



Spolufinancováno
Evropskou unií



Ministerstvo
práce a sociálních věcí

Datové analýzy příspěvku na péči jako podklad pro zefektivnění administrativy

Mgr. Ing. Milena Bošková, Mgr. Benjamin Petruželka PhD.

16.4.2026 ve Zlíně

Nástroje efektivity sociálních služeb

Financováno z projektu Zpracování sociálních a zdravotních dat pro využití v praxi – SZ DATA, reg. číslo: CZ.03.02.02/00/22_004/0004598 z Operačního programu Zaměstnanost plus.



O projektu SZ DATA

Kontext a výzvy

Česká republika čelí demografickým změnám: **stárnutí populace**, proměna domácností, rostoucí nároky na péči.

Sociální a zdravotní služby jsou **úzce propojené**, ale dosud fungují odděleně.

Chybí **integrovaný přístup**, koordinace a sdílení dat mezi resorty.

Projekt SZ DATA (2024–2027) Společný projekt MPSV a MZ pro **výměnu, zpracování a sdílení dat**.

Vytvoření **meziresortního metodického centra**, pilotní analýzy (např. dlouhodobá péče, invalidita, paliativní péče).

Další cíle projektu

Vytvořit **moderní systém pro sledování a vyhodnocování dat** ze sociální a zdravotní oblasti.

Podpořit **strategické plánování, meziresortní spolupráci a efektivní rozhodování** na základě dat.

Realizace

Realizátor: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

Partner: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Období realizace: 1. 7. 2024 – 31. 12. 2027



Data jako základ systémové změny a nástroj zefektivnění administrativy

Propojení sociálního a zdravotního světa (SZ DATA)

Vize: Přejít od odhadů k **evidence-based politice** (rozhodování na základě důkazů, v našem případě na základě dat a datových výstupů - analýz).

Proč to děláme? Data nejsou jen statistika, jsou zdrojem pro pochopení reálných potřeb lidí v systému, zdroj pro efektivní řízení systému

Hlavní přínos tohoto příspěvku: Propojení dat o příspěvku na péči (PnP) a zdravotního stavu nám poprvé umožňuje vidět „celého člověka“, nikoliv jen klienta nebo pacienta (na následujících slidech uvidíme, co vše lze z dat vyčíst)



Jak na data a co dál s daty?

Doporučený princip: propojit datovou infrastrukturu projektů s každodenním řízením služeb, ne jen s reportingem.

1 | Co už projekty přinášejí

● Efektivizace

metriky efektivity,
indikátory kvality,
plánování a síťování
služeb

● SZ DATA

propojení sociálních a
zdravotních dat, sdílení
datových sad a
vizualizace

● Společný efekt

jednotnější pohled na
potřeby klientů, kapacity
a výsledky služeb

2 | Jak z dat udělat řízení



Jedna datová linka pro plánování, financování, dohled
i vyhodnocení dopadu.

3 doporučené piloty

- predikce potřeb v regionech
- dashboard kapacit a čekacích dob
- měření dopadu financování na výsledky klientů

3 | Praktický přínos pro MPSV

Lepší plánování

kapacit služeb, kde jsou
duplicity a kde poroste
poptávka

Cílenější financování

alokace podle skutečné
potřeby, ne jen historického
rozpočtu

Rychlejší zásah

včasné odhalení rizikových
skupin a regionů

Transparentní

reporting

stejně ukazatele pro stát,
kraje i poskytovatele



Naplňování cílů skrze sdílení dat

Naplňování cílů skrze sdílení dat

- **Meziresortní spolupráce:** Prezentovaná data jsou výsledkem integrace meziresortních dat MPSV a MZd, což může být v budoucnu nástrojem pro efektivní řízení sociálních služeb
- **Lepší plánování:** Využití dat pro dlouhodobou péči, inspekce a nastavování standardů kvality.
- **Predikce potřeb:** Díky znalosti diagnóz (např. demence) můžeme přesněji predikovat, jaké kapacity sociálních služeb budou potřeba za 5–10 let.
- **Rovný přístup:** Data odhalují „bílá místa“, kde vzniká největší tlak na síť služeb, a umožňují zajistit pomoc tam, kde skutečně chybí.



Analýza příspěvků na péči z hlediska zdravotního stavu a komorbidit

- Analýza vychází z propojených administrativních dat Ministerstva práce a sociálních věcí a zdravotnických registrů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR).
- Propojení dat proběhlo v prostředí ÚZIS ČR a následně byla anonymizovaná datová sada poskytnuta MPSV k analytickému zpracování.
- Tato datová základna umožňuje vůbec poprvé komplexně popsat zdravotní stav osob pobírajících příspěvek na péči, a to zejména z hlediska výskytu hlavních diagnóz a komorbidit.
- Jedná se o datový soubor za roky 2014 až 2024.



Cíl analýzy

- První příklady analýzy toho, jak vypadá zdravotní stav lidí pobírajících PNP
- Data MPSV a ÚZIS ČR propojená v rámci ÚZIS ČR a posléze v anonymizované formě poskytnuta MPSV
- První analýzy takovýchto dat v rámci MPSV – obtíže v nastavení prostředí vhodného pro analýzu (procesy, výpočet výkon apod)
- Tvorba přehledového dashboardu



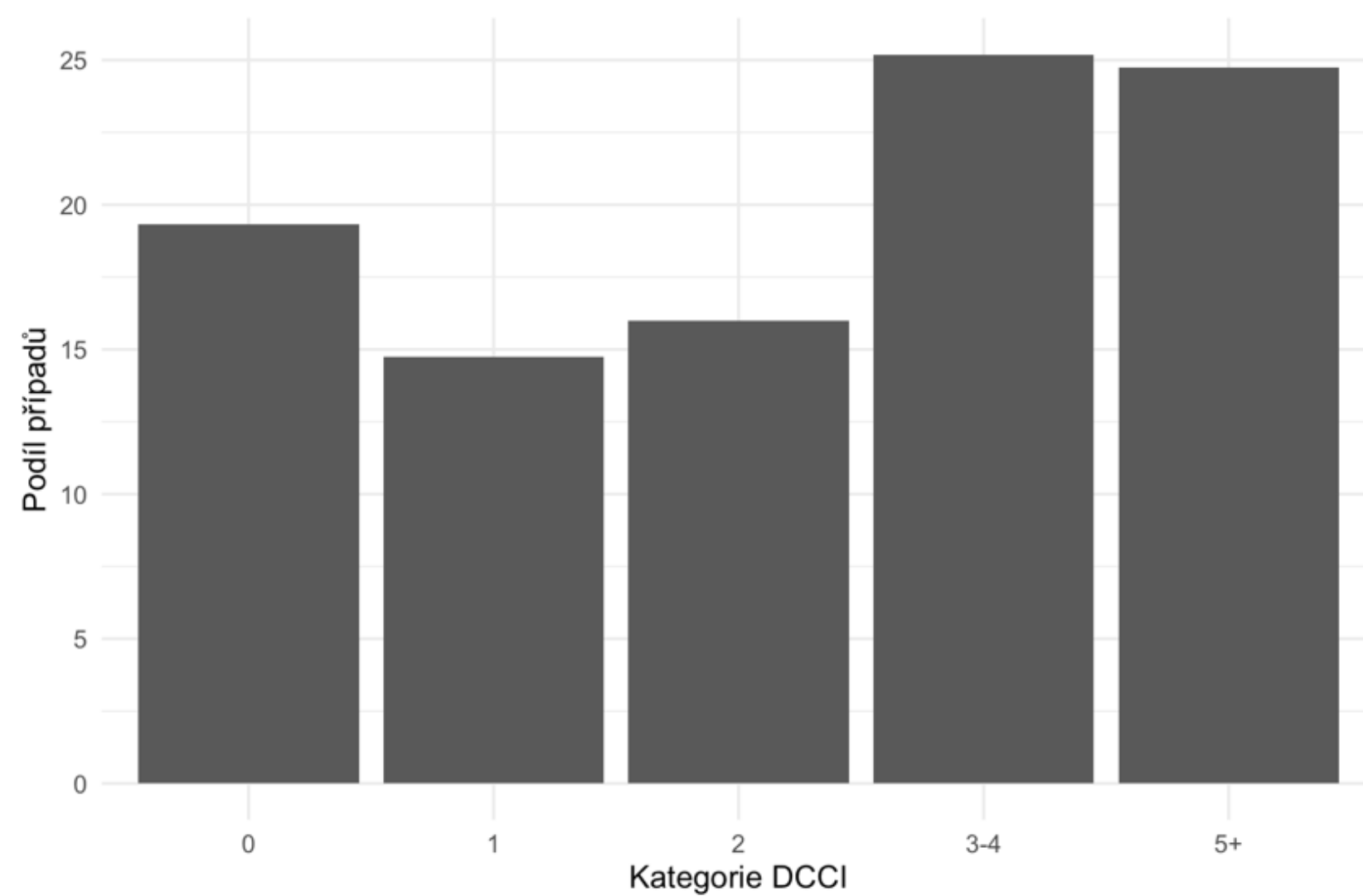
Měřítko zdravotního stavu pro první analýzu

