacientům v odlehklých nebo méně dostupných oblastech.

Do telemedicíny spadají různé výkony, které zahrnují:

- **Distanční konzultace zdravotního stavu**, kdy lékař provádí konzultaci s pacientem nebo jeho rodinou na dálku, a to obvykle prostřednictvím videohovoru nebo telefonátu. Tento výkon je evidován a hrazen jako distanční konzultace (kód výkonu 01305).
- **Telefonické konzultace:**
 1. telefonická konzultace s praktickým lékařem (kód 09513) – zahrnuje komunikaci o akutním zdravotním problému, kdy lékař může poskytovat rady a doporučení na dálku,
 2. telefonická konzultace psychiatra nebo klinického psychologa (kód 35050) – určená pro pacienty, kteří potřebují konzultaci duševního stavu a nemusí být osobně přítomni,
 3. telefonická konzultace sestry (kód 35820) – umožňuje konzultaci mezi sestrou a pacientem, zejména v otázkách domácí péče, sledování symptomů nebo léčebného režimu.

- **Telemonitoring a dálkové sledování** – jedná se o monitorování zdravotního stavu pacienta na dálku pomocí speciálních zařízení, která mohou automaticky přenášet údaje (např. o srdeční činnosti, krevním tlaku nebo hladině glukózy) přímo lékaři nebo na specializované pracoviště.

Zvláštní význam má pak telemedicína pro seniory – eliminuje nutnost cestování a umožňuje dostupnost péče v odlehlých oblastech. Z hlediska kontinuity péče umožňuje dálkový monitoring chronických onemocnění (např. pravidelné sledování vitálních funkcí např. krevního tlaku, hladiny glukózy, srdeční frekvence) pomocí domácích monitorovacích zařízení. Význam má také z hlediska včasné detekce zhoršení zdravotního stavu. Významným přínosem telemedicíny (nejen) pro seniory je prevence hospitalizace. Neméně významný je přínos telemedicíny z hlediska efektivity a nákladově úsporné péče tím, že má potenciál snižovat náklady na dopravu, tj. náklady spojené s častými návštěvami lékaře.

Telemedicína má přínosy i pro neformální pečující – umožňuje rodinným příslušníkům nebo jiným pečujícím sledovat zdravotní stav seniora na dálku. To s sebou přináší potenciál lépe koordinovat péči a včas reagovat na změny. Možnost zapojit se do konzultace na dálku nebo sledovat zdravotní údaje z domácího monitoringu umožňuje snižovat fyzickou a organizační zátěž na rodinné příslušníky a další pečující.

V rámci mapování poskytování služeb telemedicíny byly sledovány následující ukazatele vykázaných výkonů viz tabulka č. 31.

Tab. č. 31 Ukazatele sledování výkonů telemedicíny v ČR v letech 2018–2023

Kód	Typ výkonu
01305	Distanční konzultace zdravotního stavu registrovaného pacienta PL nebo PLDD (od 1. 4. 2022)
09513	Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře s pacientem
35050	Telefonická konzultace psychiatra nebo klinického psychologa s pacientem v jeho péči
35820	Telefonická konzultace sestry v péči o pacienta (od 1. 1. 2020) ⁴¹

Od roku 2018 došlo k výraznému navýšení výkonů spojených s poskytováním služeb telemedicíny, a to jak na celorepublikové úrovni, tak na úrovni každého z krajů ČR. (Detailní zdrojová data ÚZIS dle krajů jsou k dispozici v příloze v tabulkách s označením E1 až E4).

Tab. č. 32 Počty vykázaných výkonů telemedicíny v ČR v letech 2018–2023

Rok	Distanční konzultace zdravotního stavu registrovaného pacienta PL nebo PLDD Kód 01305	Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře s pacientem Kód 09513	Telef. konzult. psychiatra nebo klin. psychologa s pacientem v jeho péči Kód 35050	Telefonická konzultace sestry v péči o pacienta Kód 35820
2018	0	2 708 643	169 411	0
2019	0	3 219 463	224 131	0
2020	0	4 287 916	378 335	28 637
2021	0	4 848 656	469 248	47 587
2022	1 349 612	5 412 457	509 999	47 755
2023	1 064 287	5 850 534	545 032	45 884

Zdroj: ÚZIS

Sledovaná data ukazují, že počty vykazovaných výkonů od roku 2018 soustavně rostou. Zároveň je patrné, že dochází k výraznému nárůstu ve výkonu 35050 – Telefonická konzultace psychiatra nebo

⁴¹ Výkon vykazovaly vedle odbornosti 914 (sestra pro péči v psychiatrii) v minulosti také jiné psychiatrické odbornosti (a to: 350, 999, 935, 360, 355, 922, 920, 305, 370).

klinického psychologa v péči o jeho pacienta. K tomuto nárůstu došlo zejména v roce 2020 v době nástupu pandemie nemoci COVID–19 a restrikcí s ní spojených. Podobný nárůst v této době vykazují i ostatní sledované výkony.

Kód 01305 – Distanční konzultace zdravotního stavu pacienta

Tento typ konzultace byl zaveden do číselníku výkonů od 1. 4. 2022. V roce 2022 se výkon objevuje poprvé s počtem 1 349 612 výkonů a následně mírně klesá na 1 064 287 v roce 2023 (tj. pokles o 21 %). Distanční konzultace přinesla možnost řešit zdravotní stav pacienta na dálku formou zabezpečené distanční komunikace. Je pravděpodobné, že nárůst byl podpořen legislativními změnami a zvýšenou poptávkou po telemedicině.

Kód 09513 – Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře s pacientem

Tento typ konzultace zaznamenal stabilní růst z 2 708 643 výkonů v roce 2018 na 5 850 534 výkonů v roce 2023, tj. nárůst o 116 %. Růst telefonických konzultací je patrný každý rok, zejména mezi lety 2019 a 2020, což se shoduje s obdobím pandemie COVID-19. Pandemie výrazně urychlila přechod k telefonickým konzultacím jako efektivnímu způsobu poskytování péče. Následný růst i v dalších letech naznačuje, že se tyto telefonické konzultace stávají standardní součástí praxe.

Kód 35050 – Telefonická konzultace psychiatra nebo klinického psychologa

Od roku 2018 roste počet těchto konzultací – z 169 411 na 545 032 v roce 2023, tj. nárůst o 228 %. Telefonické konzultace psychiatra nebo psychologa nabývaly na významu zejména v důsledku psychologických dopadů pandemie a zvýšené potřeby psychologické podpory na dálku. Přístup k duševní péči byl během pandemie velmi potřebný, což vedlo k trvalému zvýšení využívání této formy konzultací.

Kód 35820 – Telefonická konzultace sestry

Tento typ konzultace nebyl evidován až do roku 2020 (telefonické konzultace sestry vstoupily do systému úhrad v lednu 2020, tj. až v době pandemie), kdy se objevil s počtem 28 637 výkonů. V roce 2021 vzrostl na 47 587 (tj. nárůst o 66 %) a od té doby se udržuje kolem této hodnoty s mírným poklesem na 45 884 v roce 2023 (tj. pokles o 4 %). Tento typ intervencí se využívá především pro řízení péče o chronické pacienty a poskytování instrukcí k péči v domácím prostředí.

Tab. č. 33 Počty vykázaných výkonů Distanční konzultace zdravotního stavu pacienta dle krajů ČR v roce 2022 s přepočtem na 1 tis. obyvatel (výkon 01305)

Kraj	2022
Hlavní město Praha	152
Středočeský kraj	131
Jihomoravský kraj	107
Moravskoslezský kraj	110
Ústecký kraj	124
Jihočeský kraj	141
Pardubický kraj	123
Královéhradecký kraj	127
Liberecký kraj	148
Olomoucký kraj	111
Plzeňský kraj	102
Zlínský kraj	130
Kraj Vysočina	103
Karlovarský kraj	82

Zdroj: ÚZIS

Údaje v tabulce č. 33 zachycují první tři čtvrtletí využívání tohoto typu intervence⁴² v přepočtu na 1 tis. obyvatel kraje. Jakkoli nelze z prozatím dostupných dat vyvozovat dílčí závěry, z uvedených dat je zřejmá relativně rovnoměrná poptávka po těchto intervencích napříč kraji ČR.

Tab. č. 34 Počty vykázaných výkonů Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře s pacientem dle krajů ČR v letech 2018–2022 s přepočtem na 1 tis. obyvatel (výkon 09513)

Kraj	2018	2019	2020	2021	2022
Hlavní město Praha	433	505	606	693	731
Středočeský kraj	314	377	484	546	590
Moravskoslezský kraj	320	363	472	541	574
Jihomoravský kraj	247	299	406	471	496
Olomoucký kraj	232	288	408	486	524
Plzeňský kraj	257	299	423	478	505
Jihočeský kraj	218	251	338	406	451
Ústecký kraj	137	161	229	268	319
Zlínský kraj	160	211	300	361	393
Královéhradecký kraj	143	188	302	364	403
Kraj Vysočina	191	220	301	340	401
Pardubický kraj	170	198	296	330	352
Liberecký kraj	149	174	237	263	308
Karlovarský kraj	134	149	220	270	282

Zdroj: ÚZIS

Z údajů tabulky č. 34 je patrný postupný nárůst telefonických konzultací v průběhu celého sledovaného období. Tento trend odráží pravděpodobně změny ve způsobech poskytování péče, zejména během pandemie COVID-19, kdy byly telefonické konzultace nezbytné pro zajištění péče na dálku. Zdá se, že se telefonické konzultace postupně staly běžnou součástí péče ve všech krajích. Vyrůstající význam této intervence je pravděpodobně výsledkem vlivu pandemie, kdy telefonické konzultace nahradily osobní setkání, a dále také celkového posunu ke snadno dostupné zdravotní péči. Různé kraje vykazují rozdílnou úroveň konzultací, což může být ovlivněno jak demografií, tak specifickými charakteristikami každého regionu.

Nejvyšší počty konzultací vykazuje Hlavní město Praha: Praha vykazuje nejvyšší počet telefonických konzultací v přepočtu na 1 tis. obyvatel každoročně od roku 2018, přičemž počet konzultací zde vzrostl z 433 v roce 2018 na 731 v roce 2022, tj. o 69 %. Tento vyšší počet může být způsoben lepší dostupností zdravotních služeb, vyšší poptávkou po konzultacích, ale také možnou vyšší informovaností a preferencí pacientů v hlavním městě. S vysokou pravděpodobností se zde promítá i to, že lékaři z Prahy (odborní lékaři) poskytují konzultace i pacientům (nejen) ze Středočeského kraje.

K významnému zvýšení došlo také v některých dalších krajích. Středočeský a Moravskoslezský kraj také vykazují poměrně vysoké hodnoty telefonických konzultací, které se stabilně zvyšují. Naopak nižší počty konzultací zaznamenával Karlovarský kraj, který vykazuje nejnižší hodnoty ve všech sledovaných letech. Tento nízký počet může naznačovat omezenou dostupnost nebo nižší poptávku po telefonických konzultacích v tomto kraji.

Zvláště výrazný nárůst počtu konzultací lze pozorovat mezi lety 2019 a 2020, kdy došlo k prudkému zvýšení téměř ve všech krajích, což odpovídá nástupu pandemie COVID-19. Tento skok potvrzuje roli

⁴² Výkon 01305 byl zaveden do číselníků úhradového systému od 1. 4. 2022.

telefonické konzultace jako důležitého nástroje při zajišťování dostupné zdravotní péče v době, kdy byly osobní návštěvy lékařů a zařízení poskytovatelů zdravotních služeb obecně omezené. Kraje jako Jihomoravský, Olomoucký a Plzeňský rovněž vykazují stabilní nárůst telefonických konzultací, i když nedosahují hodnot Prahy nebo Středočeského kraje. Tyto hodnoty naznačují zvyšující se zájem o telefonické konzultace, které by mohly být součástí širší transformace směrem k moderním přístupům v poskytování zdravotní péče na dálku.

Tab. č. 35 Počty vykázaných výkonů Telefonická konzultace psychiatra nebo klinického psychologa dle krajů ČR v letech 2018–2022 s přepočtem na 1. tis. obyvatel (výkon 35050)

Kraj	2018	2019	2020	2021	2022
Hlavní město Praha	31	39	63	77	81
Středočeský kraj	17	23	39	53	54
Jihomoravský kraj	17	20	33	43	46
Moravskoslezský kraj	10	15	29	38	36
Plzeňský kraj	22	30	43	53	59
Ústecký kraj	13	18	27	38	44
Olomoucký kraj	14	18	33	45	50
Královéhradecký kraj	14	19	33	41	43
Jihočeský kraj	14	19	29	33	34
Pardubický kraj	10	13	27	33	34
Zlínský kraj	7	10	20	26	28
Kraj Vysočina	8	11	23	30	30
Karlovarský kraj	21	25	43	45	45
Liberecký kraj	9	10	16	19	23

Zdroj: ÚZIS

Z tabulky č. 35 vyplývá, že od roku 2018 do roku 2022 se počty telefonických konzultací psychiatra nebo psychologa v přepočtu na 1000 obyvatel zvýšily ve všech krajích. Tento nárůst ukazuje, že telefonické konzultace se stávají běžnější součástí péče o duševní zdraví. Největší skoky v počtu konzultací nastaly kolem let 2020 a 2021, což koreluje s obdobím pandemie, kdy byly osobní návštěvy často omezeny a telemedicina poskytla důležitou alternativu. Pandemie tak pravděpodobně posílila využívání vzdálené podpory a zvýšila přístup k odborné pomoci. Ačkoli růst nebyl po roce 2021 tak dramatický, stále pokračuje. To naznačuje, že i po zklidnění pandemické situace zůstává poptávka po telefonických konzultacích vyšší než před pandemií – to může odrážet přijetí této formy péče jako praktického doplnku k osobním konzultacím. Praha a větší kraje vykazují absolutně vyšší hodnoty telefonických konzultací, což může být způsobeno lepší dostupností odborníků a vyšší poptávkou po duševní podpoře. Může to také naznačovat, že ve větších městech jsou lidé zvyklí častěji využívat odborné služby i formou vzdálené komunikace. Údaje v tabulce potvrzují rostoucí význam telefonických konzultací jako součásti péče o duševní zdraví. Tento trend ukazuje na širší přijetí telemedicíny a potvrzuje, že telefonické konzultace mohou hrát dlouhodobou roli v poskytování podpory pacientům, a to i mimo dobu krizových opatření.

Tab. č. 36 Počty vykázaných výkonů Telefonická konzultace sestry s pacientem dle krajů ČR v letech 2018–2022 s přepočtem na 1 tis. obyvatel (výkon 35820)

Kraj	2018	2019	2020	2021	2022
Hlavní město Praha	0	0	5	8	8
Moravskoslezský kraj	0	0	2	5	6
Plzeňský kraj	0	0	1	5	7
Středočeský kraj	0	0	2	3	3
Ústecký kraj	0	0	2	6	5
Královéhradecký kraj	0	0	5	7	4
Olomoucký kraj	0	0	2	4	4
Jihočeský kraj	0	0	2	4	3
Jihomoravský kraj	0	0	1	2	2
Kraj Vysočina	0	0	4	3	3
Pardubický kraj	0	0	2	4	5
Zlínský kraj	0	0	2	4	4
Karlovarský kraj	0	0	10	9	8
Liberecký kraj	0	0	0	1	1

Zdroj: ÚZIS

Z tabulky č. 36 je zjevné, že telefonické konzultace sester s pacienty byly poprvé vykazovány až od roku 2020 (zavedeny byly do číselníků výkonů od 1. 1. 2020) patrně v reakci na pandemii COVID-19. Ve všech krajích byly zaznamenány jen nízké hodnoty konzultací na 1 tis. obyvatel. Po roce 2020 se počty konzultací v dalších letech spíše stabilizovaly nebo mírně klesly, což svědčí o tom, že tato forma péče zůstala součástí zdravotních služeb, avšak ve velmi omezeném rozsahu.

Celkově lze říci, že telefonické konzultace se sice staly přijatelným doplňkem péče, ale vzhledem k nízkým číslům zřejmě nejsou vnímány jako klíčový nástroj v oblasti ošetrovatelské péče na dálku.

Důvodů, proč je telefonických konzultací sester výrazně méně než konzultací lékařů, může být několik. Jedním z hlavních faktorů je zřejmě samotná povaha ošetrovatelské péče – sestry jsou zpravidla v přímém kontaktu s pacienty při poskytování praktické a fyzické péče, což je v mnoha případech obtížné přenést na dálku. Telefonická konzultace se sestrami se tak méně využívá, protože řada úkonů sester vyžaduje jejich fyzickou přítomnost. Dalším důvodem může být omezený rozsah kompetencí – lékaři mají širší kompetence v diagnostice a předepisování léčby, což telefonické konzultace umožňuje lépe využít. Naopak sestry mohou být v některých případech limitovány v tom, co mohou pacientovi po telefonu poradit nebo doporučit, aniž by danou oblast konzultovaly s lékařem. Podíl na nízkém počtu telefonických konzultací má zřejmě i organizace péče a očekávání pacientů – pacienti jsou často zvyklí oslovovat lékaře přímo, zejména pokud jde o telefonické konzultace, kde očekávají diagnostiku či odborné doporučení. Sestry bývají spíše zapojeny v osobní péči nebo v přípravě a následné péči po lékařském vyšetření. Navíc v některých odbornostech nemusí být telefonická konzultace sestry běžně zavedena nebo administrativně podporována jako samostatný výkon, tzn. že telefonická komunikace sester s pacienty může probíhat neformálně nebo není vykazována stejným způsobem jako konzultace lékařů. Celkově lze tedy usuzovat, že nižší počet telefonických konzultací sester odráží spíše rozdíly v charakteru práce a kompetencích než nedostatek potřeby či důležitosti jejich role.

Výše uvedená data celkově naznačují, že pandemie COVID-19 zásadně ovlivnila používání telemedicínských výkonů, zejména telefonických konzultací, které se ukázaly být flexibilním a efektivním nástrojem pro komunikaci mezi pacientem a zdravotníky.

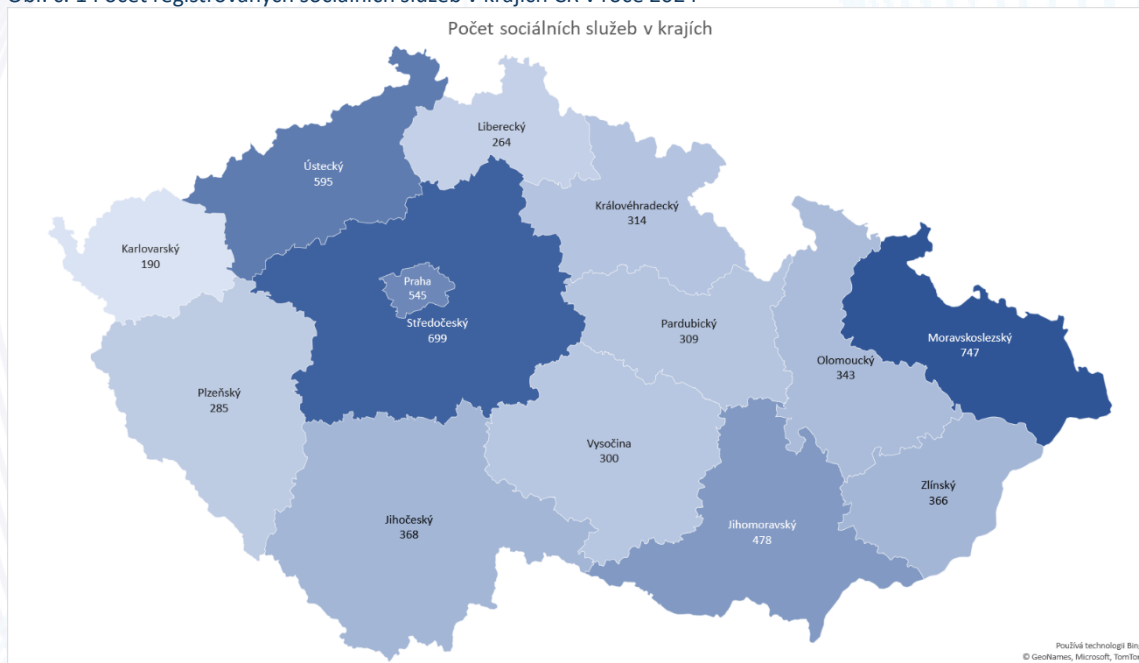
Sociální služby

Sociální služby jsou upraveny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a související vyhláškou č. 505/2006 Sb. Sociální služby poskytují podporu a pomoc lidem, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, jako je stáří, zdravotní postižení, závislost na péči druhé osoby, ohrožení sociálním vyloučením nebo jiná obtížná životní okolnost. Cílem těchto služeb je zlepšit kvalitu života uživatelů, podporovat jejich soběstačnost a začlenění do společnosti. Sociální služby se poskytují jako pobytové, ambulantní a terénní, případně distančně.

