

Evaluace SC 2.3 Zdravotnictví (IROP 2014-2020)

ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA

Datum: 9. 12. 2025



EVROPSKÁ UNIE
Evropský fond pro regionální rozvoj
Integrovaný regionální operační program



MINISTERSTVO
PRO MÍSTNÍ
ROZVOJ ČR

NAVIGA
ADVISORY & EVALUATION

Zpracovatel:

Naviga Advisory and Evaluation s.r.o.
Pujmanové 1753/10a, Praha 4
IČ: 25342282

Zadavatel:

Ministerstvo pro místní rozvoj ČR
Staroměstské n. 6, 110 15, Praha 1
IČ: 66002222



Seznam používaných zkratek

CDZ	Centrum duševního zdraví
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
EO	Evaluační otázka
ESIF	Evropské strukturální a investiční fondy
EU	Evropská unie
FN	Fakultní nemocnice
HOSP	Lůžka hospicové péče
IROP	Integrovaný regionální operační program 2014 – 2020
IZS	Integrovaný záchranný systém
KNTB	Krajská nemocnice T. Bati, a.s.
KZ	Krajská zdravotní, a.s.
LDN	Léčebny dlouhodobě nemocných
MMN	Jilemnická nemocnice, původním názvem Masarykova městská nemocnice v Jilemnici
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NIP	Následná intenzivní péče
NRHZZ	Národní registr hrazených zdravotních služeb
NZZ	Nestátní zdravotnické zařízení
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
OGC	Centra vysoce specializované onkogynekologické péče
OLÚ	Odborné léčebné ústavy
ORP	Obce s rozšířenou působností
OŠET	Ošetrovatelská lůžka
PCIP	Centra vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii
PS	Případová studie
SC	Specifický cíl
SP	Specializovaná péče
TC	Centra vysoce specializované traumatologické péče ro dospělé
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
VSP	Vysoce specializovaná péče
VSC	Vysoce specializované centrum
ZZ	Zdravotnické zařízení
ZZS	Zdravotnická záchranná služba



Obsah

Seznam používaných zkratk	2
Obsah	3
Seznam tabulek	5
Seznam grafů	5
Seznam schémat	6
1 Manažerské shrnutí	7
2 Úvod	12
2.1 Kontext, cíl a účel evaluace	12
2.2 Přehled evaluačních otázek	13
3 Metodologie výzkumu	15
3.1 Metody řešení kvantitativního výzkumu	15
3.1.1 Deskriptivní statistika a komparativní analýza	15
3.1.2 Geografická analýza s využitím GIS nástrojů	15
3.1.3 Vícenásobná regresní analýza	15
3.1.4 Dotazníková šetření	15
3.2 Metody řešení kvalitativního výzkumu	16
3.2.1 Případové studie	16
3.2.2 Další metody sběru kvalitativních dat a informací	26
3.3 Metodologická omezení	27
4 Odpovědi na evaluační otázky	29
4.1 EO 1: Jakým způsobem přispěla intervence ke snížení sociálního vyloučení (či k sociálnímu začlenění)?	29
4.2 EO 2: Do jaké míry došlo ke zvýšení dostupnosti zdravotní péče podpořené v rámci operačního programu? (podle čekací doby na zákrok, počtu pacientů atd.)	35
4.2.1 Zjištění z kvantitativní analýzy	36
4.2.2 Zjištění z případových studií a dotazníkového šetření	43
4.3 EO 3: Lze identifikovat vliv intervence na zkrácení doby pracovní neschopnosti? Pokud ano, jakým způsobem intervence přispěla ke zkrácení doby pracovní neschopnosti? EO 4: Jakým způsobem přispěla intervence ke zkrácení doby pobytu mimo přirozené prostředí a přesunu péče do komunity?	47
4.3.1 Zjištění z kvantitativní analýzy	48
4.3.2 Zjištění z případových studií	52
4.4 EO 5: Jakým způsobem přispěla intervence ke zvýšení kvality zdravotní péče vysoce specializované a navazující? EO 6: Do jaké míry přispěla intervence k odstranění regionálních nerovností ve kvalitě zdravotní péče vysoce specializované a navazující?	54
4.4.1 Zjištění z kvantitativní analýzy poskytované péče	56
4.4.1.1 Centra vysoce specializované péče	56
4.4.1.2 Kontinuita péče mezi vysoce specializovanými centry a zařízeními návazné péče	75
4.4.1.3 Návaznost péče	77
4.4.2 Zjištění z realizovaných případových studií	88
4.5 EO 7: Do jaké míry přispěla intervence k odstranění regionálních nerovností v dostupnosti zdravotní péče vysoce specializované a navazující?	89
4.5.1 Zjištění z kvantitativní analýzy poskytované péče	90
4.5.2 Zjištění z realizovaných případových studií	96
4.6 EO 8: Jakým způsobem, popř. do jaké míry přispěla intervence k uvolnění kapacit pro péči dlouhodobou?	99



4.7	EO 9: Jakým způsobem přispěla intervence ke zlepšení regionální dostupnosti různých typů komunitní péče v oblasti péče o psychiatrické pacienty?	103
4.8	EO 10: Jaké typy komunitní péče (podporované z IROP) se osvědčily (a jaké typy chybí)?	112
4.9	EO 11: Do jaké míry přispěla intervence k restrukturalizaci služeb a vytvoření sítě zařízení poskytujících péči napříč společnostmi?	115
4.10	EO 12: Jakým způsobem přispěla intervence ke zvýšení kvality psychiatrické péče?	117
4.11	EO 13: Které výsledky intervence v oblasti psychiatrické péče jsou udržitelné (i po ukončení financování ze zdrojů ESIF a za současného stavu legislativy) a jaké jsou – případně – hlavní bariéry udržitelnosti (a příp. rozvoje)?	119
5	Doporučení	123
6	Literatura a využití zdroje	126
7	Přílohy	128
7.1	Zadání evaluace – doloženo v samostatném souboru	128
7.2	Případové studie – doloženy v samostatných souborech	128
7.3	Výsledky dotazníkových šetření	128
7.3.1	Dotazník pro zástupce podpořených subjektů ve Specifickém cíli 2.3 IROP	128
7.3.2	Dotazník: Dostupnost specializované péče o duševní zdraví	139
7.4	Využití dotazníků – doloženo v samostatných souborech	148
7.5	Výsledky vícenásobné regresní analýzy	149
7.5.1	Pracovní neschopnost – počet osob a počet případů	149
7.5.2	Pracovní neschopnost – obloženost, počet ošetřovacích dnů	153
7.5.3	Pracovní neschopnost – Délka hospitalizace, počet pacientů	159
7.6	Výsledky analýzy čekacích lhůt	164



Seznam tabulek

<i>Tabulka 1: Soubor zařízení pro případové studie vysoce specializované péče</i>	17
<i>Tabulka 2: Vybraná centra vysoce specializované péče pro případové studie</i>	18
<i>Tabulka 3: Vybraná centra vysoce specializované péče pro případové studie</i>	18
<i>Tabulka 4: Zřizovatel a právní forma zdravotnických zařízení vybraných pro realizaci případových studií</i>	19
<i>Tabulka 5: Parametry souboru vybraných zařízení návazné pro realizaci případových studií</i>	19
<i>Tabulka 6: Zřizovatel a právní forma zdravotnických zařízení vybraných pro realizaci případových studií</i>	20
<i>Tabulka 7: Zaměření případových studií</i>	21
<i>Tabulka 8: Úroveň péče v zařízeních vybraných pro realizaci případových studií</i>	21
<i>Tabulka 9: Výběr zdravotnických zařízení pro realizaci případových studií z pohledu geografického rozmístění</i>	22
<i>Tabulka 10: Seznam vybraných příjemců podpory pro realizaci případových studií v oblasti péče oduševní zdraví</i>	24
<i>Tabulka 11: Centra vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii (PCIP)</i>	56
<i>Tabulka 12: Centra vysoce specializované onkologické péče (OGC)</i>	56
<i>Tabulka 13: Počet hospitalizovaných žen v PCIP</i>	60
<i>Tabulka 14: Počet hospitalizovaných novorozenců v PCIP</i>	62
<i>Tabulka 15: Průměrná ošetrovací doba žen v PCIP (počet dní)</i>	64
<i>Tabulka 16: Průměrná ošetrovací doba novorozenců v PCIP (počet dní)</i>	67
<i>Tabulka 17: Celkový počet výkonů PCIP 2015-2023</i>	69
<i>Tabulka 18: Vnitroregionální nerovnosti – počet hospitalizovaných pacientů ve VSC dle bydliště, typologie regionů dojezdové vzdálenosti</i>	92
<i>Tabulka 18: Vnitroregionální nerovnosti – počet hospitalizovaných pacientů ve VSC dle bydliště na 1000 obyvatel, typologie regionů dojezdové vzdálenosti</i>	92
<i>Tabulka 19: Absolutní počet pacientů s trvalým bydlištěm dle kategorie území hospitalizovaných v podpořených centrech vysoce specializované péče pro diagnózu „novotvary“ mimo diagnózy, které byly předmětem podpory z IROP</i>	94
<i>Tabulka 20: Navržená doporučení</i>	124

Seznam grafů

<i>Graf 1: Srovnání trendů celkového počtu lůžek pro akutní a následnou péči</i>	38
<i>Graf 2: Srovnání trendů obloženosti lůžek pro akutní a následnou péči</i>	39
<i>Graf 3: Trend počtu hospitalizovaných pacientů</i>	41
<i>Graf 4: Trend počtu případů hospitalizace</i>	42
<i>Graf 5: Hodnocení dopadu podpory na čekací doby dle zástupců podpořených zdravotnických zařízení</i>	46
<i>Graf 6: Trend počtu ošetrovacích dnů</i>	50
<i>Graf 7: Vývoj průměrné délky hospitalizace ve dnech</i>	51
<i>Graf 8: Vývoj počtu hospitalizovaných žen v PCIP</i>	60
<i>Graf 9: Vývoj počtu narozených v ČR</i>	61
<i>Graf 10: Vývoj počtu hospitalizovaných novorozenců v PCIP</i>	62
<i>Graf 11: Vývoj průměrné ošetrovací doby žen v PCIP (počet dní)</i>	64
<i>Graf 12: Vývoj průměrné ošetrovací doby žen v jednotlivých PCIP (počet dní)</i>	65

<i>Graf 13: Vývoj průměrné ošetrovací doby novorozenců v PCIP (v %)</i>	67
<i>Graf 14: Průměrná ošetrovací doba novorozenců v jednotlivých PCIP (počet dní)</i>	68
<i>Graf 15: Vývoj celkového počtu výkonů PCIP 2015-2023</i>	69
<i>Graf 16: Celkový počet novorozenců narozených v PCIP</i>	70
<i>Graf 17: Vývoj počtu narozených v ČR a v PCIP v %</i>	71
<i>Graf 18: Počet případů ve vysoce specializovaných centrech</i>	74
<i>Graf 19: Vývoj počtu hospitalizačních případů a počtu pacientů OGC</i>	75
<i>Graf 20: Trend počtu případů ve vybraných diagnózách - onkogynekologie</i>	76
<i>Graf 21: Počet pacientů dle vybraných diagnóz - perinatologie</i>	77
<i>Graf 22: Vývoj počtu případů v zařízení návazné péče s vybranými diagnózami</i>	80
<i>Graf 23: Počet případů zařízení návazné péče s vybranými diagnózami, které jsou referovány do VSC</i>	80
<i>Graf 24: Vývoj počtu případů v zařízení návazné péče s vybranými diagnózami, které jsou referovány do VSC</i> ..	81
<i>Graf 25: Návaznost péče na straně výstupu z centra vysoce specializované onkogynekologické péče</i>	82
<i>Graf 26: Vývoj návaznosti péče na straně výstupu z centra vysoce specializované onkogynekologické péče</i>	83
<i>Graf 27: Vývoj počtu pacientů vysoce specializovaných traumatologických center bez návazné lůžkové péče</i> ...	85
<i>Graf 28: Vývoj návazné péče z vysoce specializovaných traumatologických center do zařízení návazné péče</i>	86
<i>Graf 29: Počet hospitalizačních případů ve vysoce specializovaných traumatologických centrech s vybranými diagnózami, které byly následně hospitalizovány v zařízeních návazné péče s vybranou diagnózou a/nebo s vybranou odborností</i>	87
<i>Graf 30: Počet případů v zařízeních návazné péče s vybranými odbornostmi</i>	87
<i>Graf 31: Trend podílu pacientů s trvalým bydlištěm v periferních okresech na všech pacientech - hospitalizace v centrech vysoce specializované péče ve vybraných diagnózách</i>	93
<i>Graf 32: Trend podílu pacientů s trvalým bydlištěm v periferních okresech na všech pacientech - hospitalizace v centrech vysoce specializované péče ve srovnávacích diagnózách</i>	95
<i>Graf 33: Vývoj celkového počtu lůžek ve sledovaných typech péče</i>	101
<i>Graf 34: Vývoj počtu lůžek dle jejich typu</i>	102
<i>Graf 35: Počet pacientů v CDZ v jednotlivých letech</i>	107
<i>Graf 36: Počet pacientů dle diagnózy, 2018-2023</i>	107
<i>Graf 37: Počet pacientů dle hospitalizace na oddělení psychiatrie před přijetím do CDZ</i>	108

Seznam schémat

<i>Schéma 1: Geografické rozvržení zdravotnických zařízení vybraných pro realizaci případových studií</i>	19
<i>Schéma 2: Vysoce specializovaná onkogynekologická centra a návazná péče na straně vstupu a výstupu</i>	79
<i>Schéma 3: Vysoce specializovaná traumatologická péče pro dospělé a návazná péče na straně vstupu a výstupu</i>	84
<i>Schéma 4: Místní dostupnost akutní lůžkové péče, 2015-2019</i>	104
<i>Schéma 5: Místní dostupnost akutní lůžkové péče 2023</i>	105
<i>Schéma 6: Místní dostupnost akutní komunitní péče v CDZ 2018</i>	106
<i>Schéma 7: Místní dostupnost akutní komunitní péče v CDZ 2023</i>	106



1 Manažerské shrnutí

Podpora poskytovaná prostřednictvím Specifického cíle 2.3 IROP měla v období 2014–2020 významný vliv na modernizaci, stabilizaci a částečnou transformaci českého zdravotního systému. Intervence zasáhly tři klíčové oblasti – **vysoce specializovanou zdravotní péči, návaznou péči a oblast psychiatrických služeb**. Přestože každá oblast měla jiný výchozí stav i charakter problémů, společným jmenovatelem podpory bylo **zvyšování kvality péče, zavádění moderních postupů a posilování kapacit** tam, kde již existující struktura systému neumožňovala dostatečné naplnění potřeb pacientů. Evaluace ukazuje, že ačkoliv podpora nebyla koncipována jako reformní nástroj ve smyslu zásadní systémové změny, přinesla v mnoha segmentech hmatatelné, udržitelné a dlouhodobě působící efekty.

Podpora IROP pro vysoce specializovanou a návaznou zdravotní péči:

Charakter podpory a její zaměření

Podpora IROP v oblasti vysoce specializované a návazné péče byla zaměřena především na **modernizaci přístrojového vybavení a obnovu zastaralé infrastruktury** zdravotnických zařízení. V menší míře se zaměřila na stavební rozvoj, zatímco rozšiřování kapacit (zejména lůžkových) nebylo hlavním cílem programů. Projekty proto nepřinášely navýšení fyzických kapacit péče, ale zaměřovaly se na zvýšení kvality, efektivity a bezpečnosti poskytovaných výkonů prostřednictvím inovace vybavení a metod.

Hlavním cílem intervence je “posílit sociální začlenění osob ohrožených sociálním vyloučením v důsledku zdravotního stavu, a tím minimalizovat dopad zdravotních bariér, které tyto osoby odlišují od většinové populace”. Z tohoto pohledu tedy bylo zpracováno hodnocení, které se zaměřilo na efekty podpory na dostupnost, kvalitu a kapacitu zdravotní péče a její dopad na obyvatelstvo (rychlejší návrat do “normálního” života, dopad na délku hospitalizace a pracovní neschopnosti atd.). Měl by se projevit také dopad v podobě zvýšení časové dostupnosti, ten se ale robustně prověřit nepodařilo z důvodu absence dat.

Dopady na kvalitu péče

Zásadním přínosem podpory byla **modernizace přístrojového vybavení** v klíčových oborech. Především jde o vybavení ve vysoce specializovaných centrech v oborech onkogynekologie a perinatologie. Podporována byla ale také zařízení návazné péče zejména v kardiologii, onkologii, chirurgii, intenzivní medicíně a diagnostických disciplínách. Podpora umožnila **náhradu technologií**, které již přesáhly morální i fyzickou životnost. V mnoha případech byly **zavedeny nové typy výkonů a léčebných metod, které zvyšují šetrnost zákroků a přesnost diagnostiky**. Zavedení těchto nových typů výkonů a léčebných metod tak vede ke zlepšení bezpečnosti a přesnosti.

Efektivita a dopady na provozní ukazatele

U podpořených subjektů se prokázaly **měřitelné pozitivní efekty** ve sledovaných provozních indikátorech.

Konkrétně:

- **Zkrátila se průměrná délka hospitalizace** u většiny hodnocených nemocnic,
- **snížila se obloženost lůžek,**
- **nebyl zaznamenán výrazný nárůst lůžkových kapacit ani počtu hospitalizací,** přičemž počty pacientů spíše kopírují celostátní demografické trendy (např. pokles porodnosti).

Z těchto výsledků lze dovozovat **zvýšení efektivity a propustnosti systému** – vyšší objem péče je zajišťován při srovnatelných nebo menších kapacitách, bez zhoršení dostupnosti. Zpráva potvrzuje i na základě robustních statistických analýz, že podpora z IROP statisticky významně přispívá ke **zkracování délky hospitalizace**. Dle výsledků případových studií v jednotlivých nemocnicích je významným důvodem těchto trendů zavádění **méně invazivních zákroků** a častějších **ambulantních (příp. „jednodenních“) forem péče**, které je možné rozšiřovat díky modernímu vybavení.

Dopady podpory na dostupnost a regionální vyváženost

Analýzy prokazují **snížení meziregionálních rozdílů** v kvalitě a dostupnosti péče díky centralizaci výkonů do specializovaných center, avšak **vnitroregionální rozdíly přetrvávají**. Koncentrace výkonů zvýšila úroveň odbornosti a umožnila rovnější přístup k péči mezi kraji, ale dostupnost zůstává odstupňovaná podle vzdálenosti pacienta od centra.

Analýza podle typologie regionů potvrzuje, že obyvatelé periferních oblastí (např. Jeseník, Svitavy, Bruntál) musí i nadále dojíždět do center s průměrnou dojezdovou dobou nad 45–75 minut. V těchto regionech podpora k odstranění nerovností nepřispěla (případová studie Jeseník výslovně uvádí, že dostupnost vysoce specializované péče se zde nezlepšila). Celkově tedy **podpora snížila rozdíly mezi kraji, nikoli však mezi centry a periferiemi**. Aktivita tak, jak byly nastaveny, nemohly mít vliv na zvýšení dostupnosti vysoce specializované péče v periferních regionech – **takto podpora nebyla koncipována**, naopak, měla vést k **vyšší centralizaci vysoce specializované péče**. Takový výsledek proto nelze ani očekávat: program sice vymezoval, že jedním z cílů je snižování regionálních rozdílů v dostupnosti vysoce kvalitní lékařské péče, **podporované aktivity ale s tímto cílem nebyly provázány**.

Návaznost a koordinace péče

V oblasti koordinace a návaznosti mezi vysoce specializovanou a návaznou péčí jsou dosažené výsledky smíšené. Modernizace vybavení umožnila návazným zařízením rychlejší a přesnější diagnostiku a lepší připravenost na navazující léčbu, což v některých případech zlepšilo provázanost mezi segmenty systému. Analýza potvrzuje, že **podpora přispěla ke stabilizaci a kvalitativnímu posílení návazné péče a částečně umožnila uvolnění kapacit pro dlouhodobou péči**.

Přesto však zůstává provázanost nejproblematictějším prvkem systému. **Chybí jednotný systém sdílení patientských informací, koordinace transportů i efektivní mechanismus předávání pacientů mezi centry a návaznými zařízeními**. Případové studie potvrzují, že plynulost přechodu pacientů do návazné fáze je často narušena, což **snižuje celkovou efektivitu a kontinuitu péče**. Koordinace tedy byla částečně posílena strukturálně, nikoli systémově. Systémová integrace jako taková ovšem **nebyla předmětem podpory z SC 2.3 IROP**. Příspěvek podpory ke zlepšení koordinace mezi vysoce specializovanými centry a zdravotnickými zařízeními poskytujícími návaznou péči je proto omezený.



Ostatní pozorované dopady

Podpora **nevedla k navýšení počtu lůžek** ani **fyzické kapacity zařízení**. **Nebyly prokázány přímé dopady na nemocnost, pracovní neschopnost ani sociální vyloučení z důvodu zdravotního stavu**. Modernizace přispěla ke zvýšení atraktivity pracovišť, nicméně zásadním limitujícím faktorem pro plné využití potenciálu nového vybavení zůstává **nedostatek kvalifikovaného personálu**.