- DCCI = Deyova modifikace indexu komorbidit dle Charlsonové
- 5letá historie poskytnuté lékařské péče
- Zaznamenaný výskyt vybraných závažných onemocnění je bodově ohodnocen a následným součtem bodů je určeno skóre pro každou osobu.
- Vybraná onemocnění včetně bodů:
- Infarkt myokardu (1), srdeční selhání (1), cévní onemocnění (1), cévní nemoci mozku (1), demence (1), chronické plicní onemocnění (1), onemocnění pojivových tkání (1), vředové onemocnění (1), mírné (1) / středně závažné nebo vážné onemocnění jater (3), diabetes mellitus bez (1) / s chronickými komplikacemi (2), hemiplegie/paraplegie (2), onemocnění ledvin (2), nádorové onemocnění bez (2) / s metastázemi (6).
- Příklad: Osoba, u které se v předchozích 5 letech vyskytl infarkt myokardu a zároveň trpí nekomplikovaným diabetem, bude mít hodnotu DCCI = 2 (1 bod + 1 bod).



Jaký je zdravotní stav lidí pobírajících příspěvek na péči?

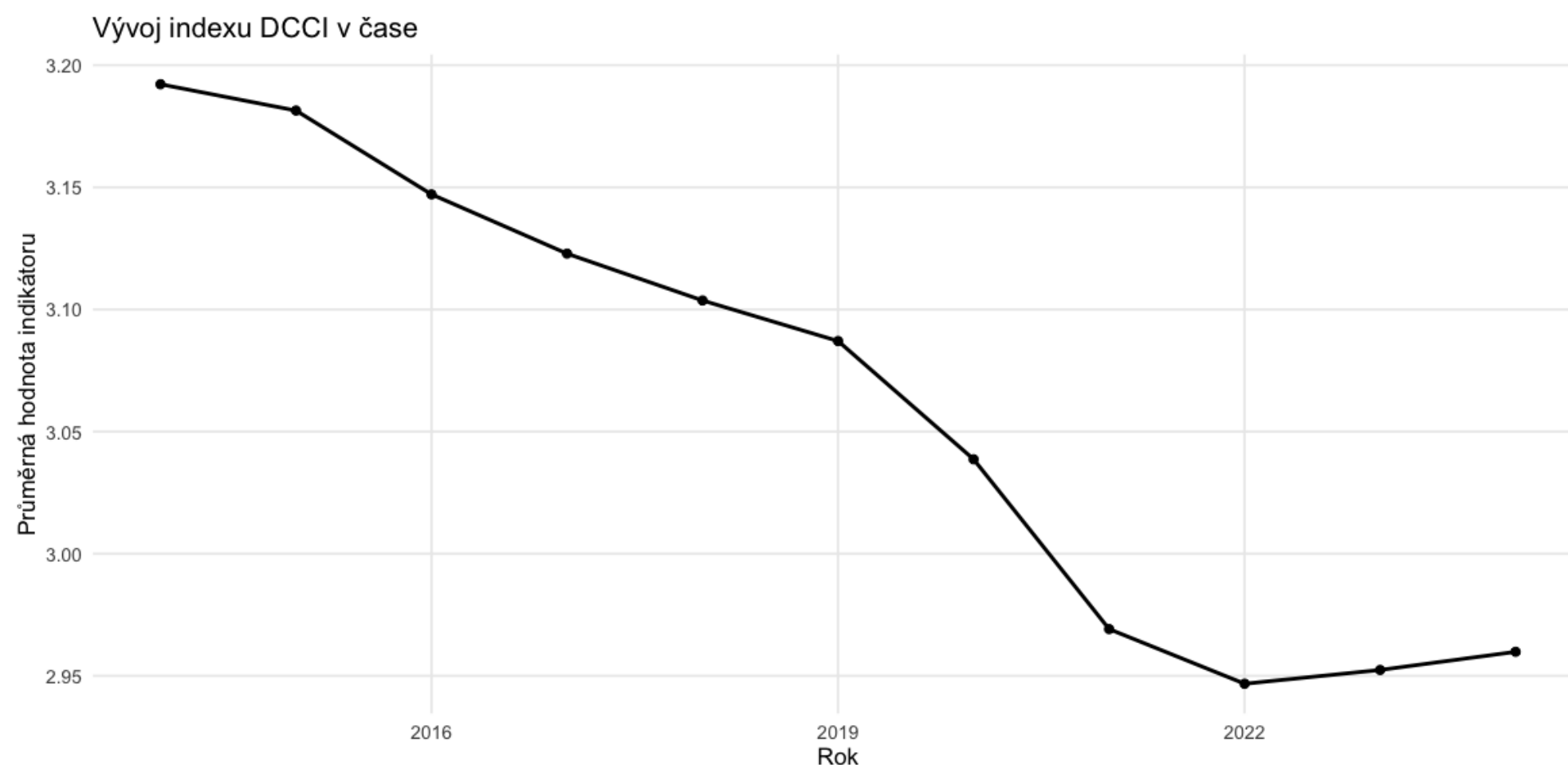
Rozložení hodnot DCCI v roce 2024



Graf: Hodnota
DCCI v roce 2024



Vývoj indexu DCCI v čase



Průměrná hodnota se snižuje (i když rozdíl není tak velký), soubor je čím dale více homogenní (směrodatná odchylka se snižuje)



Rozdělení populace podle kategorií DCCI

Rozdělení populace podle kategorií DCCI v jednotlivých letech (v %)

DCCI_cat	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Změna: 2014- 2024
0	18.3	18.1	18.1	18.1	18.1	18.2	18.6	19.1	19.3	19.4	19.3	1.0
1	13.3	13.4	13.7	13.8	14.0	14.1	14.3	14.6	14.7	14.7	14.8	1.4
2	15.2	15.3	15.6	15.7	15.8	15.9	16.0	16.3	16.3	16.1	16.0	0.8
3-4	25.1	25.2	25.3	25.5	25.5	25.4	25.4	25.3	25.3	25.3	25.2	0.1
5+	28.1	27.9	27.4	27.0	26.6	26.4	25.7	24.8	24.4	24.5	24.7	-3.4

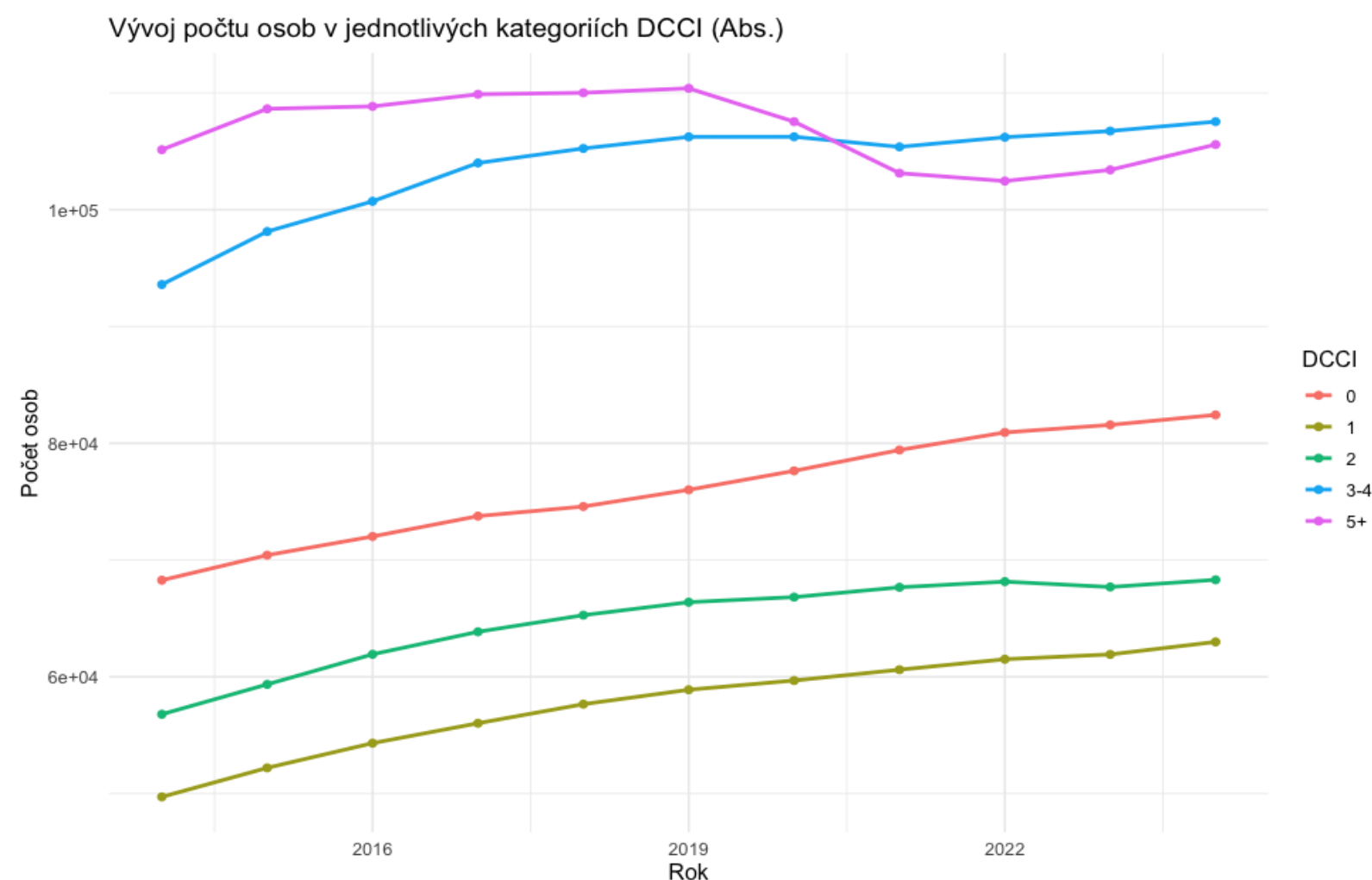
Rozdělení populace podle kategorií DCCI v jednotlivých letech (Abs.)