Sociální služby se dlouhodobě potýkají s problémy, jak efektivně propojit sociální a zdravotní složku, které bývají obecně nazývány jako sociálně-zdravotní pomezí. Tato problematika zasahuje jak sociální služby určené pro seniory nebo klienty se zdravotním postižením včetně mentálního postižení, tak preventivní sociální služby např. pro uživatele návykových látek nebo osoby bez přístřeší, ale také oblast rané péče nebo péče o osoby s psychiatrickou diagnózou. V době přípravy této analýzy došlo ke schválení Senátem PČR tisku č. 27, který mj. nově definuje sociální služby, jichž se bude týkat úprava sociálně-zdravotního pomezí. Sociálně-zdravotní služby bude možné poskytovat v centrech denních služeb, denních stacionářích, týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, centrech duševního zdraví nebo v zařízeních odlehčovacích služeb. Tento zákon nabývá účinnosti prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po dni jeho vyhlášení a postupně budou jednotlivá ustanovení nabývat účinnosti od 1. ledna 2026. Touto změnou tak dojde k částečné úpravě této oblasti, nikoliv však k celkové úpravě sociálně-zdravotního pomezí a všech jeho determinant. 1. ledna 2025 také na nabývá účinnosti novela č. 371/2021 Sb., kterou se zavádí nová sociálně-zdravotní služba Centrum duševního zdraví.

V ČR bylo v roce 2024 registrováno celkem 5 803 sociálních služeb. Nejvíce sociálních služeb bylo registrováno v Moravskoslezském (747) a Středočeském kraji (699). Nejméně sociálních služeb bylo zaznamenáno naopak v Karlovarském (190) a Libereckém kraji (264).

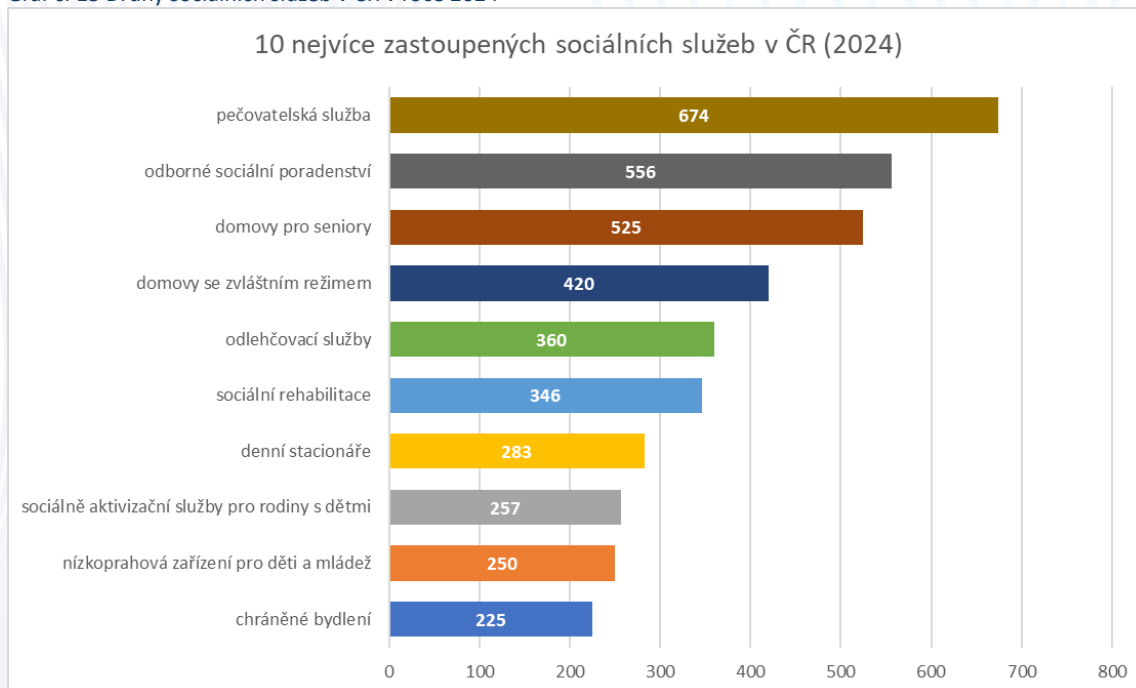
Obr. č. 1 Počet registrovaných sociálních služeb v krajích ČR v roce 2024



Zdroj: MPSV OKPoskytovatel, 2024

Z hlediska počtu jednotlivých druhů sociálních služeb je nejvíce zastoupená pečovatelská služba, odborné sociální poradenství a domovy pro seniory. Nejméně zastoupenými sociálními službami jsou průvodcovské a předčitatelské služby (12), terapeutické komunity (15), intervenční centra (17) a tísňová péče (18).

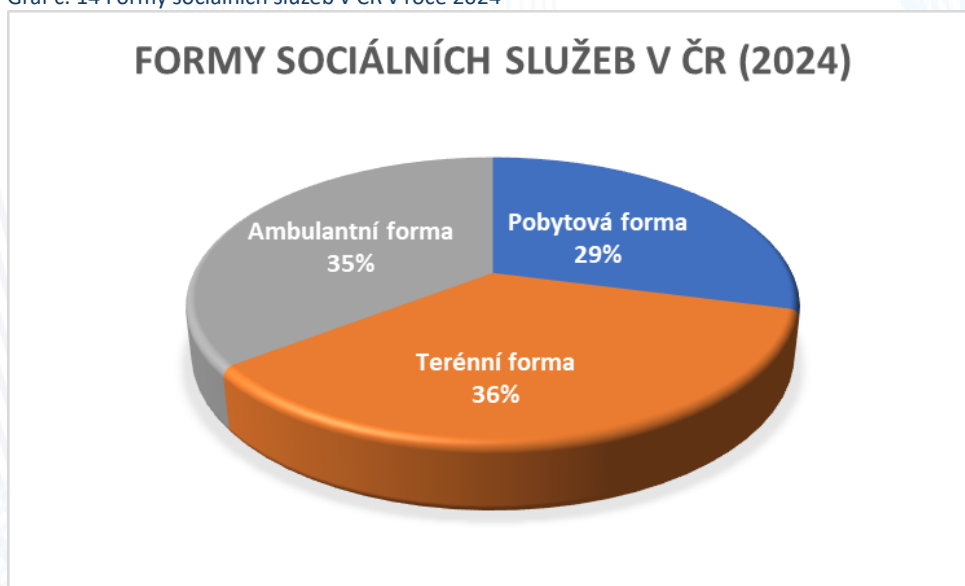
Graf č. 13 Druhy sociálních služeb v ČR v roce 2024



Zdroj: MPSV OKPoskytovatel, 2024

Sociální služby se poskytují ve třech základních formách: ambulantní, terénní a pobytová. Distanční forma poskytování není vykazována, jelikož se týká jednotlivých základních činností, které lze poskytovat i v distanční formě. Rozložení forem sociálních služeb je prakticky shodné u ambulantní a terénní formy. Pobytová forma je o 5 % nižší.

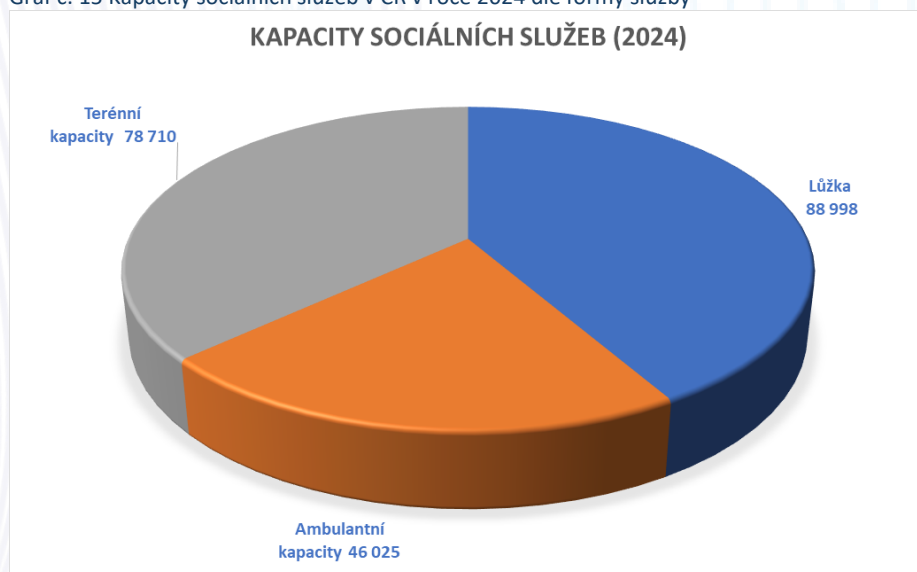
Graf č. 14 Formy sociálních služeb v ČR v roce 2024



Zdroj: MPSV OKPoskytovatel, 2024

Podíváme-li se na celkové kapacity sociálních služeb a rozdělíme je dle jednotlivých forem, pak naopak nejvyšší kapacitu mají pobytové sociální služby s necelými 89 tis. lůžky. Terénní sociální služby mají kapacitu nižší cca o 10 tis. klientů. Nejnižší kapacitu mají ambulantní sociální služby.

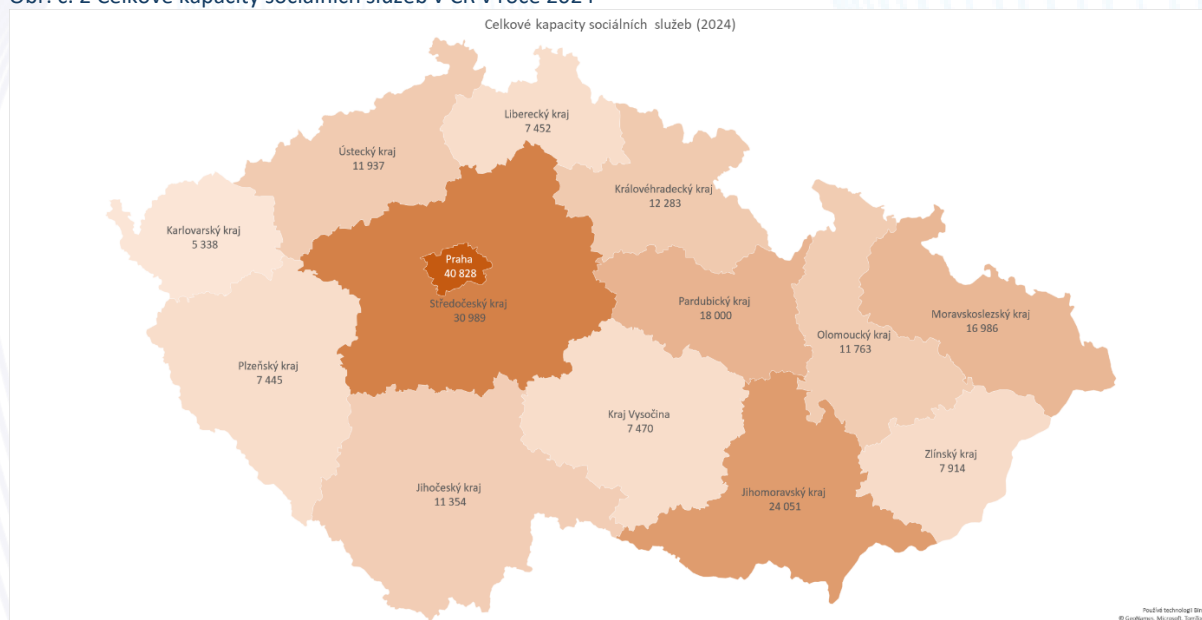
Graf č. 15 Kapacity sociálních služeb v ČR v roce 2024 dle formy služby



Zdroj: MPSV OKPoskytovatel, 2024

V níže uvedeném grafickém znázornění lze vidět, jaký je celkový počet kapacit (ambulantní, terénní, pobytové) v jednotlivých krajích. I když Hlavní město Praha má nižší počet sociálních služeb než Moravskoslezský, Středočeský nebo Ústecký kraj, má naopak nejvyšší celkové kapacity sociálních služeb. Moravskoslezský kraj naopak v kapacitách zaostává nad Jihomoravským a Pardubickým krajem.

Obr. č. 2 Celkové kapacity sociálních služeb v ČR v roce 2024

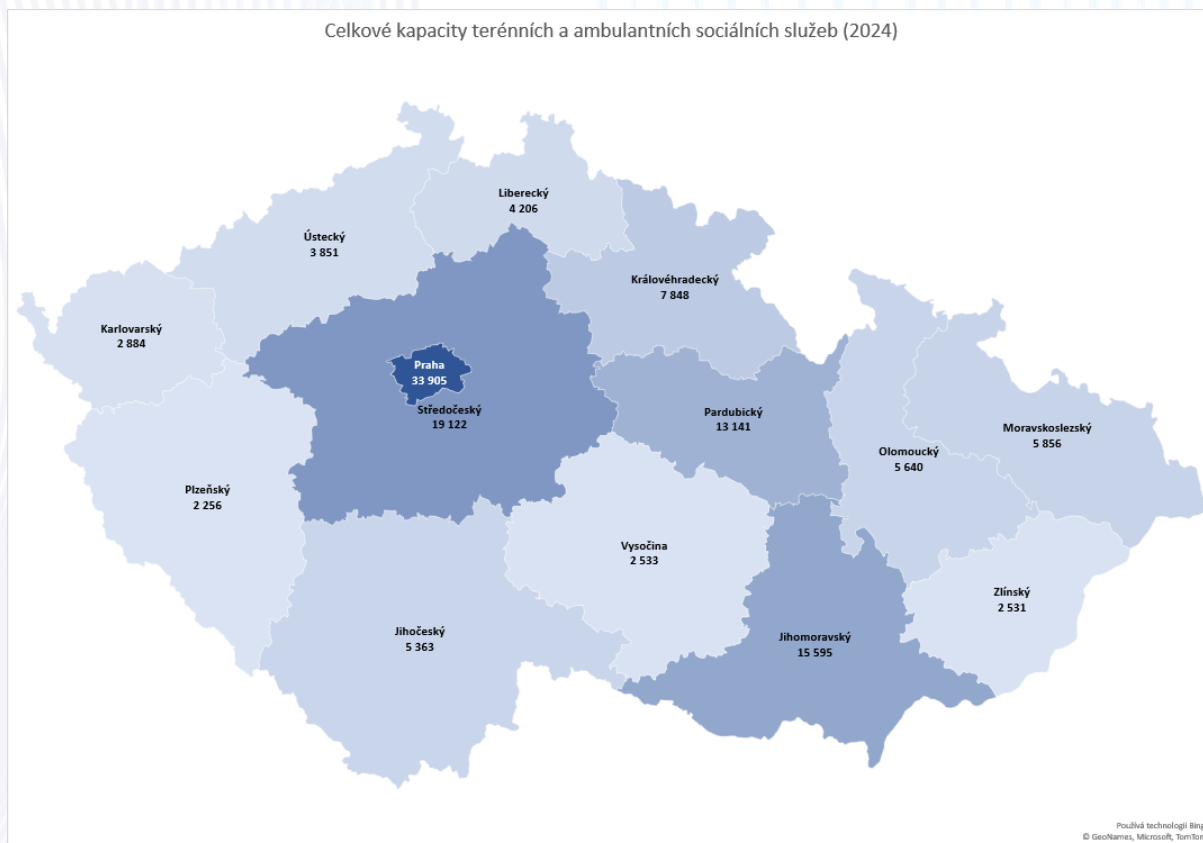


Zdroj: MPSV OKPoskytovatel, 2024

Celkový počet kapacit i druhů sociálních služeb se v posledních 10 letech nijak razantně nezvyšuje ani nesnižuje. Ke změnám nejčastěji dochází díky transformaci či změnám mezi samotnými druhy sociálních služeb, tj. počet sociálních služeb se stále pohybuje pod 6 tis. registrovaných sociálních služeb. I přesto lze sledovat úbytek registrovaných kapacit zejména u pečovatelské služby, kde od roku

2018 došlo k poklesu o necelých 40 % a 30 % u odborného sociálního poradenství. Naopak nárůst kapacit lze vidět u domovů se zvláštním režimem o necelých 30 %. Navýšení počtu lůžek u této sociální služby se ale neděje v důsledku úbytku kapacit domovů pro seniory, jelikož ty od roku 2018 poklesly „pouze“ o 2 %. Jedná se tak o nové kapacity.

Obr. č. 3 Celkové kapacity terénních a ambulantních služeb v ČR v roce 2024



Zdroj: MPSV OKPoskytovatel, 2024

Výše uvedené grafické znázornění ukazuje na výrazný rozdíl mezi kapacitami terénních a ambulantních sociálních služeb a mezi kapacitami lůžek. Hlavní město Praha v těchto kapacitách výrazně převyšuje kapacitami ambulantních a terénních sociálních služeb. Z výše uvedeného je zřejmé, že Hlavní město Praha výrazně prioritizuje terénní a ambulantní sociální služby nad pobytovými.

Informace o sledovaných druzích sociálních služeb

V rámci této analýzy se primárně zaměřujeme na následující druhy sociálních služeb: týdenní stacionář, denní stacionář, domov pro osoby se zdravotním postižením, domov pro seniory, domovy se zvláštním režimem a centrum denních služeb. Kromě sociální služby centra denních služeb, která je poskytována v ambulantní formě, se jedná o pobytové sociální služby. Níže uvedená tabulka ukazuje registrovanou kapacitu těchto sociálních služeb k roku 2024.

Tab. č. 37 Kapacity sledovaných druhů sociálních služeb v analýze KRAPL – KA1 (2024)

Druh služby	Kapacita lůžek	Kapacita ambulantní
Centra denních služeb		1 368
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	11 287	
Domovy pro seniory	34 877	
Domovy se zvláštním režimem	26 296	
Týdenní stacionáře	652	
Celkový součet	73 112	1 368

Zdroj: MPSV OKPoskytovatel, 2024

Centra denních služeb

Centrum denních služeb (CDS) je ambulantní služba, která je určena pro osoby se sníženou samostatností, které zůstávají bydlet ve vlastním (přírodním) prostředí, ale nejsou schopny ve svém věku nebo v důsledku chronického duševního onemocnění zajistit péči o svou osobu v celém rozsahu. Tato sociální služba je tak určena jak pro klienty v seniorském věku, tak i například pro děti a mládež s duševním onemocněním nebo klienty nacházející se na spektru autismu.