Podpora IROP v oblasti poskytování psychiatrické péče a její deinstitucionalizace

Modernizace infrastruktury a zlepšení podmínek pro poskytování péče

V oblasti psychiatrické péče měla podpora IROP největší dopad tam, kde intervence přispěly k **rozvoji komunitních služeb** a ke **zlepšení podmínek** pro poskytování péče v zařízeních. Část projektů se zaměřila na modernizaci existující infrastruktury, část na vznik nebo posílení nových typů služeb, zejména mobilních týmů a center duševního zdraví. Evaluace ukazuje, že tyto intervence působily ve dvou základních rovinách: jednak **vytvořily nebo rozšířily kapacity komunitní péče**, jednak **zlepšily materiální a organizační podmínky v lůžkových zařízeních**.

Modernizace psychiatrických zařízení přinesla zejména **zkvalitnění prostředí**. V řadě případů šlo o rekonstrukci či výstavbu nových prostor, které umožnily poskytovat péči v důstojnějších a funkčnějších podmínkách. Konkrétním výsledkem byla například konsolidace psychiatrických pracovišť do jedné budovy, čímž se odstranila předchozí roztržitost provozu, zefektivnila organizace péče a zlepšila dostupnost stacionárních a doplňkových služeb. Zlepšení se projevilo i ve **zvýšení kapacity některých služeb**, například denních stacionářů, kde modernizace umožnila nárůst počtu míst a efektivnější poskytování aktivit.

Rozvoj komunitních služeb a nové formy péče

Významná část intervencí směřovala do rozvoje komunitních služeb péče o duševní zdraví. Zpráva konstatuje, že **vznikly nebo byly posíleny nové formy péče**, zejména **centra duševního zdraví, mobilní terénní týmy, krizová péče či další specifické služby**. Tyto služby rozšířily dostupnost komunitně orientované péče v regionech, kde dosud buď neexistovala, nebo byla dostupná pouze v omezené míře. Přínos těchto intervencí je patrný především v institucionální rovině: podařilo se **rozšířit typy poskytovaných služeb a částečně také jejich kapacitu**. Analýza však zároveň zdůrazňuje, že **zvýšení dostupnosti není plošné**; nové služby vznikly jen v některých regionech, což vede k výrazné prostorové diferenciaci dostupnosti komunitní psychiatrické péče.

Podpora rozvoje a posilování mobilních terénních týmů se ukázala jako přínosná ve smyslu **snížování sociálního vyloučení** a dosahování cílů intervence obecně. Podle případových studií přispěly ke **snížení potřeby hospitalizace**, zvýšily možnosti **podpory v domácím prostředí** a vytvořily základ nové formy práce s pacienty. Zároveň se v některých zařízeních jejich rozvoj ukázal jako udržitelný i po ukončení projektu, což představuje důležitý signál pro budoucí směřování podpory. Na druhé straně se ukazuje, že tento typ služby **není dostupný celostátně** a podpora tak vedla spíše k **dílčímu rozvoji než k systémovému pokrytí**.



Strukturální změny a restrukturalizace služeb

Pokud jde o celkovou restrukturalizaci psychiatrických služeb, podpora přinesla pozitivní příspěvek zejména tam, kde investiční podpora byla spojena s rozvojem komunitních forem péče. V projektech, kde šlo pouze o modernizaci infrastruktury, byly dopady více omezené na zlepšení prostředí a efektivity organizace péče. V projektech, kde došlo k rozvoji komunitních služeb, lze sledovat hlubší strukturální změny – například rozšíření oblastí působnosti center duševního zdraví, vznik nových týmů nebo posílení mezioborové práce v terénu.

Zvýšení kvality služeb a proměna péče o pacienty

Analýza rovněž shrnuje, že **kvalita psychiatrické péče byla zvýšena** především díky **humanizaci prostředí** a rozšíření možností **individuální a komunitně orientované práce** s pacienty. Vyplývá to jak z reakcí poskytovatelů, tak z hodnocení patientských organizací. Kvalitativní zlepšení se týká jak lůžkových, tak komunitních služeb; ve většině případů bylo výsledkem **kombinace lepších prostorových podmínek, modernizace vybavení a rozšíření nových forem péče**.

Udržitelnost a hlavní bariéry rozvoje

Pokud jde o udržitelnost, je pozorována řada bariér. Klíčové jsou **nedostatečné personální kapacity** napříč profesemi, které limitují možnosti dalšího rozvoje i udržení nově vzniklých služeb v plném rozsahu. Udržitelnost komunitních služeb je dále komplikována **nejednoznačným a nestabilním nastavením financování**, které **spojuje prvky zdravotní a sociální péče**. Zpráva rovněž upozorňuje na to, že některé typy služeb vznikly pouze v rámci projektů a jejich dlouhodobé fungování bude záviset na stabilitě finančních zdrojů. K významným problémům patří i **regionální nerovnoměrnost** – tam, kde služby vznikly, jsou jejich přínosy často viditelné; tam, kde nevznikly, zůstávají rozdíly v dostupnosti výrazné.

Celkově lze říci, že podpora přispěla k **rozšíření dostupnosti některých typů psychiatrických služeb, ke zlepšení kvality poskytované péče a k humanizaci prostředí**. Zároveň je však zřejmé, že dopady jsou nerovnoměrné, prostorově omezené a v mnoha ohledech závislé na tom, zda došlo k rozvoji nových komunitních služeb, nebo pouze k modernizaci stávající infrastruktury. Transformace jako celek je v pokročilé fázi v některých regionech, zatímco jinde stojí spíše na počátku. Rozvoj komunitní psychiatrické péče bude vyžadovat další podporu, stabilní personální a finanční podmínky a systematictější rozšiřování služeb napříč regiony.

Doporučení

Budoucí podpora by měla stavět na dosažených úspěších, ale zároveň cílit na oblasti, které se ukázaly jako nejslabší. Evaluace ukazuje, že **největší potenciál má posílení komunitních služeb a digitalizace**, což umožní **překlenout roztříštěnost systému a zvýšit flexibilitu péče**.

Doporučuje se **udržet kombinaci investiční a provozní podpory** v oblasti psychiatrických služeb a rozšířit pokrytí terénní a komunitní péče tak, aby byla dostupná ve všech regionech. Podpora by se zároveň měla zaměřit na **personální stabilizaci** – bez ní nebude možné nové služby udržet ani rozvíjet.

V oblasti vysoce specializované a návazné péče má smysl pokračovat ve strategických investicích do modernizace a do obnovy technologií, které přímo ovlivňují kvalitu i efektivitu péče. Zároveň je nutné



posílit spolupráci mezi poskytovateli a rozvíjet digitální infrastrukturu umožňující sdílení zdravotní dokumentace a sledování trajektorie pacienta.

Celkově se ukazuje, že podpora IROP měla zásadní dopady na zvýšení kvality a efektivity zdravotních služeb i na transformaci psychiatrické péče. Budoucí intervence by měly tyto pozitivní trendy dále rozvíjet, více reflektovat regionální potřeby a klást důraz na udržitelnost, která je podmíněna jak personálním zabezpečením, tak systémovou koordinací a moderní digitální infrastrukturou.



2 Úvod

Tato zpráva je závěrečným výstupem zakázky s názvem „Evaluace SC 2.3 IROP: Zdravotní péče“ (dále také jako evaluace), jejímž předmětem byl výzkum zaměřený na zhodnocení dopadů podpory poskytované v rámci Specifického cíle 2.3 Integrovaného regionálního operačního programu 2014–2020 (IROP), který se soustředil na oblast zdravotní péče.

Evaluace se zaměřila na hodnocení účinnosti, efektivity a dopadů realizovaných intervencí v rámci tří klíčových oblastí: vysoce specializované péče, návazné péče a deinstitucionalizace psychiatrické péče¹. Cílem evaluace bylo posoudit, jak podpora přispěla ke zlepšení dostupnosti, kvality a udržitelnosti zdravotní péče v České republice, a identifikovat faktory, které ovlivnily její výsledky a širší dopady v praxi. Tato závěrečná zpráva shrnuje výsledky všech provedených analýz a šetření, prezentuje odpovědi na jednotlivé evaluační otázky, poskytuje interpretaci získaných dat a obsahuje návrhy doporučení pro budoucí programové období a systémové řízení intervencí v oblasti zdravotnictví.

Zadavatelem evaluace bylo Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky. Zpracovatelem evaluace je společnost NAVIGA Advisory & Evaluation s. r. o. Zakázka byla hrazena z projektu Technické pomoci Integrovaného regionálního operačního programu – Náklady technické pomoci ŘO IROP hrazené v letech 2023-2029 CZ.06.07.01/00/23_113/0004331, EDS 117V651000002.

2.1 Kontext, cíl a účel evaluace

Cílem evaluace bylo zhodnotit účinnost, efektivitu a dopady podpory v oblasti zdravotní péče, zejména z hlediska dostupnosti, kvality a efektivity systému, se zvláštní pozorností na dopady intervencí na vysoce specializovanou péči v oblasti onkogynekologie a perinatologie, návaznou péči a péči o duševní zdraví, které představovaly klíčové pilíře modernizace zdravotnictví v ČR v programovém období 2014–2020.

Prostřednictvím Integrovaného regionálního operačního programu 2014–2020 (IROP) byly realizovány strategicky významné aktivity zaměřené na posilování regionální konkurenceschopnosti a zvyšování kvality života obyvatel České republiky, a to při zachování vyváženého rozvoje území. IROP se proto zaměřil na tři hlavní oblasti intervencí, které měly potenciál výrazně zlepšit dostupnost a kvalitu zdravotní péče v České republice:

1. Zvýšení kvality vysoce specializované péče,
2. Zvýšení kvality návazné péče²,

¹ Účinnost (effectiveness) se zaměřuje na to, do jaké míry byly dosaženy stanovené cíle nebo výsledky intervence. Jde o měření, zda dané intervence či programy fungují v tom smyslu, že skutečně vedly k zamýšleným pozitivním změnám, jako je například zvýšení dostupnosti péče. Efektivita (efficiency) se naopak soustředí na to, jak dobře byly zdroje využity k dosažení těchto výsledků.

² Návazná péče je v rámci Koncepce návazné péče (<https://mzd.gov.cz/koncepce-navazne-pece>) definována jako péče, která z hlediska organizace zdravotní péče agreguje obory péče bezprostředně předcházející nebo přímo navazující na péči vysoce specializovanou. Za návaznou péči je označována zdravotní péče, která:

- byla poskytována pacientovi před tím, než mu byla poskytnuta péče vysoce specializovaná. V průběhu této péče se ukázala potřeba péče vysoce specializované a na základě této potřeby byl pacient referován vysoce specializovanému pracovišti národní sítě poskytovatelů zdravotních služeb. Do této skupiny bude patřit především



3. Deinstitutionalizaci psychiatrické péče.

Globální cíle programu byl vymezen následovně: „Zajistit vyvážený rozvoj území, zlepšit veřejné služby a veřejnou správu pro zvýšení konkurenceschopnosti a zajištění udržitelného rozvoje v obcích, městech a regionech.“

Tato evaluace se zaměřila výhradně na Specifický cíl 2.3 v rámci Prioritní osy 2, který byl v programovém dokumentu definován jako: „Zlepšení systému funkční a udržitelné péče, podporující sociální začleňování osob ohrožených sociálním vyloučením v důsledku jejich zdravotního stavu, ztížené dostupnosti zdravotních služeb, a zkrácení doby pobytu mimo přirozené prostředí a doby pracovní neschopnosti.“

Aktivity specifického cíle 2.3 byly zaměřeny na vyrovnaní postavení nemocných v systému zdravotní péče, posílení sociálního začlenění a umožnění přesunu péče do komunity. Jejich cílem bylo zajistit přístup ke kvalitním zdravotním službám v regionech, kde dosud nebyly dostupné v potřebném rozsahu.

V rámci Specifického cíle 2.3 bylo realizováno celkem 171 projektů, na které byla alokována částka 11 400 016 554,10 Kč, z toho příspěvek Evropské unie činil 9 638 746 338,71 Kč. Do realizace se zapojilo 81 institucí, z nichž 22 % tvořily soukromé subjekty (18) a 78 % veřejné instituce (63).

Z hlediska právní formy převažovaly akciové společnosti (33 institucí), následované příspěvkovými organizacemi zřízenými územními samosprávnými celky (19) a státními příspěvkovými organizacemi (14). Společnosti s ručením omezeným byly zastoupeny v 11 případech, zatímco fyzické osoby a obce či městské části hlavního města Prahy měly nejnižší zastoupení.

2.2 Přehled evaluačních otázek

Pro evaluaci byly definovány tři evaluační úkoly s konkrétními evaluačními otázkami (EO 1–13):

Evaluační úkol 1: Obecná část

1. Jakým způsobem přispěla intervence ke snížení sociálního vyloučení (či k sociálnímu začlenění)?
2. Do jaké míry došlo ke zvýšení dostupnosti zdravotní péče podpořené v rámci operačního programu? (podle čekací doby na zákrok, počtu pacientů atd.)
3. Lze identifikovat vliv intervence na zkrácení doby pracovní neschopnosti? Pokud ano, jakým způsobem intervence přispěla ke zkrácení doby pracovní neschopnosti?
4. Jakým způsobem přispěla intervence ke zkrácení doby pobytu mimo přirozené prostředí a přesunu péče do komunity?

péče preventivní, diagnostická, dispenzární a v menší míře také péče léčebná, a to ve formě jak ambulantní, tak zejména lůžkové, poskytovaná poskytovateli lůžkové péče;

- je poskytována pacientovi, jemuž již byla poskytnuta vysoce specializovaná péče, a jehož zdravotní stav tento stupeň péče již dále nevyžaduje. Do této skupiny bude patřit především péče léčebná a léčebně rehabilitační, a to převážně v lůžkové formě;

péče, u které je návaznost na vysoce specializovanou péči definována Věstníkem Ministerstva zdravotnictví ČR (péče v centrech perinatologické intermediární péče navazují na vysoce specializovanou perinatologickou péči, viz článek 6 Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, Částka 7 z 26. 11. 2013). Vedle toho následná péče je pak [zdravotní péče](#) poskytovaná pacientovi poté, co byla ukončena léčba konkrétního onemocnění. Tento typ péče může zahrnovat opakované lékařské prohlídky a různá vyšetření. Následná péče je poskytována za účelem doléčení závažných stavů nebo poskytnutí zejména [léčebně rehabilitační péče](#) (odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných) pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí (NZIS: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/950>).



Evaluační úkol 2: Vysoce specializovaná a navazující péče

5. Jakým způsobem přispěla intervence ke zvýšení kvality zdravotní péče vysoce specializované a navazující?
6. Do jaké míry přispěla intervence k odstranění regionálních nerovností ve kvalitě zdravotní péče vysoce specializované a navazující?
7. Do jaké míry přispěla intervence k odstranění regionálních nerovností v dostupnosti zdravotní péče vysoce specializované a navazující?
8. Jakým způsobem, popř. do jaké míry, přispěla intervence k uvolnění kapacit pro péči dlouhodobou?

Evaluační úkol 3: Psychiatrická péče

9. Jakým způsobem přispěla intervence ke zlepšení regionální dostupnosti různých typů komunitní péče v oblasti péče o psychiatrické pacienty?
10. Jaké typy komunitní péče (podporované z IROP) se osvědčily (a jaké typy chybí)?
11. Do jaké míry přispěla intervence k restrukturalizaci služeb a vytvoření sítě zařízení poskytujících péči napříč společnostmi?
12. Jakým způsobem přispěla intervence ke zvýšení kvality psychiatrické péče?
13. Které výsledky intervence v oblasti psychiatrické péče jsou udržitelné (i po ukončení financování ze zdrojů ESIF a za současného stavu legislativy) a jaké jsou – případně – hlavní bariéry udržitelnosti (a příp. rozvoje)?

3 Metodologie výzkumu

3.1 Metody řešení kvantitativního výzkumu

3.1.1 Deskriptivní statistika a komparativní analýza

Deskriptivní a komparativní analýza byla aplikována napříč analýzou ve všech evaluačních otázkách. Dle potřeby byly aplikovány komparativní metody a souvislost pozorovaných trendů byla posuzována s využitím korelační analýzy.

3.1.2 Geografická analýza s využitím GIS nástrojů

Geografická analýza s využitím GIS nástrojů byla využita především pro analýzu místní dostupnosti zdravotnických služeb. Prostřednictvím GIS byly zpracovány základní parametry pro aplikaci dalších metod a pro hodnocení regionální distribuce podpory i dostupnosti zdravotnických služeb. S využitím GIS nástrojů byly kupříkladu analyzovány dojezdové vzdálenosti a vymezena spádová území pro akutní zdravotní péči.

3.1.3 Vícenásobná regresní analýza

Vícenásobná regresní analýza byla využita zejména pro hodnocení příčinných souvislostí mezi intenzitou podpory a dosaženými výsledky. Jde o klíčovou metodu, kterou bylo posuzováno dosahování cílů programu tam, kde byla aplikace možná s ohledem na dostupnost a kvalitu dat. Aplikace metody je podrobněji popsána u jednotlivých evaluačních otázek.

3.1.4 Dotazníková šetření

Pro doplnění kvantitativních analýz a případových studií byla realizována dotazníková šetření, jako metoda na pomezí kvalitativních a kvantitativních metod.

Dostupnost specializované péče o duševní zdraví

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na dostupnost a kvalitu specializované péče o duševní zdraví v regionech, které byly v uplynulém období podpořeny z Integrovaného regionálního operačního programu (IROP). Cílem šetření bylo získat zpětnou vazbu od organizací a odborníků působících v oblasti psychiatrické a psychosociální péče a zhodnotit, jak se podpora IROP promítla do rozvoje a dostupnosti služeb v praxi.

Dotazník byl realizován v průběhu září-října 2025. Šetření probíhalo online formou a bylo distribuováno mezi poskytovatele zdravotních a sociálních služeb, kteří působí v oblasti duševního zdraví a zároveň patří mezi subjekty zapojené do projektů podporovaných z IROP.

Struktura dotazníku odpovídala třem hlavním tematickým okruhům:

- Kapacita služeb péče o duševní zdraví – zaměřená na dostupnost a rozsah poskytovaných služeb v jednotlivých regionech;



- Kvalita služeb péče o duševní zdraví – sledující vnímané změny kvality péče a spokojenost odborníků s úrovní poskytovaných služeb;
- Zkušenosti s kvalitou fungování institucí – hodnotící spolupráci mezi různými aktéry systému.

Do dotazníkového šetření se zapojilo celkem 15 organizací působících v oblasti péče o duševní zdraví, zastupujících celkem osm krajů České republiky. Nejvíce respondentů pocházelo z Ústeckého kraje (4 organizace), dále z Moravskoslezského a Olomouckého kraje (shodně po 3 organizacích). Z ostatních regionů byl zaznamenán po jednom respondentovi, konkrétně z Jihočeského, Jihomoravského, Plzeňského, Pardubického a Středočeského kraje.

Z hlediska charakteru zapojených subjektů se jednalo o kombinaci zdravotnických zařízení, poskytovatelů sociálních služeb a neziskových organizací. Mezi respondenty byla například centra duševního zdraví (FOKUS – Písek, CDZ Ostrava-Poruba, Centrum duševního zdraví Louny a Žatec), psychiatrická zařízení (Psychiatrická léčebna Šternberk, TELEMENS s.r.o.), doléčovací centra a krizová zařízení (P-centrum Olomouc, Spirála Ústecký kraj), ale i organizace zajišťující sociální rehabilitaci, terénní programy či chráněné bydlení (např. Slezská diakonie, Diecézní charita Brno, Vyšší Hrádek, Naděje nebo WHITE LIGHT I).

Toto rozložení ukazuje, že šetření zahrnuje širší spektrum typů služeb – od zdravotnických ambulancí po komunitní a sociální podporu, kde byla v minulých letech realizována podpora z IROP.

Cílem bylo nejen zjistit obecné trendy, ale také zachytit konkrétní zkušenosti z praxe – jak pozitivní, tak i problematické aspekty fungování systému péče o duševní zdraví v regionech. Odpovědi respondentů přinášejí podněty pro další rozvoj sítě služeb, posílení spolupráce mezi zdravotním a sociálním sektorem a lepší zacílení budoucí podpory z IROP.

Dotazník se zástupci podpořených zdravotnických zařízení – vysoce specializovaných center a návazné péče

S žádostí o vyplnění dotazníku byli osloveni zástupci podpořených subjektů, které nebyly analyzovány prostřednictvím případových studií. Celkem bylo takto s žádostí o vyplnění dotazníku osloveno 41 zdravotnických zařízení. Odpovědi poskytlo 17 respondentů, z toho v 10 případech šlo o zástupce poskytovatelů návazné péče, v 5 případech odpověděli zástupci vysoce specializovaných center v onkogynekologii a ve dvou případech zástupci center vysoce specializované péče v oblasti perinatologie.

3.2 Metody řešení kvalitativního výzkumu

3.2.1 Případové studie

Případové studie představovaly jednu z klíčových metod této evaluace. Jejich prostřednictvím bylo možné detailně zkoumat konkrétní situace, procesy a souvislosti spojené s realizací podpory v rámci specifického cíle 2.3 IROP. Cílem bylo nejen porozumět jednotlivým případům, ale také identifikovat vzorce, které lze zobecnit a vztáhnout na další obdobné situace v systému zdravotní péče.