DCCI_cat	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Změna: 2014- 2024
0	68,271	70,416	72,017	73,760	74,582	76,012	77,634	79,422	80,924	81,570	82,427	14,156
1	49,719	52,205	54,320	56,025	57,659	58,892	59,683	60,610	61,506	61,917	62,987	13,268
2	56,793	59,353	61,928	63,855	65,278	66,389	66,825	67,666	68,150	67,691	68,306	11,513
3-4	93,589	98,128	100,715	103,997	105,242	106,232	106,238	105,375	106,200	106,731	107,536	13,947
5+	105,134	108,635	108,843	109,878	110,006	110,389	107,534	103,124	102,450	103,404	105,575	441

Z hlediska relativní změny (prc. bodů) se stav zlepšuje, nicméně absolutně se zvětšily skupiny s lepším stavem



Vývoj počtu osob v kategoriích DCCI

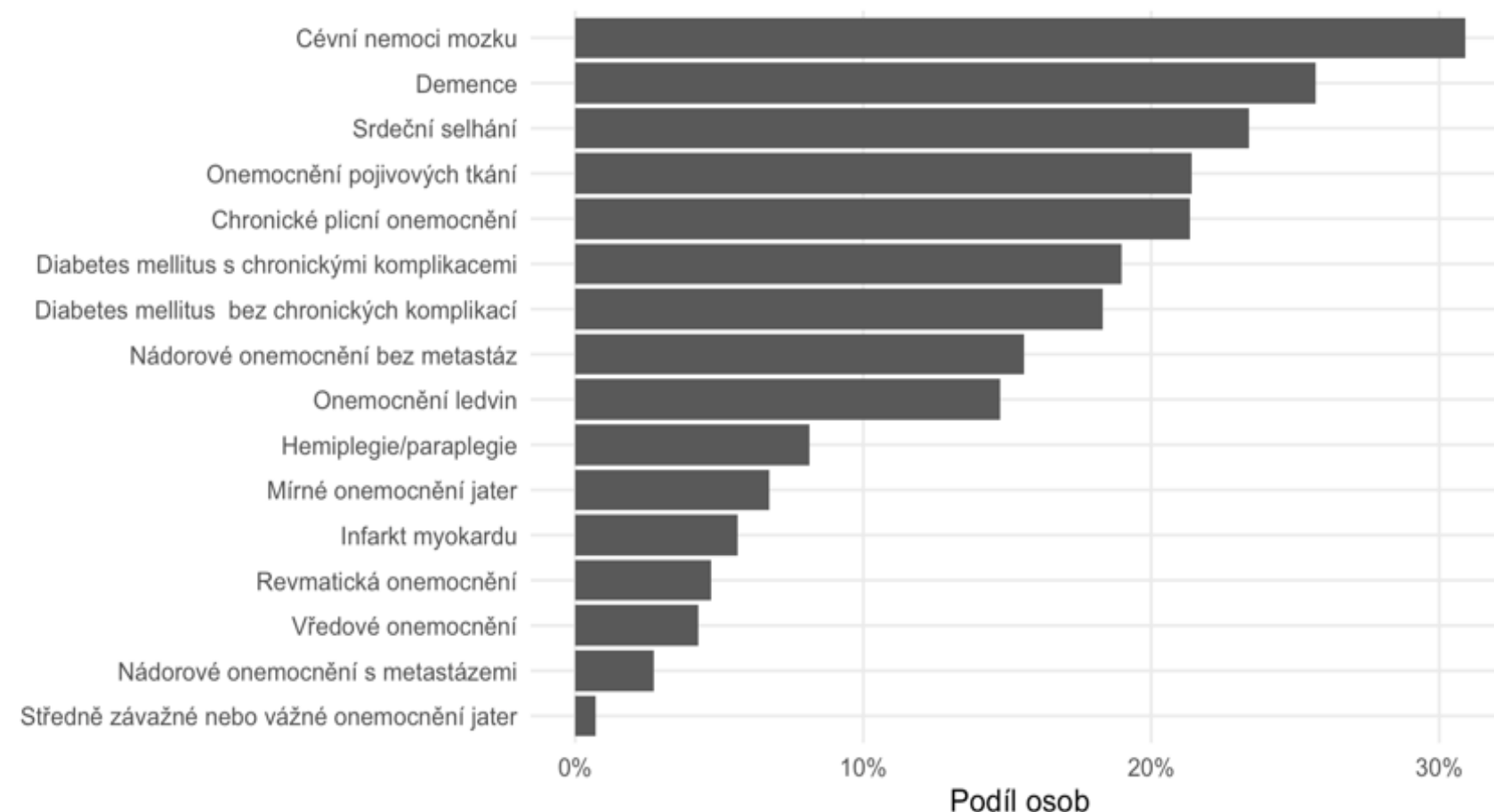


Zde je patrný vliv
COVID, změnil trend
zejména ve skupině
5+



Jednotlivé kategorie DCCI v populaci lidí pobírajících PnP

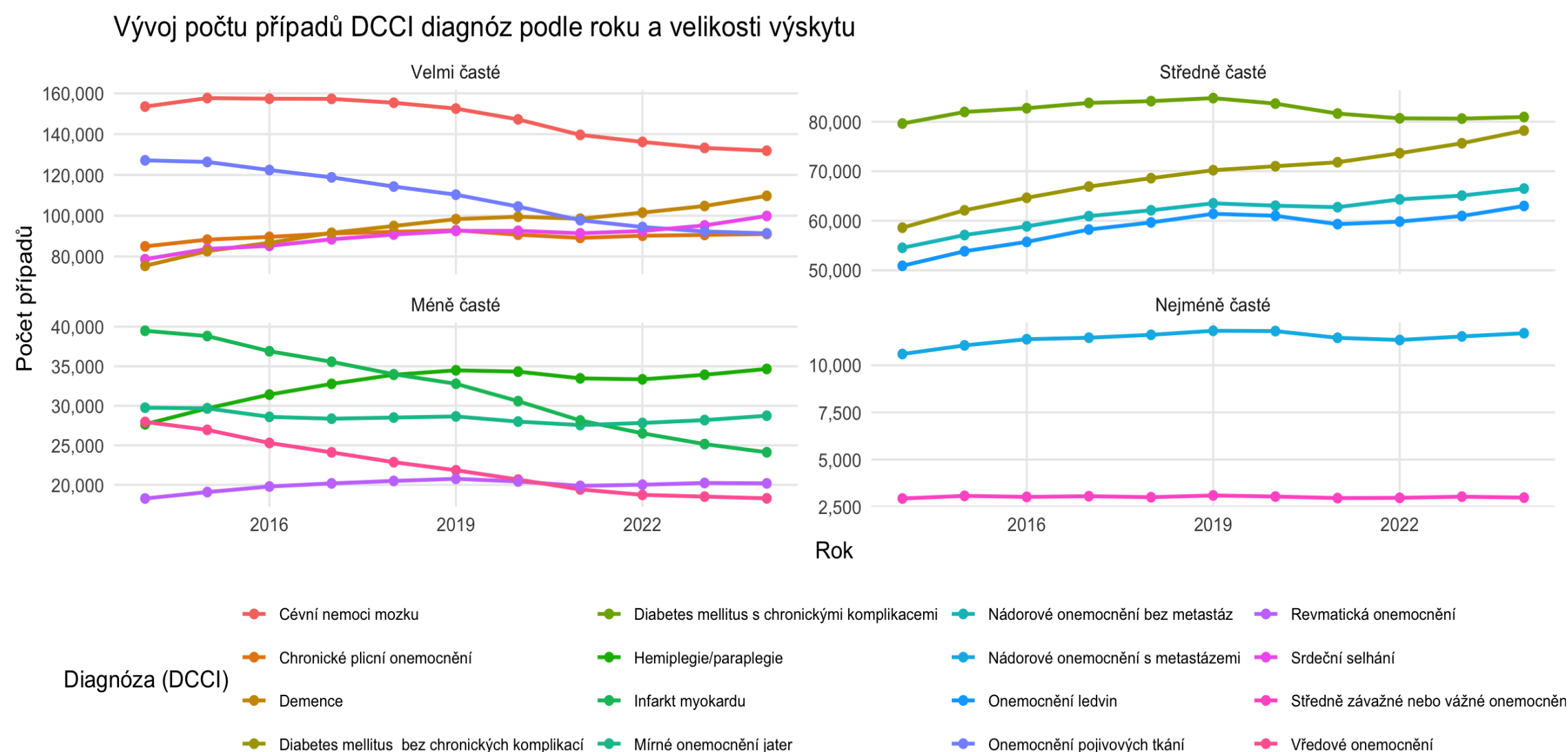
Podíl osob dle jednotlivých složek DCCI v roce 2024