Tab. č. 38 Počet a kapacita služby Centrum denních služeb v ČR v roce 2024

Kraj	Kapacita CDS	Počet CDS
Hlavní město Praha	192	7
Jihočeský	89	2
Jihomoravský	102	8
Karlovarský	40	1
Královéhradecký	135	7
Liberecký	165	7
Moravskoslezský	181	11
Olomoucký	111	6
Pardubický	102	5
Plzeňský	14	2
Středočeský	31	2
Ústecký	25	1
Vysočina	83	6
Zlínský	98	7
Celkový součet	1 368	72

Zdroj: MPSV OKPoskytovatel, 2024

V rámci ČR se jedná o velmi málo rozvinutou sociální službu. Těchto služeb bylo v roce 2024 registrováno pouze 72 s celkovou kapacitou necelých 1,4 tis. klientů. Nejvíce těchto služeb bylo poskytováno v Moravskoslezském kraji a nejméně v Ústeckém kraji. Z hlediska kapacit je ale nejméně pokryt Plzeňský kraj.

Domov pro osoby se zdravotním postižením

Domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) je pobytovou sociální službou, která je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu dlouhodobého či chronického zdravotního nebo duševního onemocnění. Jedná se také o sociální služby, které dlouhodobě procházejí procesem deinstitucionalizace a humanizace. Kapacity těchto služeb se tak díky těmto procesům snižují nebo transformují např. do služby chráněného bydlení. I přesto se stále v ČR nacházejí DOZP s vícelůžkovými pokoji bez samostatné koupelny se silnými institucionálními prvky. V těchto sociálních službách je také poskytována ošetrovatelská zdravotní péče skrze odbornost 913. Jelikož v těchto sociálních službách se často nacházejí klienti s velmi různorodou anamnézou, využívají služby fyzioterapeutů, psychiatrů a dalších zdravotních profesí. Nejvíce DOZP se nachází v Ústeckém a Středočeském kraji.

Tab. č. 39 Počet služeb Domov pro osoby se zdravotním postižením a kapacita lůžek v ČR v roce 2024

Kraj	Počet DOZP	Kapacita lůžek DOZP
Hlavní město Praha	11	508
Jihočeský	8	559
Jihomoravský	24	1 078
Karlovarský	8	349
Královéhradecký	11	624
Liberecký	10	343
Moravskoslezský	29	1 191
Olomoucký	11	938
Pardubický	8	582
Plzeňský	12	1 028
Středočeský	30	1 578
Ústecký	31	1 369
Vysočina	9	502
Zlínský	17	638
Celkový součet	219	11 287

Zdroj: MPSV OKPoskytovatel, 2024

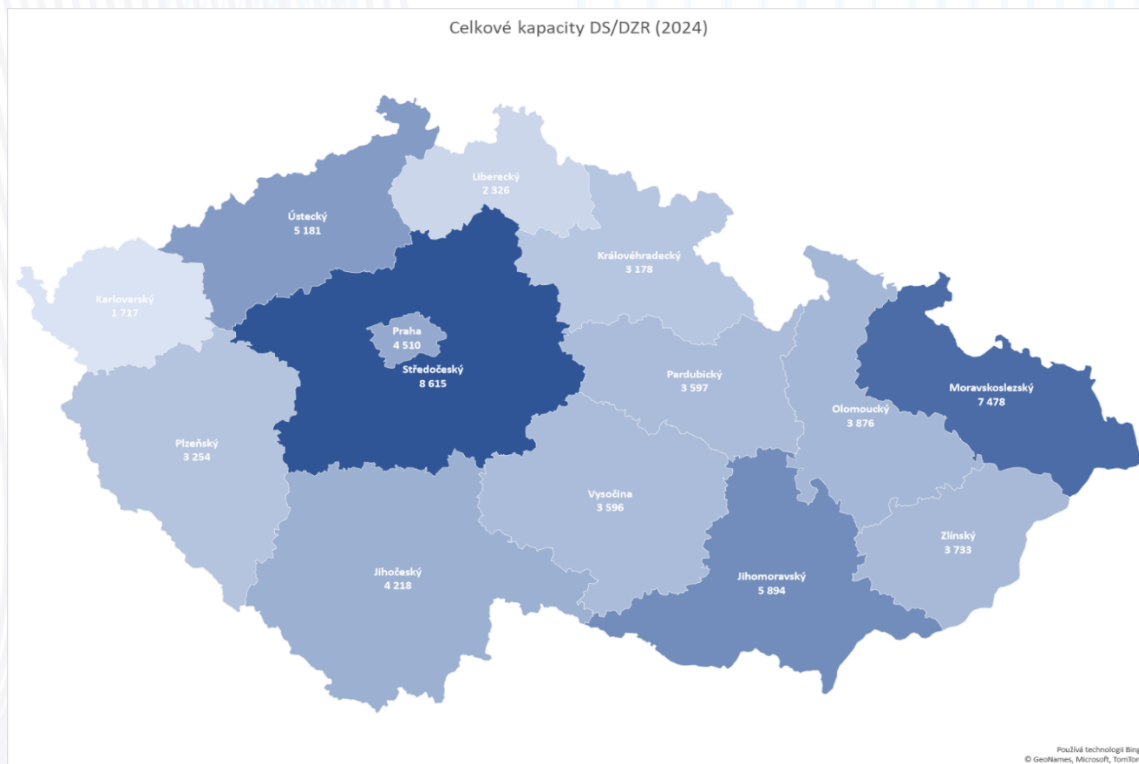
Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem

Domovy pro seniory (DpS) jsou pobytovou sociální službou pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku a potřebují pravidelnou péči druhé osoby. Mělo by se tak jednat o osoby ve věku 65+, které nemohou zůstat v domácím (přirozeném) prostředí za pomoci jiné pečující osoby nebo terénní či ambulantní sociální služby.

Domovy se zvláštním režimem (DZR) oproti domovům pro seniory jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, se stařeckou demencí či Alzheimerovou chorobou, ale i osobám, které trpí duševním onemocněním z důvodu užívání návykových látek. Cílová skupina této sociální služby je tak širší a nezahrnuje pouze osoby v seniorském věku. V obou těchto sociálních službách je poskytována i ošetrovatelská péče skrze odbornost 913. Nicméně potřeba zdravotní péče je širší, např. zajištění péče psychiatrů, geriatrů, fyzioterapeutů, nutriční péče, hospicová péče apod.

Nejvyšší kapacity lůžek poskytují v ČR domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem s celkovou kapacitou 61 173 lůžek (z celkového počtu cca 89 tis. lůžek). Nejvyšší počet těchto lůžek má Středočeský a Moravskoslezský kraj. Hlavní město Praha má nižší počet lůžek i než Jihomoravský a Ústecký kraj.

Obr. č. 4 Celkové kapacity služeb Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem v ČR v roce 2024



Zdroj: MPSV OKPoskytovatel, 2024

Týdenní stacionáře

Týdenní stacionáře (TS) jsou sociální službou, která je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, které vyžadují pravidelnou pomoc druhé osoby. TS by měly být poskytovány na přechodnou dobu. I zde je poskytována ošetrovatelská zdravotní péče. Tato sociální služba není příliš rozvinutou sociální službou, jak ukazuje následující tabulka. Kromě Středočeského kraje, Hlavního města Prahy, Jihočeského kraje a kraje Vysočina je tato sociální služba poskytována jen velmi omezenému počtu klientů.

Tab. č. 40 Počet služeb Týdenní stacionáře a kapacita lůžek v ČR v roce 2024

Kraj	Počet TS	Kapacita lůžek
Hlavní město Praha	4	140
Jihočeský	7	95
Jihomoravský	6	42
Karlovarský	2	8
Královéhradecký	1	9
Liberecký	2	40
Moravskoslezský	2	16
Olomoucký	1	6
Pardubický	2	30
Plzeňský	1	29
Středočeský	10	116
Ústecký	3	19
Vysočina	2	91
Zlínský	2	11
Celkový součet	45	652 652

Zdroj: MPSV OKPoskytovatel, 2024

V rámci pravidelného vykazování dat poskytovatelů sociálních služeb se také eviduje počet odmítnutých žadatelů sociálních služeb, a to ze zákonem stanovených důvodů,⁴³ zejm. pak z důvodu nedostatečné kapacity k poskytnutí sociální služby. V obecném měřítku je počet odmítnutých žádostí o sociální služby, viz tabulka č. 41, ukazatelem nedostatečné kapacity a vysoké poptávky po těchto službách. To může signalizovat řadu dalších zásadních problémů, mezi něž patří nedostatek alternativních forem podpory (chybí-li komunitní nebo domácí služby, zvyšuje se tlak na pobytová zařízení, což vede k odmítnutí dalších žadatelů) či administrativní a legislativní bariéry (odmítnutí může vyplynout i z pravidel a omezení, jež nejsou flexibilní vůči měnícím se potřebám uživatelů).

Tab. č. 41 Počty odmítnutých žadatelů o sociální službu ze zákonem stanovených důvodů v ČR v letech 2018–2023

Rok	Týdenní stacionáře	Domovy pro OZP	Domovy pro seniory	Domovy se zvl. režimem	Centra denních služeb	Denní stacionáře
2018	174	2 733	57 701	24 192	85	361
2019	150	3 228	60 671	26 145	72	243
2020	145	2 987	55 715	24 284	253	315
2021	121	3 022	44 537	20 222	244	311
2022	125	3 184	51 548	26 316	59	288
2023	176	3 405	60 583	30 583	66	489

Zdroj: MPSV (Statistické ročenky ČR)⁴⁴

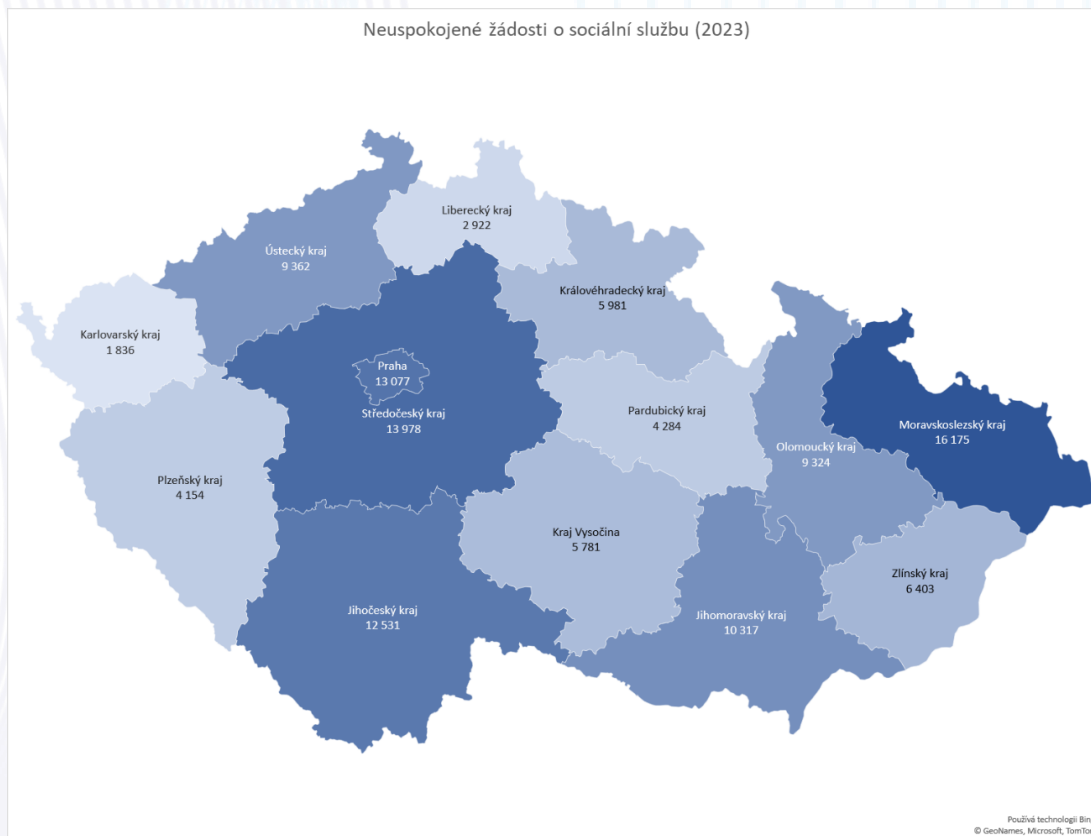
Obrázek viz výše poukazuje na stabilně vysokou poptávku po lůžkových službách, především v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem, kde počty odmítnutí vysoce převyšují jiné služby. To může naznačovat potřebu rozšíření kapacit těchto služeb zejména s ohledem na stárnutí populace a zvyšující se potřebu specializované péče i potřebu zvýšení kapacit pro alternativních formy podpory.

⁴³ Viz § 91, odst. 3 zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

⁴⁴ Ministerstvo práce a sociálních věcí, Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí. Online.

Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>. [cit. 2024-10-30].

Obr. č. 5 Neuspokojené žádosti o sociální službu v ČR v roce 2023



Zdroj: Statistická ročenka MPSV 2023, 2024

Nejvyšší neuspokojená poptávka po sociálních službách se objevuje v Moravskoslezském a Středočeském kraji.

Interpretace vykazování vysokého počtu odmítnutých žádostí v uvedených zařízeních je však zatížena zásadním limitem – výkazy se podávají anonymně (tzn. nelze identifikovat žadatele jako konkrétní osobu) a pokud jeden a tentýž žadatel podá dvě žádosti do dvou různých domovů najednou, pak se ve výkazu tento člověk (žádost) objeví dvakrát. Tyto duplicity pak znemožňují identifikaci reálných počtů individuálních žádostí a ve výsledku zkreslují skutečnou poptávku po tomto typu služeb.⁴⁵

Některé kraje již implementovaly mechanismy, které zajišťují koordinované podávání žádostí jednou osobou do více zařízení. Tento postup pomáhá zpřesnit evidenci poptávky a předejít zbytečnému přetížení systémů jednotlivých poskytovatelů. I přes tato zlepšení však stále zůstává zásadním problémem nedostatečný počet lůžek, což je obzvláště patrné s ohledem na stárnoucí populaci a na procesy spojené s dostatečně rychlým umísťováním klientů do zařízení, kdy je např. klíčovým faktorem uvolnění lůžka, což může být ovlivněno různými okolnostmi – např. odchod klienta z důvodu přesunu, zlepšení jeho situace nebo úmrtí.

⁴⁵ U terénních služeb se tento jev neobjevuje, nebo jen velmi sporadicky. Žadatel do tohoto typu služeb podá zpravidla jen jednu žádost.

V rámci mapování typů a zařízení sociálních služeb byly sledovány následující ukazatele:

- Počty zařízení poskytující pobytové sociální služby v ČR
- Kapacity zařízení pobytových sociálních služeb v ČR
- Počty zařízení ambulantních sociálních služeb – centra denních služeb a denní stacionáře v ČR
- Počty registrovaných odlehčovacích služeb v ČR dle typu poskytování služby v členění na kraje
- Počty vykázaných dnů odlehčovacích služeb v přepočtu na 1 tis. obyvatel v ČR
- Personální kapacity vybraných sociálních služeb v ČR

Tab. č. 42 Počty zařízení poskytující pobytové sociální služby v ČR v letech 2018–2022

Rok	Týdenní stacionáře	Domovy pro OZP	Domovy pro seniory	Domovy se zvláštním režimem
2018	51	204	522	337
2019	49	204	524	349
2020	46	208	524	367
2021	46	207	526	376
2022	47	208	524	395

Zdroj: MPSV

Z tabulky výše jsou patrné stabilní počty zařízení pobytových sociálních služeb ve sledovaném období, vyjma domovů se zvláštním režimem, kde v průběhu 5 let došlo k postupnému navýšení počtu zařízení z 337 v roce 2018 na 395 v roce 2022, tj. nárůst o 17,2 %.

Tento nárůst je významný a signalizuje rostoucí potřebu specializovaných služeb pro osoby, jejichž potřeby nelze efektivně naplňovat v běžných domovech pro seniory, v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domácím prostředí. Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění včetně Alzheimerovy choroby nebo z důvodu závislosti na návykových látkách a jejichž situace vyžaduje trvalou pravidelnou pomoc jiné osoby.

Tab. č. 43 Kapacity zařízení pobytových sociálních služeb v ČR v letech 2018–2022

Rok	Týdenní stacionáře	Domovy pro OZP	Domovy pro seniory	Domovy se zvláštním režimem
2018	820	11 999	36 828	19 872
2019	782	11 854	36 688	20 904
2020	772	11 763	36 465	22 192
2021	766	11 682	35 842	23 062
2022	737	11 458	35 807	24 803

Zdroj: MPSV

Rovněž z této tabulky vyplývá, že nejvyšší nárůst klientely zaznamenávají domovy se zvláštním režimem, v nichž se zvýšil počet klientů od roku 2018 do roku 2022 o více než 24 %. Tento vývoj odráží vzrůstající potřebu služeb pro populaci s kognitivními poruchami v souvislosti s vyšším věkem dožití a zhoršeným zdravotním stavem.

Odlehčovací služby

Specifickou formou sociální služby, která je určena neformálním pečujícím pro odlehčení náročné péče o blízké se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jsou odlehčovací služby. Jejich cílem je umožnit pečujícím osobám, které se starají o své blízké v přirozeném prostředí pečované osoby, nezbytný odpočinek. Neformální pečující však nejsou z právního hlediska zákonnými uživateli této služby (nepatří mezi cílové skupiny zákona o sociálních službách), proto uvedený zákon situuje do pozice příjemců poskytování této služby osoby, o něž je pečováno. Odlehčovací služby jsou poskytovány terénní, ambulantní i pobytovou formou.

Počty a formy registrovaných odlehčovacích služeb v krajích ČR znázorňuje tabulka č. 44 a graf č. 16. Nejvyšší celkový počet registrovaných odlehčovacích služeb má Středočeský kraj, který má v současné době nejvyšší počet obyvatel ze všech krajů ČR.⁴⁶

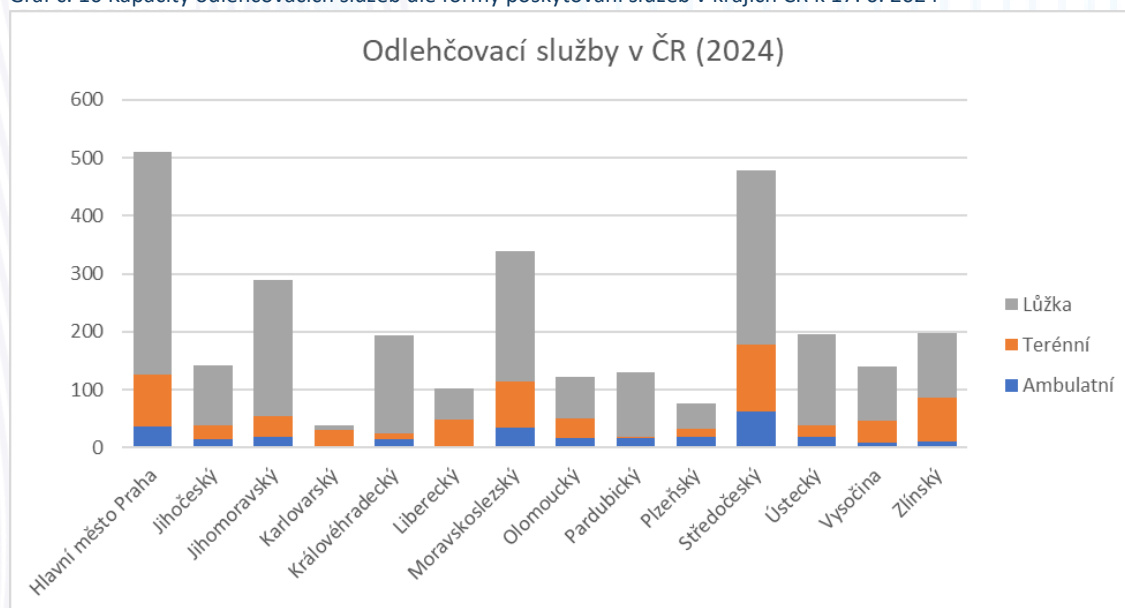
Tab. č. 44 Počty a kapacity registrovaných odlehčovacích služeb dle formy poskytování služeb v krajích ČR k 17. 6. 2024

Kraje	Počet OS	Kapacita lůžek	Kapacita ambulantní	Kapacita terénní
Hlavní město Praha	37	385	36	90
Jihočeský	21	105	15	23
Jihomoravský	27	236	19	35
Karlovarský	8	8	3	27
Královéhradecký	17	169	15	9
Liberecký	15	54	0	49
Moravskoslezský	48	225	35	79
Olomoucký	16	73	17	33
Pardubický	19	113	17	1
Plzeňský	18	43	19	14
Středočeský	59	301	62	116
Ústecký	22	157	18	20
Vysočina	25	94	8	39
Zlínský	28	112	11	75
Celkový součet	360	2 075	275	610

Zdroj: MPSV

⁴⁶ Zdroj: ČSÚ, 2024 Do Středočeského kraje patří i okresy Praha–východ a Praha–západ. Může se zde potenciálně promítat i „metropolitní efekt suburbanizace“, kdy se mnoho lidí pracujících v Praze stěhuje do okolních oblastí ve Středočeském kraji kvůli (cenám a teritoriálním podmínkám) bydlení. Počty obyvatel v krajích ČR k 31. 12. 2023 (zdroj ČSÚ, 2024): Středočeský kraj: 1 457 956; Hlavní město Praha: 1 275 406; Jihomoravský kraj: 1 187 000; Moravskoslezský kraj: 1 168 000; Ústecký kraj: 795 000; Jihočeský kraj: 644 000; Olomoucký kraj: 625 000; Plzeňský kraj: 585 000; Zlínský kraj: 570 000; Královéhradecký kraj: 548 000; Pardubický kraj: 516 000; Kraj Vysočina: 508 000; Liberecký kraj: 442 000 obyvatel; Karlovarský kraj: 293 139.