V rámci závěrečné fáze evaluace byly případové studie využity jako hlavní zdroj kvalitativních dat, umožňující hlubší interpretaci kvantitativních zjištění a validaci intervencí v praxi. Díky tomuto přístupu bylo možné ověřit fungování podpory v různých typech zařízení, regionech i oborech zdravotní péče, a zároveň posoudit, do jaké míry naplnila

realizovaná podpora své zamýšlené cíle. Případové studie se tak staly zásadním nástrojem pro testování intervenční logiky, vysvětlení mechanismů dopadů a doplnění kontextu k celkovým výsledkům evaluace.

Případové studie byly v rámci evaluace využity v různých kontextech, a tomu odpovídalo i jejich konkrétní vymezení a způsob zpracování. Jednotlivé aplikace metody byly proto seskupeny do pěti souborů, které se lišily svým zaměřením, úrovní analýzy a typem zkoumaných dat:

- **Soubor A:** Společné případové studie pro analýzu dopadu podpory na dostupnost péče a další očekávané výsledky
- **Soubor B:** Případové studie pacientů – kazuistiky a příběhy
- **Soubor C:** Případové studie na úrovni podpořených technologií
- **Soubor D:** Případové studie zaměřené na dopady podpory na dostupnost vysoce specializované zdravotní péče v periferních regionech
- **Soubor E:** Dodatečné případové studie pro téma deinstitucionalizace psychiatrické péče

Společné případové studie pro analýzu dopadu podpory na dostupnost péče a další očekávané výsledky

Soubor A zahrnuje společné případové studie zaměřené na analýzu dopadu podpory na dostupnost zdravotní péče a další očekávané výsledky. Tyto studie se věnují průřezovým tématům relevantním pro všechny evaluační otázky, především však pro otázky z obecné části hodnocení. Předmětem analýzy je ověření intervenční logiky specifického cíle 2.3, identifikace zamýšlených i nezamýšlených dopadů podpory, rozkrytí mechanismů, kterými podpora zlepšila dostupnost zdravotní péče a umožnila realizaci nových výkonů, či ověření efektivity podpory ve vztahu k poptávce po zdravotních službách. Soubor zahrnuje celkem devatenáct případových studií, a to v členění na podpořené projekty návazné péče (výzva č. 31, deset studií), vysoce specializované péče (výzva č. 5, čtyři studie) a psychiatrické péče (výzvy č. 54 a 75, pět studií).

Případové studie na úrovni vysoce specializované péče

Realizovány byly celkem **4 případové studie** na úrovni podpořených projektů vybraných zdravotnických zařízení. Vzorek center byl vybrán tak, aby byla zachována rozmanitost vybraných případů a aby soubor splňoval podmínky³ definované v rámci Vstupní zprávy.

Nutné je dodat, že všechna centra vysoce specializované péče jsou **zároveň poskytovateli návazné péče**.

Tabulka 1: Soubor zařízení pro případové studie vysoce specializované péče

Základní parametry souboru	
I.	4 případové studie
II.	4 kraje ČR
III.	4 zapojení příjemci podpory
IV.	4 zapojená zdravotnická zařízení
V.	4 podpořené projekty

Vybraná centra pro případové studie zahrnují:

³ Definované podmínky struktury případových studií: subjekty z nejméně 7 různých krajů; veřejné i soukromé instituce; „malé“ i „velké“ (fakultní) nemocnice; rozmanité projekty, zaměřené na jeden nebo malý počet kusů konkrétního přístrojového vybavení, zaměřené obecněji na zlepšení kvality péče, zaměřené na jeden nebo více oborů atd.

- Fakultní nemocnice Brno
- Fakultní nemocnice Plzeň
- Krajská zdravotní, a.s. - Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z
- Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Tabulka 2: Vybraná centra vysoce specializované péče pro případové studie

Název centra	Číslo podpořeného projektu	Název projektu
Fakultní nemocnice Plzeň	CZ.06.2.56/0.0/0.0/15_00/6/0004578	Obnova a modernizace přístrojového vybavení onkogynekologického centra FN Plzeň
	CZ.06.2.56/0.0/0.0/15_00/6/0005033	Obnova a modernizace přístrojového vybavení perinatologického centra FN Plzeň
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	CZ.06.2.56/0.0/0.0/15_00/6/0005465	Modernizace Centra vysoce specializované intenzivní péče v perinatologii ve VFN v Praze
	CZ.06.2.56/0.0/0.0/15_00/6/0005159	Modernizace Centra vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii ve VFN v Praze
Fakultní nemocnice Brno	CZ.06.2.56/0.0/0.0/15_00/6/0001805	FN Brno modernizace perinatologického centra
	CZ.06.2.56/0.0/0.0/15_00/6/0001804	FN Brno modernizace onkogynekologického centra
Krajská zdravotní, a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem,	CZ.06.2.56/0.0/0.0/15_00/6/0005356	Zvýšení kvality vysoce specializované péče v perinatologii – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
	CZ.06.2.56/0.0/0.0/15_00/6/0002831	Zvýšení kvality vysoce specializované péče v onkogynekologii Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

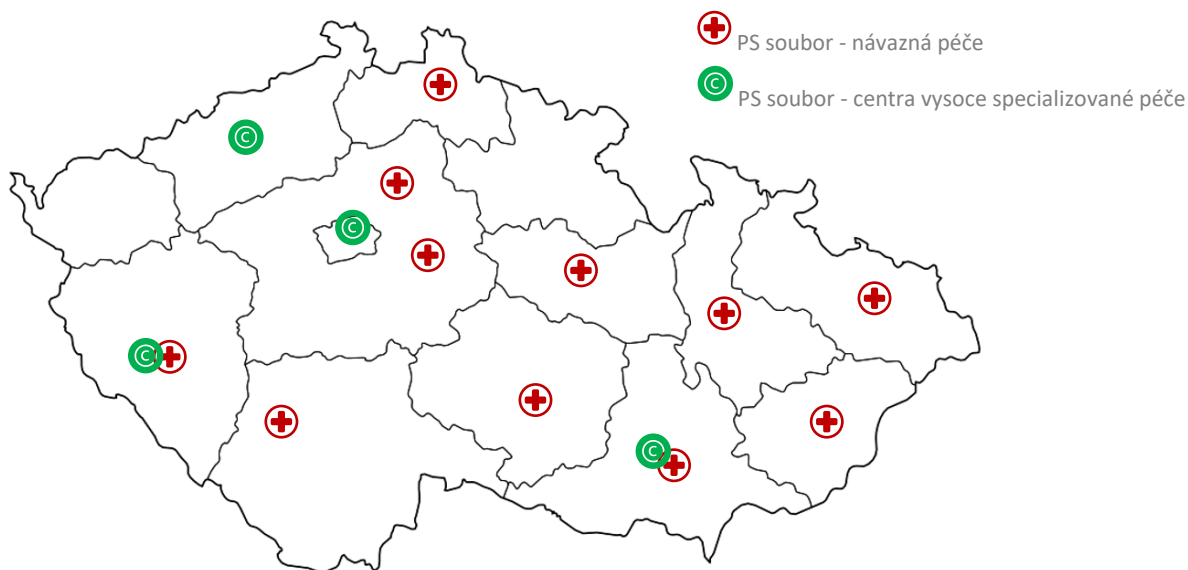
Vybrána byla zdravotnická zařízení, která byla **akreditována/reakreditována** jako centra vysoce specializované péče v perinatologii a vysoce specializované péče v onkogynekologii. Dvě z nich jsou **zároveň součástí souboru zařízení** pro realizaci případových studií v oblasti návazné péče (výzva č. 31).

Tabulka 3: Vybraná centra vysoce specializované péče pro případové studie

Název zdravotnického zařízení	Realizace případové studie v oblasti návazné péče (výzva č. 31)
Fakultní nemocnice Brno	Ano
Fakultní nemocnice Plzeň	Ano
Krajská zdravotní, a.s. - Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z	Ne
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	Ne

Geografické rozdělení bylo vybráno s ohledem na strukturu případových studií v oblasti návazné péče (výzva č. 31, návazná péče). Dvě z případových studií tak byly realizovány ve fakultních nemocnicích (centrech vysoce specializované péče), která jsou zároveň vybranými zařízeními pro realizaci případových studií v oblasti návazné péče (příjemci podpory ve výzvě č. 31). Dvě z případových studií byly realizovány v krajích, kde naopak nebyly realizovány případové studie v oblasti návazné péče.

Schéma 1: Geografické rozvržení zdravotnických zařízení vybraných pro realizaci případových studií



Z hlediska **právní formy a zřizovatele**, byly do souboru zahrnuty 3 fakultní nemocnice zřizované Ministerstvem zdravotnictví a 1 zdravotnické zařízení, jehož zřizovatelem je kraj.

Tabulka 4: Zřizovatel a právní forma zdravotnických zařízení vybraných pro realizaci případových studií

Název zdravotnického zařízení	Zřizovatel	Právní forma
Fakultní nemocnice Brno	Ministerstvo zdravotnictví	Státní příspěvková organizace
Fakultní nemocnice Plzeň	Ministerstvo zdravotnictví	Státní příspěvková organizace
Krajská zdravotní, a.s.	Ústecký kraj	Akciová společnost
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	Ministerstvo zdravotnictví	Státní příspěvková organizace

Případové studie v zařízeních návazné péče

V oblasti návazné péče bylo realizováno celkem **10 případových studií**. Vzorek zařízení a projektů byl vybrán tak, aby v rámci souboru byla zachována rozmanitost vybraných případů a aby splňoval podmínky⁴ definované v rámci Vstupní zprávy.

Tabulka 5: Parametry souboru vybraných zařízení návazné pro realizaci případových studií

Základní parametry souboru A.1
I. 10 realizovaných případových studií
II. 9 krajů ČR
III. 10 zapojených příjemců podpory
IV. 15 zapojených zdravotnických zařízení
V. 19 podpořených projektů

⁴ Definované podmínky struktury případových studií: subjekty z nejméně 7 různých krajů; veřejné i soukromé instituce; „malé“ i „velké“ (fakultní) nemocnice; rozmanité projekty, zaměřené na jeden nebo malý počet kusů konkrétního přístrojového vybavení, zaměřené obecněji na zlepšení kvality péče, zaměřené na jeden nebo více oborů atd.



Tabulka 6: Zřizovatel a právní forma zdravotnických zařízení vybraných pro realizaci případových studií

Název příjemce podpory	Počet zdravotnických zařízení	Kraj	Počet projektů v PS	Cíl případové studie	Zřizovatel/ majitel (většinový podíl)	Velikost nemocnice (počet lůžek)
Fakultní nemocnice Brno	1	Jihomoravský	6	Efekty podpory jako celku (více projektů)	Ministerstvo zdravotnictví	1 000 a více
Fakultní nemocnice Plzeň	1	Plzeňský	4	Efekty podpory jako celku (více projektů)	Ministerstvo zdravotnictví	1 000 a více
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.	1	Zlínský	2	Efekty podpory projektu	Kraj	700-999
Oblastní nemocnici Kolín, a.s.	1	Středočeský	1	Efekty podpory projektu	Kraj	100-199
Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje	1	Středočeský	1	Efekty podpory projektu	Kraj	500-699
Nemocnice Pardubického kraje, a.s. (5 nemocnic)	5	Pardubický	1	Efekty podpory projektu	Kraj	1 000 a více
Nemocnice Prachatic, a.s.	1	Jihočeský kraj	1	Efekty podpory projektu	Kraj	100-199
MMN, a.s.	2	Liberecký	1	Efekty podpory projektu	Město, obec	100-199
Nemocnice Pelhřimov, příspěvková organizace	1	Vysočina	1	Efekty podpory projektu	Kraj	300-499
Nemocnice Šumperk a.s.	1	Olomoucký	1	Efekty podpory projektu	Jiná právnická osoba	300-499

Podle **zaměření případových studií** je lze rozdělit do dvou skupin. Z celkem 10 případových studií se 7 případových studií zaměřuje primárně na zhodnocení efektu podpory konkrétních vybraných projektů. Další 3 studie se zaměřují na analýzu efektu podpory zdravotnického zařízení, a to v případech, kdy dané zařízení realizovalo více projektů, které dohromady tvoří ucelený celek podpory návazné péče.

Tabulka 7: Zaměření případových studií

Příjemce podpory	Případová studie zaměřené na efekt podpory:	
Fakultní nemocnice Brno		x
Fakultní nemocnice Plzeň		x
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.		x
Oblastní nemocnice Kolín a.s.	x	
Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.	x	
Nemocnice Pardubického kraje, a.s. (5 nemocnic)	x	
Nemocnice Prachatice a.s.	x	
MMN, a.s. (2 nemocnice)	x	
Nemocnice Pelhřimov, příspěvková organizace	x	
Nemocnice Šumperk a.s.	x	
Všechna vybraná zdravotnická zařízení – technologie		
Celkem	7	3

Čtyři zdravotnická zařízení jsou **zároveň centry vysoce specializované péče** v oblasti perinatologie a/nebo onkogynekologie. Tato skutečnost je významná pro analýzu návaznosti péče. Dvě z těchto zařízení byla zároveň vybrána pro případové studie v souboru A.2.

Tabulka 8: Úroveň péče v zařízeních vybraných pro realizaci případových studií

Příjemce podpory	Poskytovatel návazné péče	Vysoce specializované centrum	
Fakultní nemocnice Brno	x	x	x
Fakultní nemocnice Plzeň	x	x	x
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.	x	x	x
Oblastní nemocnice Kolín a.s.	x		
Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.	x		
Nemocnice Pardubického kraje, a.s.	x		x
Nemocnice Prachatice a.s.	x		
MMN, a.s.	x		
Nemocnice Pelhřimov, příspěvková organizace	x		
Nemocnice Šumperk a.s.	x		

Zdravotnická zařízení pro realizaci případových studií byla vybrána s ohledem na **geografické rozložení** podpory a s cílem zahrnout zařízení alespoň ze sedmi krajů. Výsledná struktura souboru zahrnuje celkem 10 zdravotnických zařízení v 9 krajích.

Tabulka 9: Výběr zdravotnických zařízení pro realizaci případových studií z pohledu geografického rozmístění

Příjemce podpory	Kraj (sídlo)
Fakultní nemocnice Brno	Jihomoravský
Fakultní nemocnice Plzeň	Plzeňský
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.	Zlínský
Oblastní nemocnice Kolín a.s.	Středočeský
Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.	Středočeský
Nemocnice Pardubického kraje, a.s.	Pardubický
Nemocnice Prachatic a.s.	Jihočeský kraj
MMN, a.s.	Liberecký
Nemocnice Pelhřimov, příspěvková organizace	Vysočina
Nemocnice Šumperk a.s.	Olomoucký

Z pohledu **velikosti zdravotnických zařízení** (příjemců podpory) obsahuje soubor zdravotnická zařízení různých velikostí, zahrnujících 3 zařízení s více než 1 000 lůžky, 1 zařízení s počtem lůžek 700-999, 1 zařízení s počtem lůžek 500-699, 2 zařízení s 300-499 lůžky, 3 zařízení s méně než 200 lůžky.

Zřizovatelé zdravotnických zařízení v souboru jsou Ministerstvo zdravotnictví, a to ve 2 případech, kdy se jedná o fakultní nemocnice, kraj v 6 případech, obec v jednom případě a v jednom případě je zřizovatelem jiná právnická osoba.

Z hlediska **právní formy** zahrnuje soubor jeden soukromý subjekt ve formě akciové společnosti, 5 veřejných zdravotnických zařízení, akciových společností zřízených veřejným subjektem, 2 státní příspěvkové organizace zřízené Ministerstvem zdravotnictví a 2 příspěvkové organizace zřízené jiným veřejným subjektem.

Případové studie v oblasti péče o duševní zdraví

V rámci třetího evaluačního úkolu zaměřeného na dopady intervence IROP SC 2.3 v oblasti psychiatrické péče bylo realizováno celkem 12 případových studií. Terénní šetření probíhalo v období od června do října 2025 a bylo zaměřeno na zjištění, jakým způsobem podpořené projekty ovlivnily dostupnost komunitní psychiatrické péče v regionech.

Výběr případových studií vycházel z metodického rámce definovaného ve vstupní zprávě a reflektoval požadavek na variabilitu typů zařízení, regionální rozložení i institucionální zázemí. Vzorek zahrnoval zařízení působící v různých typech regionů (jádro aglomerace, v aglomeraci, mimo aglomeraci), zařízení s různým typem zřizovatele (navázané na nemocnici nebo kliniku vs. nenavázané), a zařízení, která vznikla nově nebo byla modernizována. Dále byly do vzorku zařazeny psychiatrické ambulance s návaznými službami zaměřené specificky na cílovou skupinu dětí a mladistvých.

Záměrem bylo zároveň pokrýt příjemce napříč celou Českou republikou, aby bylo možné zachytit regionální rozdíly v dostupnosti služeb a v organizaci péče. V jednom případě musel být původně plánovaný projekt nahrazen jiným – zařízení Dům duševního zdraví s.r.o. nebylo možné zařadit z důvodu úmrtí hlavní projektové osoby, a proto byl do výběru doplněn projekt Nemocnice Frýdek-Místek.



Struktura případových studií byla následující:

- 2 centra duševního zdraví (CDZ)
- 3 psychiatrické ambulance se stacionářem či mobilním týmem
- 2 stacionáře na úrovni zdravotnických zařízení (nemocnic či klinik)
- 3 nemocnice, které komunitní služby nepodporovaly
- 2 kliniky, které komunitní služby nepodporovaly

Seznam vybraných příjemců znázorňuje tabulka níže.



Tabulka 10: Seznam vybraných příjemců podpory pro realizaci případových studií v oblasti péče o duševní zdraví

Žadatel	Typ žadatele	Region	Typ regionu	CZV projektu (Kč)	Příspěvek EU (Kč)	Název výzvy
Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace	Centrum duševního zdraví	Moravskoslezský kraj	jádro	19 618 171	16 675 445	75. Výzva IROP
TELEMENS s.r.o.	Centrum duševního zdraví Přerov	Olomoucký kraj	jádro	39 543 107	33 611 641	75. Výzva IROP
Psychiatrie Vyhlička s.r.o.	Psychiatrické ambulance se stacionářem či mobilním týmem	Jihomoravský kraj	jádro	1 649 547	1 402 115	75. Výzva IROP
Město Hořice	Psychiatrické ambulance se stacionářem či mobilním týmem	Královéhradecký kraj	mimo aglomeraci	4 563 307	3 878 811	75. Výzva IROP
Psychiatrická léčebna Petrohrad, příspěvková organizace	Psychiatrické ambulance se stacionářem či mobilním týmem	Ústecký kraj	mimo aglomeraci	1 626 965	1 382 920	75. Výzva IROP
Fakultní nemocnice Brno	Stacionáře na úrovni zdravotnických zařízení	Jihomoravský kraj	jádro	577 999 900	491 299 915	54. Výzva IROP
Nemocnice Pardubického kraje, a.s.	Stacionáře na úrovni zdravotnických zařízení	Pardubický kraj	jádro	259 034 304	220 179 158	54. Výzva IROP
Fakultní nemocnice Ostrava	Nemocnice, které komunitní služby nepodporovaly	Moravskoslezský kraj	jádro	496 465 294	421 995 500	75. Výzva IROP
Fakultní nemocnice Plzeň	Nemocnice, které komunitní služby nepodporovaly	Plzeňský kraj	jádro	315 717 229	268 359 645	54. Výzva IROP
Krajská zdravotní, a.s.	Nemocnice, které komunitní služby nepodporovaly	Ústecký kraj	jádro	36 886 264	31 353 324	75. Výzva IROP
Psychordinace Smrková s.r.o.	Kliniky, které komunitní služby nepodporovaly	Plzeňský kraj	jádro	5 000 000	4 250 000	75. Výzva IROP
SYMEDIS PLUS s.r.o.	Kliniky, které komunitní služby nepodporovaly	Zlínský kraj	mimo aglomeraci	5 000 000	4 250 000	75. Výzva IROP



Zařízení byla vybírána tak, aby reprezentovala různorodé typy poskytovatelů – od velkých nemocnic přes specializované ambulantní služby až po centra duševního zdraví. Tato kombinace umožnila zachytit rozdíly v přístupu k péči, v míře zapojení multidisciplinárních týmů i v rozsahu spolupráce s dalšími službami v komunitě. Díky tomu bylo možné sledovat, jak se liší dopady projektů IROP v závislosti na typu zařízení, jeho velikosti, regionálním kontextu a míře připravenosti na transformaci psychiatrické péče.

V každé případové studii byl nejprve realizován rozhovor s vedením zařízení. Ten byl následně doplněn rozhovory s lékařem a/nebo zdravotní sestrou. V některých případech byl rozhovor veden s jiným členem týmu – například se sociální pracovnící v Centru duševního zdraví Přerov (TELEMENS s.r.o.). V zařízení Petrohrad byl rozhovor uskutečněn s členem mobilního týmu, ve kterém není lékař, a rozhovor s lékařem zde tedy nebyl relevantní vzhledem k typu poskytované služby.

Realizace rozhovorů byla v některých zařízeních komplikována vysokým pracovním vytížením zdravotnického personálu, což ztěžovalo domlouvání termínů a vyžadovalo značnou míru flexibility ze strany terénního týmu. Přesto se podařilo ve všech případech uskutečnit alespoň jeden osobní rozhovor přímo v zařízení. V návaznosti na aktuální provozní možnosti jednotlivých institucí byly následně realizovány doplňující online rozhovory či telefonické konzultace, které umožnily získat komplexní pohled na fungování podpořených služeb a jejich dopad na dostupnost komunitní psychiatrické péče.