Výsledky ukazují, že zdravotní zátěž této populace je tvořena především chronickými kardiovaskulárními a neurologickými onemocněními, která významně přispívají k celkové míře komorbidity.



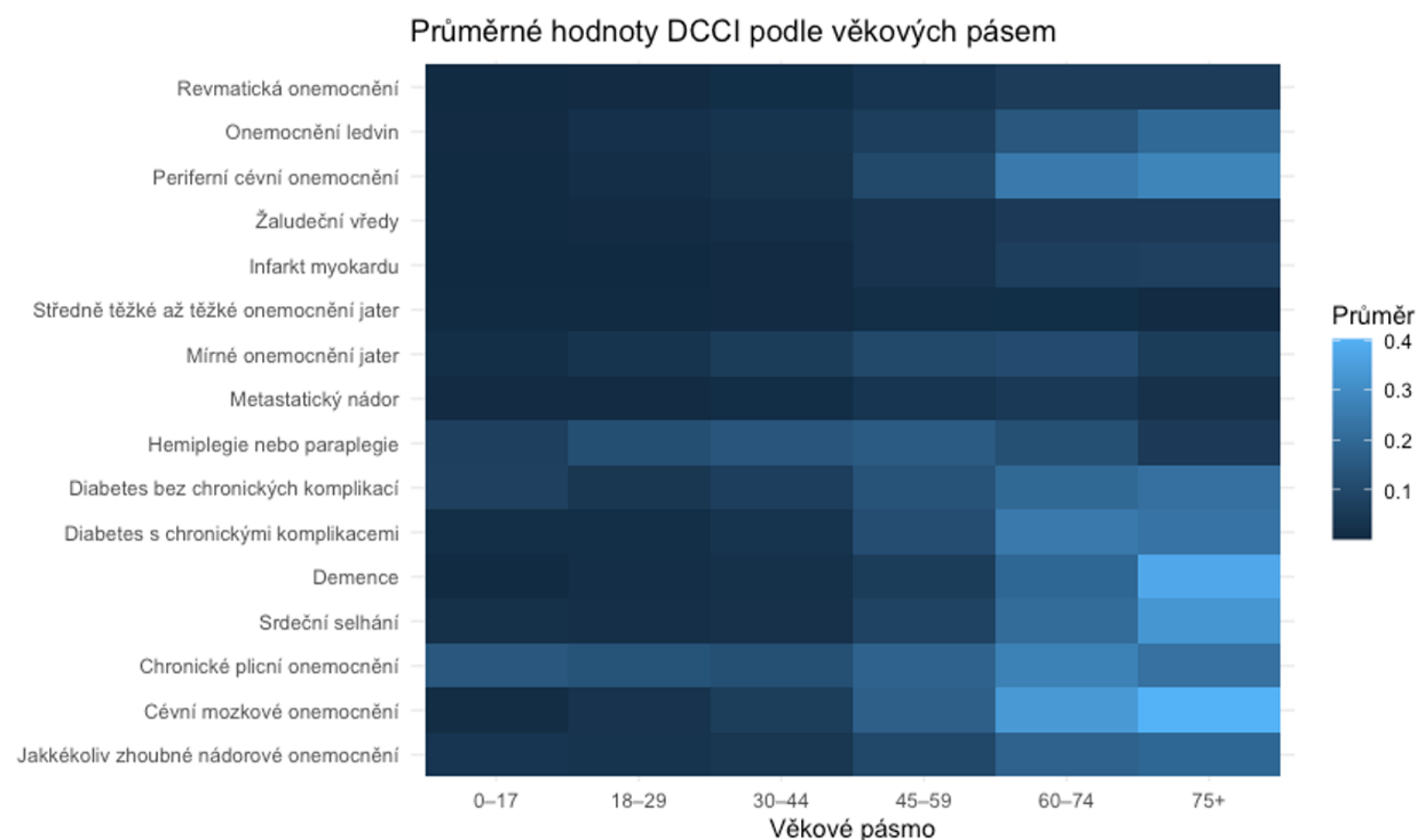
Případy DCCI diagnóz podle roku a velikosti výskytu



- Největší míra nárůstu u demence, diabetu bez komplikací, nádoru bez metastázy a srdeční selhání
- Méně častá onemocnění jsou relativně stabilní
- Poklesy jsou patrné u cévního mozkového onemocnění, infarktu, žaludečních vředů a periferního cévního onemocnění



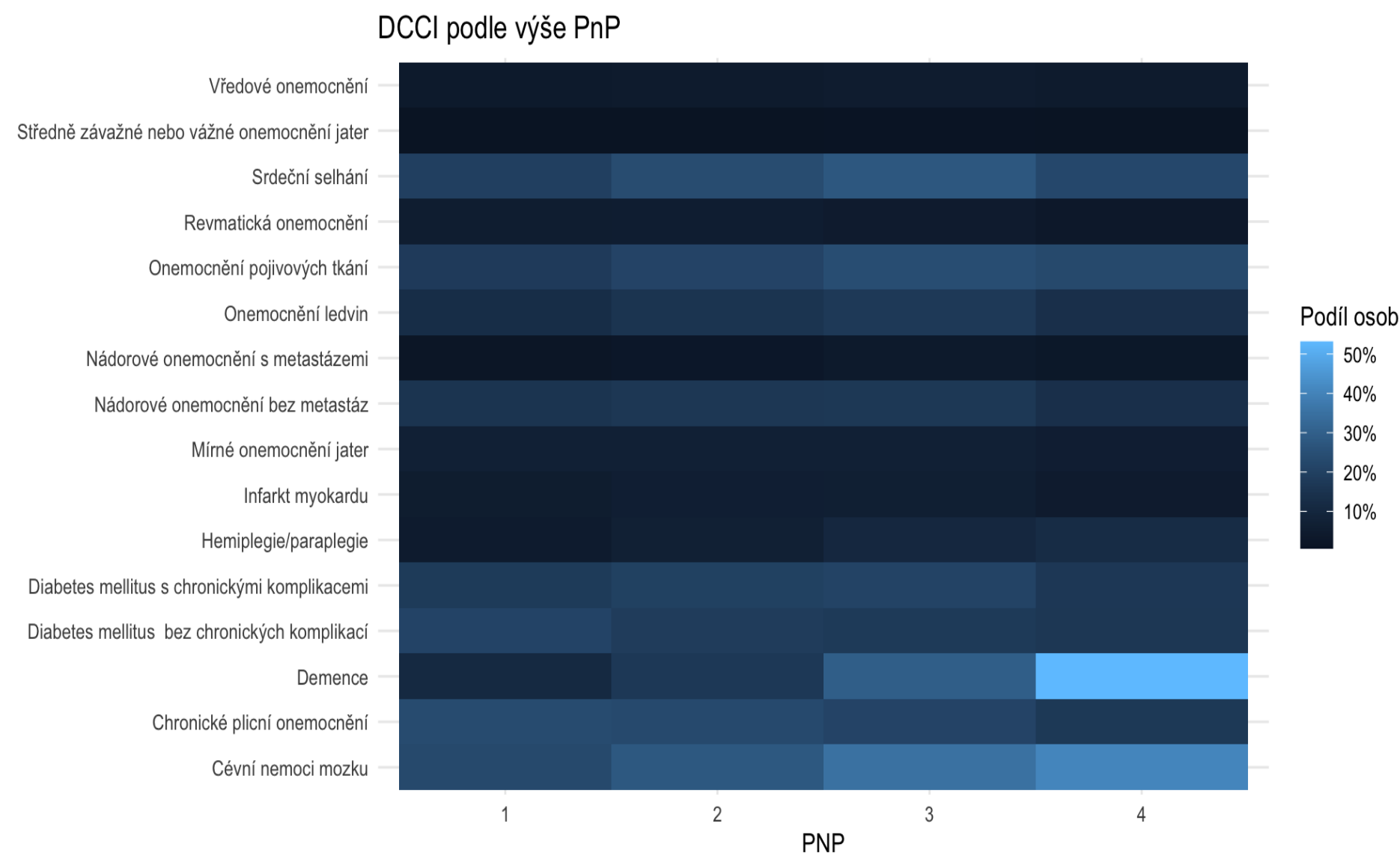
Věková struktura a jednotlivé oblasti komorbidity