Graf č. 16 Kapacity odlehčovacích služeb dle formy poskytování služeb v krajích ČR k 17. 6. 2024



Ukazatel počtu registrovaných odlehčovacích služeb nesleduje vytíženost ani kapacity jednotlivých služeb, evidenci zaměřuje na vykázané dny poskytnuté služby dle krajů v ČR, věku a pohlaví pečované osoby. Je nutné reflektovat, že tato evidence není s to zohlednit, jakým způsobem jsou jednotlivé dny vykazovány – jednotlivé kraje totiž vykazují v přístupu k evidenci značné rozdíly, a to jak v evidenci průměrného věku uživatelů služby (z dikce zákona o sociálních službách pečovaných, nikoli pečujících osob), tak v počtu dnů. Například kraj s nízkým počtem vykázaných dnů nemusí nutně mít nedostatek kapacit, ale může vyplývat z odlišného přístupu k evidenci dnů.⁴⁷

Počty vykázaných dnů na 1 tis. obyvatel se mezi kraji velmi liší. Ve většině krajů je průměrný věk pečovaných nad 70 let, tzn. že odlehčovací služby slouží převážně seniorům. Karlovarský kraj, v němž je evidován průměrný věk pečované osoby 41 let, může mít specifické skupiny obyvatel (např. osoby s chronickými onemocněními nebo zdravotním postižením) vyžadující dlouhodobou péči v nižším věku.

S narůstajícím podílem starší populace v České republice je pravděpodobné, že poptávka po odlehčovacích službách bude nadále růst. Dostupnost a kapacity odlehčovacích služeb mají klíčový význam nejen pro uživatele, tj. pečované osoby se sníženou soběstačností, jimž umožňují co nejdéle setrvat v jejich přirozeném prostředí, ale zejména pro jejich rodiny a další pečující (vliv na sociální a pracovní život včetně ekonomických příjmů pečujících, na kvalitu jimi poskytované péče ad.).

Vývoj počtů zaměstnanců ve vybraných sociálních službách v ČR

Ve sledovaném období 2018–2022 došlo k významnému nárůstu počtu zaměstnanců ve čtyřech ze šesti sledovaných typů zařízení sociálních služeb. Nejvyšší nárůsty byly zaznamenány v domovech se zvláštním režimem a v domovech pro seniory, viz tabulka a graf níže.

⁴⁷ Současný systém vykazování těchto služeb není s to plně zachytit, zda jsou služby adekvátně přizpůsobeny regionálním potřebám. K tomu by bylo potřebné zajistit nejen kvantitativní, ale zejména kvalitativní data (např. hloubkové rozhovory s aktéry odlehčovacích služeb – zejm. neformálními pečujícími a poskytovateli těchto služeb).

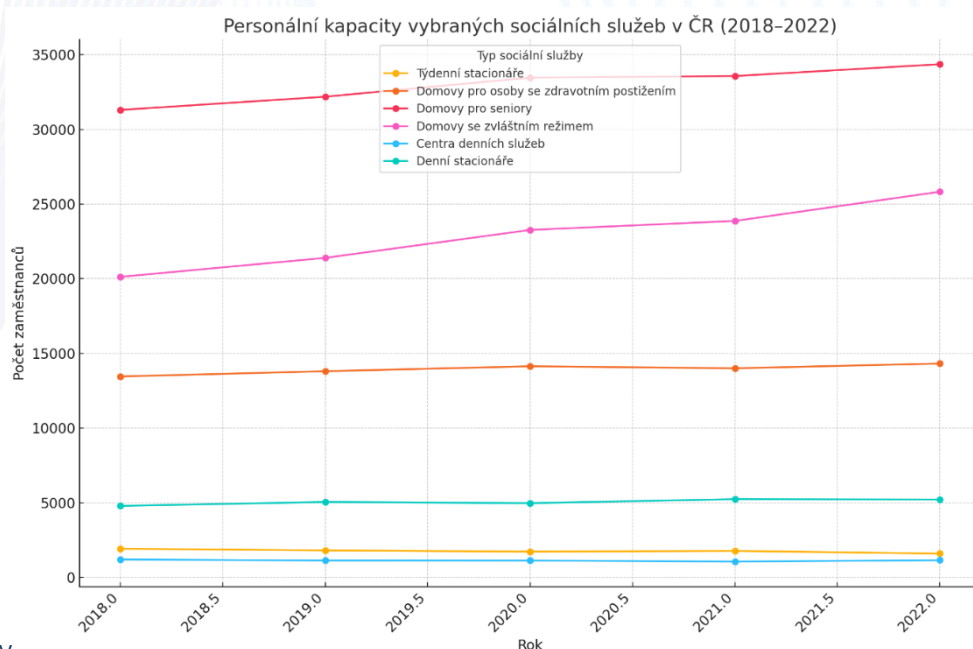
Tab. č. 45 Personální kapacity ve vybraných sociálních službách v ČR v letech 2018–2022

Rok	Počty zaměstnanců v sociálních službách v ČR					
	Týdenní stacionáře	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	Domovy pro seniory	Domovy se zvláštním režimem	Centra denních služeb	Denní stacionáře
2018	1 921	13 456	31 304	20 126	1 200	4 790
2019	1 810	13 807	32 187	21 397	1 138	5 052
2020	1 726	14 139	33 465	23 267	1 130	4 974
2021	1 774	14 004	33 572	23 870	1 062	5 239
2022	1 596	14 321	34 363	25 824	1 154	5 214

Zdroj: MPSV

Celkově vzrostly počty zaměstnanců ve sledovaných typech sociálních služeb ze 72 797 v roce 2018 na 82 472 zaměstnanců v roce 2022, tj. nárůst o 9 675 pracovních pozic (13,3 %).

Graf č. 17



Zdroj: MPSV

Zvyšující se počty kapacit a zaměstnanců domovů se zvláštním režimem reagují na fenomény spojené se stářím a vyšším věkem dožití, kdy se zvyšují počty případů neurodegenerativních onemocnění a poruch kognitivních funkcí (Alzheimerova choroba a jiné demence) – klienti s demencí tvoří početně významnou část klientely této služby. Domovy se zvláštním režimem se specializují rovněž na klienty s různými formami duševních onemocnění s potřebou intenzivní a odborné péče, kterou nelze snadno zajistit v běžných zařízeních sociálních služeb. Část klientů těchto domovů tvoří lidé, kteří se potýkají se závislostmi (např. na alkoholu či drogách) spojenými s chronickými zdravotními problémy či psychickými poruchami. Někteří klienti domovů se zvláštním režimem jsou lidé se závažným chronickým onemocněním, která vyžadují stálou péči – patří mezi ně například pacienti s Parkinsonovou nemocí či osoby s pokročilými stádii neurologických onemocnění.

Vzrůstající nároky na kvalitu a rozsah péče, zejména pro rizikové skupiny, vedou k tomu, že tyto domovy musejí zaměstnávat více personálu – legislativa včetně standardů kvality sociálních služeb vyžaduje vyšší poměr pečujících k počtu klientů, což přímo ovlivňuje růst počtu pracovních pozic v těchto zařízeních. Domovy se zvláštním režimem jsou také nejtypičtější pobytovou službou na sociálně-

zdravotním pomezí. Uvedené a další trendy (zvyšování cen energií a dalších komodit) se stejně jako v ostatních službách a odvětvích promítají do vzrůstajících nákladů na poskytování sociálních služeb.

Z hlediska financování služeb patří domovy se zvláštním režimem (dále „DZR“) mezi nejnákladnější typy sociálních služeb. Péče o klienty v DZR vyžaduje ve srovnání s jinými sociálními službami vyšší počet odborně vyškolených pracovníků (zdravotní sestry, ošetřovatelé, pracovníci se specializací na péči o lidi s demencí či duševními onemocněními). Vzhledem k legislativním požadavkům na poměr personálu vůči počtu klientů jsou personální náklady v těchto zařízeních velmi vysoké. Náklady na péči zahrnují i vybavení přizpůsobené potřebám klientů (bezpečnostní prvky, specializovaná lůžka, pomůcky pro pohybovou asistenci a technologie na monitorování zdravotního stavu ad.). Moderní technologie (např. elektronické zdravotní záznamy nebo senzory na monitorování pohybu) zlepšují kvalitu péče, znamenají však další investice. DZR dále vyžadují specificky upravené prostory, které zajišťují bezpečnost a orientaci osob s kognitivními obtížemi (např. zámky a ochranné systémy, senzory a monitorovací zařízení ad.). Investice do těchto úprav zvyšují náklady na provoz i údržbu. S rostoucí poptávkou po službách DZR vzniká potřeba rozšiřovat kapacity těchto zařízení, což vyžaduje investice do nových lůžek a často i do výstavby nových objektů. Kapacitní tlak dále zvyšuje náklady na údržbu a administrativní řízení těchto zařízení. Domovy se zvláštním režimem často nabízejí služby jako fyzioterapie, ergoterapie, psychosociální podpora a různé aktivity, které přispívají ke zlepšení kvality života klientů. Tyto terapie a aktivity zvyšují komplexnost poskytovaných služeb, a tím i celkové náklady na péči.

7 Náklady vybraných zdravotních a sociálních služeb

7.1 Kritéria pro výběr datových souborů K18–K19

Náklady vybraných zdravotních služeb na sociálně-zdravotním pomezí

K18 Náklady vybraných zdravotních služeb s integrací sociálních prvků péče

Příjmy a výdaje vybraných sociálních služeb na sociálně-zdravotním pomezí

K19 Příjmy a výdaje vybraných pobytových a ambulantních sociálních služeb s vazbou na sociálně-zdravotní pomezí

7.2 Souhrnná zjištění K18–K19

Zdravotní služby na sociálně-zdravotním pomezí (K18)

- *Počet zařízení poskytovatelů zdravotních služeb* poskytujících výkony v odbornostech 913, 925 a 926 se mezi lety 2018–2023 stabilně zvyšoval, zejména v odbornosti 913. S tím souvisí personální kapacity a vytížení zdravotních sester – odbornost 925 vykazuje nejvyšší vytížení sester, což odráží vysoký počet pacientů v domácí péči.
- *Významné nárůsty nákladů:* Absolutní náklady na tento typ péče se ve všech sledovaných odbornostech mezi lety 2018–2022 výrazně zvýšily. Největší nárůst zaznamenala odbornost 926, což potvrzuje rostoucí význam domácí paliativní péče. I na úrovni nákladů na jednotlivého pacienta došlo k nárůstu, přičemž nejvýraznější růst byl zaznamenán v odbornosti 926. Významné meziroční nárůsty ukazují na stoupající potřebu a využívání těchto služeb.

Sociální služby na sociálně-zdravotním pomezí (K19)

- Celkové výdaje státu vč. municipalit na sociální služby v ČR konstantně rostou, což je v souvislosti se zvyšující se poptávkou po těchto službách v důsledku demografického vývoje. Nárůst nákladů za posledních 10 let (2013–2023) byl o 150 % (tempo růstu 11,5 %). Nejvyšší meziroční nárůst byl zaznamenán mezi lety 2017/2018 o necelých 15 % a mezi lety 2019/2020 o 14 %. Tento růst je patrný jak v pobytových, tak ambulantních službách.
- Sociální služby jsou primárně financovány z veřejných zdrojů, resp. dotace MPSV se na celkových nákladech podílí 33 %, úhrady klientů 18 % a příspěvek na péči necelých 17 %. Veřejné zdravotní pojištění se podílí 7,5 %. Podíl krajů se za 2023 snížil na úroveň roku 2020 (11,3 %) a podíl obcí je nejnižší za posledních 10 let (5,5 %).
- Data pro pobytové a ambulantní sociální služby na sociálně-zdravotním pomezí v období 2018–2023 poskytují podrobný přehled *vícezdrojového financování* zařízení na sociálně-zdravotním pomezí. Vyplyvá z nich, že domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem mají významnou část příjmů z úhrad od uživatelů za ubytování a stravování (v přímé souvislosti s jejich zaměřením). Zdravotní pojišťovny významně přispívají v souvislosti s poskytováním zdravotní péče zejména domovům pro seniory a domovům se zvláštním režimem. Denní stacionáře vykazují významný podíl příjmů z vlastní činnosti.
- Domovy pro seniory mají nejvyšší celkové výdaje následované domovy se zvláštním režimem. Tyto typy zařízení mají rovněž vysoké investiční výdaje. Většina sledovaných zařízení vykazuje mírně vyšší příjmy než výdaje, což by mohlo znamenat, že mají určitou rezervu na pokrytí neočekávaných nákladů nebo na další rozvoj. Odlišné je to u center denních služeb, která vykazují vyrovnané příjmy a výdaje. Na druhou stranu zařízení s vysokými provozními náklady, jako jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem, mohou pociťovat finanční napětí, pokud by nebyly dotovány stávajícími částkami od státu nebo z úhrad. Dary jsou důležitým zdrojem příjmů zejména pro odlehčovací služby a denní stacionáře. Nejvyšší absolutní částky darů jsou však zaznamenány u domovů pro seniory

a domovů se zvláštním režimem. Tento typ příjmu může naznačovat podporu veřejnosti a dárcovských organizací pro služby zaměřené na seniory a znevýhodněné skupiny.

- Z těchto dat je zřejmé, že i když je financování sociálních služeb vícezdrojové, celý systém je plně závislý na veřejných zdrojích. Soukromé a další zdroje se pohybují okolo 4 %, nicméně i zde jsou započítané výdaje státu na mimořádné dotace např. spojené s válkou na Ukrajině nebo v předchozích letech s epidemií COVID-19.
- V souvislosti s demografickými projekcemi a i již současnou nedostupností kapacit sociálních služeb lze očekávat okolo roku 2030 a následně 2050 výrazný tlak na zvýšení veřejných výdajů, na které není současný systém připravený.

7.3 Analýza dat

Náklady vybraných zdravotních služeb na sociálně-zdravotním pomezí

K18 Náklady vybraných zdravotních služeb s integrací sociálních prvků péče

Náklady vybraných zdravotních služeb s výkonem odborností 913, 925, 926

Jak uvedeno výše (viz tabulky č. 1 a 2), mezi lety 2018–2022 dochází v demografickém vývoji obyvatelstva ČR k významnému posunu průměrného věku obyvatelstva (z 42,3 v roce 2018 na 42,6 v roce 2022) i ke zvýšení populace seniorů ve věkové kategorii 65+ s průměrným ročním nárůstem o cca 30 000 ročně (index stáří 123,2 v roce 2018 a 126,1 v roce 2022 viz tamtéž). Z pohledu nákladů na zdravotní a sociální služby je tato věková kategorie nejvýznamnější.

Ve sledovaném období 2018–2022 je evidentní postupný a stabilní nárůst pacientů s potřebou péče s výkonem odborností 913, 925, 926. Zvyšující se počty těchto pacientů následně vyvíjejí tlak na kapacity a náklady zařízení poskytovatelů zdravotních služeb s výkonem těchto odborností. Nejvyšší nárůst ve sledovaném období zaznamenávají zařízení s výkonem odbornosti 913 (ošetřovatelská péče v sociálních službách), významný je i nárůst počtu zařízení s výkonem odbornosti 925 (domácí péče) a s tím spojené vyčerpání zdravotních sester v rámci jednotlivých odborností. Z povahy výkonu, typu a místa poskytování zdravotnické intervence vykazuje nejvyšší absolutní počet pacientů, nejvyšší průměrný počet pacientů na jedno zařízení i nejvyšší počet pacientů na odbornost i úvazek odbornost 925.

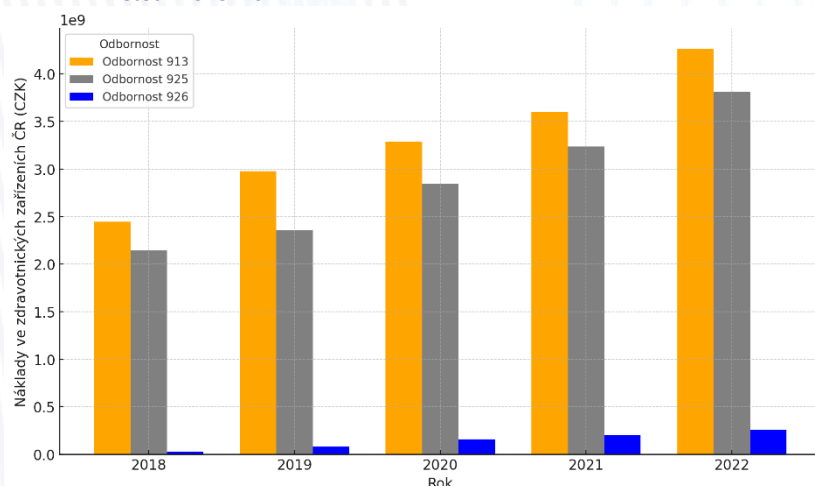
V letech 2018–2022 došlo k významným meziročním nárůstům nákladů v jednotlivých odbornostech. Vyrůstaly náklady jak v absolutním měřítku (vyjádřené nárůstem počtu klientů), tak také na klienta jako jednotku. Údaje v následujících tabulkách a grafu představují minimální (odhadovanou) úhradu na základě úhradové vyhlášky, přičemž platí, že jednotlivé finanční částky nelze vzájemně porovnávat v absolutních hodnotách, nýbrž spíše jako zachycení a porovnání vývoje (trendů) nákladů jednotlivých odborností v čase.