Průměrná délka všech rozhovorů v rámci jedné případové studie činila přibližně 1,5 hodiny. Celkově bylo dosud realizováno 21 rozhovorů, které poskytly detailní vhled do fungování jednotlivých zařízení. Jeden rozhovor – v zařízení SYMEDIS PLUS Uherské Hradiště – zatím nebyl uskutečněn kvůli komplikované komunikaci s příjemcem.

Případové studie pacientů – kazuistiky a příběhy

Soubor B je tvořen případovými studiemi pacientů – tedy kvalitativními kazuistikami a příběhy. Tyto studie vycházejí ze zkušeností patientských organizací s jejich klienty a zachycují aktuální situaci ve službách, jak ji organizace vnímají na základě své každodenní práce. Tyto příběhy slouží k ilustraci konkrétní situace uživatelů služeb a doplňují analytickou část o perspektivu cílových skupin.

Rozhovory probíhaly formou **polostrukturovaného dialogu**, který umožnil zachytit jak konkrétní zkušenosti s fungováním služeb, tak širší kontext péče v daných regionech. Konaly se od 2. září do 30. září 2025 a byly vedeny se zástupci následujících patientských organizací:

- Spolek KOLUMBUS
- Společnost E
- VIDA z. s.

Získané informace reflektují momentální situaci ve službách z pohledu organizací, které dlouhodobě pracují s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním. **Následné zkušenosti a popsání příběhů byly využity jako kazuistiky**, které přinášejí důležité poznatky o dostupnosti péče, kvalitě služeb a aktuálním nastavení komunitní podpory. Tyto příběhy byly využity jako doplněk k případovým studiím zdravotnických zařízení a přispívají k celkovému porozumění situaci z pohledu uživatelů služeb.



Případové studie na úrovni podpořených technologií

Soubor C se zaměřuje na případové studie na úrovni technologií. Tyto studie budou analyzovat dopady podpory nikoli z pohledu konkrétního projektu, ale z pohledu použitých technologií, které byly do zdravotnických zařízení pořízeny. Celkem budou zpracovány dvě případové studie, každá vycházející z dat napříč více projekty podpořenými ve výzvě č. 5. Tato část byla využita především pro hodnocení efektů technologických inovací v rámci evaluační otázky EO 7.

Tyto případové studie nezkoumají se zaměřily se na konkrétní technologie, které jsou pro moderní diagnostiku v návazné péči klíčové. Jejich předmětem byly:

1. Přístroje počítačové tomografie (CT) a magnetické rezonance (MR),
2. Vybavení operačních sálů, jako specifická oblast zdravotnické infrastruktury, která má zásadní význam pro fungování vysoce specializované i návazné péče.

Cílem těchto případových studií bylo zhodnotit, jak se investice do těchto technologií projevily v praxi, a to nejen na úrovni kvality a rozsahu samotných vyšetření, ale také z hlediska návaznosti péče.

Případové studie jsou postaveny na praktických zkušenostech vybraných nemocnic napříč ČR, kde došlo buď k novému zavedení těchto technologií, nebo k obnově techniky, která již morálně či technicky dosloužila. Tímto způsobem je možné sledovat rozdíly mezi dopadem nového pořízení a dopadem modernizace stávající technologie.

Případové studie zaměřené na dopady podpory na dostupnost vysoce specializované zdravotní péče v periferních regionech

Soubor D tvoří případové studie zaměřené na dopady podpory na dostupnost vysoce specializované zdravotní péče v periferních regionech. Tyto studie se zaměřily na územní aspekty podpory a sledovaly, zda a jak podpora přispěla ke zlepšení dostupnosti péče v regionech, které se nacházejí mimo hlavní centra.

Vybrány byly dva periferní regiony, ve kterých bylo kvalitativně analyzováno, zda a jakým způsobem podpora vedla ke zvýšení dostupnosti vysoce specializované péče také v těchto lokalitách:

- Město Jeseník
- Město Ostrov

Pro potřeby případových studií byly realizovány rozhovory se zástupci zdravotnických zařízení a se zástupci města a městského úřadu a se zástupci dalších spádových municipalit.

3.2.2 Další metody sběru kvalitativních dat a informací

Rozhovory s patientskými organizacemi

V rámci evaluace dopadů projektů financovaných z IROP v oblasti psychiatrické péče bylo osloveno celkem pět patientských organizací, které se dlouhodobě věnují podpoře lidí se zkušeností s duševním onemocněním a rozvoji komunitních služeb. Cílem bylo získat kvalitativní vhled do toho, jak jednotlivé projekty ovlivnily dostupnost, kvalitu a udržitelnost péče z pohledu samotných uživatelů služeb a jejich zastupujících organizací.



Z oslovených pěti organizací se tři aktivně zapojily do osobních rozhovorů, které byly vedeny s jejich zástupci. Rozhovory se konaly od 2.9. do 30.9.2025. Konkrétně šlo o Spolek KOLUMBUS, Společnost E a VIDA z.s. Rozhovory probíhaly formou polostrukturovaného dialogu, který umožnil zachytit jak konkrétní zkušenosti s realizací projektů, tak širší kontext fungování služeb v daných regionech. Diskutována byla témata jako dostupnost služeb pro cílové skupiny, zapojení lidí se zkušeností do tvorby služeb, spolupráce s odborníky a institucemi, bariéry v péči a dopady projektů na kvalitu života klientů.

Získané informace představují důležitý doplněk k datovým analýzám a případovým studiím, protože umožňují lépe porozumět tomu, jak investice do komunitní psychiatrie ovlivňují každodenní praxi nejen poskytovatelů služeb, ale i samotných uživatelů a jejich zastupujících organizací.

Rozhovory se zástupci zařízení s nepodpořenými projekty

V rámci evaluace byly zohledněny také nepodpořené projekty, které tvoří důležitou srovnávací skupinu pro analýzu dopadů investic do komunitní psychiatrie. Ze dvou identifikovaných nepodpořených projektů se podařilo realizovat rozhovor pouze s jedním — Práh jižní Morava, z.ú. (21.7.2025), který poskytl cenné informace o důvodech neúspěchu v původní žádosti a o dalším vývoji služeb mimo rámec IROP. Druhý nepodpořený subjekt, JESSENIA a.s., na opakované oslovení nereagoval. Ostatní původně nepodpořené projekty buď představovaly zkušební žádosti, které nebyly dokončeny a často neobsahovaly ani kontaktní údaje, nebo se jednalo o případy, kdy žadatelé se svým záměrem uspěli později ve výzvě, kdy projekt upravili, změnil a získali podporu.

Expertní panel

Expertní panel byl zaměřen na sběr expertních názorů a expertního zhodnocení konkrétních jevů a prvků programu s důrazem na jeho výsledky a potenciál dosahování očekávaných výsledků a vytyčených cílů.

3.3 Metodologická omezení

Při zpracování evaluace bylo nutné řešit celou řadu metodologických limitů a omezení. Nejvýznamnější jsou především následující:

- Dostupnost dat

Pro robustní vyhodnocení evaluačních otázek bylo nutné zajistit rozsáhlé datové zdroje, a to především data o poskytování zdravotní péče v ČR. Hned na počátku evaluace byla proto navázána komunikace s Ústavem zdravotnických informací a statistik a byly dohodnuty komunikační kanály a procesy spojené s vytěžováním potřebných dat. Při získávání dat docházelo k významným zpožděním, a to především z důvodu zpoždění spuštění tzv. syntetické databáze, která byla hlavním nástrojem pro vytěžování datových sestav ÚZIS. V důsledku těchto zpoždění bylo se zadavatelem dohodnuto mírné prodloužení harmonogramu.

- Chybějící nebo nedostatečná data pro některé ukazatele

Největším omezením, co se dostupnosti dat týče, je spojeno s daty o čekacích lhůtách. Vzhledem k citlivosti těchto dat i možným chybám a nepřesnostem na úrovni jednotlivých údajů nebyla evaluačnímu týmu data poskytnuta v potřebné formě. Data byla poskytnuta pouze v anonymizované podobě a záznamy proto neobsahovaly nejen identifikační údaje jednotlivých zdravotnických zařízení, ale ani data o jejich geografickém



umístění. Data proto nebylo možné spárovat s daty o poskytnuté podpoře z IROP – jednotlivé záznamy pouze obsahovaly binární informaci o tom, zda daný subjekt patří mezi podpořené instituce, nebo nikoliv. Z tohoto důvodu nebylo možné zpracovat analýzu dopadu podpory na čekací lhůty v původně plánovaném rozsahu a analýza se omezila na komparaci trendů u skupiny podpořených a nepodpořených subjektů. I tato verze ale jednoznačně prokázala, že podpora nemohla mít na snížení čekacích dob u vybraných zákroků měřitelný vliv.

Dalším omezením je nedostupnost dat o délce pracovní neschopnosti na úrovni individuálních osob. Do analýzy proto vstoupily ukazatele měřící počet osob v PN a celkový počet případů PN.

Výrazným omezením byla struktura dat za jednotlivá OGC, neboť některé výkony pro diagnózy, které jsou v OGC sledovány v rámci monitorace indikátorů kvality, byly v průběhu sledovaného období nahrazeny jinými výkony, případně změnily v průběhu sledovaného období metodiku číslování a vykazování, což značně zkreslovalo vývoj počtu výkonů pro jednotlivé diagnózy. Dostupná data se totiž vztahují vždy ke konkrétní kombinaci diagnóz a výkonů, z nichž některé ve sledovaném období z matice „vypadávají“, ale nebyly nahrazeny výkony pokračujícími (nahrazujícími).

- **Dopad pandemie COVID-19**

Působení pandemie COVID-19 a s ní spojené zátěže na zdravotnický systém i vyhlášená restriktivní opatření způsobily významnou „diskontinuitu“ ve většině analyzovaných datových řad souvisejících s poskytováním zdravotnických služeb. Hodnoty analyzovaných datových řad z let 2020–2021 jsou působením pandemie výrazně zkresleny a mohou tak zkreslovat interpretaci výsledků analýzy. Tam, kde to bylo možné, byla proto analýza zpracovávána prostřednictvím komparace hodnot před pandemií a popandemického období. Pokud byla analyzována nepřetržitá časová řada, byla zkreslení způsobená pandemií explicitně popsána při interpretaci výsledků.

- **Spolupráce s příjemci podpory**

V ojedinělých případech se nepodařilo navázat efektivní komunikaci s příjemci podpory, kteří byli vybráni jako cíle případových studií. Pokud se komplikace objevily, byl příjemce osloven znovu v součinnosti se zástupci řídicího orgánu. V odůvodněných případech byl původně vybraný příjemce, po schválení zadavatelem evaluace, vyměněn za jiný subjekt.

Specifickým projevem jsou případové studie u nepodpořených subjektů ve výzvách zaměřených na psychiatrickou péči. Původně byl plánován vyšší počet případových studií u nepodpořených subjektů, po důkladné analýze dat ale v souboru zůstaly pouze dva neúspěšní žadatelé – nositelé ostatních nepodpořených projektů realizovali vždy alespoň jeden další projekt, který byl podpořen. Z tohoto finálního souboru dvou žadatelů, kteří neobdrželi žádnou podporu, se podařilo navázat spolupráci pouze s jedním subjektem, druhý na (opakované) výzvy ke spolupráci nereagoval.

Jistým omezením je také relativně nízká návratnost dotazníkového šetření. To bylo distribuováno 41 subjektům, které představují celý soubor zdravotnických zařízení, která byla podpořena a zároveň u nich neproběhla žádná případová studie), ale podařilo se získat pouze 17 odpovědí. Dotazníkové šetření bylo koncipováno pouze jako doplňkový zdroj dat a s ohledem na malou velikost vzorku byla data vyhodnocována především kvalitativně.

4 Odpovědi na evaluační otázky

4.1 EO 1: Jakým způsobem přispěla intervence ke snížení sociálního vyloučení (či k sociálnímu začlenění)?

Evaluační otázka EO 1 představuje první z řady otázek zaměřených na **vyhodnocení obecných dopadů specifického cíle 2.3 IROP**, a tvoří tak vstupní rámec pro interpretaci všech dalších tematických oblastí evaluace. Jejím cílem je především porozumět mechanismům intervence, tedy ověřit, do jaké míry se předpokládaný mechanismus účinku podpory přiblížil reálnému fungování systému a zda plánovaný efekt programu byl v praxi realistický a dosažitelný.

Důraz byl kladen na kvalitativní analýzu, a proto se zde pozornost soustředila na hodnocení funkčnosti samotného mechanismu podpory spíše než na analýzu kvantitativních ukazatelů. Evaluační otázka tak syntetizuje poznatky z ostatních částí evaluace a interpretuje je v širším kontextu dopadů programu v oblasti sociálního vyloučení a sociálního začleňování. Nepracuje tedy s vlastní specifickou datovou sadou, ale čerpá především ze zkušeností a zjištění vzniklých v rámci dílčích výzkumných aktivit ostatních evaluačních otázek.

Jedním z hlavních cílů podpory v rámci SC 2.3 bylo posílit sociální začlenění osob ohrožených sociálním vyloučením v důsledku zdravotního stavu, a tím minimalizovat dopad zdravotních bariér, které tyto osoby odlišují od většinové populace. Sociální vyloučení je v této souvislosti chápáno jako proces, při němž jedinec ztrácí část svých práv či možností spojených s plnohodnotným členstvím ve společnosti – a tím i přístup k běžným službám, pracovním příležitostem nebo společenským aktivitám. Osoby ohrožené zdravotním omezením se tak často potýkají nejen s nižší dostupností zdravotní péče, ale také s ekonomickými a sociálními dopady, které z jejich zdravotního stavu vyplývají.

Program IROP měl přispět ke snížení sociálního vyloučení na dvou úrovních: regionální a individuální.

Na **regionální úrovni** byla pozornost věnována rozdílům v kvalitě a dostupnosti zdravotní péče napříč územím České republiky, protože právě tyto rozdíly mohou zvyšovat míru sociální nerovnosti mezi regiony. Populace má v některých oblastech horší přístup ke kvalitní zdravotní péči, což ztěžuje překonávání zdravotních bariér a přispívá k hlubším formám sociální exkluze.

Na **úrovni individuální** pak zdravotní stav působí jako omezující faktor v běžném fungování jedince ve společnosti – může omezit jeho schopnost pracovat, vydělávat nebo participovat na sociálním životě. Typickým projevem je pracovní neschopnost, která vede nejen ke ztrátě ekonomického příjmu, ale často i ke zhoršení sociální stability domácnosti.

Evaluační otázka EO 1 se proto soustředí na to, zda a jak intervence IROP skutečně přispěly ke zmírnění těchto dopadů a zda lze doložit, že podpora vedla ke zvýšení sociálního začlenění osob se zdravotním omezením, a to jak z pohledu jednotlivců, tak z pohledu regionálních rozdílů v přístupu ke kvalitní zdravotní péči.

Mechanismus teorie změny v SC 2.3 je založen na třech klíčových (ovšem vzájemně provázaných) aktivitách. Jejich společným celkovým cílem je „zlepšení systému funkční a udržitelné péče, podporující sociální začleňování osob, ohrožených sociálním vyloučením v důsledku jejich zdravotního stavu, ztížené dostupnosti zdravotních služeb, a

zkrácení doby pobytu mimo přirozené prostředí a doby pracovní neschopnosti“. Celkově jsou proto mezi cíli intervence formulovány především:

- Sociální začleňování osob ohrožených sociálním vyloučením (...)
- Umožnění přesunu péče do komunity
- Posílení přístupu ke kvalitním zdravotním službám
- Vyrovnávání problému regionálních nerovností v kvalitě a dostupnosti zdravotní péče vysoce specializované a navazující.

Zvýšení kvality vysoce specializované péče

Tato intervence se zaměřuje na modernizaci, výstavbu a technické dovybavení center vysoce specializované péče. Výstupem má být moderní a funkčně propojená infrastruktura, která umožňuje poskytování péče v souladu s nejnovějšími medicínskými standardy. Součástí je i zavádění nových technologií, které zlepšují diagnostiku, léčbu a návaznost jednotlivých složek zdravotní péče.

Základním výsledkem intervence je zvýšení kvality a efektivity specializované péče, neboť modernizovaná infrastruktura umožňuje zkrátit dobu léčby, zvýšit přesnost diagnostiky a rozšířit dostupnost specializovaných výkonů mimo velká města. Dochází také ke zlepšení koordinace mezi jednotlivými úrovněmi péče (primární, specializovaná, návazná) a k rovnoměrnějšímu rozložení špičkových kapacit v území. Současně se zvyšuje bezpečnost a komfort pacientů, což vede k vyšší důvěře ve zdravotní systém.

Dopady:

Konečným dopadem je zlepšení zdravotního stavu populace a snížení regionálních rozdílů v přístupu ke kvalitní zdravotní péči. Vysoce specializovaná péče, pokud je dostupná a efektivní, zkracuje dobu pracovní neschopnosti, zvyšuje míru přežití u závažných diagnóz a snižuje dlouhodobé socioekonomické dopady nemocí.

Kauzálně lze vztah shrnout takto:

Modernizace a dostupnost specializovaných center → kvalitnější a rychlejší diagnostika a léčba → zlepšení zdravotního stavu a snížení mortalitních rozdílů mezi regiony.

Zvýšení kvality návazné péče

Druhá aktivita se soustředí na budování a modernizaci zařízení návazné péče. Výstupem je posílení kapacit těchto zařízení a jejich technická a prostorová adaptace na multidisciplinární spolupráci, čímž se zajišťuje plynulý přechod pacienta mezi zařízeními návazné a vysoce specializované péče, a to na straně vstupu do centra i na straně výstupu z centra.

Klíčovým výsledkem má být zkrácení doby hospitalizace v akutní péči a rychlejší návrat pacientů do běžného života. Posílením návazné infrastruktury se dosahuje efektivnějšího využití lůžkových kapacit, čímž se zvyšuje průchodnost celého systému. Pacienti mají díky lepší organizaci a regionální dostupnosti služeb přístup k navazující péči včas a blízko svého bydliště, což zlepšuje výsledky léčby a snižuje riziko komplikací.

Dopady:

Dlouhodobým dopadem je efektivnější, udržitelnější a spravedlivější systém zdravotní péče, který lépe zvládá demografické výzvy a stárnutí populace.

Kauzálně lze vztah shrnout takto:



Rozvoj infrastruktury návazné péče → kratší hospitalizace, lepší kontinuita léčby, vyšší soběstačnost pacientů → udržitelnější systém zdravotní péče a vyšší kvalita života.

Deinstitucionalizace psychiatrické péče

Tato aktivita představuje součástí reformy péče o duševní zdraví, založená na transformaci psychiatrické péče z ústavního modelu na komunitní úroveň. Výstupy zahrnují vznik center duševního zdraví, rekonstrukci či výstavbu menších zařízení pro pobytovou a ambulantní péči, a technické zázemí pro terénní a mobilní týmy. Součástí je i propojení zdravotních a sociálních složek péče, což umožňuje poskytovat podporu lidem s duševním onemocněním přímo v jejich přirozeném prostředí.

Bezprostředním výsledkem je zvýšení dostupnosti péče o duševní zdraví v komunitě a zlepšení kvality a individualizace služeb. Zároveň dochází k snížení potřeby dlouhodobých ústavních pobytů, protože lidé mohou využívat služby kontinuálně, podle aktuální potřeby a v blízkosti svého bydliště. Významným výsledkem je také zvýšení sociální integrace a soběstačnosti osob s duševním onemocněním, které nejsou vyčleňovány z běžného života.

Dopady:

V dlouhodobém horizontu tato intervence přináší posílení sociální soudržnosti, snížení stigmatizace duševních onemocnění a prevenci sociálního vyloučení. Přesunem části péče do komunity se vytváří inkluzivní model duševního zdraví, který lépe reaguje na individuální potřeby a snižuje tlak na ústavní zařízení. To zároveň přispívá k finanční udržitelnosti systému a zlepšení kvality života pacientů i jejich rodin. Kauzálně lze vztah shrnout takto:

Transformace psychiatrické infrastruktury → dostupná komunitní péče a kontinuita podpory → sociální inkluze, nižší míra institucionalizace a stabilnější duševní zdraví populace.

Naplnění těchto klíčových bodů teorie změny programu je ověřováno v následujících evaluačních otázkách. Z těchto analýz lze předložit následující syntézu:

1. Zvýšení kvality vysoce specializované péče

Podpora z IROP jednoznačně přispěla ke zvýšení odborné úrovně a standardizace vysoce specializované péče. Modernizace přístrojového vybavení a zavedení nových diagnostických i terapeutických postupů vedly ke zvýšení přesnosti diagnostiky, bezpečnosti výkonů a komfortu pacientů. V onkogynekologii se podpora projevila rozšířením spektra výkonů a větší mezioborovou spoluprací při léčbě onkologických diagnóz, v perinatologii pak zlepšením péče o rizikové novorozence. Důsledkem byla i větší efektivita, pokles průměrné ošetrovací doby a snížení počtu reoperací. Analýzy potvrzují, že investice do vybavení a infrastruktury zvýšily kvalitu jak ve vysoce specializovaných centrech, tak v návazné péči.