- Onemocnění s nástupem ve středním věku: např. cévní onemocnění mozku
- Např. onemocnění s pozdním nástupem: demence
- Málo prevalentní: např. vředové onemocnění, střední až těžké onemocnění jater
- V nižším věku se objevují zejména hemiplegie nebo paraplegie, diabetes bez chronických komplikací, chronické plicní onemocnění



PnP a jednotlivé komorbidity



- Podíl onemocnění jako demence, cévní nemoci mozku, hemiplegie/paraplegie narůstá s vyšším stupněm PnP
- Demence má jednoznačně nejvyšší podíl u PnP 4 (více než 50 %).
- Ztráta soběstačnosti je spojená s neurologickým postižením



Analýza z hlediska diagnóz

	Abs.	%
I00–I99 Nemoci oběhové soustavy	34,889	23.82
J00–J99 Nemoci dýchací soustavy	24,254	16.56
N00–N99 Nemoci močové a pohlavní soustavy	21,872	14.93
S00–T98 Poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin	21,674	14.80
K00–K93 Nemoci trávicí soustavy	17,858	12.19
C00–D48 Novotvary	13,090	8.94
A00–B99 Některé infekční a parazitární nemoci	11,009	7.52
E00–E90 Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	9,295	6.35
M00–M99 Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	9,133	6.24
G00–G99 Nemoci nervové soustavy	8,578	5.86
Z00–Z99 Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami	7,557	5.16
R00–R99 Příznaky a abnormální klinické nálezy	6,028	4.12
F00–F99 Poruchy duševní a chování	5,370	3.67
D50–D89 Nemoci krve a krvetvorných orgánů a poruchy imunity	4,389	3.00
L00–L99 Nemoci kůže a podkožního vaziva	3,532	2.41
H00–H59 Nemoci oka a očních adnex	1,833	1.25

- V roce 2024 nebylo hospitalizováno celkem 280 300 příjemců (tj. 66 % celého datového souboru).
- Kategorie diagnóz jsou proto uvedeny jen u zbývajících 34 % procent příjemců. Tabulka uvádí, absolutní počet u kolika příjemců, kteří byli hospitalizováni a u kterých se objevily diagnózy z dané kategorie a také uvádí relativní počet příjemců, kteří byli hospitalizováni a u kterých se kategorie diagnóz objevily.



Příjemci PnP a hlavní diagnózy hospitalizací v roce 2024

- Nejčastější příčinou hospitalizací byly nemoci oběhové soustavy, které se vyskytly u téměř čtvrtiny hospitalizovaných příjemců.
- Významně zastoupeny byly rovněž nemoci dýchací soustavy, onemocnění močové a pohlavní soustavy a poranění, otravy a další následky vnějších příčin.
- Další významné kategorie představují nemoci trávicí soustavy, novotvary a infekční onemocnění. Poměrně častý výskyt mají rovněž endokrinní onemocnění, poruchy metabolismu, onemocnění pohybového aparátu a nemoci nervové soustavy, které často souvisejí s dlouhodobým funkčním omezením a potřebou péče.
- Naopak méně časté jsou hospitalizace z důvodu kožních onemocnění, poruch smyslových orgánů, vrozených vad či stavů souvisejících s těhotenstvím a porodem, což odpovídá věkové a zdravotní struktuře příjemců příspěvku na péči.

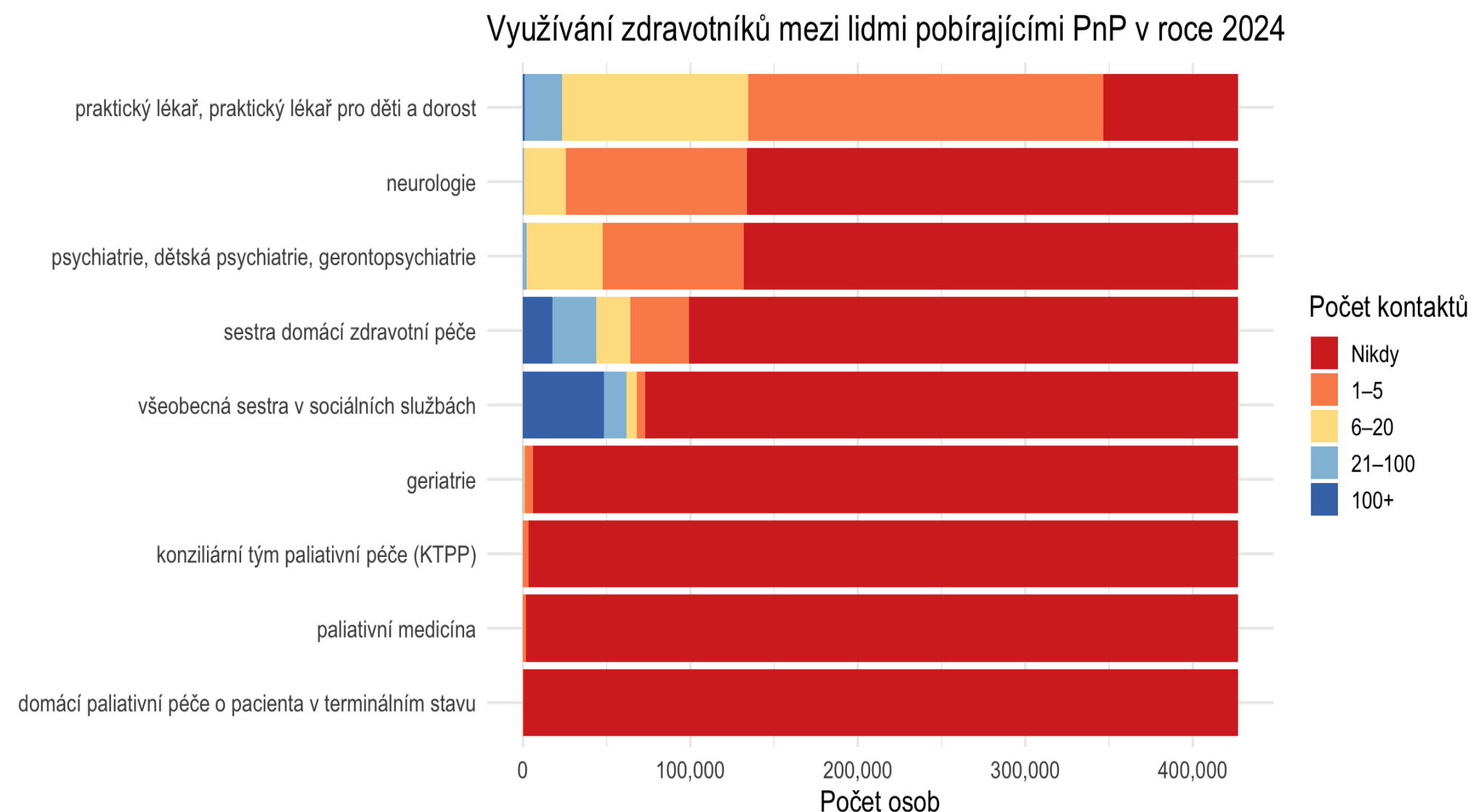


Spolufinancováno
Evropskou unií



Ministerstvo
práce a sociálních věcí

Využívání zdravotní péče u lidí pobírajících PnP v roce 2024



• Nejčastěji využívané odbornosti jsou praktický lékař, neurologie a psychiatrie, kde významná část klientů měla 1–20 kontaktů ročně.