Tab. č. 46 Absolutní náklady na výkon odborností 913, 925, 926 v zařízeních poskytovatelů zdravotních služeb (ZPZS) v ČR v letech 2018–2022

Absolutní náklady na výkon odborností 913, 925, 926 v CZK ZPZS v ČR v letech 2018–2022					
Odbornost	2018	2019	2020	2021	2022
913	2 446 843 288	2 975 090 445	3 288 820 961	3 600 929 955	4 265 819 367
925	2 146 772 947	2 355 190 666	2 844 248 299	3 236 113 600	3 813 167 292
926	28 309 624	81 253 543	157 187 587	205 025 298	254 925 766
Celkem	4 621 925 859	5 411 534 654	6 290 256 847	7 042 068 853	8 333 912 425

Zdroj: ÚZIS

Graf č. 18 Absolutní náklady na výkon odborností 913, 925, 926 v zařízeních poskytovatelů zdravotních služeb v ČR v letech 2018–2022



Tab. č. 47 Náklady na výkon odborností 913, 925 a 926 na jednoho pacienta za rok v letech 2018–2022

Absolutní náklady na výkon odborností 913, 925, 926 v CZK na jednoho pacienta ročně v letech 2018–2022					
Odbornost	2018	2019	2020	2021	2022
913	36 687	42 949	47 945	51 651	57 451
925	14 975	16 021	18 806	21 039	23 703
926	22 702	29 344	35 260	38 366	39 493

Zdroj: ÚZIS

Tab. č. 48 Náklady na výkon odborností 913, 925, 926 v ČR v letech 2018–2022, procentuální meziroční nárůst

Odbornost	Náklady	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2018–2022
913	Absolutní náklady	21,59 %	10,55 %	9,49 %	18,46 %	74,34 %
	Náklady na pacienta	17,07 %	11,63 %	7,73 %	11,23 %	56,60 %
925	Absolutní náklady	9,71 %	20,77 %	13,78 %	17,83 %	77,62 %
	Náklady na pacienta	6,98 %	17,39 %	11,87 %	12,66 %	58,28 %
926	Absolutní náklady	187,02 %	93,45 %	30,43 %	24,34 %	800,49 %
	Náklady na pacienta	29,26 %	20,16 %	8,81 %	2,94 %	73,96 %

Zdroj: ÚZIS

Data potvrzují význam a důležitost odborností zdravotních služeb s integrovanými prvky sociální péče pro efektivní a komplexní péči o seniory a osoby s vážnými zdravotními problémy. Výkony odborností 913, 936, 926 i výkony spojené s návštěvní službou, indikací domácí péče, DUPV a telemedicíny umožňují pacientům setrvat v domácím a/nebo v komunitním prostředí, což zlepšuje kvalitu jejich života a snižuje náklady na akutní hospitalizace. Rostoucí poptávka po zdravotních službách s integrovanými sociálními prvky vyžaduje zvýšení finančních a personálních zdrojů. Tento trend bude pokračovat i do budoucna, což bude mít vliv na udržitelnost systému sociálně-zdravotní péče a zdůrazňuje potřebu dlouhodobého plánování.

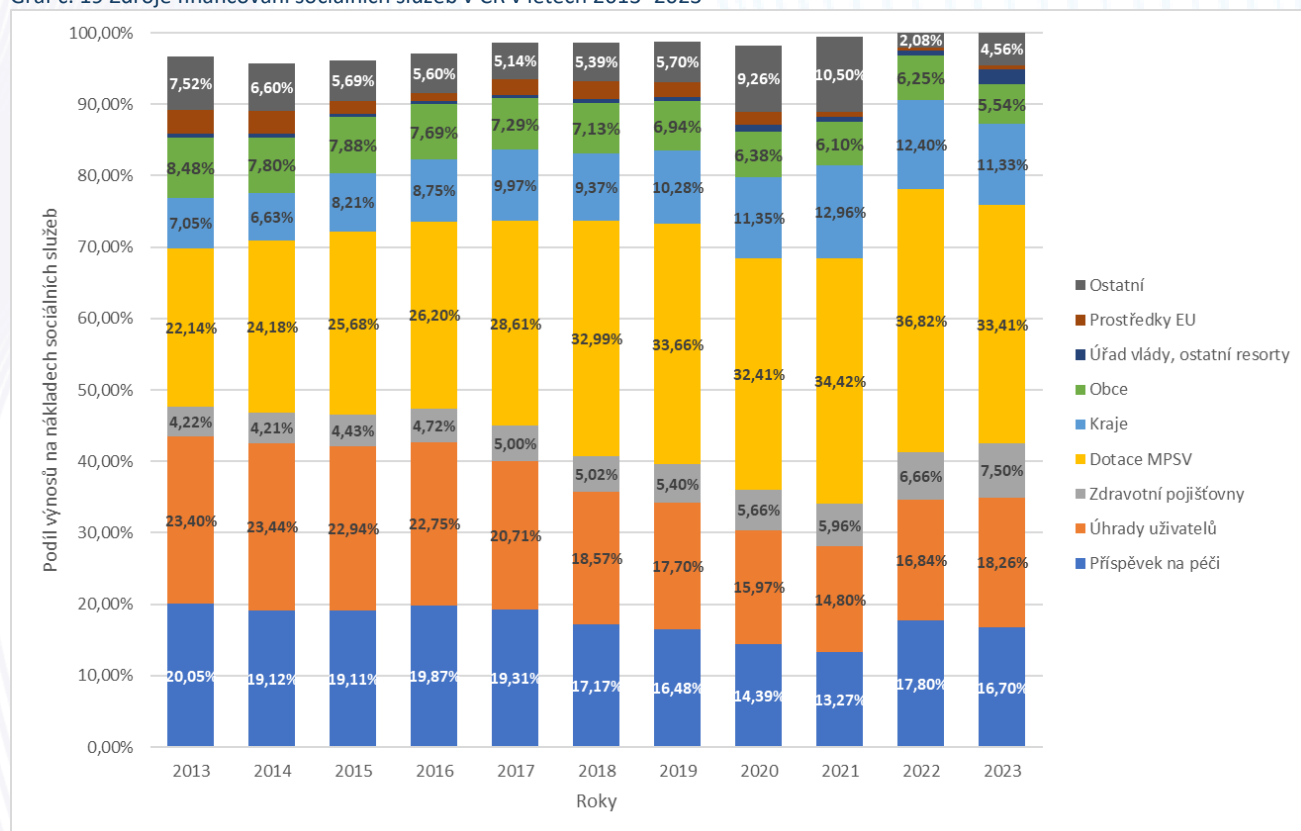
Příjmy a výdaje vybraných sociálních služeb na sociálně-zdravotním pomezí

K19 Příjmy a výdaje sociálních služeb na sociálně-zdravotním pomezí

Financování provozu registrovaných sociálních služeb v ČR je vícezdrojové a opírá se o tři hlavní zdroje. Prvním je státní rozpočet – MPSV poskytuje dotace na provoz služeb (přes 30 %), dále se na financování podílejí kraje (11 %) nebo obce (5,5 %).⁴⁸ Druhým významným zdrojem jsou úhrady klientů sociálních služeb (18 %), kteří přispívají na jimi užívané služby, např. úhrady za ubytování, stravu. Třetím nejvyšším zdrojem jsou příjmy z příspěvku na péči, ze kterého se hradí základní úkony péče (17 %). Zdravotní pojišťovny se podílejí na úhradách ošetrovatelské péče (7,5 %). Z níže uvedeného grafu lze vidět, jak se jednotlivé zdroje financování měnily v čase. Zajímavým trendem za posledních 10 let je snižování zdrojů ze strany obcí, snižování úhrad ze strany klientů, na úkor navyšování státní dotace ze strany MPSV. V praxi lze konstatovat, že financování sociálních služeb je zcela závislé na veřejných zdrojích, příspěvku na péči a úhradách ze starobních a invalidních důchodů. Oproti tomu prostředky ze strany Evropské unie se stávají stále marginálnějšími zdroji financování provozu sociálních služeb.

Přehled vícezdrojového financování je uveden v souhrnných tabulkách v závěru kapitoly.

Graf č. 19 Zdroje financování sociálních služeb v ČR v letech 2013–2023



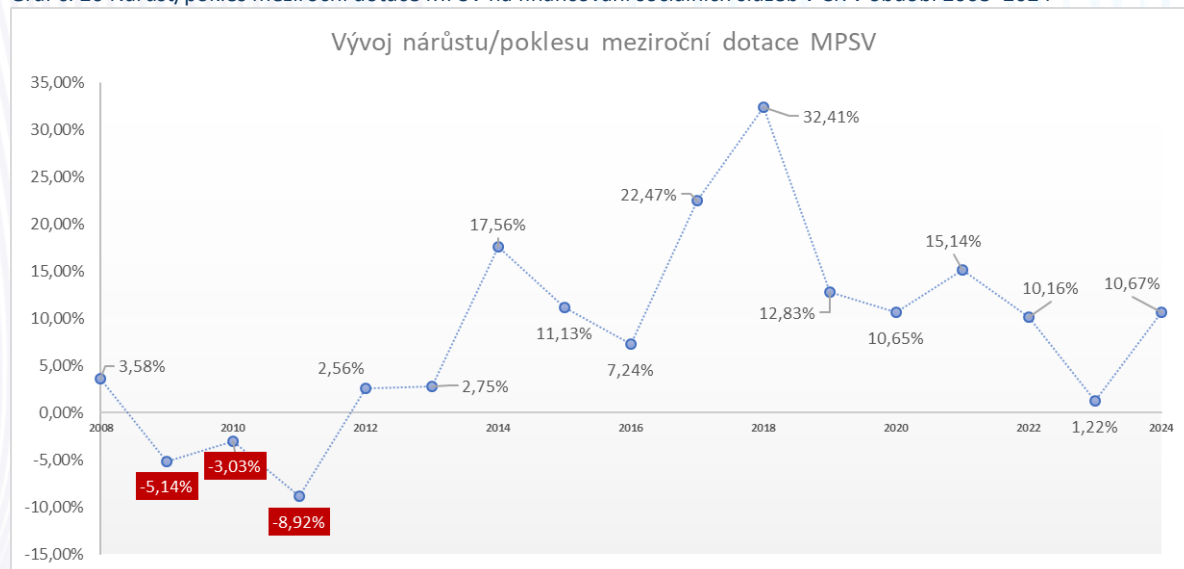
Zdroj: MPSV – výkaz OKPoskytovatel, 2024

Státní dotace MPSV je nenárokovou dotací, která je rozdělena do dvou hlavních nástrojů. Prvním je dotace, která je poskytována krajům dle směrného čísla. Tuto dotaci pak kraje přerozdělují v samostatné působnosti (od roku 2014) jednotlivým sociálním službám. Druhý transfer je dotace,

⁴⁸ Viz financování sociálních služeb v ČR, Zákon o sociálních službách, část šestá a související právní předpisy

kterou přiděluje samo MPSV sociálním službám s celostátní nebo nadregionální působností. Vývoj dotace pohledu jednotlivých zdrojů (viz předchozí graf) zaujímá nejdůležitější zdroj financování sociálních služeb, nicméně výše této dotace je závislá na politickém rozhodnutí. Vývoj státní dotace v meziročním srovnání pak ukazuje na značné výkyvy.

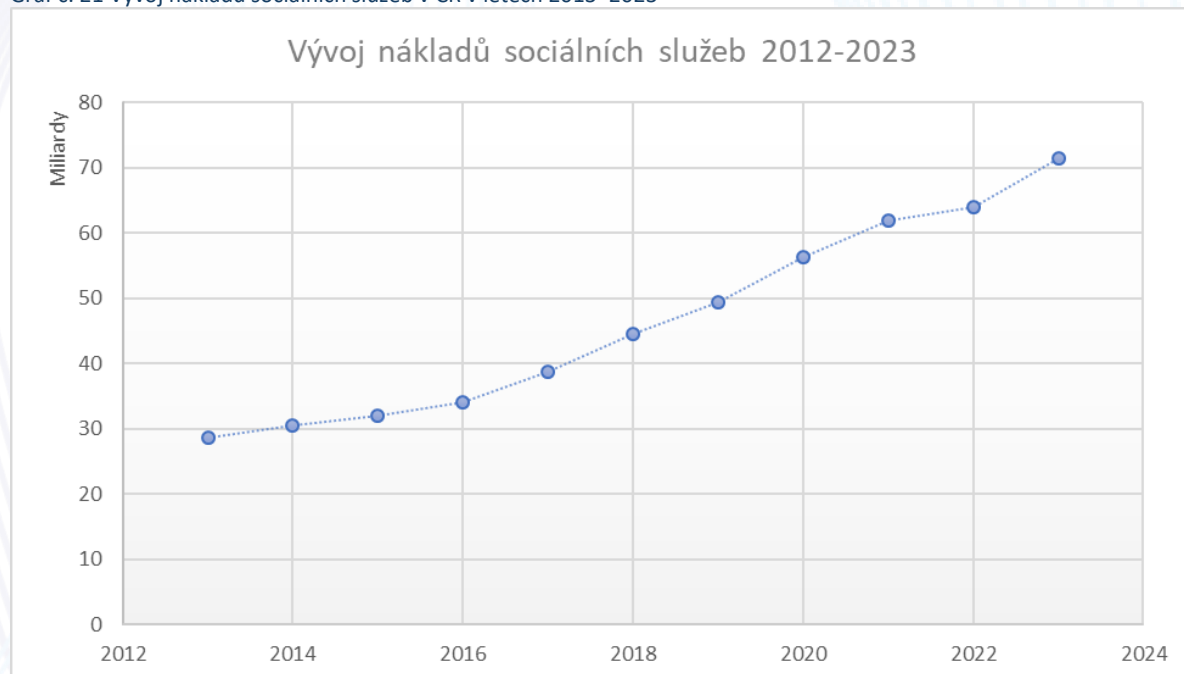
Graf č. 20 Nárůst/pokles meziroční dotace MPSV na financování sociálních služeb v ČR v období 2008–2024



Zdroj: MPSV, 2024

Nejvyšším nákladem sociálních služeb jsou mzdové a platové náklady, které přesahují 70 %. Díky tomu se pak jakékoliv navýšení platů projeví v růstu celkových nákladů. Z hlediska růstu státní dotace od roku 2007 vzrostla dotace o necelých 267 % a tempo růstu je 13,4 %.

Graf č. 21 Vývoj nákladů sociálních služeb v ČR v letech 2013–2023

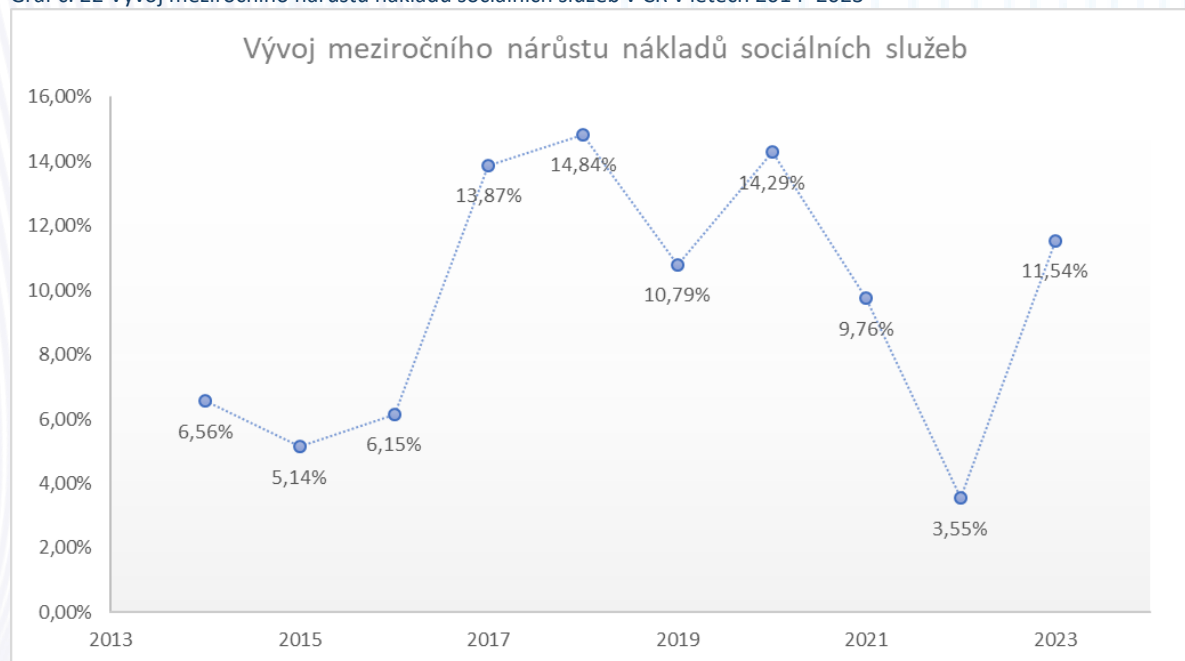


Zdroj: MPSV – výkaz OKPoskytovatel, 2024

Růst meziročních nákladů sociálních služeb lze spatřovat zejména v obdobích mezi lety 2017 až 2018, což bylo způsobeno primárně růstem platů v sociálních službách. Dopady epidemie COVID-19 lze

spatřovat v roce 2020, tedy na počátku epidemie. Následně pak náklady meziročně prudce klesly a v roce 2023 vidíme opět razantní nárůst.

Graf č. 22 Vývoj meziročního nárůstu nákladů sociálních služeb v ČR v letech 2014–2023



Zdroj: MPSV – výkaz OKPoskytovatel, 2024

Za rok 2023 činily celkové náklady sociálních služeb 71 194 876 962 Kč a výnosy 71 458 670 939 Kč. Rozdíl mezi náklady a výnosy tak přesáhl 263 mil. Kč.

Následující přehled příjmů a výdajů na vybrané typy sociálních služeb v ČR (pobytové a ambulantní) potvrzuje v letech 2018–2022 konstantně vzrůstající náklady (bez započítání nákladů na investice, obnovu majetku a dalších investičních nákladů). Ve všech údajích je zřetelný skokový meziroční zlom v roce 2020, který souvisí s nástupem a průběhem pandemie COVID-19.

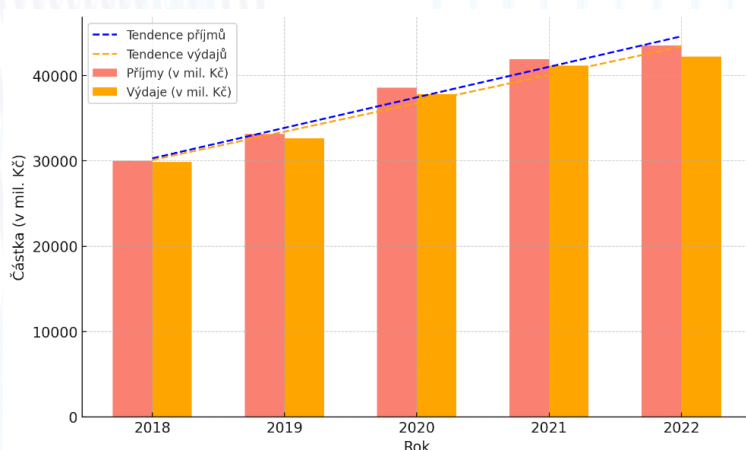
Tab. č. 49 Příjmy a výdaje v pobytových sociálních službách* v ČR v letech 2018–2022

Příjmy a výdaje v pobytových sociálních službách v ČR v letech 2018–2022		
Rok	Příjmy (v mil. Kč)	Výdaje (v mil. Kč)
2018	30 027,5	29 871,2
2019	33 176,9	32 647,4
2020	38 585,7	37 840,6
2021	41 919,5	41 187,8
2022	43 540,9	42 215,8

Zdroj: MPSV

*Týdenní stacionář, Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem, Domov pro osoby se zdravotním postižením. Uvedené druhy sociálních služeb se vztahují také ke grafu č. 23.