2. Zkrácení doby léčby ve vysoce specializované péči

Vliv podpory na délku hospitalizace je prokazatelný a doložený jak kvantitativními daty, tak případovými studiemi. Zavedení miniinvazivních a šetrnějších operačních technik zkrátilo dobu léčby. V perinatologii došlo ke snížení průměrné délky hospitalizace z téměř pěti na méně než tři dny, což je jasný doklad posilování standardizace a efektivy léčby. Případové studie potvrzují i zlepšenou plynulost přechodu mezi lůžkovou a ambulantní fází léčby, například díky zavedení role koordinátorů péče ve VFN Praha, kteří pomáhají pacientům rychleji přecházet do domácího prostředí.



Na druhé straně analýzy upozorňují na bariéry, které brání dalšímu zkracování hospitalizací – zejména nedostatečná kapacita následné péče, personální nedostatky a rostoucí poptávka po specializované léčbě, jež udržuje čekací doby na obdobné úrovni jako dříve.

3. Zavedení nových šetrnějších výkonů a léčby

Intervence významně přispěla k technologickému rozvoji a rozšíření šetrnějších léčebných metod. V onkogynekologických centrech došlo k rozvoji výkonů, které snižují pooperační komplikace a umožňují ambulantní provedení některých zákroků. Nové přístroje (především v oblasti zobrazovacích metod a endoskopie) vedly k přesnější diagnostice a kratší době hospitalizace. Tyto efekty jsou doložené v několika případech, zejména v centrech s vysokou koncentrací výkonů, a ukazují skutečný posun k moderním, šetrným postupům.

Efekt však není zcela plošný, neboť rozsah zavedení nových technologií se liší podle odborného zaměření a regionu a závěry analýzy zdůrazňují, že změny byly podmíněny mimo to také dostupností kvalifikovaného personálu a úrovní vnitřní organizace nemocnic.

4. Snížení regionálních nerovností v dostupnosti vysoce specializované péče

Analýzy prokazují snížení meziregionálních rozdílů v kvalitě a dostupnosti péče díky centralizaci výkonů do specializovaných center, avšak vnitroregionální rozdíly přetrvávají. Koncentrace výkonů zvýšila úroveň odbornosti a umožnila rovnější přístup k péči mezi kraji, ale dostupnost zůstává odstupňovaná podle vzdálenosti pacienta od centra.

Analýza podle typologie regionů potvrzuje, že obyvatelé periferních oblastí (např. Jeseník, Svitavy, Bruntál) musí i nadále dojíždět do center s průměrnou dojezdovou dobou nad 45–75 minut. V těchto regionech podpora k odstranění nerovností nepřispěla (případová studie Jeseník výslovně uvádí, že dostupnost vysoce specializované péče se zde nezlepšila a systém zůstává geograficky i personálně koncentrovaný). Celkově tedy podpora snížila rozdíly mezi kraji, nikoli však mezi centry a periferiemi. Aktivita tak, jak byly nastaveny, nemohly mít vliv na zvýšení dostupnosti vysoce specializované péče v periferních regionech – takto podpora nebyla koncipována, naopak, měla vést k vyšší centralizaci vysoce specializované péče. Takový výsledek proto není relevantní.

5. Zlepšení koordinace a návaznosti jednotlivých druhů péče

V oblasti koordinace a návaznosti mezi vysoce specializovanou a návaznou péčí jsou dosažené výsledky smíšené. Modernizace vybavení umožnila návazným zařízením rychlejší a přesnější diagnostiku a lepší připravenost na navazující léčbu, což v některých případech zlepšilo provázanost mezi segmenty systému. Analýza potvrzuje, že podpora přispěla ke stabilizaci a kvalitativnímu posílení návazné péče a částečně umožnila uvolnění kapacit pro dlouhodobou péči.

Přesto však zůstává provázanost nejproblematictějším prvkem systému. Chybí jednotný systém sdílení patientských informací, koordinace transportů i efektivní mechanismus předávání pacientů mezi centry a návaznými zařízeními. Případové studie potvrzují, že plynulost přechodu pacientů do návazné fáze je často narušena, což snižuje celkovou efektivitu a kontinuitu péče. Koordinace tedy byla částečně posílena strukturálně, nikoli systémově.

6. Posílení kapacit návazné péče

Podpora IROP se do rozvoje kapacit návazné péče promítla především kvalitativně. Analýza potvrzuje, že investice vedly ke stabilizaci a posílení návazné péče. Modernizované vybavení v návazných zařízeních zvýšilo kvalitu



a přesnost diagnostiky, zlepšilo pracovní podmínky a umožnilo efektivnější navazování na specializované výkony. Současně však nedošlo k rozšíření fyzických kapacit, neboť počty lůžek a objem hospitalizací spíše stagnují nebo klesají, a to bez ohledu na to, zda analyzovaná zařízení obdržela podporu nebo nikoliv. Bariéry růstu představují personální nedostatky a strukturální limity systému. Významným přínosem je ovšem zvýšení efektivity, kdy moderní vybavení a zkrácená hospitalizace umožnily uvolnění části kapacit pro dlouhodobou péči. Závěry tedy ukazují, že kapacity byly posíleny, ovšem spíše funkčně než kapacitně. Ostatně to ani nebylo cílem IROP, o čemž svědčí mimo jiné nastavení cílových hodnot indikátoru, kdy se naopak počítalo s tím, že díky investicím do infrastruktury a zlepšení organizace péče dojde k postupnému snížení kapacit zejména právě v zařízeních návazné péče.

7. Zkrácení doby hospitalizace, rychlejší návrat pacientů do běžného života

Zkrácení délky hospitalizace je jedním z nejlépe doložených efektů podpory. Data potvrzují, že v onkogynekologických i perinatologických centrech došlo ke zkrácení průměrné hospitalizační doby a snížení obloženosti lůžek, přičemž u perinatologie poklesla průměrná délka hospitalizace až na méně než tři dny. Takový efekt byl potvrzen také u zařízení návazné péče. Případové studie dále dokládají, že nové technologie umožnily dřívější zapojení pacientů do rehabilitace a přesnější plánování léčby. V některých nemocnicích byl zaznamenán i rychlejší přechod z hospitalizace do ambulantní péče.

Tento efekt se však neprojevil ve statisticky doložitelném snížení míry pracovní neschopnosti či rychlejším návratu do pracovního života. Robustní kvantitativní analýza neodhalila žádnou souvislost mezi mírou nemoci (počet osob v pracovní neschopnosti atd.) a podporou z IROP. Přetrvávající problémy (nedostatek personálu, rostoucí poptávka, chybějící návazné služby) brání plnému využití potenciálu zkrácených hospitalizací. Je také pravděpodobné, že tyto ukazatele ovlivňuje řada dalších faktorů mimo rámec podpory z IROP, a proto nebyla zjištěna přímá souvislost v rámci kvantitativní analýzy. Dle výsledků případových studií je navíc v řadě případů zkrácení hospitalizace dosahováno především díky obnově přístrojového vybavení, které umožňuje méně invazivní diagnostiku, případně méně invazivní zákroky, kvůli kterým může být zkrácena doba hospitalizace. Provedení vyšetření nebo zákroku méně invazivní metodou ale automaticky neznamená zkrácení doby rekonvalescence, resp. doby léčení.

8. Zlepšení průchodnosti systému

Zlepšení průchodnosti zdravotního systému se projevuje zejména ve vnitřní efektivitě lůžkové péče, nikoli v systémové koordinaci mezi segmenty. Modernizace vybavení a zkrácení hospitalizací vedly k lepšímu „průtoku“ pacientů v rámci specializovaných center. Analýza konstatuje, že centralizace výkonů a zlepšení technického zázemí umožnily efektivnější využívání kapacit a částečně přispěly k uvolnění zdrojů pro další formy péče. Na systémové úrovni se ale zlepšení průchodnosti omezuje, protože nadále chybí silnější propojení mezi akutní, následnou a dlouhodobou péčí a neexistuje dostatečně rozvinutý mechanismus sdílení dat o pacientech. Případové studie dokládají, že koordinace přechodů mezi úrovněmi péče je ztížená a často závislá na jednotlivých pracovnících či místních iniciativách. Průchodnost systému se tak zlepšuje dílčím způsobem, nikoli plošně.

9. Dopad podpory na snižování sociálního vyloučení z důvodu zdravotního stavu

Cíl zaměřený na snižování sociálního vyloučení byl v rámci vysoce specializované a návazné péče naplněn pouze nepřímo. Intervence přispěla ke zlepšení kvality a dostupnosti péče, což se může sekundárně promítat do vyšší sociální inkluze pacientů, zejména prostřednictvím rychlejšího návratu do běžného života. Přímé důkazy či kvantifikovatelné ukazatele sociálního dopadu však v dokumentu chybí. Analýza spíše zdůrazňuje, že strukturální



faktory (geografická dostupnost, dopravní obslužnost, regionální nerovnosti) zůstávají klíčovou překážkou rovného přístupu ke zdravotní péči.

Z hlediska sociální inkluze tedy lze hovořit o nepřímém přínosu prostřednictvím zlepšené kvality péče, nikoli o jednoznačném prokázaném dopadu.

10. Zvýšení dostupnosti péče o duševní zdraví v komunitě

Z analýzy vyplývá, že intervence přispěla ke vzniku a rozvoji nových forem komunitní psychiatrické péče, zejména center duševního zdraví, stacionářů a služeb pro specifické skupiny pacientů. Tyto služby zlepšily dostupnost péče na regionální úrovni a vytvořily základ pro širší komunitní síť.

Zatím však neexistují dostatečné kvantitativní důkazy o plošném zvýšení dostupnosti nebo snížení čekacích dob. Efekt je prokazatelný spíše institucionálně (vznikly nové služby a typy péče) než statisticky. K udržitelnosti rozvoje bude potřeba posílit systémové financování a personální kapacity.

Zároveň je zřejmé, že podpora z IROP není jediným a často ani klíčovým důvodem zvýšení dostupnosti těchto forem psychiatrické péče. Spíše hraje roli doplňujícího faktoru.

11. Zlepšení kvality a individualizace služeb

V oblasti komunitní a psychiatrické péče jsou doloženy dílčí posuny v kvalitě služeb, zejména díky standardizaci procesů, modernizaci vybavení a zavádění nových terapeutických přístupů. Z analýzy vyplývá, že projekty podpořily kvalitativní rozvoj zařízení a zvýšily odbornou úroveň poskytovatelů. Přesto však není zatím možné tvrdit, že došlo k plošnému posílení individualizace péče, spíše byla podpořena konkrétní zařízení, ve kterých byla podpora z IROP jedním z faktorů, které přispívají k vyšší individualizaci a kvalitě služeb.

12. Zvýšení sociální integrace a soběstačnosti osob s duševním onemocněním

Dopad podpory na sociální integraci a soběstačnost pacientů s duševním onemocněním není kvantitativně doložen. Většina zjištění se týká strukturálních přínosů – rozvoje center duševního zdraví, rozšíření komunitních služeb a lepší koordinace mezi zdravotní a sociální složkou péče. Přesto zůstává sociální integrace spíše očekávaným než prokázaným výsledkem. Udržitelnost těchto výsledků bude záviset na návaznosti financování po ukončení podpory z IROP a na dalším rozvoji komunitní sítě. Lze tedy konstatovat, že základ pro zvyšování soběstačnosti vznikl, ale efekt zatím nelze prokázat empiricky.

4.2 EO 2: Do jaké míry došlo ke zvýšení dostupnosti zdravotní péče podpořené v rámci operačního programu? (podle čekací doby na zákrok, počtu pacientů atd.)

Z kvantitativní analýzy vyplývá, že **podpora měla jednoznačně prokazatelný dopad na zefektivnění využití kapacit**, nikoli však na jejich celkové rozšíření. Počet akutních lůžek v Česku mezi roky 2011 a 2023 klesl napříč všemi typy zařízení, přičemž u podpořených zdravotnických zařízení byl pokles o něco mírnější než u nepodpořených. U zařízení následné péče se naopak projevil **mírný nárůst kapacity (asi +11 %)**, zatímco u ostatních typů zůstal trend spíše stabilní. Z hlediska celkového počtu lůžek tedy IROP zásadní změnu nepřinesl, nicméně **vedl ke snížení obloženosti lůžek a zvýšení propustnosti pacientů**. Obloženost akutních lůžek u podpořených zařízení poklesla výrazněji než u nepodpořených (o cca 10 p. b.), což potvrzuje efektivnější využívání kapacit. Tento závěr podpořila i vícenásobná regresní analýza, která prokázala **statisticky významnou negativní souvislost mezi výší podpory a obložeností lůžek**, stejně jako mezi podporou a počtem ošetřovacích dnů na tisíc obyvatel.

Pokud jde o **počet hospitalizovaných pacientů**, dlouhodobé trendy neukazují na zásadní změnu – počet pacientů i případů hospitalizace mírně klesal v obou skupinách zařízení. Robustní regresní modely však potvrdily **mírný pozitivní statistický vztah mezi podporou a počtem hospitalizovaných pacientů**, což naznačuje, že bez podpory by pokles počtu hospitalizovaných byl pravděpodobně výraznější. V celkovém důsledku tedy podpora přispěla k udržení či mírnému posílení objemu poskytované péče.

Naopak **dopad na čekací doby** se nepodařilo jednoznačně prokázat. Z důvodu omezené dostupnosti detailních dat bylo možné pouze srovnat agregované trendy u podpořených a nepodpořených subjektů. Tato srovnání ukazují, že v podpořených zařízeních se u většiny výkonů čekací doby spíše **prodlužovaly** (např. náhrada kolenního kloubu +5 týdnů, kolonoskopie +4 týdny), zatímco u nepodpořených zůstaly stabilní. Hypotéza o pozitivním dopadu podpory na zkrácení čekacích lhůt proto nebyla potvrzena. Přesto však výsledky z dotazníkového šetření ukazují, že mnozí zástupci nemocnic subjektivně vnímají mírné zlepšení v podobě rychlejší diagnostiky a plynulejšího provozu.

Z případových studií vyplývá, že **nejvýraznějším přínosem podpory byla modernizace přístrojového vybavení**, která vedla ke zvýšení efektivity péče, zkvalitnění diagnostiky a posílení regionální soběstačnosti zdravotnických zařízení. Moderní technika (např. CT, MR, endoskopické věže či rehabilitační přístroje) zkrátila dobu vyšetření, zlepšila přesnost diagnostiky a umožnila rychlejší interpretaci výsledků. Některé nemocnice (např. Šumperk, Prachatice, Mladá Boleslav) uvádějí, že díky novému vybavení mohly začít poskytovat výkony, které dříve nebyly regionálně dostupné, což zkrátilo dobu převozu pacientů a zlepšilo rovnost přístupu k péči. V některých případech došlo k zavedení miniinvasivních chirurgických metod, které přispěly ke zkrácení hospitalizace a rychlejšímu zotavení pacientů.

Personální kapacity se v důsledku podpory výrazně nezměnily, avšak modernizace přinesla **nepřímé pozitivní efekty na pracovní podmínky** – nižší fyzickou zátěž, lepší pracovní komfort a vyšší stabilitu personálu. Některé nemocnice zaznamenaly i nižší fluktuaci zaměstnanců. Kvalitativní dopad je tedy patrný spíše ve zvýšení efektivity a motivace než v rozšíření personálních týmů.

Celkově lze shrnout, že **intervence IROP SC 2.3 významně přispěly ke zlepšení dostupnosti a efektivity zdravotní péče**, zejména prostřednictvím modernizace vybavení a zefektivnění provozu. **Nepodařilo se však prokázat dopad na čekací doby ani na kvantitativní růst kapacit.** Z hlediska zdravotnického systému podpora posílila stabilitu, regionální soběstačnost a kvalitu péče, přičemž hlavní přínosy spočívají v rychlejší diagnostice, efektivnějším využívání lůžek a udržení objemu poskytované péče ve všech typech zařízení

Pro potřeby evaluace jsme sledovali vývoj místní a časové dostupnosti péče ve třech základních oblastech:

1. Péče o duševní zdraví

- V oblasti péče o duševní zdraví byla sledována časová dostupnost péče, kdy jsou spádové oblasti stanoveny prostřednictvím dojezdu k poskytovateli služeb, a to 30/45 min.
- Místní dostupnost byla hodnocena na úrovni okresů.

2. Vysoce specializovaná péče

- Místní dostupnost se odvíjí od spádové oblasti vysoce specializované péče, která je v současné době stanovena na úrovni kraje nebo vyšší.
- Časovou dostupnost nebylo vzhledem k formulaci evaluačních otázek nutné sledovat.

3. Návazná péče

- Místní dostupnost pro potřeby zhodnocení efektu intervence na kvalitu zdravotní péče byla zkoumána na úrovni obcí s rozšířenou působností (ORP), případně na ad hoc vymezených územích stanovených podle spádovosti k nejbližšímu zdravotnickému zařízení poskytujícímu akutní lůžkovou péči. Na této úrovni byla rovněž sledována obložnost, čekací doba na zákrok nebo výkon a průměrná délka hospitalizace.
- Časovou dostupnost nebylo nutné vzhledem k formulaci evaluačních otázek a vzhledem k formě a struktuře podpory nutné sledovat.

V rámci této evaluační otázky jsou hodnoceny obecné dopady podpory na dostupnost zdravotní péče, zejména z hlediska čekací doby, počtu pacientů a objemu poskytnuté péče. U vysoce specializované péče (onkogynekologické a perinatologické) a péče o duševní zdraví jsou dopady podpory na dostupnost zdravotní péče řešeny specificky v rámci navazujících evaluačních otázek, kde jsou tyto segmenty podrobně rozpracovány a jejich hodnocení je uvedeno samostatně.

4.2.1 Zjištění z kvantitativní analýzy

Kvantitativní analýza byla zpracovaná, v souladu se schválenou Vstupní zprávou, primárně na základě analýzy tří indikátorů:

1. Změna čekací doby na vybrané zákroky, které jsou relevantní pro podporu;
2. Změna v kapacitě zdravotnické péče v podpořených regionech vyjádřené počtem lůžek a obložností
3. Změna v počtu hospitalizovaných pacientů

Tyto indikátory měly být, dle stanovené metodologie, analyzovány prostřednictvím pokročilých statistických metod, které mají schopnost ukázat nejen samotnou změnu v trendu, ale také analyzovat přičitatelnost podpory k analyzovanému jevu.



Analýza byla proto zpracována na dvou úrovních, a sice na úrovni konkrétních zdravotnických zařízení (tj. podpořených institucí) a následně také na úrovni podpořených území. Právě analýza dopadu na území je z tohoto pohledu klíčová.

Základní územní jednotkou pro analýzu dopadu byla spádovost zdravotnických zařízení, které poskytují akutní péči. Ta byla vymezena na úrovni území ORP. Pokud v daném ORP nepůsobí zdravotnické zařízení, které poskytuje akutní lékařskou péči, bylo toto území na základě GIS analýzy přiřazeno k nejbližšímu jinému území, ve kterém takové zdravotnické zařízení působí a které je pro většinu obyvatel daného ORP nejbližší co se dojezdového času týče. Celkově do analýzy vstoupilo 104 těchto ad-hoc územních celků, z toho 59 vzniklo sloučením dvou a více území ORP do jednoho územního celku a 45 tvoří samostatná ORP.

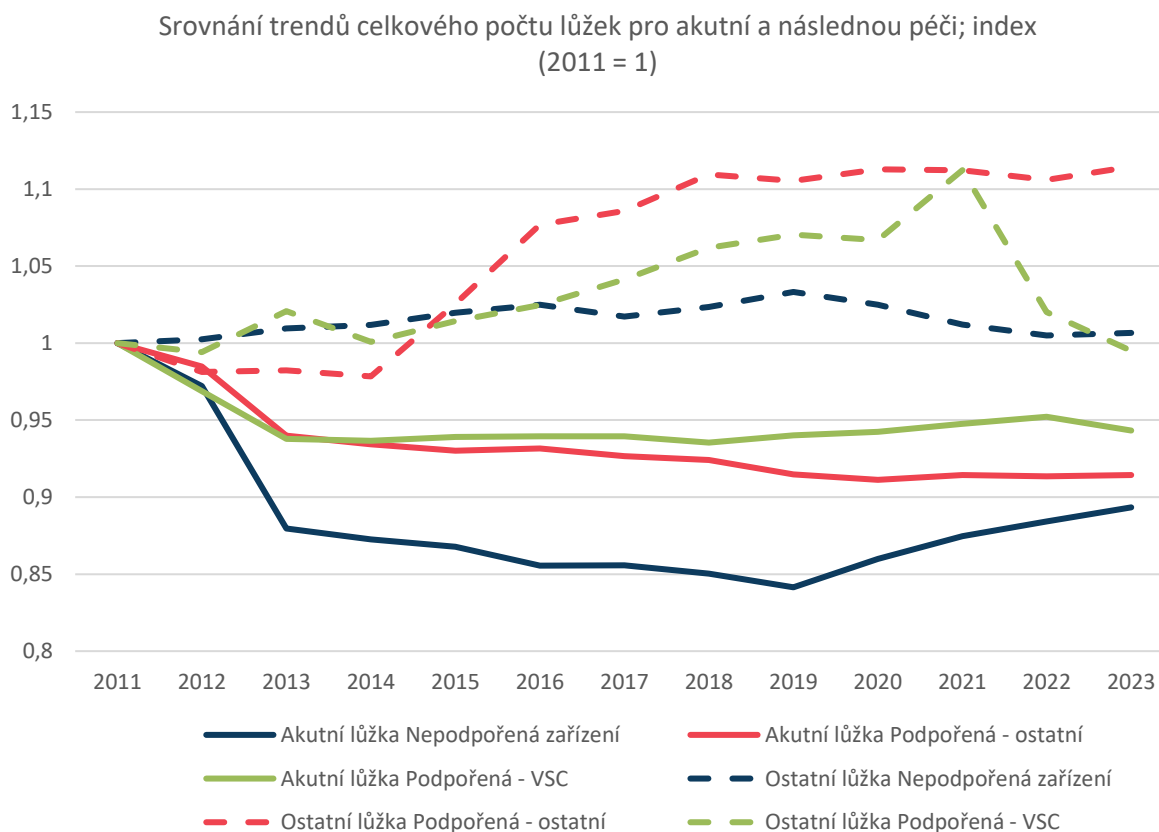
Specifický byl případ analýzy čekací doby. I přes intenzivní jednání se nepodařilo ze strany vlastníka dat získat data o čekacích dobách na vybrané zákroky a ošetření v takovém detailu, který by umožnil podrobnější analýzu dat. Z pohledu vlastníka dat (ÚZIS), kterému jsou tyto údaje ze strany zdravotnických zařízení reportovány (prostřednictvím formuláře L901), jde o citlivé údaje, které nelze analyzovat jinak než agregovaně, a to z důvodu jejich citlivosti i nepřesností, resp. chybovosti údajů. Data proto nebylo možné zpracovávat v nižším stupni agregace ani v anonymizované podobě. V případě analýzy dopadů na čekací doby je proto možné zpracovávat pouze základní srovnávací analýzu trendů u podpořených a nepodpořených subjektů.