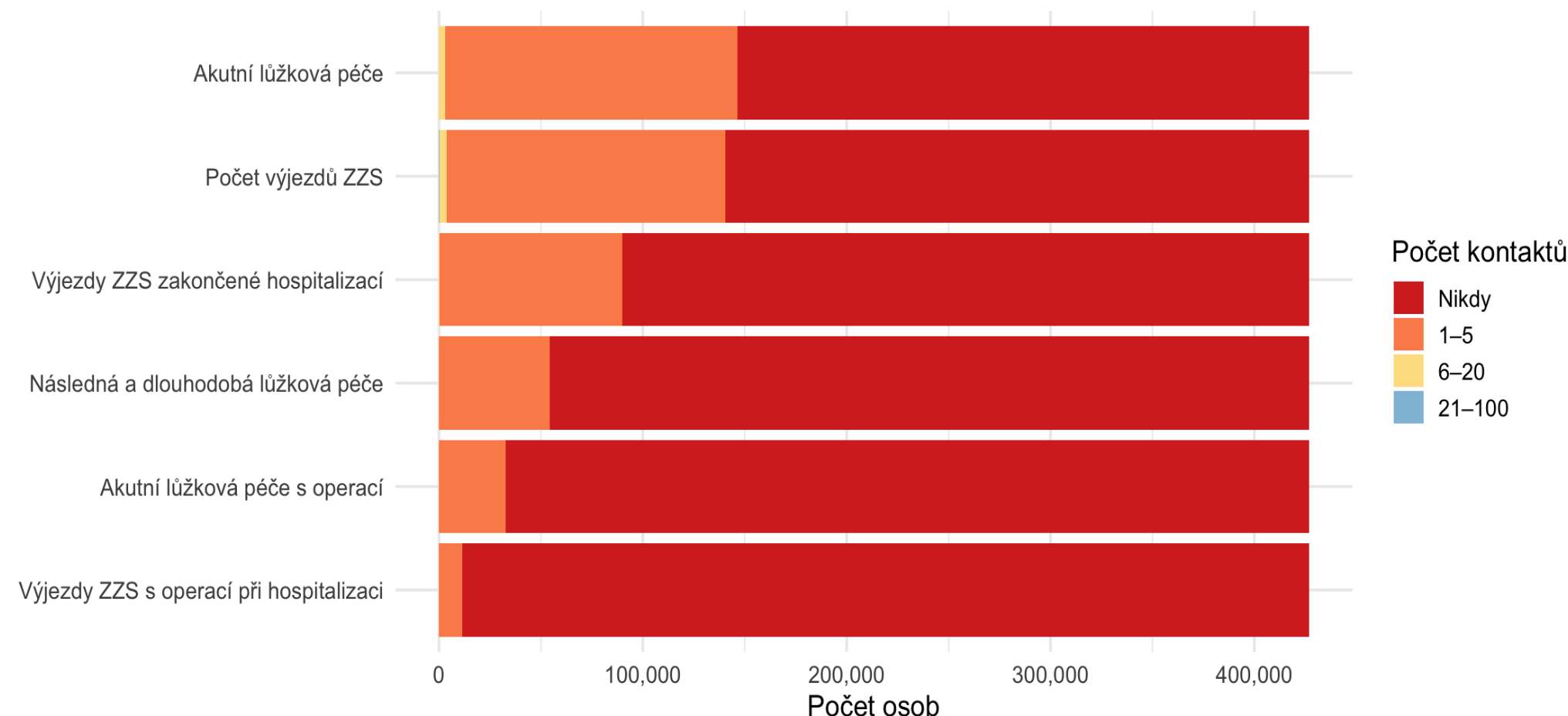
• Intenzivnější péči (21+ kontaktů) nejčastěji využívají u sester domácí zdravotní péče a sociálních služeb (nicméně tvoří menší část celkové populace PnP)

Financováno z projektu Zpracování sociálních a zdravotních dat pro využití v praxi – SZ DATA, reg. číslo: CZ.03.02.02/00/22_004/0004598 z Operačního programu Zaměstnanost plus.



Hospitalizace a výjezdy ZZS

Hospitalizace a výjezdy ZZS u lidí pobírajících PnP v roce 2024



- Většina nemá žádné hospitalizace ani výjezdy ZZS
- Akutní lůžková péče a výjezdy ZZS jsou nejčastější formy kontaktu se systémem, většina 1–5 kontaktů ročně.
- Intenzivní péče (6+ kontaktů) se jen malé části osob, zejména u následné/LDN péče a u výjezdů ZZS zakončených hospitalizací.



Příchody a odchody a zdravotní stav

Ukazatel

Popis

Příchody (entries)

Osoba se v daném roce objeví, ale v předchozím roce chyběla. (Co opakované příchody?)

Odchody (exits)

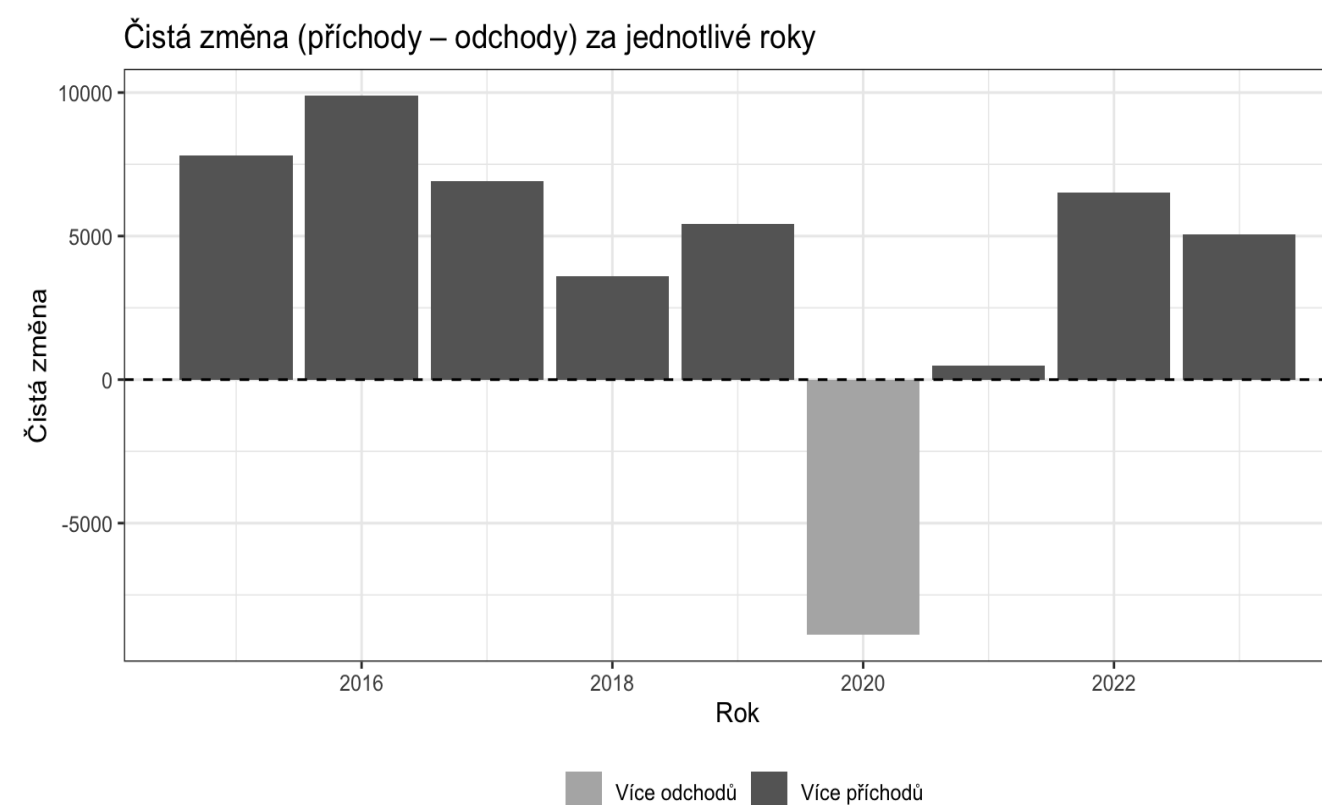
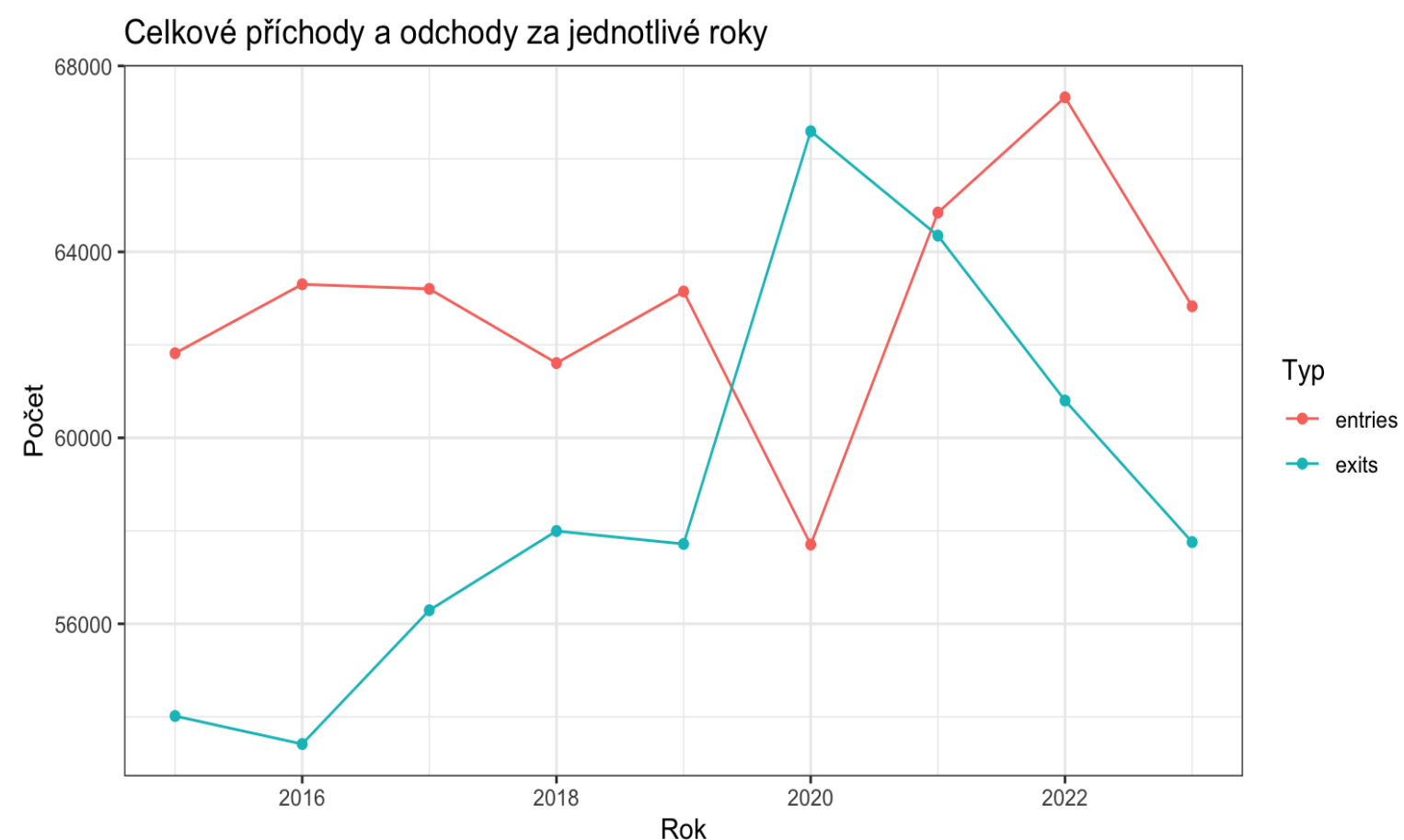
Osoba se v následujícím roce už nevyskytuje. (Co opakované odchody?)