Graf č. 23 Vývoj příjmů a výdajů v pobytových sociálních službách v ČR v letech 2018–2022



Zdroj: MPSV

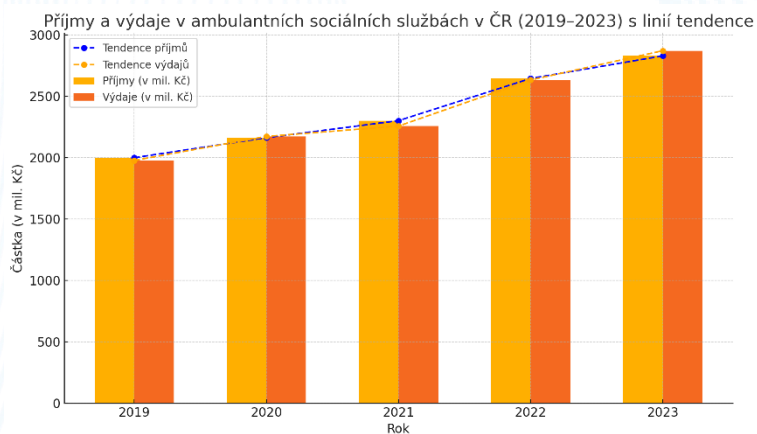
Tab. č. 50 Příjmy a výdaje v ambulantních sociálních službách* v ČR v letech 2018–2022

Příjmy a výdaje v ambulantních sociálních službách v ČR v letech 2019–2023		
Rok	Příjmy (v mil. Kč)	Výdaje (v mil. Kč)
2019	2000,3	1977,9
2020	2163,1	2173,5
2021	2302,1	2258,0
2022	2645,9	2633,2
2023	2829,8	2871,9

Zdroj: MPSV

*Centrum denních služeb, Denní stacionář, Sociální poradna. Uvedené druhy sociálních služeb se vztahují také ke grafu č. 24.

Graf č. 24 Vývoj příjmů a výdajů v ambulantních sociálních službách v ČR v letech 2019–2023



Zdroj: MPSV

Následující tabulky prezentují přehled příjmů a výdajů v kontextu vícezdrojového financování zařízení vybraných pobytových a ambulantních sociálních služeb na sociálně-zdravotním pomezí v ČR.

Z přehledů vyplývá, že domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem mají významnou část příjmů z úhrad od uživatelů za ubytování a stravování, což je logické vzhledem k jejich zaměření. Dotace od státu jsou hlavním zdrojem příjmů pro téměř všechna zařízení. Zdravotní pojišťovny významně přispívají v souvislosti s poskytováním zdravotní péče zejména domovům pro seniory a domovům se zvláštním režimem. Denní stacionáře vykazují významný podíl příjmů z vlastní činnosti.

Domovy pro seniory mají nejvyšší celkové výdaje, následované domovy se zvláštním režimem. Tyto typy zařízení mají rovněž vysoké investiční výdaje. Většina zařízení vykazuje mírně vyšší příjmy než výdaje, což by mohlo znamenat, že mají určitou rezervu na pokrytí neočekávaných nákladů nebo na další rozvoj. Příkladem jsou centra denních služeb, která vykazují vyrovnané příjmy a výdaje. Na druhou stranu zařízení s vysokými provozními náklady, jako jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem, mohou mít finanční napětí, pokud by nebyly dotovány tak vysokými částkami od státu nebo z úhrad. Dary jsou důležitým zdrojem příjmů zejména pro odlehčovací služby a denní stacionáře. Nejvyšší absolutní částky darů jsou však zaznamenány u domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Tento typ příjmu může naznačovat podporu veřejnosti a dárcovských organizací pro služby zaměřené na seniory a znevýhodněné skupiny.

Tab. č. 51 Přehled příjmů a výdajů v kontextu vícezdrojového financování zařízení poskytujících vybrané pobytové sociální služby na sociálně-zdravotním pomezí v ČR v letech 2018–2022

Rok	Typ zařízení	Příjmy (v mil. Kč)								Výdaje (v mil. Kč)			Dary (v mil. Kč)
		Celkem	Od uživatele z úhrad za poskytnuté ubytování a stravování	Dotace od státu	Dotace od zřizovatele	Z vlastní činnosti	Od zdravotních pojišťoven	Z úhrad za poskytovanou péči	Ostatní	Celkem	Neinvestiční	Investiční	
2018	Týdenní stacionáře	387,0	40,6	143,5	133,5	5,3	4,4	39,0	20,5	384,7	377,3	7,4	2,5
2018	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	6547,1	1175,3	2002,9	1589,8	53,9	338,3	1215,2	171,6	6332,8	6116,7	216,1	28,2
2018	Domovy pro seniory	14542,2	4133,0	3905,2	1911,5	194,4	919,3	3096,4	382,3	14551,1	14188,1	362,9	88,2
2018	Domovy se zvláštním režimem	8551,2	2264,4	1869,7	1141,8	182,8	980,7	1954,7	157,2	8602,6	8426,0	176,7	41,8
2019	Týdenní stacionáře	393,5	41,3	159,8	119,6	3,2	5,0	44,8	19,9	404,9	392,3	12,6	3,2
2019	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	7123,4	1239,1	2325,9	1699,8	66,2	383,1	1234,7	174,7	6948,2	6591,4	356,8	28,6
2019	Domovy pro seniory	15829,5	4319,2	4354,5	2203,2	189,2	1096,1	3145,0	522,3	15559,0	15095,0	464,0	61,3
2019	Domovy se zvláštním režimem	9830,5	2462,0	2191,8	1269,4	147,5	1152,1	2148,9	458,7	9735,3	9523,5	211,8	54,4
2020	Týdenní stacionáře	421,9	34,1	179,7	137,6	1,2	5,3	37,6	26,2	420,3	406,7	13,6	2,5
2020	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	8073,8	1275,2	2695,8	2060,7	65,7	470,3	1215,7	290,4	7737,4	7478,9	258,5	33,3
2020	Domovy pro seniory	18277,0	4430,5	5893,3	2412,4	225,3	1388,6	3148,2	778,7	18003,4	17517,0	486,4	107,9
2020	Domovy se zvláštním režimem	11813,0	2656,6	3196,2	1427,1	98,2	1476,5	2290,2	668,3	11679,5	11528,3	151,2	78,6
2021	Týdenní stacionáře	471,9	39,3	195,0	154,1	2,9	8,8	43,9	27,8	453,4	442,1	11,3	2,3
2021	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	8823,0	1295,2	3286,1	2175,7	77,3	548,7	1211,7	228,4	8777,9	8627,8	150,1	19,4
2021	Domovy pro seniory	19284,1	4258,7	6842,8	2488,3	191,4	1666,4	3077,8	758,8	18933,2	18532,4	392,9	70,0
2021	Domovy se zvláštním režimem	13340,5	2732,4	4057,9	1390,7	245,1	1713,2	2317,4	883,7	13023,3	12882,2	141,2	64,4
2022	Týdenní stacionáře	457,4	44,7	166,7	156,6	2,6	7,8	49,5	29,6	447,1	445,9	1,2	2,4
2022	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	9021,1	1437,7	2735,9	2063,4	261,3	534,9	1699,6	288,4	8672,9	8384,5	288,4	23,7
2022	Domovy pro seniory	20116,7	5069,8	5247,1	2307,6	205,9	1817,0	4508,8	960,5	19304,8	18805,3	499,5	92,9
2022	Domovy se zvláštním režimem	13945,7	3377,0	3158,6	1352,4	133,8	1729,1	3322,0	908,9	13790,9	13577,5	213,4	89,1

Zdroj: MPSV

Tab. č. 52 Přehled příjmů a výdajů v kontextu vícezdrojového financování zařízení poskytujících ambulantní sociální služby na sociálně-zdravotním pomezí v ČR v letech 2018–2022

Rok	Typ zařízení	Příjmy (v mil. Kč)									Výdaje (v mil. Kč)			Dary (v mil. Kč)
		Celkem	Od uživatelů z úhrad za poskytnuté ubytování a stravování	Dotace od státu	Dotace od zřizovatele	Z vlastní činnosti	Od zdravotních pojišťoven	Z úhrad za poskytnutou péči	Ostatní	Celkem	Neinvestiční	Investiční	Dary	
2018	Centra denních služeb	238,0	8,7	145,7	30,3	2,7	0,0	24,0	26,6	223,9	217,9	6,0	4,8	
2018	Denní stacionáře	953,5	43,3	497,8	200,6	10,3	5,4	99,9	96,2	956,8	933,3	23,5	16,3	
2018	Sociální poradny	808,8	2,5	504,5	94,7	6,4	1,2	0,5	198,9	797,3	789,4	7,9	14,5	
2019	Centra denních služeb	245,2	10,7	149,7	33,9	2,4	0,0	24,3	24,3	235,0	230,9	4,2	6,4	
2019	Denní stacionáře	1054,6	47,7	569,7	218,2	10,3	4,8	107,5	96,4	1069,6	1040,5	29,1	13,5	
2019	Sociální poradny	863,3	2,1	541,1	111,2	17,0	1,3	0,9	189,6	868,9	862,2	6,7	18,3	
2020	Centra denních služeb	259,6	10,1	171,2	31,0	2,5	0,0	14,3	30,5	253,2	251,9	1,3	5,5	
2020	Denní stacionáře	1089,1	30,8	627,3	243,6	6,4	3,4	78,4	99,2	1053,6	1018,5	35,1	15,0	
2020	Sociální poradny	953,4	1,3	651,1	103,9	7,0	1,3	1,3	187,5	951,2	945,3	5,9	13,4	
2021	Centra denních služeb	283,0	10,9	197,8	29,4	3,2	0,1	18,9	22,7	281,9	281,1	0,9	5,5	
2021	Denní stacionáře	1303,0	49,6	751,1	260,0	8,6	3,2	104,9	125,4	1278,4	1244,5	33,9	13,6	
2021	Sociální poradny	1059,9	1,0	758,3	96,6	12,4	2,2	1,9	187,4	1072,9	1065,2	7,7	17,3	
2022	Centra denních služeb	319,0	10,2	224,8	29,1	3,5	0,0	28,2	23,1	328,8	270,5	58,2	5,7	
2022	Denní stacionáře	1327,2	48,9	749,4	257,7	9,2	3,5	138,7	119,8	1359,3	1316,7	42,6	19,4	
2022	Sociální poradny	1183,6	1,4	834,5	103,8	27,1	3,3	2,7	210,8	1183,8	1156,7	27,2	23,3	

Zdroj: MPSV

Tab. č. 53 Přehled příjmů a výdajů v kontextu vícezdrojového financování zařízení poskytujících sociální služby na sociálně-zdravotním pomezí v ČR v roce 2023

Typ zařízení	Příjmy (v mil. Kč)								Výdaje (v mil. Kč)			Dary
	Celkem	Od uživatelů*	Dotace od státu	Dotace od zřizovatele	Z vlastní činnosti	Od zdrav. pojišťoven	Z úhrad za poskytnutou péči	Ostatní	Celkem	Neinvestiční	Investiční	
Centra denních služeb	334,2	16,1	227,6	27,5	4,7	0,0	29,5	28,7	323,6	313,4	10,2	4,7
Denní stacionáře	1 553,8	62,4	857,8	273,8	12,2	3,6	165,0	179,0	1 494,7	1 420,3	74,4	27,8
Týdenní stacionáře	485,9	54,2	192,1	142,6	2,3	8,0	50,5	36,2	504,3	497,1	7,2	9,6
Domovy pro osoby se ZP	9 468,5	1 656,2	3 085,0	2 065,4	76,6	621,0	1 726,1	238,2	9 511,1	9 277,7	233,4	23,2
Domovy pro seniory	21 948,9	5 972,6	5 910,6	2 192,6	175,0	2 243,4	4 662,5	792,1	21 811,4	21 238,6	572,8	64,9
Domovy se zvl. režimem	16 338,4	4 189,6	3 541,3	1 282,2	130,6	2 460,8	3 828,4	905,5	15 945,0	15 301,7	643,2	69,3

*z úhrad za poskytnuté ubytování a stravování Zdroj: MPSV, 2024 V 1-01 Roční výkaz o sociálních službách poskytovaných v zařízeních sociálních služeb

Seznam zkratek

KZSP	Krajský zdravotně-sociální plán
CDS	Centrum denních služeb
CDZ	Centrum duševního zdraví
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
DpS	Domov pro seniory
DZR	Domov se zvláštním režimem
EHIS	Evropské výběrové šetření o zdraví
IZSP	Integrovaná zdravotně-sociální péče
KRAPL	akronym pro KRAjské PLány
LPZ	List o prohlídce zemřelého
MKN-10	Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MSPP	mobilní specializovaná paliativní péče
MZ	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NAPAN	Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění
NAPDZ	Národní akční plán pro duševní zdraví
NAPPS	Národní akční plán prevence sebevražd 2020–2030
NRHZS	Národní registr hrazených zdravotních služeb
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
OZP	osoby se zdravotním postižením
OZSP	osoby s potřebou koordinované zdravotní a sociální péče
RPSS	Registr poskytovatelů sociálních služeb
SILC	Výběrové šetření příjmů a životních podmínek domácností
TS	Týdenní stacionář
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
ZPZS	zařízení poskytovatelů zdravotních služeb

Seznam tabulek, grafů a obrázků

Seznam tabulek v hlavním textu

Tabulka č.

- 1 Struktura obyvatel ČR dle věku v letech 2018–2022
- 2 Průměrný věk obyvatel ČR v roce 2018 a 2022
- 3 Nemocnost obyvatel ČR v roce 2022
- 4 Nemoci a chronické zdravotní potíže obyvatel ČR dle EHIS v letech 2014 a 2019
- 5 Subjektivní hodnocení zdraví, evidence chronického onemocnění a dlouhodobého omezení činností z pohledu obyvatel ČR
- 6 Počty hospitalizovaných pacientů na 1000 obyvatel v dané věkové skupiny v období 2018–2022
- 7 Hospitalizace z hlediska nejčastějších diagnóz rozdělených podle věkových skupin v letech 2018–2022
- 8 Dlouhodobé hospitalizace s vykázaným OD 05 v letech 2022 a 2023
- 9 Dlouhodobé hospitalizace s vykázaným OD 24 v letech 2022 a 2023
- 10 Počet následných lůžek u zařízení s převažujícím typem OD 05 a 24 v letech 2018–2023
- 11 Počty opakovaných hospitalizací pacientů v ČR dle věku v období 2018–2022
- 12 Počty rehospitalizací na 1000 obyvatel dle krajů ČR v letech 2018–2022
- 13 Počty jednodruhových opakovaných hospitalizací v ČR dle diagnostických skupin v období 2018–2022
- 14 Počty vícedruhových opakovaných hospitalizací v ČR dle diagnostických skupin v období 2018–2022
- 15 Optimální trajektorie pro všechna úmrtí v ČR podle let v období 2018–2023
- 16 Neoptimální trajektorie pro všechna úmrtí v ČR podle let v období 2018–2023
- 17 Počty osob s duševním onemocněním a poruchami chování pobírajících důchod v roce 2022
- 18 Osoby se zdravotním postižením v ČR v roce 2018
- 19 Počty osob pobírajících invalidní důchod dle diagnóz v letech 2018–2022
- 20 Počet osob pobírajících důchod v 2018–2022 dle stupně důchodu
- 21 Počet osob pobírajících invalidní důchod dle vybrané diagnózy a věku v roce 2022
- 22 Počty pacientů s vykázaným výkonem odborností 913, 925, 926 v ČR v letech 2018–2022
- 23 Počty zařízení poskytovatelů zdravotních služeb dle výkonu odborností 913, 925, 926 v ČR v letech 2018–2023
- 24 Průměrné počty návštěv a pacientů na úvazek zdravotní sestry v roce 2023 v jednotlivých odbornostech
- 25 Průměrný počet intervencí návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho praktického lékaře v ČR v letech 2018–2023
- 26 Průměrný počet intervencí návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho praktického lékaře pro děti a dorost v ČR v letech 2018–2023
- 27 Průměrný počet indikací domácí péče na jednoho praktického lékaře v ČR dle věkových kategorií v letech 2018–2023
- 28 Průměrný počet indikací domácí péče na jednoho praktického lékaře v krajích ČR v letech 2018–2023
- 29 Ukazatele sledování výkonů domácí umělé plicní ventilace pro účely mapování DUPV v ČR v letech 2018–2023
- 30 Poskytování domácí umělé plicní ventilace dle výkonů spadajících do komplexní DUPV v ČR v letech 2019–2023
- 31 Ukazatele sledování výkonů telemedicíny v ČR v letech 2018–2023
- 32 Počty vykázaných výkonů telemedicíny v ČR v letech 2018–2023

- 33 Počty vykázaných výkonů Distanční konzultace zdravotního stavu pacienta dle krajů ČR v roce 2022 s přepočtem na 1 tis. obyvatel (výkon 01305)
- 34 Počty vykázaných výkonů Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře s pacientem dle krajů ČR v letech 2018–2022 s přepočtem na 1 tis. obyvatel (výkon 09513)
- 35 Počty vykázaných výkonů Telefonická konzultace psychiatra nebo klinického psychologa dle krajů ČR v letech 2018–2022 s přepočtem na 1 tis. obyvatel (výkon 35050)
- 36 Počty vykázaných výkonů Telefonická konzultace sestry s pacientem dle krajů ČR v letech 2018–2022 s přepočtem na 1 tis. obyvatel (výkon 35820)
- 37 Kapacity sledovaných druhů sociálních služeb v analýze KRAPL – KA1 (2024)
- 38 Počet a kapacita služby Centrum denních služeb v ČR v roce 2024
- 39 Počet služeb Domov pro osoby se zdravotním postižením a kapacita lůžek v ČR v roce 2024
- 40 Počet služeb Týdenní stacionáře a kapacita lůžek v ČR v roce 2024
- 41 Počty odmítnutých žadatelů o sociální službu ze zákonem stanovených důvodů v ČR v letech 2018–2023
- 42 Počty zařízení poskytující pobytové sociální služby v ČR v letech 2018–2022
- 43 Kapacity zařízení pobytových sociálních služeb v ČR v letech 2018–2021
- 44 Počty a kapacity registrovaných odlehčovacích služeb dle formy poskytování služeb v krajích ČR k 17. 6. 2024
- 45 Personální kapacity ve vybraných sociálních službách v ČR v letech 2018–2022
- 46 Absolutní náklady na výkon odborností 913, 925, 926 v zařízeních poskytovatelů zdravotních služeb v ČR v letech 2018–2022
- 47 Náklady na výkon odborností 913, 925 a 926 na jednoho pacienta za rok v letech 2018–2022
- 48 Náklady na výkon odborností 913, 925, 926 v ČR v letech 2018–2022, procentuální meziroční nárůst
- 49 Příjmy a výdaje v pobytových sociálních službách v ČR v letech 2018–2022
- 50 Příjmy a výdaje v ambulantních sociálních službách v ČR v letech 2018–2022
- 51 Přehled příjmů a výdajů v kontextu vícezdrojového financování zařízení poskytujících vybrané pobytové sociální služby na sociálně-zdravotním pomezí v ČR v letech 2018–2022
- 52 Přehled příjmů a výdajů v kontextu vícezdrojového financování zařízení poskytujících ambulantní sociální služby na sociálně-zdravotním pomezí v ČR v letech 2018–2022
- 53 Přehled příjmů a výdajů v kontextu vícezdrojového financování zařízení poskytujících sociální služby na sociálně-zdravotním pomezí v ČR v roce 2023

Seznam tabulek v příloze

Tabulka s označením:

- A1 Absolutní počty rehospitalizací dle krajů ČR v letech 2018–2022
- A2 Počty rehospitalizací v přepočtu na 1000 obyvatel dle krajů ČR v letech 2018–2022
- B1 Průměrný počet návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho PL/PLDD – počty výkonů
- B2 Průměrný počet návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho PL – počty výkonů
- B3 Průměrný počet návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho PLDD – počty výkonů
- B4 Průměrný počet návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho PL/PLDD – počty osob
- B5 Průměrný počet návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho PL – počty osob
- B6 Průměrný počet návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho PLDD – počty osob
- C1 Průměrný počet indikací domácí péče na jednoho PL – počet výkonů
- C2 Průměrný počet indikací domácí péče na jednoho PL – počet osob
- D1 Počty provedení výkonu 02242 dle kraje pacienta v přepočtu na 1 tis. obyvatel v letech 2018–2022
- D2 Absolutní počty provedení výkonu 02242 dle kraje pacienta letech 2018–2023
- D3 Počty provedení výkonu 15122 podle kraje pacienta v přepočtu na 1 tis. obyvatel v letech 2018–2022

- D4 Absolutní počty provedení výkonu 15122 dle kraje v letech 2018–2023
- D5 Počty provedení výkonu 06336 v přepočtu na 1 tis. obyvatel v letech 2018–2022
- D6 Absolutní počty provedení výkonu 06336 dle kraje pacienta v letech 2018–2023
- D7 Počty provedení výkonu 06355 dle kraje pacienta v přepočtu na 1 tis. obyvatel v letech 2018–2022
- D8 Absolutní počty provedení výkonu 06355 dle kraje pacienta v letech 2018–2023
- E1 Distanční konzultace zdravotního stavu pacienta praktickým lékařem nebo praktickým lékařem pro děti a dorost dle kraje pacienta a věkových kategorií souhrnně za období 2018–2023, absolutní počty
- E2 Počty provedení výkonu „telefonická konzultace ošetřujícího lékaře s pacientem“ dle kraje pacienta a věkových kategorií souhrnně za období 2018–2023, absolutní počty
- E3 Počty provedení výkonu „Telefonická konzultace psychiatra nebo klinického psychologa s pacientem v jeho péči“ dle kraje pacienta a věkových kategorií souhrnně za období 2018–2023, absolutní počty
- E4 Počty provedení výkonu „Telefonická konzultace sestry v péči o pacienta“ dle kraje pacienta a věkových kategorií za období 2018–2023, absolutní počty

Seznam grafů

Graf č.