Změna v kapacitě zdravotnické péče

Trend celkového počtu lůžek je zpracován v následujícím grafu. V celkovém došlo v období 2011-2023 k poklesu počtu akutních lůžek (standardní i intenzivní péče) z cca 52 tis. na 48 tis. K poklesu celkového počtu akutních lůžek došlo jak u podpořených, tak i u nepodpořených zdravotnických zařízení. Nicméně je možné pozorovat, že k nejmenšímu relativnímu poklesu došlo u akutních lůžek ve zdravotnických zařízeních, které byly podpořeny alespoň jedním projektem ve výzvě zaměřené na vysoce specializovanou péči – pokles celkového počtu akutních lůžek zde dosahuje necelých 6 % (z 22,2 tis. na 20,9 tis.). U podpořených subjektů v kategorii navazující péče je pokles celkového počtu lůžek v tomto období o něco vyšší a dosahuje téměř 9 % (z 18,6 tis. na 17 tis.). Nejvyšší relativní pokles akutních lůžek je zaznamenán ve skupině nepodpořených subjektů, a to o téměř 11 % (z 11,3 tis. na 10 tis.). Tento rozdíl je ale způsoben především vysokou srovnávací základnou v případě ostatních subjektů (vysoký počet lůžek v roce 2011). Pokud by se průměr z let 2022-2023 srovnával s průměrem hodnot z období před realizací projektů (tedy období let 2011-2016), bude situace odlišná a rozdíly minimální: v případě VSC pokles o cca 1 %, u podpořených zařízení navazující péče o cca 4,5 % a u ostatních – nepodpořených zařízení o 3,2 %. Při tomto srovnání tedy nelze pozorovat odlišný trend celkového počtu akutních lůžek u podpořených a nepodpořených subjektů.

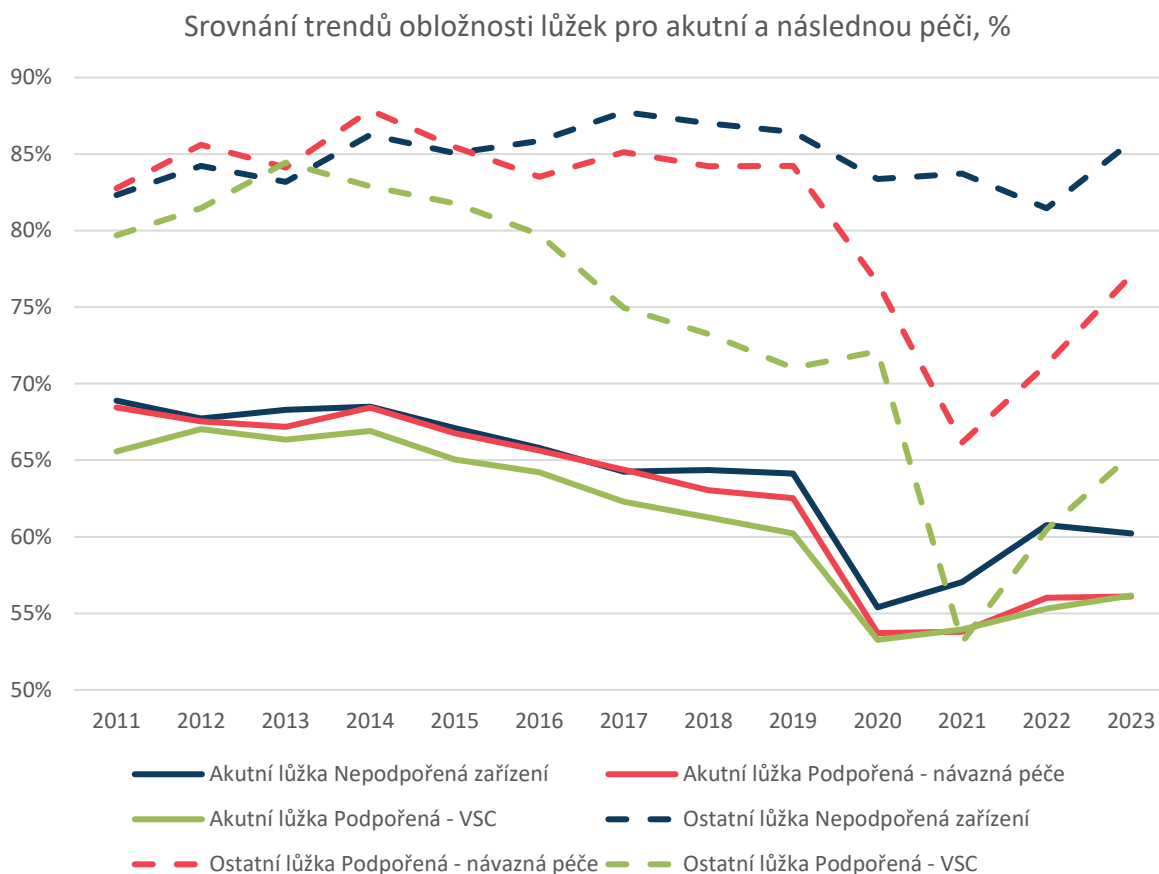
Pro srovnání je zpracován i trend počtu lůžek následné péče (v grafu níže označena jako „ostatní lůžka“), u nějž dochází naopak k mírnému nárůstu v celkovém počtu. Zajímavé ovšem je, že k největšímu relativnímu nárůstu došlo ve skupině podpořených zdravotnických zařízení poskytujících navazující péči (tj. podpořená zařízení mimo ta, která byla podpořena ve výzvě na VSC), a to o více než 11 %. U ostatních dvou kategorií je trend konstantní.

Graf 1: Srovnání trendů celkového počtu lůžek pro akutní a následnou péči



Podobně je analyzován také trend v indikátoru obloženosti. Zde je patrný trend klesající celkové obloženosti lůžek napříč všemi kategoriemi, nicméně je možné pozorovat výraznější rozdíly v tomto trendu při srovnání podpořených a nepodpořených subjektů. V období před podporou lze pozorovat přibližně srovnatelné hodnoty obloženosti akutních lůžek u podpořených a nepodpořených subjektů, která se pohybuje v intervalu cca 65-68 %. Od roku 2017 ale pozorujeme pokles obloženosti u akutních lůžek u všech kategorií zdravotnických zařízení, tento trend je ale rychlejší u podpořených, kde obloženost akutních lůžek poklesla na hodnoty cca 55-56 %, zatímco u nepodpořených obloženost poklesla pouze na hodnoty 60-61 %. Na konci sledovaného období je tedy obloženost u nepodpořených zařízení o cca 5 procentních bodů vyšší. Tento pokles je způsoben primárně rychlejším poklesem celkového počtu ošetřovacích dní na akutních lůžkách (standardní i intenzivní) u podpořených zařízení – ve sledovaném období došlo k poklesu o 15 (zdravotnická zařízení následné péče), resp. 20 (vysoce specializovaná centra) %, zatímco u nepodpořených zařízení se hodnota celkového počtu ošetřovacích dní téměř nezměnila. V případě lůžek následné péče je situace podobná – u nepodpořených zařízení došlo dokonce k velmi mírnému nárůstu obloženosti, zatímco u podpořených subjektů byl zaznamenán pokles obloženosti o cca 10 (zdravotnická zařízení následné péče) až 15 (VSC) procentních bodů.

Graf 2: Srovnání trendů obloženosti lůžek pro akutní a následnou péči



Z uvedeného by bylo možné předběžně dovozovat, že podpora má vliv na zvýšení kapacity zdravotní péče, poněvadž u podpořených subjektů došlo k výraznějšímu poklesu obloženosti lůžek v akutní péči (která byla předmětem podpory) než jaký je trend u nepodpořených subjektů, a to především v důsledku snížení celkového počtu ošetrovacích dnů, poněvadž podpora, z uvedeného srovnání, neměla výraznější efekt na úrovni celkového počtu lůžek.

Pro potvrzení tohoto trendu byla data zpracována metodou vícenásobné regresní analýzy, která zpracovává vyšší počet relevantních nezávislých (vysvětlujících) proměnných a v tomto kontextu analyzuje významnost samotné podpory (resp. její výše v přepočtu na obyvatele regionu) jako vysvětlující proměnné pozorovaného trendu.

Realizovaná analýza vychází z metodologického postupu představeného ve Vstupní Zprávě (VZ). Na získaném datovém souboru byla aplikována vícenásobná regresní analýza panelových dat. Na základě zhodnocení dostupných proměnných v jednotlivých letech a geografických celcích, byla jako nejvhodnější varianta (tj. ta která umožňuje zapojení co největšího počtu proměnných za nejdelší časové období) na úrovni ORP (resp. ad-hoc vymezených území), a to za období let 2013–2023. Finální datový soubor obsahuje tedy 1576 pozorování za sledované období, což zaručuje dostatečnou statistickou robustnost a věrohodnost představených výsledků.

Klíčové vysvětlované proměnné zahrnují **obloženost v %**, **počet lůžek celkem v přepočtu na tisíc obyvatel** a **skutečný počet ošetřených dnů, rovněž v přepočtu na tisíc obyvatel**. Klíčovou vysvětlující proměnnou je



přepočtená finanční podpora z IROP na obyvatele. S ohledem na typy realizovaných projektů lze očekávat, že k dopadům došlo v okamžiku dokončení projektu, a proto jsou vícenásobné regresní modely odhadnuty (a dopad je měřen) v daném časovém období, tj. ve stejném roce. Dostupné kontrolní proměnné na úrovni ORP pak zahrnují podíl věkové skupiny 65+, počet obcí v dané ORP, míru nezaměstnanosti, přírůstek obyvatel na tisíc obyvatel a jednotlivé umělé nula-jedničkové proměnné pro jednotlivé ORP, aby byly v analýze podchyceny i faktory, pro které nebyla dostupná data. Dále byly do modelů zapojeny dvě i kontrolní proměnné na úrovni okresů, konkrétně vyplacený příspěvek na bydlení a úmrtí na alkohol, obě v přepočtu na tisíc obyvatel.

Hlavním zjištěním z realizovaných analýz je, že pozorujeme **statisticky významnou negativní souvislost mezi realizovanou podporou a obložeností**, což lze interpretovat tak, že realizované projekty (vyjádřené čerpanými finančními prostředky) prokazatelně vedly ke snížení obloženosti ve sledovaném období. Naopak se **nepodařilo prokázat** statistickou **souvislost mezi alokovanou podporou a vývojem počtu lůžek** na tisíc obyvatel. Z modelu dále vyplývá průkazná **negativní statistická souvislost mezi alokovanou podporou a skutečným počtem ošetřených dnů** na tisíc obyvatel, tj. lze usoudit, že realizované projekty (vyjádřené čerpanými finančními prostředky) souvisely se snížením skutečného počtu ošetřených dnů na tisíc obyvatel ve sledovaném období.

Robustní vícenásobná regresní analýza tak potvrzuje předběžná zjištění ze srovnávací deskriptivní analýzy o prokazatelném dopadu podpory na snížení obloženosti akutních lůžek díky snížení celkového počtu ošetřovacích dnů.

Změna v počtu hospitalizovaných pacientů

Analýza byla zpracována na základě dat ÚZIS o hospitalizacích za období 2015-2024. Data byla agregována na úrovni let a unikátních osob tak, aby každá unikátní osoba hospitalizovaná v unikátním zdravotnickém zařízení byla započítána pouze jednou (tedy pokud byla osoba v jednom roce hospitalizovaná ve více než jednom zdravotnickém zařízení, je započítána vícekrát). V datech jsou uvedeny hodnoty za počet pacientů i počet případů. Data byla rovněž desagregována dle diagnóz. Do analýzy vstoupily diagnózy, které jsou relevantní pro podporu z IROP – tak, aby bylo možné výsledky přesněji analyzovat. Konkrétně byly, dle vymezení ve VZ, do této části analýzy zapojeny následující diagnózy:

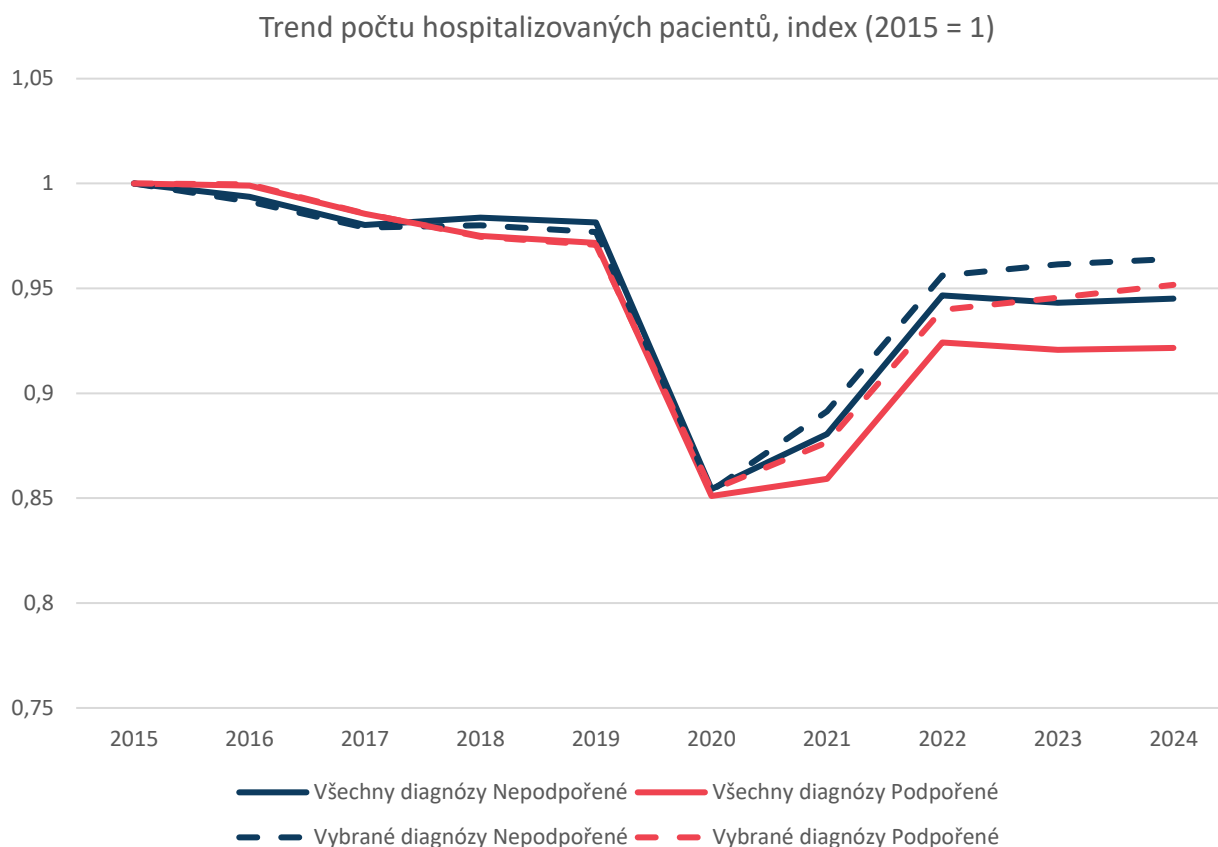
- C00–D48 – Novotvary (MKN 20)
- F00–F99 – Poruchy duševní a poruchy chování (MKN 50)
- G00–G99 – Nemoci nervové soustavy (MKN 60)
- I00–I99 – Nemoci oběhové soustavy (MKN 90)
- J00–J99 – Nemoci dýchací soustavy (MKN 100)
- K00–K93 – Nemoci trávicí soustavy (MKN 110)
- M00–M99 – Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (MKN 130)
- N00–N99 – Nemoci močové a pohlavní soustavy (MKN 140)
- O00–O99 – Těhotenství, porod a šestinedělí (MKN 150)
- S00–T98 – Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin (MKN 190)

Pokud byla jedna osoba v průběhu jednoho kalendářního roku hospitalizovaná pro více než jednu diagnózu, byla započítána vícekrát.

Z pohledu počtu hospitalizovaných pacientů je v trendu pochopitelně možné pozorovat významný propad v letech 2020-2021 z důvodu pandemie COVID-19. V delším trendu ale nelze ve sledovaném období pozorovat zásadní

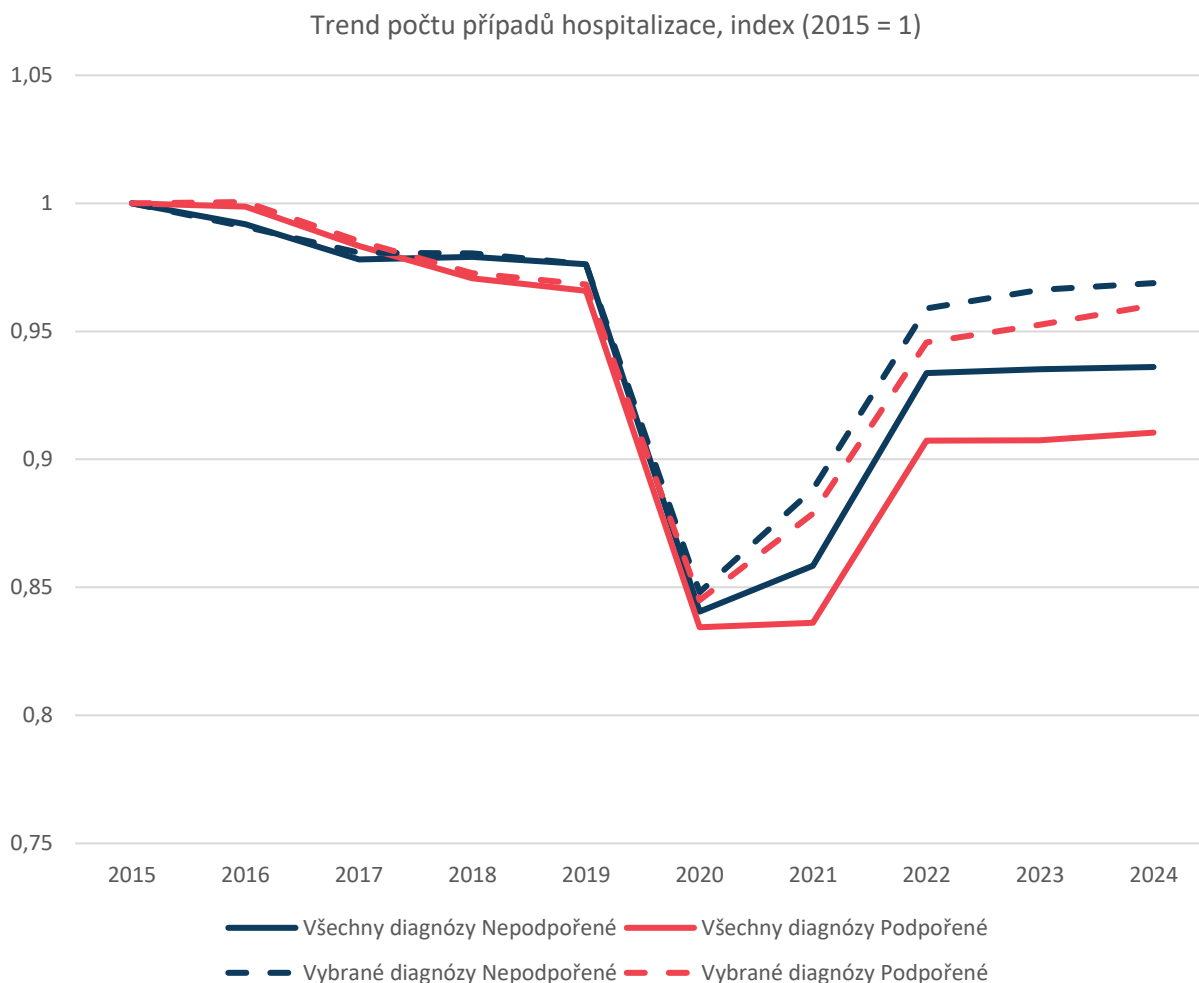
změny. Celkový počet hospitalizovaných pacientů (bez ohledu na diagnózu) v nepodpořených zařízeních poklesl z cca 396 tis. na 375 tis. osob, v podpořených zařízeních byl zaznamenán pokles z 1,44 mil. osob na 1,33 mil. Podobný trend je možné pozorovat v případě analýzy vybraných diagnóz – pokles z 343 tis. na 330 tis. pacientů v nepodpořených zařízeních a z 1,19 mil. na 1,13 v podpořených. Z pohledu hospitalizovaných pacientů tedy není patrný žádný rozdíl v trendech mezi podpořenými a nepodpořenými zařízeními.