Čistá změna (net change)

Příchody – odchody v daném roce.



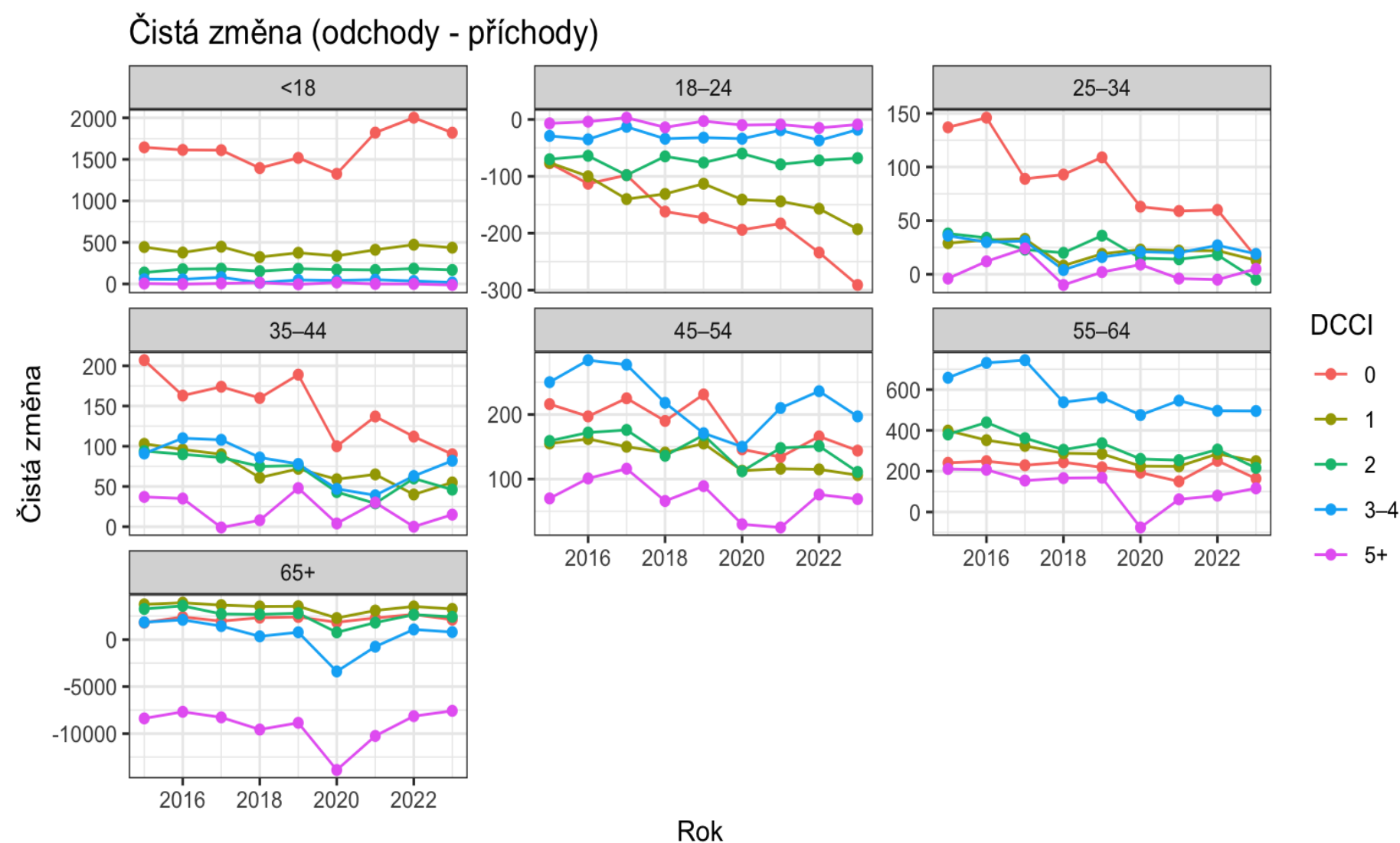
Přehled příchodů a odchodů



Celkový počet lidí v systému každoročně roste, s výjimkou roku 2020, kdy došlo k dočasnému zvýšení odchodů a poklesu příchodů.