- 1 Podíl osob s chronickým onemocněním ve věkové kategorii 65+ v krajích ČR
- 2 Počty hospitalizovaných pacientů z hlediska nejčastěji se vyskytujících diagnóz v letech 2018–2022
- 3 Počty opakovaných hospitalizací pacientů v ČR dle věku v období 2018–2022
- 4 Počty pacientů v ambulantní psychiatrické péči v ČR v letech 2018–2020
- 5 Celkové počty pacientů s Alzheimerovou nemocí a jinými demencemi (2018–2022)
- 6 Podíl osob se zdravotním postižením z celkového počtu obyvatel ČR v roce 2018 podle věku a pohlaví
- 7 Čerpání příspěvku na péči podle věku, stupně závislosti a pohlaví v roce 2023
- 8 Počet osob pobírající invalidní důchod v letech 2014–2022 v členění na ženy a muže
- 9 Absolutní počty příjemců invalidních důchodů podle věku pro dvě nejčastější diagnostické skupiny v roce 2022
- 10 Počty zařízení poskytovatelů zdravotních služeb dle výkonu odborností 913, 925, 926 v ČR v letech 2018–2022
- 11 Průměrný počet intervencí návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho praktického lékaře v ČR v letech 2018–2023
- 12 Vývoj počtu výkonů DUPV podle kódů v letech 2019–2023
- 13 Druhy sociálních služeb v ČR v roce 2024
- 14 Formy sociálních služeb v ČR v roce 2024
- 15 Kapacity sociálních služeb v ČR v roce 2024 dle formy služby
- 16 Kapacity odlehčovacích služeb dle formy poskytování služeb v krajích ČR k 17.6.2024
- 17 Personální kapacity vybraných sociálních služeb v ČR (2018–2022)
- 18 Absolutní náklady na výkon odborností 913, 925, 926 v zařízeních poskytovatelů zdravotních služeb v ČR v letech 2018–2022
- 19 Zdroje financování sociálních služeb v ČR v letech 2013–2023
- 20 Nárůst/pokles meziroční dotace MPSV na financování sociálních služeb v ČR v období 2008–2024
- 21 Vývoj nákladů sociálních služeb v ČR v letech 2013–2023
- 22 Vývoj meziročního nárůstu nákladů sociálních služeb v ČR v letech 2014–2023
- 23 Vývoj příjmů a výdajů v pobytových sociálních službách v ČR v letech 2018–2022
- 24 Vývoj příjmů a výdajů v ambulantních sociálních službách v ČR v letech 2019–2022

Seznam obrázků

Obrázek č.

- 1 Počet registrovaných sociálních služeb v krajích ČR v roce 2024
- 2 Celkové kapacity sociálních služeb v ČR v roce 2024
- 3 Celkové kapacity terénních a sociálních služeb v ČR v roce 2024
- 4 Celkové kapacity služeb Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem v ČR v roce 2024
- 5 Neuspokojené žádosti o sociální službu v ČR v roce 2023

Seznam zdrojů

Ministerstvo zdravotnictví ČR	MZ
Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR	MPSV
Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR	ÚZIS
Český statistický úřad	ČSÚ

- Aliance Center duševního zdraví, 2023. *Výroční zpráva 2023*. Online. Dostupné z: https://www.acdz.cz/images/VZ_2023_ACDZ.pdf [cit.2024-10-30].
- Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců, 2019. *Standardy mobilní specializované paliativní péče*. Online. Dostupné z: https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Standardy_mobilni_paliativni_pece.pdf [cit.2024-10-30].
- ČSÚ. *Výběrové šetření příjmů a životních podmínek domácností (SILC)*. Dostupné z: https://csu.gov.cz/vykazy/vyberove_setreni_prijmu_a_zivotnich_podminek_domacnosti [cit.2024-10-30].
- ČSÚ. *Výběrové šetření osob se zdravotním postižením – 2018*. Online. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/vyberove-setreni-osob-se-zdravotnim-postizenim-2018> [cit.2024-10-30].
- Kolářová, Kateřina a kol. *Jinakost – postižení – kritika. Společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-7419-050-6.
- MPSV. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. Online. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/vyhledavani-v-rejstriku-poskytovatelu-socialnich-sluzeb> [cit.2024-10-30].
- MPSV. *OKslužby-poskytovatel*. Online. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/provoz-aplikace> [cit.2024-10-30].
- MPSV. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. Online. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/NSRSS.pdf/bca93363-6f0b-52ab-a178-4852b75dab6f> [cit.2024-10-30].
- MPSV 2005-2023. *Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí*. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci> [cit.2024-10-30].
- MPSV. *Struktura příjemců příspěvku na péči*. Online. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/vybrane-statisticke-udaje> [cit.2024-10-30].
- MZ. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. Online. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/> [cit.2024-10-30].
- MZ. Polymorbidita. *Rejstřík pojmů*. NZIP. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/5371> [cit.2023-12-26].
- MZ. *Mapa Center duševního zdraví a multidisciplinárních týmů nových služeb*. Online. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/> [cit.2024-10-30].
- MZ. Běžné denní činnosti. *Rejstřík pojmů*. Online. NZIP. [cit. 2024-02-28]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/4649> [cit.2023-12-26].
- MZ. *Seznam zdravotních výkonů*. Online. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/06349> [cit.2024-10-30].
- MZ. Projekt *Standardizace paliativní péče v České republice*. Online. Dostupné z: <https://projektovakancelar.mzcr.cz/aktualne/standardizace-paliativni-pece-v-ceske-republice> [cit.2024-10-30].
- MZ, MPSV. *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030 (NAPAN)*. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc-2020-2030/> [cit.2024-10-30].
- MZ, Národní ústav duševního zdraví. *Národní akční plán prevence sebevražd 2020-2030*. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/narodni-akcni-plan-prevence-sebevrazd-2020-2030/> [cit.2024-10-30].

- MZ, ÚZIS ČR. *Národní zdravotnický informační portál*. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/> [cit.2024-10-30].
- MZ. *Národní plán rozvoje geriatrické péče v České republice do roku 2035*.
- Národní ústav duševního zdraví. *NUDZ*. Online. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/> [cit.2024-10-30].
- OpenAI. 2024. *ChatGPT-4* [Large language model].
- Perplexity. 2024. *Perplexity Copilot* [AI vyhledávač].
- Rada seniorů ČR. *Krajské rady seniorů*. Online. Dostupné z: <https://www.rscr.cz> [cit.2024-10-30].
- Úřad vlády ČR, MZ. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 (NAPDZ)*. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/> [cit.2024-10-30].
- ÚZIS. *Národní zdravotnický informační systém*. Online. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=nzis> [cit.2024-10-30].
- ÚZIS. *Národní registr hrazených zdravotních služeb*. Online. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--narodni-registr-hrazenych-zdravotnich-sluzeb> [cit.2024-10-30].
- ÚZIS, 2023–2024. Data generovaná pro projekt MZ – *Podpora rozvoje integrované zdravotní a sociální péče / KRAPL*, doba realizace projektu 2023–2026.
- ÚZIS, Masarykova univerzita – Institut biostatistiky a analýz. *Národní portál psychiatrické péče*. Online. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/> [cit.2024-10-30].
- ÚZIS. *Národní registr hrazených zdravotních služeb*. Online. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--narodni-registr-hrazenych-zdravotnich-sluzeb> [cit.2024-10-30].
- ÚZIS, Masarykova univerzita – Institut biostatistiky a analýz. *Výběrová šetření o zdraví v ČR. EHIS 2008, 2014, 2019*. Dostupné z: <https://ehis.uzis.cz/index.php?pg=ehis-2019> [cit.2024-10-30].
- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. *Domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu*. Online. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna/domaci-paliativni-peco-o-pacienta-v-terminalnim-stavu> [cit.2024-10-30].
- Vyhláška č. 354/2017 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 108 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Příloha

Tab. A1 Absolutní počty rehospitalizací dle krajů ČR v letech 2018–2022

Kraj	2018	2019	2020	2021	2022
Hlavní město Praha	12 173	10 982	9 342	10 228	8 507
Středočeský kraj	16 084	14 426	12 215	12 838	11 487
Jihočeský kraj	8 538	7 496	6 180	6 660	5 701
Plzeňský kraj	6 466	5 637	5 052	5 333	4 469
Karlovarský kraj	4 183	3 616	3 112	3 302	2 641
Ústecký kraj	12 530	10 650	8 931	9 552	8 428
Liberecký kraj	5 079	4 608	4 025	4 331	3 847
Královéhradecký kraj	6 551	5 962	4 949	5 225	4 814
Pardubický kraj	6 449	5 707	4 574	4 949	4 438
Kraj Vysočina	6 754	5 954	4 644	5 037	4 522
Jihomoravský kraj	14 856	12 978	10 530	11 183	10 157
Olomoucký kraj	8 161	7 653	6 309	6 700	5 717
Zlínský kraj	8 339	7 178	5 836	6 269	5 498
Moravskoslezský kraj	17 551	15 558	12 243	13 519	11 887

Zdroj: ÚZIS

Tab. A2 Počty rehospitalizací v přepočtu na 1000 obyvatel dle krajů ČR v letech 2018–2022

Kraj	2018	2019	2020	2021	2022
Hlavní město Praha	9,30	8,29	7,00	8,02	6,27
Středočeský kraj	11,75	10,41	8,74	9,26	7,98
Jihočeský kraj	13,30	11,64	9,60	10,45	8,74
Plzeňský kraj	11,06	9,56	8,55	9,22	7,38
Karlovarský kraj	14,18	12,27	10,61	11,66	9,00
Ústecký kraj	15,27	12,97	10,93	11,96	10,38
Liberecký kraj	11,48	10,39	9,10	9,90	8,56
Královéhradecký kraj	11,89	10,81	8,99	9,63	8,67
Pardubický kraj	12,39	10,92	8,75	9,62	8,39
Kraj Vysočina	13,26	11,68	9,13	9,99	8,78
Jihomoravský kraj	12,51	10,89	8,81	9,44	8,34
Olomoucký kraj	12,90	12,11	10,01	10,76	9,05
Zlínský kraj	14,31	12,32	10,06	10,95	9,47
Moravskoslezský kraj	14,59	12,96	10,26	11,48	9,99

Zdroj: ÚZIS

Tab. B1

Průměrný počet návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho PL/PLDD – počty výkonů

Vykázání jednoho z výkonů (01150, 01160, 01170, 01180, 02200) na odbornost PL/PLDD (001,002)

Roky	Kraj														
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK	Celkem
2018	35,4	92,2	95,0	64,9	44,3	88,6	92,6	87,8	89,0	100,5	84,0	70,8	90,7	59,9	75,3
2019	33,4	96,9	122,8	65,1	46,5	79,9	93,2	86,9	94,1	93,8	91,4	69,2	102,0	61,8	77,7
2020	33,4	97,2	126,0	69,9	56,4	73,0	78,5	71,4	87,4	99,5	94,9	59,2	82,1	54,4	74,0
2021	36,9	96,7	142,7	83,0	77,0	82,8	90,5	65,3	102,9	145,6	97,0	69,7	74,8	54,6	80,4
2022	43,4	105,2	143,2	87,8	82,7	97,9	90,7	66,8	103,9	159,5	104,2	73,0	71,7	58,1	86,1
2023	59,3	114,1	135,6	93,2	104,3	107,8	98,6	67,3	107,7	162,7	118,1	74,8	70,1	64,3	94,1

Zdroj: ÚZIS

Tab. B2

Průměrný počet návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho PL – počty výkonů

Roky	Kraj														
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK	Celkem
2018	40,0	116,3	116,8	75,1	55,8	116,0	96,9	109,4	114,3	125,5	96,9	90,0	104,9	72,2	90,2
2019	38,1	124,0	154,4	76,6	59,5	104,3	96,9	109,1	122,3	118,1	108,1	88,6	121,8	75,9	94,4
2020	39,0	125,2	158,7	83,6	72,2	95,5	83,1	87,3	114,0	126,4	115,0	75,2	98,7	67,4	90,8
2021	43,9	124,4	181,8	101,7	100,1	110,5	100,9	80,9	138,0	193,5	119,4	90,2	90,0	68,0	100,2
2022	52,4	136,4	183,3	108,8	108,3	131,5	104,0	84,0	139,4	210,4	130,5	94,7	89,1	73,3	108,6
2023	73,2	150,2	174,6	116,9	138,5	145,8	115,8	85,8	145,0	213,5	149,8	97,2	88,7	82,0	120,2

Zdroj: ÚZIS

Tab. B3 **Průměrný počet návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho PLDD – počty výkonů**

Roky	Kraj														
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK	Celkem
2018	14,1	29,4	24,9	26,5	9,4	28,3	75,8	27,1	28,6	34,2	40,9	20,1	41,9	22,6	28,9
2019	11,8	26,4	21,5	22,8	7,8	26,5	78,4	24,1	27,9	29,7	36,2	18,5	35,0	19,2	26,2
2020	8,8	21,2	17,9	17,3	6,7	21,8	61,7	23,9	22,8	24,7	27,4	16,5	27,9	12,9	20,9
2021	7,0	17,3	13,3	14,1	4,6	19,4	53,2	17,3	18,0	21,5	23,4	13,0	25,5	10,8	17,5
2022	5,4	15,3	11,0	10,5	3,7	18,8	45,0	13,9	15,4	17,6	19,5	11,6	17,9	8,3	14,7
2023	4,2	10,8	7,6	8,4	3,6	15,8	41,7	10,0	12,5	15,2	14,9	10,2	14,2	6,6	11,8

Zdroj: ÚZIS

Tab. B4 **Průměrný počet návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho PL/PLDD – počty osob**
Počty osob – osoby s vykazáním jednoho z výkonů (01150, 01160, 01170, 01180, 02200) na odbornost PL/PLDD (001,00)

Roky	Kraj														
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK	Celkem
2018	9,8	24,7	24,5	21,3	16,8	27,4	31,8	26,9	30,6	32,1	28,7	23,5	32,8	21,8	23,8
2019	9,1	22,7	24,9	20,3	16,8	26,2	30,2	25,7	29,9	30,4	27,5	21,7	30,7	20,3	22,5
2020	7,9	20,3	21,9	17,6	14,8	22,8	24,9	21,9	26,9	26,4	23,5	18,4	25,4	15,9	19,2
2021	8,1	19,0	21,2	17,8	14,5	21,2	23,9	18,9	26,0	26,4	21,4	16,6	23,4	15,5	18,1
2022	7,9	17,9	18,9	16,5	14,2	21,5	20,8	17,0	23,8	23,3	20,3	16,2	21,3	14,6	17,0
2023	7,7	15,9	17,1	16,0	14,7	20,0	19,6	16,2	20,9	20,7	18,3	15,4	19,0	13,6	15,7

Zdroj: ÚZIS

Tab. B5 Průměrný počet návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho PL – počty osob

Roky	Kraj														
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK	Celkem
2018	9,1	25,0	25,9	21,4	19,4	29,5	30,0	28,6	33,7	34,2	27,3	25,6	32,5	23,3	24,1
2019	8,7	23,1	27,2	20,9	20,0	28,7	29,0	27,6	33,1	32,9	26,7	23,7	31,0	22,2	23,1
2020	7,8	21,3	23,9	18,3	17,4	25,2	23,7	22,8	30,2	28,5	23,6	19,8	25,9	17,6	19,9
2021	8,5	20,5	24,0	19,3	17,7	23,9	23,9	20,6	30,5	29,7	22,0	18,4	24,2	17,6	19,4
2022	8,6	19,8	21,8	18,4	17,6	24,5	20,6	18,9	28,2	26,3	21,5	18,2	23,2	16,8	18,6
2023	8,7	18,2	20,3	18,4	18,5	23,3	20,0	18,8	25,1	23,4	20,0	17,6	21,2	16,0	17,7

Zdroj: ÚZIS

Tab. B6 Průměrný počet návštěvní služby praktickým lékařem na jednoho PLDD – počty osob

Roky	Kraj														
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK	Celkem
2018	12,2	23,6	19,9	20,9	8,9	22,5	35,5	22,2	22,8	26,4	32,5	17,4	33,1	17,0	22,2
2019	10,3	21,6	17,1	17,9	7,1	20,5	32,3	20,4	22,2	23,6	29,1	16,1	29,1	14,5	20,1
2020	7,8	17,3	15,0	14,6	6,2	17,1	27,1	19,0	18,6	20,5	22,3	14,2	23,1	10,4	16,4
2021	6,2	14,4	11,4	12,2	4,4	14,9	22,4	13,9	15,1	17,9	18,9	11,4	20,5	8,6	13,7
2022	4,9	12,2	9,5	9,4	3,6	14,0	20,1	11,2	12,8	14,6	16,0	10,1	15,0	7,3	11,6
2023	3,8	9,3	6,8	7,5	3,5	11,8	17,6	8,0	10,0	12,9	12,2	9,0	12,1	5,9	9,3

Zdroj: ÚZIS

Tab. C1

Průměrný počet indikací domácí péče na jednoho PL – počet výkonů

Vykázání jednoho z výkonů na odbornost domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu (926) nebo výkonu 06349 na odbornosti sestra domácí zdravotní péče (925), kde je uvedena jako žádající odbornost PL (001)

Roky	Kraj														
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK	Celkem
2018	1,0	3,3	3,4	0,6	3,2	5,2	2,3	3,4	7,9	14,1	7,6	5,4	1,9	2,4	4,3
2019	2,2	4,5	3,4	1,8	6,5	5,7	6,5	3,4	5,0	11,8	9,9	4,6	2,9	2,1	4,9
2020	5,1	9,4	5,2	4,3	3,1	7,5	6,3	6,8	13,6	8,9	10,1	5,9	5,8	2,1	7,0
2021	4,5	9,4	2,7	5,0	1,7	4,8	5,2	6,3	12,2	10,0	10,0	7,6	3,0	2,2	6,3
2022	1,9	9,6	2,0	5,2	2,1	6,1	4,2	20,5	14,3	9,2	8,8	6,0	3,4	1,9	6,4
2023	2,0	6,1	0,7	5,5	3,5	5,1	3,7	4,1	8,9	5,5	11,7	5,6	1,7	0,9	4,7