Graf 3: Trend počtu hospitalizovaných pacientů



Podobný trend je možné pozorovat také při pohledu na celkový počet případů hospitalizace. Při srovnání podpořených a nepodpořených zařízení lze pozorovat dokonce mírně vyšší procentuální pokles případů v podpořených zařízeních (z 1,79 mil. na 1,63 mil.) než u nepodpořených subjektů (z 478 tis. na 447 tis.), v případě vybraných diagnóz je trend téměř totožný.

Graf 4: Trend počtu případů hospitalizace



V podrobnějším pohledu je patrné, že pokles počtu případů hospitalizace jde na vrub spíše zařízením návazné péče, u kterého byl při srovnání průměru 2023-2024 s průměrem období před podporou (2015-2017) zaznamenán u vybraných diagnóz dokonce téměř desetiprocentní pokles počtu případů, zatímco u zařízení VSC počet případů hospitalizace u vybraných diagnóz v uvedeném období dokonce velmi mírně narostl (o cca 1,3 % z cca 680 na 685 tis. případů).

Z uvedeného by tak bylo možné dovozovat, že podpora pravděpodobně nemá vliv nebo má jen malý vliv na kapacity podpořených zdravotnických zařízení z pohledu celkového počtu pacientů i celkového počtu případů hospitalizace.

Robustní regresní analýza ale naznačuje mírně odlišný závěr. S využitím této metody se **podařilo prokázat statistickou souvislost mezi alokovanou podporou a trendem počtu hospitalizovaných pacientů**. Mezi udělenou podporou a počtem pacientů v přepočtu na počet obyvatel byl potvrzen statisticky významný mírný pozitivní vztah. Dle závěrů této analýzy tedy je nutné formulovat závěr, že **přestože celkové trendy na takový vývoj neukazují, robustní ekonometrická analýza potvrdila, že díky podpoře z IROP dochází k mírnému zvyšování přepočteného počtu hospitalizovaných pacientů v podpořených zdravotnických zařízeních** – resp. při absenci podpory by pravděpodobně byl pozorován mírně vyšší pokles hospitalizovaných pacientů ve sledovaném období 2015–2024.

Změna v čekacích dobách

Výpovědní hodnota analýzy dopadu podpory na čekací doby je omezená z důvodu omezení v dostupnosti dat. Hodnoty čekacích dob na klíčové zákroky byly ze strany ÚZIS poskytnuty pouze v agregované podobě nebo v anonymizované podobě, která sice obsahovala pouze informaci o tom, zda byl daný subjekt ze zdrojů IROP podpořen nebo ne, chybí ale jakékoliv další charakteristiky, především potom geografické umístění (alespoň krajské). Lze tedy pouze srovnávat agregované trendy u podpořených a nepodpořených subjektů. S ohledem na absenci dat o celkové výši podpory na úrovni jednotlivých (anonymizovaných) zdravotnických zařízení i absenci dat o geografickém umístění daného subjektu (tedy např. okresu nebo alespoň kraje) z důvodu anonymizace nelze data analyzovat podrobněji. Prosté srovnání trendů u podpořených a nepodpořených subjektů tak sice poskytuje určitý pohled na přínosy podpory, vypovídající hodnota takové analýzy je ale velmi omezená, poněvadž nelze data očistit o další vlivy a trendy, které ovlivňují čekací doby na klíčové zákroky.

Trendy, které lze v datech o čekacích dobách pozorovat, nepotvrzují, že by v podpořených zdravotnických zařízeních docházelo ke zkracování čekacích dob. Naopak, u většiny ze sledovaných zákroků a ošetření se mediánové hodnoty čekacích dob mezi roky 2019 a 2023 zvýšily. Nejvýraznější nárůst je u náhrady kolenního kloubu (kód výkonu 1152 dle výkazu L901) (+5 týdnů; z 41,5 na 46,5), dále u kolonoskopie (1160) (+4). Mírné navýšení o +1 týden pozorujeme u echokardiografie (1155), gastroscopie (1161), sonografie břicha (1166) a CT (1167). Čekací doba na vyšetření prostřednictvím magnetické rezonance (1168) zůstala v pozorovaném období beze změny (4 týdny).

Naopak u nepodpořených zařízení jsou mediány převážně stabilní: u CT (1167) a kolonoskopie (1160) došlo k mírnému růstu o +1 týden, čekací doby na ostatní výkony se nezměnily (0). Celkově tak platí, že trend se mezi skupinami liší – nepodpořená zdravotnická zařízení nevykazují významné změny, zatímco u podpořených je patrné, že dochází spíše k prodlužování čekací doby, zejména u elektivních ortopedických a endoskopických výkonů.

I přes výše uvedená omezení analýzy je tedy nutné hypotézu o pozitivním dopadu podpory na čekací lhůty na klíčové výkony odmítnout – takový trend nelze v datech pozorovat.

4.2.2 Zjištění z případových studií a dotazníkového šetření

Z případových studií vyplývá, že podpora z IROP SC 2.3 přispěla ke zlepšení časové dostupnosti a efektivity poskytované péče. Tento dopad byl nejvýraznější v důsledku modernizace přístrojového vybavení výkonnější technikou, částečně pak zefektivněním využití stávajících kapacit a v některých případech také vznikem nové diagnostické a terapeutické kapacity v regionálních nemocnicích.

Naopak zpravidla nedošlo k navýšení počtu lůžek ani personálních kapacit (na které ani podpora necítila) a přínos se projevil hlavně v efektivnějším využívání zdrojů, nikoli v jejich kvantitativním růstu.

Celkově lze konstatovat, že IROP SC 2.3 měl pozitivní dopad na dostupnost zdravotní péče, například prostřednictvím zrychlení, a především zkvalitnění diagnostiky nebo posílení regionální soběstačnosti nemocnic návazné péče.

Ve vysoce specializovaných centrech perinatologické péče se čekací doby na poskytnutí péče nesledují ani systematicky nezjišťují, neboť vzhledem k charakteru poskytovaných služeb nejsou relevantním ukazatelem kvality



či dostupnosti. Tato centra poskytují akutní a neodkladnou péči, u níž je zajištění okamžitého přijetí samozřejmým standardem.

Současně, s ohledem na dlouhodobý pokles porodnosti v České republice, disponují perinatologická centra dostatečnými kapacitami, které umožňují bez problémů pokrýt aktuální poptávku po péči a zajistit její plynulou dostupnost bez prodlev.

Ve většině nemocnic nedošlo k formálnímu rozšíření počtu lůžek ani personálních kapacit, avšak modernizace provozu vedla ke zvýšení efektivity jejich využívání a podpořila plynulost provozu. Například:

- FN Brno a FN Plzeň uvádějí, že zvýšenou propustností pacientů v rámci daných oddělení a kratším přípravným časem mezi výkony, případně samotných výkonů, bylo možné zvýšit počet provedených zákroků bez navýšení personálu. Zvýšila se celková propustnost.
- Nemocnice Šumperk a Prachatice potvrzují zvýšení objemu ambulantních i diagnostických výkonů po zavedení nové přístrojové techniky.
- Nemocnice Ústí nad Labem u onkogynekologických výkonů dokumentuje zkrácení intervalů mezi indikací a výkonem.

Tento trend potvrzuje, že kapacita institucí se zvýšila především efektivnějším prováděním výkonů.

V několika případech bylo poukázáno na rozšíření dostupnosti péče díky novým technologiím získaným z IROP, které umožnily provádět výkony dříve dostupné pouze ve vzdálenějších centrech:

- Šumperk: pořízení magnetické rezonance znamenalo, že pacienti již nemusí být převáženi do Olomouce; vyšetření MR je nyní dostupné lokálně a zkrátilo diagnostické zpoždění u akutních stavů (např. cévní mozkové příhody).
- Prachatice: nová endoskopická věž umožnila zavést plnohodnotný screening kolorektálního karcinomu v regionu, který dříve nebyl k dispozici.
- Mladá Boleslav: rozšíření diagnostiky o SPECT/CT a MR přineslo samostatnou kapacitu nukleární medicíny a odstranilo nutnost dojíždění do Prahy.
- V onkogynekologických centrech FN Brno, VFN a FN Plzeň se díky modernizaci operačních sálů rozšířil repertoár výkonů o minimálně invazivní zákroky, které dříve nebylo možné provádět.

Podpora z IROP se nepromítla do systematického navýšení personálních kapacit, nicméně měla nepřímý vliv:

- díky moderním přístrojům a zjednodušení rutinních úkonů se snížila fyzická i organizační zátěž personálu (Prachatice, Šumperk, FN Plzeň),
- nemocnice uvádějí nižší fluktuaci pracovníků díky komfortnějším pracovním podmínkám a vyšší prestiži modernizovaných oddělení (FN Brno, Mladá Boleslav).

Efekt tedy není kvantitativní, ale kvalitativní – projevuje se v lepším využití a stabilizaci personálu.

Nejvýraznějším determinantem zlepšení dostupnosti péče díky podpoře z IROP napříč všemi studii je modernizace stávajícího přístrojového vybavení výkonnější zdravotnickou technikou. Ve všech analyzovaných



nemocnicích byla podpora využita k obnově zastaralých přístrojů novější generací techniky, případně k pořízení zcela nové techniky (rozvoj), která zkrátila dobu vyšetření, zvýšila průchodnost a snížila chybovost.

Typickým příkladem jsou nová CT a MR zařízení (FN Brno, FN Plzeň, Šumperk, Mladá Boleslav), moderní endoskopické věže (Prachatice, Pardubice, Pelhřimov) a přístroje pro rehabilitační péči (Prachatice, Jilemnice). V onkogynekologických centrech (Brno, Praha, Ústí) modernizace umožnila širší využití laparoskopických a robotických technik. Tento typ inovace měl pozitivní vliv na délku vyšetřovacích časů, rychlejší interpretaci výsledků a plynulejší diagnosticko-léčebný proces.

Efektivnější využití lůžkového vybavení

Z případových studií vyplývá, že projekty většinou neměly cíl rozšiřovat lůžkový fond, přesto:

- v několika nemocnicích došlo k modernizaci a efektivnějšímu využití stávajících lůžek (např. JIP a ARO v Prachaticích, Šumperku a FN Plzeň),
- nové polohovací postele a vybavení zvýšily bezpečnost a obrát lůžek, což umožnilo dřívější propuštění pacientů a zkrácení průměrné doby hospitalizace.

Celkový počet lůžek se tedy nezměnil, ale projekty měly vliv na jejich efektivnější využití. Nemocnice zaznamenaly:

- rychlejší obrát pacientů díky přesnější diagnostice a kratší rekonvalescenci,
- větší plynulost mezi intenzivní, standardní a rehabilitační péčí,
- úsporu času zdravotnického personálu, který mohl efektivněji plánovat propouštění.

Žádná nemocnice nehlásí pokles dostupnosti ani přetížení lůžek – naopak, modernizace pomohla snížit jejich obloženost (viz také kvantitativní analýza) a zvýšit plynulost hospitalizačního procesu.

Typy vyšetření a ošetření umožněné díky podpoře

Podpora umožnila rozšířit spektrum poskytovaných vyšetření a výkonů, které se dosud nerealizovaly nebo byly prováděny jen v omezeném rozsahu:

- **Zobrazovací metody:** nové CT, MR, RTG a ultrazvukové systémy (FN Brno, FN Plzeň, Šumperk, Mladá Boleslav, Prachatice).
- **Endoskopická a gastroenterologická vyšetření:** nové věže a kolonoskopy (Prachatice, Pelhřimov, Pardubice).
- **Chirurgické a ortopedické výkony:** artroskopické a laparoskopické systémy nové generace (Šumperk, FN Brno, FN Ústí n. L.).
- **Rehabilitační péče:** zavedení specializovaných přístrojů (chodníky se závěsným systémem, distanční elektroléčba – Prachatice, Jilemnice).
- **Perinatologická péče:** nová přístrojová technika pro monitorování novorozenců a anesteziologické přístroje (FN Brno, VFN).

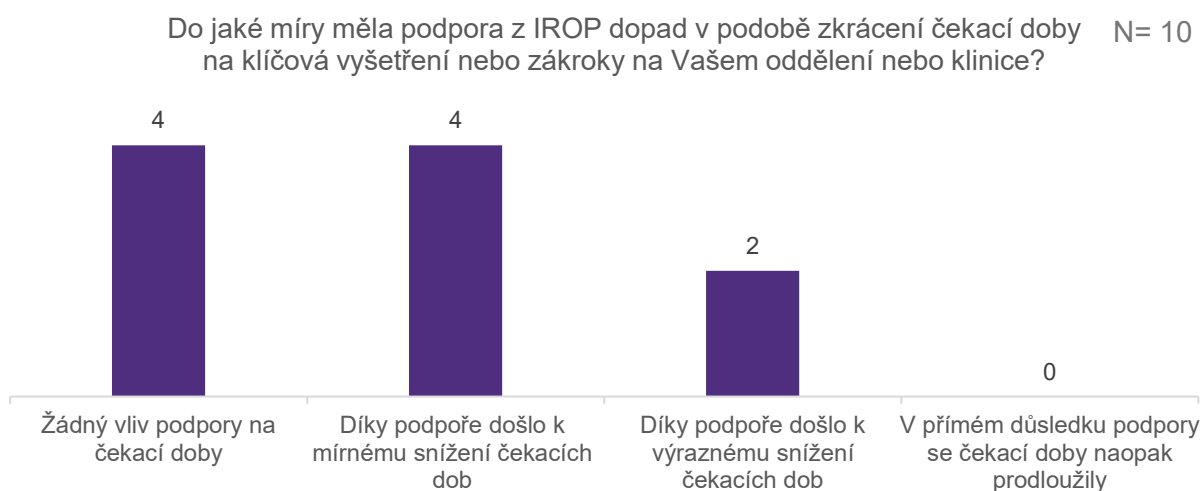
Nezřídka tak vznikla kapacita pro výkony, které dříve nebyly regionálně dostupné, což se promítlo do kratší doby převozu, rychlejší diagnostiky a vyšší rovnosti přístupu k péči.

Případové studie tedy potvrzují vliv podpory na efektivitu provádění výkonů i využití lůžkového fondu, lepší propustnost pacientů, zrychlení a zkvalitnění diagnostických metod, nebo ve formě nových typů ošetření a vyšetření. Případové studie ale explicitně nepotvrzují dopad podpory v podobě zkrácení čekacích lhůt na klíčové zákroky.

Dotazníkové šetření mezi zástupci zdravotnických zařízení, ve kterých nebyly realizovány případové studie, vesměs tyto závěry z případových studií potvrzují. Většina respondentů pozoruje, že podpora měla mírně pozitivní vliv na kapacitu podpořeného zdravotnického zařízení. Za klíčový faktor ovšem je, stejně jako v případových studiích, označována především obměna přístrojového vybavení (viz citace respondenta, který uvádí, že „pořizovaná technika byla z velké části obnovou“) a z toho jsou dovozovány závěry o zvýšení počtu výkonů – ovšem ten je, dle respondentů, spíše mírný. Respondenti také zmiňují lepší průchodnost pacientů. Obecně je ale výraznější vliv na celkovou kapacitu podpořených zdravotnických zařízení spíše odmítán – jejich kapacita je výrazně více ovlivňována jinými faktory (např. stárnutí populace). Přesto však je podpora z IROP většinou respondentů zmiňována mezi nejvýznamnějšími faktory, které měly v posledních 5 letech dopad na kapacitu daného oddělení nebo kliniky. Klíčovou bariérou pro rozvoj kapacit je ale především nedostatek personálu.

Odlišně od závěrů ze zpracovaných dat ale respondenti dotazníkového šetření většinou pozorují alespoň mírný vliv podpory na snížení čekacích dob na zákroky v daném oddělení:

Graf 5: Hodnocení dopadu podpory na čekací doby dle zástupců podpořených zdravotnických zařízení



Za hlavní faktory, které měly tuto pozitivní změnu přinést, byly označeny především kratší doba vyšetření, zrychlení výsledků laboratorních testů a také méně odstávek, které byly dříve způsobeny odstávkami starší techniky z důvodu poruch. I v tomto případě ale část respondentů upozorňuje, že na délku čekacích dob má vliv řada dalších faktorů a efekt tak nelze přičítat pouze podpoře z IROP.

Respondenti dotazníkového šetření ve většině nepozorují dopad podpory v podobě zkrácení pracovní neschopnosti, mírná většina ale vnímá dopad v podobě zkrácení hospitalizace.

4.3 EO 3: Lze identifikovat vliv intervence na zkrácení doby pracovní neschopnosti? Pokud ano, jakým způsobem intervence přispěla ke zkrácení doby pracovní neschopnosti?

EO 4: Jakým způsobem přispěla intervence ke zkrácení doby pobytu mimo přirozené prostředí a přesunu péče do komunity?

Z kvantitativních dat vyplynulo, že **nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi podporou z IROP a délkou či počtem případů pracovní neschopnosti**. Regresní modely, které analyzovaly údaje na úrovni obcí s rozšířenou působností, ukázaly, že finanční podpora z IROP nevysvětluje žádnou pozorovatelnou změnu v indikátorech pracovní neschopnosti – odhadnuté koeficienty byly velmi blízké nule. I při zohlednění časového zpoždění dopadů nebyla prokázána žádná souvislost. Naopak, vliv některých kontrolních proměnných, například podílu obyvatel ve věku 65+, míry nezaměstnanosti či výše vyplácených sociálních dávek, se ukázal jako statisticky významný. Z toho plyne, že intervence IROP neměly přímý a měřitelný vliv na pracovní neschopnost.

Zcela odlišná situace však nastala u **délky hospitalizace**, kde byly prokázány jasné pozitivní efekty. Data ukazují, že ve zdravotnických zařízeních, která byla podpořena z IROP, došlo k výraznějšímu poklesu průměrného počtu ošetrovacích dnů než u nepodpořených subjektů. Zatímco u nepodpořených zařízení se délka hospitalizace prakticky nezměnila nebo mírně vzrostla (přibližně o 1 %), u podpořených zařízení klesla v průměru o 6 až 7 %. Tento trend byl potvrzen i vícenásobnou regresní analýzou, která prokázala **statisticky významnou negativní souvislost mezi výší podpory z IROP a délkou hospitalizace ($P < 0,01$)**. Finanční podpora z IROP tak byla jedinou proměnnou, která dokázala s vysokou mírou jistoty vysvětlit trend zkracující se délky hospitalizace, zatímco vliv ostatních demografických a socioekonomických faktorů nebyl významný.

Zjištění z případových studií tento kvantitativní závěr potvrzují, ale zároveň přinášejí důležité nuance. Intervence IROP přinesly reálné, i když často omezené efekty na zkrácení hospitalizace a rekonvalescence. Modernizace technického vybavení zlepšila efektivitu diagnostiky, zvýšila bezpečnost zákroků a umožnila stabilizaci kvality péče, čímž se předešlo jejímu zhoršení v důsledku rostoucí poptávky. V některých případech, například ve Fakultní nemocnici Brno nebo v onkogynekologických centrech, bylo pozorováno zkrácení hospitalizace o několik desetin dne až několik dní díky kvalitnějšímu vybavení, rychlejšímu vyšetření a včasné diagnostice komplikací. Tento efekt však nebyl univerzální – v jiných nemocnicích (např. VFN Praha, FN Ústí nad Labem) se délka hospitalizace výrazně nezměnila, a podpora spíše zabránila zhoršení situace, než aby ji zlepšila.

V menších regionálních nemocnicích, kde modernizace zasáhla operační sály či rehabilitační zařízení, se projevil pozitivní dopad moderního instrumentária na rychlost operací, přesnost zákroků a rekonvalescenci pacientů. Nové technologie, včetně laserových přístrojů nebo miniinvasivních metod, umožnily rychlejší zotavení a v některých případech i přechod k ambulantní či jednodenní chirurgii. Některé nemocnice také uvádějí měkké efekty, jako zavedení koordinátorů péče, kteří zajišťují plynulejší přechod mezi akutní a následnou péčí.

Současně se ale ukazuje, že **plný dopad intervencí je limitován systémovými bariérami**. Klíčovými překážkami zůstávají nedostatečně rozvinutá síť následné a rehabilitační péče, dlouhodobé personální nedostatky, rostoucí poptávka po specializované péči a nedostatečná koordinace mezi jednotlivými segmenty zdravotní péče. Tyto faktory brání rychlejšímu ukončování hospitalizací i rozvoji komunitní péče.