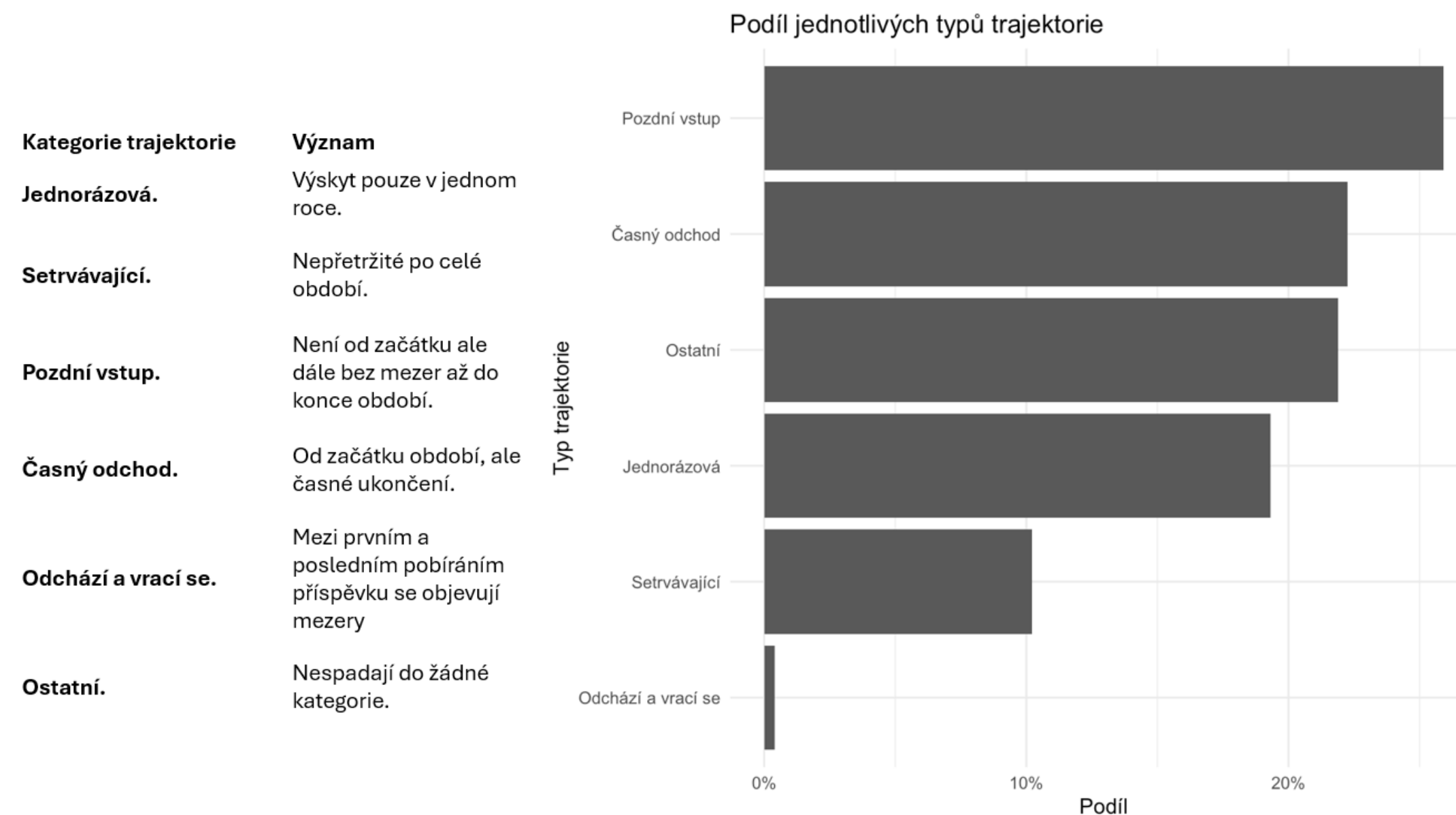
Čistá změna



- Celkově převažují příchody nad odchody
- Pokles ve skupinách: 18 – 24 (nižší hodnoty DCCI) a 65+ (vyšší hodnoty DCCI)

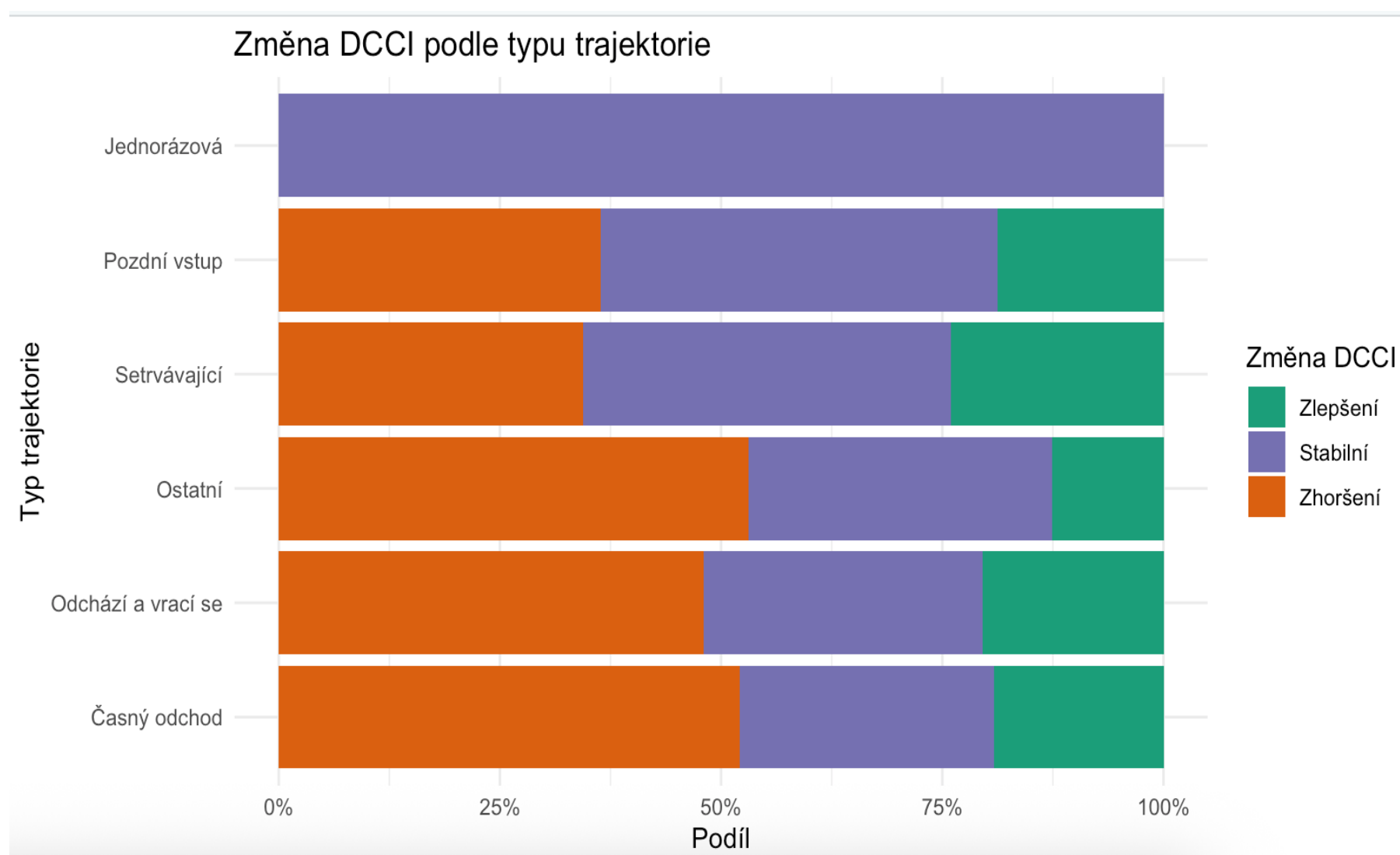


Trajektorie pobírání PnP v souvislosti se zdravotním stavem





Trajektorie a zdravotní stav



- V těchto definicích, metodě a časovém období má výrazné limity (např. Jednorázový vstup do systému) a vliv dalších jevů (např. věk)
- Odcházející se a vracící se mají zhoršený zdravotní stav
- U setrvávajících můžeme sledovat zlepšující se či stabilní stav



Od dat k systémové změně

Co jsme se dozvěděli z dat?

- **Komplexní zdravotní profil:** Poprvé vidíme, že zdravotní zátěž populace PnP je tvořena hlavně chronickými kardiovaskulárními a neurologickými diagnózami.
- **Klíčové diagnózy a závislost:** Data potvrzují korelaci mezi ztrátou soběstačnosti a neurologickým postižením – demence tvoří u IV. stupně PnP více než **50 % případů**.
- **Trendy v čase:** Sledujeme dynamiku systému, včetně vlivu COVID-19, který dočasně zvýšil odchody ze systému a změnil trend u nejvíce nemocných osob (DCCI 5+).
- **Využívání péče:** Víme, že největší nápor je na praktické lékaře, neurology a psychiatry, zatímco intenzivní domácí ošetrovatelskou péči využívá jen malá, ale specifická část populace.
- **Trajektorie klienta:** Rozlišení mezi „setrvávajícími“ a „odcházejícími“ klienty umožňuje identifikovat skupiny s progresivně se zhoršujícím stavem, které vyžadují odlišný typ intervence



Jak můžeme na základě dat přispět k efektivizaci systému?

- **Prediktivní plánování kapacit:** Na základě nárůstu demence a diabetu lze přesněji plánovat síť sociálních služeb (např. domovy se zvláštním režimem) v krajích a ORP.
- **Cílená prevence hospitalizací:** Identifikace nejčastějších příčin hospitalizací (oběhová a dýchací soustava) umožňuje lépe propojit sociální práci se zdravotní prevencí a snížit tak zátěž akutní lůžkové péče.
- **Zefektivnění revizních procesů:** Data o vazbě mezi DCCI (indexem komorbidit) a stupněm PnP mohou sloužit jako podklad pro prioritizaci kontrol a revizí zdravotního stavu.
- **Meziresortní synergie:** Projekt dokazuje, že sdílení anonymizovaných dat mezi resorty je technicky i procesně možné a je nezbytným předpokladem pro moderní a efektivní státní správu.
- **Individuální přístup (Segmentace):** Systém se může posunout od plošného vyplácení dávek k adresnému síťování služeb podle konkrétní trajektorie a diagnózy klienta.



Spolufinancováno
Evropskou unií



Ministerstvo
práce a sociálních věcí

Děkujeme za pozornost!

Financováno z projektu Zpracování sociálních a zdravotních dat pro využití v praxi – SZ DATA, reg. číslo: CZ.03.02.02/00/22_004/0004598 z Operačního programu Zaměstnanost plus.