Zdroj: ÚZIS

Tab. C2

Průměrný počet indikací domácí péče na jednoho PL – počet osob

Roky	Kraj														
	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK	Celkem
2018	0,1	0,2	0,2	0,1	0,3	0,3	0,1	0,3	0,7	0,7	0,6	0,3	0,2	0,2	0,3
2019	0,1	0,3	0,3	0,1	0,3	0,3	0,2	0,3	0,5	0,8	0,6	0,4	0,3	0,2	0,3
2020	0,2	0,5	0,4	0,1	0,2	0,3	0,2	0,3	0,8	0,5	0,6	0,5	0,4	0,2	0,4
2021	0,2	0,5	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4	0,8	0,5	0,6	0,4	0,2	0,2	0,4
2022	0,1	0,4	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,4	0,8	0,4	0,6	0,3	0,2	0,2	0,3
2023	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,6	0,3	0,6	0,4	0,1	0,1	0,3

Zdroj: ÚZIS

Tab. D1 **Počty provedení výkonu 02242 dle kraje pacienta v přepočtu na 1 tis. obyvatel v letech 2018–2022**

Kraj	2018	2019	2020	2021	2022
Karlovarský kraj	0,0000	0,0000	0,0034	0,0000	0,0000
Pardubický kraj	0,0000	0,0000	0,0746	0,1050	0,0775
Kraj Vysočina	0,0000	0,0020	0,2260	0,1448	0,0758
Jihočeský kraj	0,0000	0,0000	0,1336	0,0675	0,0429
Olomoucký kraj	0,0000	0,0063	0,0206	0,0032	0,0158
Jihomoravský kraj	0,0000	0,0000	0,0059	0,0093	0,0115
Zlínský kraj	0,0000	0,0069	0,0431	0,0052	0,0052
Moravskoslezský kraj	0,0000	0,0017	0,0050	0,0051	0,0025
Plzeňský kraj	0,0000	0,0000	0,0017	0,0052	0,0000
Královéhradecký kraj	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0018
Hlavní město Praha	0,0000	0,0000	0,0000	0,0031	0,0022
Středočeský kraj	0,0000	0,0007	0,0014	0,0007	0,0021
Ústecký kraj	0,0000	0,0000	0,0012	0,0000	0,0000
Liberecký kraj	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

Zdroj: NRHZS, ČSÚ

Tab. D2 **Absolutní počty provedení výkonu 02242 dle kraje pacienta letech 2018–2023**

Kraj	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Karlovarský kraj	0	0	1	0	0	759
Pardubický kraj	0	0	39	54	41	76
Kraj Vysočina	0	1	115	73	39	64
Jihočeský kraj	0	0	86	43	28	31
Olomoucký kraj	0	4	13	2	10	9
Jihomoravský kraj	0	0	7	11	14	6
Zlínský kraj	0	4	25	3	3	6
Moravskoslezský kraj	0	2	6	6	3	2
Plzeňský kraj	0	0	1	3	0	1
Královéhradecký kraj	0	0	0	0	1	1
Hlavní město Praha	0	0	0	4	3	0
Středočeský kraj	0	1	2	1	3	0
Ústecký kraj	0	0	1	0	0	0
Liberecký kraj	0	0	0	0	0	0

Zdroj: NRHZS

Tab. D3 **Počty provedení výkonu 15122 dle kraje pacienta v přepočtu na 1 tis. obyvatel v letech 2018–2022**

Kraj	2018	2019	2020	2021	2022
Liberecký kraj	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Moravskoslezský kraj	0,0000	0,0050	0,0008	0,0017	0,0000
Olomoucký kraj	0,0000	0,0032	0,0016	0,0000	0,0016
Zlínský kraj	0,0000	0,0120	0,0034	0,0017	0,0000
Hlavní město Praha	0,0000	0,0000	0,0007	0,0000	0,0000
Středočeský kraj	0,0000	0,0014	0,0007	0,0007	0,0000
Jihočeský kraj	0,0000	0,0000	0,0016	0,0000	0,0000
Plzeňský kraj	0,0000	0,0034	0,0017	0,0000	0,0000
Karlovarský kraj	0,0000	0,0034	0,0000	0,0000	0,0000
Ústecký kraj	0,0000	0,0012	0,0012	0,0000	0,0000
Královéhradecký kraj	0,0000	0,0036	0,0000	0,0000	0,0000
Pardubický kraj	0,0000	0,0038	0,0000	0,0000	0,0000
Kraj Vysočina	0,0000	0,0039	0,0020	0,0000	0,0019
Jihomoravský kraj	0,0000	0,0017	0,0017	0,0008	0,0000

Zdroj: NRHZS, ČSÚ

Tab. D4 **Absolutní počty provedení výkonu 15122 dle kraje pacienta v letech 2018–2023**

Kraj	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Liberecký kraj	0	0	0	0	0	2
Moravskoslezský kraj	0	6	1	2	0	2
Olomoucký kraj	0	2	1	0	1	1
Zlínský kraj	0	7	2	1	0	1
Hlavní město Praha	0	0	1	0	0	0
Středočeský kraj	0	2	1	1	0	0
Jihočeský kraj	0	0	1	0	0	0
Plzeňský kraj	0	2	1	0	0	0
Karlovarský kraj	0	1	0	0	0	0
Ústecký kraj	0	1	1	0	0	0
Královéhradecký kraj	0	2	0	0	0	0
Pardubický kraj	0	2	0	0	0	0
Kraj Vysočina	0	2	1	0	1	0
Jihomoravský kraj	0	2	2	1	0	0

Zdroj: NRHZS

Tab. D5 **Počty provedení výkonu 06336 v přepočtu na 1 tis. obyvatel v letech 2018–2022**

Kraj	2018	2019	2020	2021	2022
Moravskoslezský kraj	0,0000	0,0000	1,2441	1,6197	2,5738
Hlavní město Praha	0,0000	0,0944	1,1430	2,0260	1,6157
Plzeňský kraj	0,0000	0,2102	2,1792	2,3259	2,5868
Zlínský kraj	0,0000	0,0000	1,2566	1,0272	1,0163
Středočeský kraj	0,0000	0,0946	1,1946	1,1025	0,8240
Jihomoravský kraj	0,0000	0,0067	0,2828	0,0971	0,4206
Kraj Vysočina	0,0000	0,1765	2,6373	1,4166	1,8377
Karlovarský kraj	0,0000	0,0339	0,3443	0,3319	0,5109
Olomoucký kraj	0,0000	0,0000	0,1808	0,4848	0,3957
Jihočeský kraj	0,0000	0,1071	0,5423	0,3516	0,2667
Liberecký kraj	0,0000	0,0090	0,6351	0,0297	0,0935
Královéhradecký kraj	0,0000	0,0000	0,0944	0,0958	0,1063
Ústecký kraj	0,0000	0,0378	0,4480	0,4869	0,5109
Pardubický kraj	0,0000	0,0593	0,6541	0,4412	0,0151

Zdroj: NRHZS, ČSÚ

Tab. D6 **Absolutní počty provedení výkonu 06336 dle kraje pacienta v letech 2018–2023**

Kraj	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Moravskoslezský kraj	0	0	1484	1908	3062	3113
Hlavní město Praha	0	125	1526	2584	2193	2563
Plzeňský kraj	0	124	1288	1346	1566	1635
Zlínský kraj	0	0	729	588	590	1163
Středočeský kraj	0	131	1670	1529	1186	1160
Jihomoravský kraj	0	8	338	115	512	802
Kraj Vysočina	0	90	1342	714	946	401
Karlovarský kraj	0	10	101	94	150	147
Olomoucký kraj	0	0	114	302	250	122
Jihočeský kraj	0	69	349	224	174	91
Liberecký kraj	0	4	281	13	42	66
Královéhradecký kraj	0	0	52	52	59	48
Ústecký kraj	0	31	366	389	415	17
Pardubický kraj	0	31	342	227	8	9

Zdroj: NRHZS

Tab. D7 **Počty provedení výkonu 06355 dle kraje pacienta v přepočtu na 1 tis. obyvatel v letech 2018–2022**

Kraj	2018	2019	2020	2021	2022
Zlínský kraj	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,3876
Jihomoravský kraj	0,0000	0,0008	0,0000	0,0008	0,0444
Liberecký kraj	0,0000	0,0023	0,0181	0,0046	0,0089
Středočeský kraj	0,0000	0,0029	0,0014	0,0014	0,0021
Kraj Vysočina	0,0000	0,0059	0,0039	0,0060	0,0058
Ústecký kraj	0,0000	0,0012	0,0000	0,0000	0,0012
Plzeňský kraj	0,0000	0,0068	0,0000	0,0017	0,0017
Jihočeský kraj	0,0000	0,0093	0,0031	0,0000	0,0015
Pardubický kraj	0,0000	0,0019	0,0000	0,0000	0,0019
Moravskoslezský kraj	0,0000	0,0000	0,0017	0,0000	0,0008
Hlavní město Praha	0,0000	0,0030	0,0015	0,0008	0,0000
Královéhradecký kraj	0,0000	0,0000	0,0018	0,0018	0,0000
Olomoucký kraj	0,0000	0,0000	0,0016	0,0000	0,0000
Karlovarský kraj	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

Zdroj: NRHZS, ČSÚ

Tab. D8 **Absolutní počty provedení výkonu 06355 dle kraje pacienta v letech 2018–2023**

Kraj	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Zlínský kraj	0	0	0	0	225	9
Jihomoravský kraj	0	1	0	1	54	0
Liberecký kraj	0	1	8	2	4	2
Středočeský kraj	0	4	2	2	3	2
Kraj Vysočina	0	3	2	3	3	2
Ústecký kraj	0	1	0	0	1	2
Plzeňský kraj	0	4	0	1	1	1
Jihočeský kraj	0	6	2	0	1	0
Pardubický kraj	0	1	0	0	1	0
Moravskoslezský kraj	0	0	2	0	1	0
Hlavní město Praha	0	4	2	1	0	4
Královéhradecký kraj	0	0	1	1	0	1
Olomoucký kraj	0	0	1	0	0	1
Karlovarský kraj	0	0	0	0	0	0

Zdroj: NRHZS

Tab. E1

Distanční konzultace zdravotního stavu pacienta praktickým lékařem nebo praktickým lékařem pro děti a dorost dle kraje pacienta a věkových kategorií souhrnně za období 2018–2023, absolutní počty

Kraj	Věk pacienta																		
	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
Hlavní město Praha	41 503	30 584	12 549	7 978	11 626	28 005	27 698	27 906	27 859	22 958	23 309	19 176	18 906	18 974	18 554	10 595	6 548	3 318	936
Středočeský kraj	40 898	33 820	14 395	9 482	11 492	18 095	19 928	23 047	27 053	23 539	23 193	18 488	18 229	18 498	16 218	8 838	4 951	2 218	537
Jihočeský kraj	17 850	14 948	6 727	5 143	5 690	8 517	8 389	9 471	11 830	11 065	11 382	9 204	8 451	8 366	7 090	4 539	2 805	1 358	277
Plzeňský kraj	11 359	10 914	4 532	2 881	4 408	6 611	7 103	7 667	8 574	7 843	7 768	6 037	5 386	5 292	4 295	2 703	1 632	699	164
Karlovarský kraj	5 744	4 685	2 085	1 462	1 897	2 226	2 260	2 453	2 937	2 588	2 407	1 847	1 600	1 565	1 203	734	392	180	51
Ústecký kraj	18 166	15 622	8 105	5 561	7 604	9 666	10 059	10 729	13 845	12 755	12 373	9 081	8 844	8 922	6 634	4 005	1 963	842	169
Liberecký kraj	10 202	8 810	3 643	2 639	4 999	6 799	7 063	7 920	10 630	9 213	8 204	6 706	6 580	7 466	6 314	3 602	2 229	964	222
Královéhradecký	11 635	10 253	4 573	3 599	5 697	7 460	7 109	8 407	10 400	9 436	8 951	6 908	6 115	6 130	5 206	3 532	2 014	1 113	245
Pardubický kraj	9 989	7 927	3 863	2 928	5 063	7 629	7 612	8 432	10 634	9 517	9 210	7 374	6 085	5 764	4 873	3 451	2 217	968	203
Kraj Vysočina	11 460	8 332	3 471	2 503	3 719	5 781	5 343	6 341	8 109	7 610	7 717	5 779	4 941	4 806	4 264	3 084	1 907	996	246
Jihomoravský kraj	29 559	22 888	9 207	5 694	7 507	13 947	13 733	14 645	16 570	14 491	14 927	12 478	12 110	11 168	9 592	6 342	3 330	1 709	409
Olomoucký kraj	12 418	10 465	4 424	3 077	4 622	7 189	7 313	7 925	9 570	8 444	8 662	7 034	6 032	6 307	5 066	3 547	2 160	987	150
Zlínský kraj	17 896	14 574	9 073	6 746	3 634	5 359	5 491	6 117	7 618	7 034	7 743	6 215	5 597	5 297	4 417	3 200	2 018	885	181
Moravskosl. kraj	31 245	23 260	11 172	7 579	7 499	12 061	11 733	12 571	15 717	15 327	15 976	12 730	10 531	11 141	8 977	6 608	3 679	1 858	405

Zdroj: ÚZIS

Tab. E2

Počty provedení výkonu „telefonická konzultace ošetřujícího lékaře s pacientem“ dle kraje pacienta a věkových kategorií souhrnně za období 2018–2023, absolutní počty

Kraj	Věk pacienta																			
	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
Hlavní město Praha	102	127	88	123	148	256	373	387	401	400	317	305	298	383	440	404	228	126	50	9 360
Středočeský kraj	82	115	87	148	159	200	265	299	356	384	298	267	260	332	359	286	153	75	24	3 459
Jihočeský kraj	23	28	24	50	62	78	90	93	110	123	99	92	96	116	118	93	51	27	8 875	1 653
Plzeňský kraj	24	24	21	42	56	69	83	89	106	124	101	102	109	141	148	122	67	32	10	1 433
Karlovarský kraj	6 768	10	7 966	13	16	21	23	23	27	34	30	30	29	34	36	26	14	6 883	2 091	389
Ústecký kraj	21	27	28	54	56	68	76	75	88	103	86	80	76	97	107	82	44	19	7 196	1 416
Liberecký kraj	10	14	11	25	31	38	44	44	50	57	42	39	39	52	61	49	26	13	4 196	512
Královéhradecký kraj	16	19	19	43	49	55	60	58	68	80	64	60	62	83	95	84	49	26	9 753	1 537
Pardubický kraj	17	24	19	33	39	50	56	53	63	72	60	56	58	75	81	67	41	22	7 283	1 009
Kraj Vysočina	20	21	18	32	43	57	63	61	70	78	66	64	66	76	80	67	40	23	8 753	1 467
Jihomoravský kraj	59	76	64	97	109	160	208	209	225	243	195	189	192	233	245	215	129	65	23	3 879
Olomoucký kraj	29	36	27	60	75	91	105	108	128	141	111	102	105	122	123	100	59	30	11	1 810
Zlínský kraj	18	15	13	30	42	58	67	65	72	84	74	75	80	98	102	84	53	29	9 777	1 589
Moravskoslezský kraj	47	54	52	109	143	183	211	209	237	285	251	251	255	301	317	259	158	69	21	3 121

Zdroj: ÚZIS

Tab. E3

Počty provedení výkonu „Telefonická konzultace psychiatra nebo klinického psychologa s pacientem v jeho péči“ dle kraje pacienta a věkových kategorií souhrnně za období 2018–2023, absolutní počty

Kraj	Věk pacienta																			
	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
Hlavní město Praha	996	7 370	12	23	22	27	36	43	53	54	41	39	29	29	27	24	15	11	6 156	1 682
Středočeský kraj	696	6 862	12	19	15	16	19	24	34	35	27	27	20	19	17	15	10	7 218	3 137	697
Jihočeský kraj	289	2 985	5 154	6 913	5 245	5 150	6 310	6 524	9 252	10	8 876	8 555	7 506	6 465	5 440	4 991	3 156	2 111	907	145
Plzeňský kraj	733	8 101	17	20	9 077	7 043	8 497	9 910	11	12	11	9 636	7 675	7 699	6 301	5 737	4 009	2 312	855	104
Karlovarský kraj	102	805	1 398	2 527	3 834	3 764	4 005	5 831	6 706	6 661	6 811	5 486	4 676	3 455	2 849	2 198	1 489	806	231	34
Ústecký kraj	394	4 062	8 079	8 847	6 710	6 818	8 286	9 942	13	15	12	13	10	8 900	8 192	6 455	4 482	2 854	1 167	216
Liberecký kraj	61	677	1 963	3 075	2 703	2 398	3 202	3 869	4 148	4 516	3 913	3 534	2 557	2 144	1 954	1 644	1 106	687	245	41
Královéhradecký kraj	425	3 623	6 436	7 946	4 904	5 085	6 174	7 265	10	9 379	7 715	7 716	7 326	6 275	5 584	4 747	3 345	2 462	1 260	256
Pardubický kraj	242	2 080	4 402	5 963	3 635	4 112	4 661	4 945	6 940	7 210	5 704	5 974	5 088	4 887	4 343	3 953	2 988	2 045	996	144
Kraj Vysočina	32	663	1 455	2 877	3 087	3 614	4 221	4 753	5 453	6 571	5 788	6 106	5 061	4 478	3 820	3 983	2 847	2 184	841	140
Jihomoravský kraj	552	3 726	7 051	10	10	13	16	17	22	25	21	20	18	16	14	12	9 498	5 702	3 055	662
Olomoucký kraj	418	4 319	8 369	9 375	5 366	5 979	6 752	8 905	10	11	9 768	10	8 765	7 871	7 511	7 154	5 037	3 143	1 344	199
Zlínský kraj	93	828	1 745	3 435	3 638	3 999	4 407	5 550	6 227	6 886	5 946	5 787	5 077	4 525	3 613	3 376	2 813	1 916	666	131
Moravskoslezský kraj	709	4 669	7 357	10	8 986	10	13	14	17	19	15	16	13	12	10	9 261	7 142	4 044	2 046	428

Zdroj: ÚZIS

Tab. E4

Počty provedení výkonu „Telefonická konzultace sestry v péči o pacienta“ dle kraje pacienta a věkových kategorií za období 2018–2023, absolutní počty

Kraj	Věk pacienta																			
	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
Hlavní město Praha	13	83	424	1 061	1 236	2 369	3 320	4 606	5 203	6 134	3 543	3 115	2 554	2 486	705	424	79	45	8	0
Středočeský kraj	68	124	559	912	953	787	1 238	1 176	1 864	2 865	882	625	1 083	812	521	97	32	25	7	0
Jihočeský kraj	0	0	17	406	551	498	567	458	781	1 252	1 237	696	281	277	48	105	15	8	0	0
Plzeňský kraj	2	3	8	258	1 091	1 368	1 151	1 298	1 241	1 842	1 277	1 425	874	501	155	170	70	22	4	0
Karlovarský kraj	0	0	1	64	568	827	779	1 566	1 489	1 171	1 043	557	324	420	242	93	2	7	0	0
Ústecký kraj	2	7	54	278	524	1 217	1 335	1 528	1 678	2 125	1 100	1 466	1 365	949	463	166	14	24	0	25
Liberecký kraj	0	2	27	95	59	80	46	250	87	42	46	10	14	80	27	2	1	0	0	0
Královéhradecký kraj	0	0	0	58	681	1 050	1 085	1 355	1 745	1 288	1 338	1 269	719	355	544	43	10	16	0	0
Pardubický kraj	2	0	0	96	687	500	776	825	683	1 108	815	1 079	528	353	84	155	7	9	0	0
Kraj Vysočina	0	0	2	170	501	597	1 046	973	1 057	1 165	458	387	334	188	90	16	4	2	0	0
Jihomoravský kraj	0	0	0	69	390	421	832	491	883	1 311	790	507	570	527	523	79	100	5	0	0
Olomoucký kraj	0	0	4	107	201	502	504	644	1 143	1 247	702	571	1 213	817	313	260	272	132	42	14
Zlínský kraj	0	0	0	84	394	587	603	1 131	815	548	922	863	792	478	269	82	28	21	2	0
Moravskoslezský kraj	0	0	10	830	2 008	1 863	2 984	2 299	2 784	3 148	2 090	2 288	888	778	171	50	59	0	0	0

Zdroj: ÚZIS