Celkově lze tedy uzavřít, že **intervence v rámci IROP SC 2.3 neprokázaly měřitelný vliv na pracovní neschopnost**, avšak **výrazně přispěly ke zkrácení délky hospitalizace** v podpořených zdravotnických zařízeních. Dopady jsou patrné především v oblasti efektivity péče a modernizace technického zázemí, ale jejich plné rozvinutí vyžaduje širší systémové změny, zejména posílení následné a rehabilitační péče, koordinace a personálních kapacit.

Evaluační otázky č. 3 a 4 analyzují dílčí faktory a příčiny potenciálního sociálního vyloučení z důvodu zdravotního stavu a dále je specificky rozpracovávají. Závěry jejich hodnocení jsou zároveň využity v rámci metody process tracing aplikované u EO 1.

Metodika k oběma evaluačním otázkám č. 3 a 4 byla zpracována společně, neboť byl pro jejich zodpovězení využit obdobný postup.

4.3.1 Zjištění z kvantitativní analýzy

Kvantitativní analýza byla zpracována primárně na základě dvou datových zdrojů, a sice délky pracovní neschopnosti (počet dní) a počtu osob v pracovní neschopnosti – s důrazem na diagnózy, které jsou předmětem podpory. Dalším klíčovým indikátorem je délka hospitalizace, opět s důrazem na diagnózy, které mohly být bezprostředně ovlivněny podporou z IROP.

Data byla přepočítána dle územní struktury představené v EO 2 výše – byly tedy uvažovány ad-hoc území dle spádovosti zdravotnických zařízení s akutní lůžkovou péčí. Na této úrovni byla následně zpracována vícenásobná regresní analýza, která měla za úkol odhadnout významnost podpory z IROP jako nezávislé proměnné v sestaveném modelu. Jinými slovy, cílem zpracované analýzy bylo kalkulovat, zda a do jaké míry intenzita podpory z IROP 2.3 vysvětluje změnu počtu osob a počet případů pracovní neschopnosti.

Klíčové **vysvětlované** proměnné tedy zahrnují **počet osob v pracovní neschopnosti (PN)** v přepočtu na tisíc obyvatel a **počet případů pracovní neschopnosti**, rovněž v přepočtu na tisíc obyvatel. Klíčovou **vysvětlující** proměnnou je přepočtená **finanční podpora z IROP** na obyvatele. S ohledem na typy realizovaných projektů lze očekávat, že k dopadům došlo v okamžiku dokončení projektu, a proto jsou vícenásobné regresní modely odhadnuty (a dopad je měřen) v daném časovém období, tj. ve stejném roce. Dostupné kontrolní proměnné na úrovni spádových regionů pak zahrnují podíl věkové skupiny 65+, počet obcí v dané ORP, míru nezaměstnanosti, přírůstek obyvatel na tisíc obyvatel a jednotlivé umělé nula-jedničkové proměnné pro jednotlivé ORP, aby byly v analýze podchyceny i faktory, pro které nebyla dostupná data. Dále byly do modelů zapojeny dvě i kontrolní proměnné na úrovni okresů, konkrétně vyplacený příspěvek na bydlení a úmrtí na alkohol, obě v přepočtu na tisíc obyvatel.

Hlavním zjištěním z realizovaných analýz je, že na úrovni ORP se **nepodařilo prokázat statistickou souvislost mezi alokovanou podporou a analyzovanými indikátory PN**. Byly provedeny i kontrolní analýzy se zahrnutím zpožděného dopadu podpory, ale ani ty souvislost neprokázaly. Krom toho je třeba podotknout, že odhadnutý koeficient je ve všech případech velice blízký nule. To tedy naznačuje, že i kdyby byl odhadnutý výsledek statisticky významný, nebylo by možné dovodit, že podpora z IROP má na kterýkoliv z indikátorů měřitelný dopad.

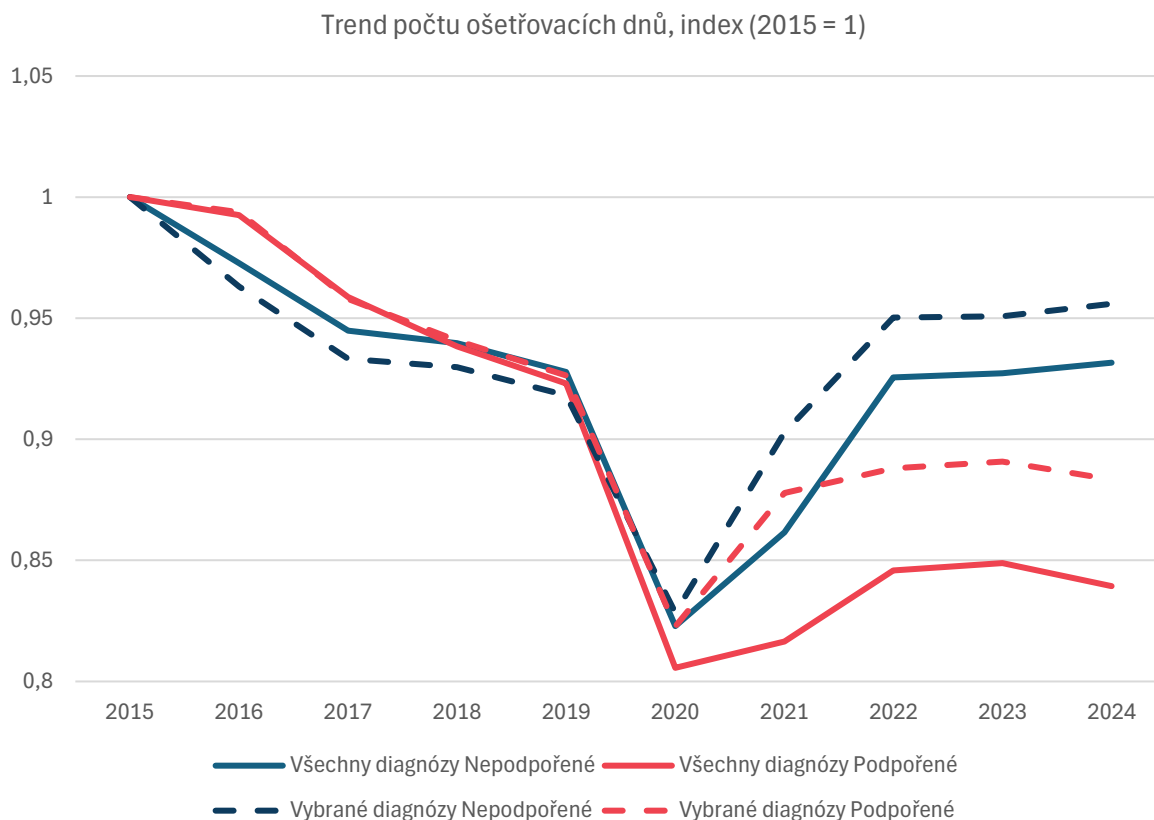


Kontrolní proměnné, u kterých se statisticky významný vliv na přepočtený počet osob v PN i na celkový počet případů PN prokázal jsou intuitivní: kladnou souvislost pozorujeme mezi podílem věkové skupiny 65+ v ORP a indikátory PN, pozitivní koeficient napříč modely vyšel statisticky významný i s proměnnými, které kvantifikují alkoholismus nebo přírůstek obyvatel. U míry nezaměstnanosti pozorujeme negativní vztah s počtem osob v PN a počtem případů PN, nicméně u specifických případů PN ve vybraných (relevantních) diagnózách se tento vztah mění na kladný, obdobně je tomu pak i u proměnné, která operacionalizuje podíl sociálně slabých obyvatel (měřený přepočteným počtem osob čerpajících sociální dávky).

Analýza tedy robustně **neprokázala souvislost mezi podporou z IROP a pracovní neschopností.**

Základem pro analýzu délky hospitalizace je vývoj počtu ošetřovacích dnů. V datech lze jasně pozorovat snižování celkového počtu ošetřovacích dnů u podpořených i nepodpořených subjektů. U podpořených je ale pokles znatelně dynamičtější. Při analýze bez ohledu na diagnózu došlo u nepodpořených subjektů ke snížení počtu ošetřovacích dnů při porovnání se stavem před investicemi z IROP o necelých 4,5 %, ve skupině podpořených zdravotnických zařízení ale tento pokles činil téměř 15 %. Podobně při zohlednění relevantních diagnóz trend celkového počtu ošetřovacích dnů u nepodpořených pouze mírně přesahuje jedno procentní pokles. V případě podpořených poklesl celkový počet ošetřovacích dnů v relevantních diagnózách ve sledovaném období o téměř 10 %.

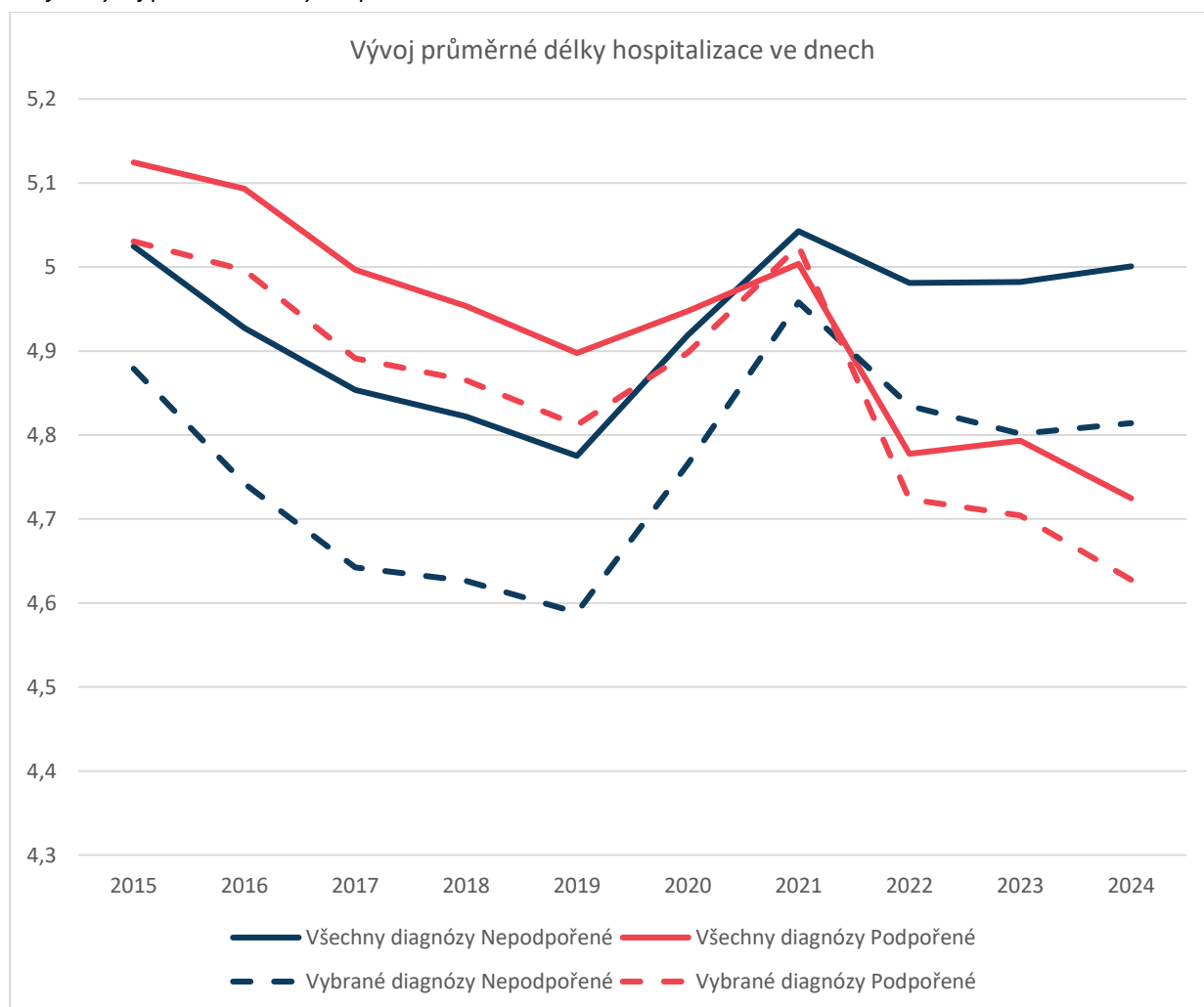
Graf 6: Trend počtu ošetřovacích dnů



Podobně významný je potom rozdíl v trendech celkové délky hospitalizace při srovnání podpořených a nepodpořených subjektů. Pokud srovnáme průměr let před udělením podpory (2015-2017) a dat za poslední dva roky (2023-2024), dojdeme k závěru, že u nepodpořených subjektů je průměrná délka hospitalizace aktuálně o cca 1 % vyšší než před implementací podpory z IROP (a to bez ohledu na to, zda nerozlišujeme diagnózy nebo započítáváme pouze hospitalizace ve vybraných diagnózách – v prvním případě se průměrná délka hospitalizace prodloužila z 4,94 na 4,99 dnů, ve druhém potom z 4,75 na 4,81 dnů). Naopak, u podpořených subjektů dochází ke snížení průměrné délky hospitalizace o cca 6-7 %, opět bez ohledu na to, zda zohledňujeme vybrané diagnózy nebo nikoliv. Nepatrně rychlejší je snížení průměrné délky hospitalizace v případě podpořených zdravotnických zařízení – VSC při srovnání s podpořenými poskytovateli navazující péče, rozdíl dynamiky ale nedosahuje ani dvou procentních bodů a v případě započítání pouze vybraných diagnóz se zcela stírá.

Při srovnání trendů v grafu níže tak lze pozorovat zajímavý trend, kdy průměrná délka hospitalizace byla v podpořených subjektech před udělením podpory dokonce vyšší než u nepodpořených subjektů, aktuálně tomu ale je naopak – průměrná délka hospitalizace v nepodpořených zdravotnických zařízeních se téměř nezměnila a činí 5 dnů, zatímco u podpořených se snížila z původních 5,12 dnů na 4,72. Stejný je vývoj i při zohlednění diagnóz – průměrná délka hospitalizace byla v podpořených zařízeních delší než v nepodpořených, v průběhu sledovaného období ale v případě podpořených klesla na hodnotu cca 4,63 dnů, zatímco u nepodpořených subjektů zůstává přibližně na původní úrovni převyšující 4,8 dnů.

Graf 7: Vývoj průměrné délky hospitalizace ve dnech



Z dat uvedených výše lze tedy na první pohled sledovat **souvislost mezi podporou z IROP a celkovou délkou hospitalizace**, kdy v případě nepodpořených subjektů zůstává trend přibližně konstantní, zatímco u podpořených subjektů lze pozorovat významný pokles.

Trendy pozorované na uvedených indikátorech byly analyzovány také robustně prostřednictvím metody vícenásobné regresní analýzy. Ta, obdobně jako v předchozích aplikacích, vymezuje trend průměrné délky hospitalizace jako závislou proměnnou a analyzuje, resp. statisticky testuje významnost podpory z IROP jako vysvětlující proměnné pozorovaných trendů. Obdobně jako výše byla analýza zpracována na úrovni ad-hoc území vymezených dojezdovou vzdáleností do zdravotnického zařízení, které poskytuje akutní péči.

Regresní analýza **potvrdila negativní vztah mezi alokovanými prostředky veřejné podpory a délkou hospitalizace**. Je přitom vhodné doplnit, že z testovaných kontrolních proměnných (demografické a socio-ekonomické charakteristiky analyzovaných území) je právě finanční podpora z IROP jedinou proměnnou, která trend klesající délky hospitalizace s takto vysokou mírou statistické významnosti ($P < 0,01$) vysvětluje, u jiných kontrolních proměnných nebyl vliv pozorován.

Hlavním zjištěním z realizovaných analýz je, že pozorujeme **statisticky významnou negativní souvislost mezi realizovanou podporou a délkou hospitalizace**. Analýza tedy robustně potvrzuje, že podpora z IROP prokazatelně vede ke snížení průměrné délky hospitalizace v podpořených zdravotnických zařízeních.

4.3.2 Zjištění z případových studií

Případové studie dokládají, že intervence IROP SC 2.3 přinesly reálné, ale spíše omezené efekty na zkrácení hospitalizace a rekonvalescence, ale modernizace vybavení zároveň umožnila efektivnější diagnostiku a bezpečnější zákroky, **vedla tak ke stabilizaci kvality péče** a zabránila zhoršení dostupnosti v situaci rostoucí poptávky.

Současně se však ukazuje, že **zkrácení pracovní neschopnosti ani výrazné přesuny péče do komunitního prostředí nelze očekávat bez doprovodných systémových změn**, zejména bez posílení následné a rehabilitační péče, personálních kapacit a regionální koordinace. Obzvláště velký důraz byl kladen v případě onkologických pacientů na dostupnost paliativní péče, a to jak péče specializované, tak obecné.

Jak shrnuje studie FN Plzeň, *„samotná modernizace přístrojového vybavení výrazně zlepšuje kvalitu poskytovaných služeb, avšak neřeší systémové limity, které brání rychlejšímu ukončování hospitalizací a vyššímu podílu komunitní péče“*.

Některé případové studie ukazují, že modernizace přinesla zlepšení efektivity péče a v některých případech i zkrácení délky hospitalizace. Tento efekt nelze považovat za univerzální a je spíše ojedinělý. Většinou šlo o mírné zlepšení v řádu desetin dne až několika dnů, a to především díky kvalitnějšímu vybavení a lepší organizaci péče. Ve Fakultní nemocnici Brno (perinatologie) bylo po realizaci projektu pozorováno *„zkrácení délky hospitalizace z průměrných 6,2 dne (2019) na 5,8 dne (2020) a stabilizaci této hodnoty i v následujících letech“*, přičemž se uvádí, že *„doba pobytu byla optimalizována i díky rychlejšímu vyšetření a včasnému zachytu komplikací, čímž se zabránilo prodlužování hospitalizací z preventivních důvodů“*. Podobně je ve stejném zdravotnickém zařízení v rámci oboru onkogynekologie uváděno, že *„zkrácení doby hospitalizace a zvýšení prostupnosti péče bylo opakovaně zmiňováno jako jeden z hlavních přínosů“*. Nicméně, i v těchto případech respondenti představují efekt spíše jako vedlejší důsledek modernizace technického zázemí než systémové změny.

Jiné případové studie tento efekt nepotvrzují nebo jej vnímají pouze omezeně. Ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze se *„čekací doby jako takové sice výrazně nezkrátily, protože poptávka po onkogynekologické péči setrvale roste... Podpora však nemocnici umožnila lépe reagovat na tento tlak bez zhoršení kvality péče“*. Podobně FN Ústí nad Labem potvrzuje, že *„nové přístroje „umožnily zvládat vyšší objem pacientek bez zhoršení kvality péče“, avšak „čekací doby jako takové se výrazně nezkrátily“*.

O něco zřetelněji jsou dopady podpory na délku hospitalizace a pracovní neschopnosti pozorovány v některých podpořených zařízeních návazné péče, zejména tam, kde modernizace zasáhla vybavení operačních sálů, vybavení pro rehabilitaci nebo zobrazovací techniku. V jedné z menších podpořených nemocnic *„moderní instrumentarium umožnilo zkrácení délky operací a zvýšení jejich přesnosti. V praxi to znamená rychlejší rekonvalescenci pacientů, kratší délku hospitalizace a možnost častějšího využívání ambulantních forem péče či jednodenní chirurgie“*. Tento efekt byl potvrzen i v některých dalších zařízeních, kde nově pořízené vybavení (například laserové přístroje) umožňují dřívější a intenzivnější léčbu, což vede ke **zkrácení doby hospitalizace** a plynulejšímu přechodu do ambulantní či domácí péče. Část příjemců také poukazuje na to, že v důsledku



modernějšího vybavení je možné realizovat přesnější operativní zákroky, čímž se snižuje výskyt komplikací a potřeba reoperací.

Případové studie neuvádějí žádná kvantitativní data o pracovní neschopnosti, nicméně opakovaně zmiňují, že modernizace měly přinejmenším nepříímý vliv na **rychlejší návrat pacientů do pracovního a běžného života** – tedy na jejich rychlejší rekonvalescenci. Například v Nemocnici Šumperk nové vybavení „*umožnilo intenzivnější a dřívější zapojení pacientů do léčby, což urychluje zotavení a podporuje plynulý přechod z hospitalizace do ambulantní péče*“. Často je, a to především v menších nemocnicích poskytujících návaznou péči, zmiňována rychlejší a přesnější diagnostika jako výsledek podpory a lepší propojení mezi diagnostikou, léčbou a rehabilitací.

Jako zvlášť významné je hodnoceno **zavádění miniinvazivních a šetrnějších operačních technik** (například v onkogynekologických centrech), které umožňují realizovat některé zákroky ambulantně, což přispělo ke zkrácení hospitalizace.

Intervence v rámci IROP SC 2.3 v řadě případů přispěly, dle vyjádření zástupců podpořených zdravotnických zařízení, k posunu části péče z lůžkových oddělení do ambulantní a komunitní péče. V tomto smyslu nejde o reformu systému, ale spíše o zprostředkované efekty dosažené modernizací techniky, rehabilitační infrastruktury a lepší koordinací mezi odděleními. Specificky jsou v některých případových studiích zmiňovány efekty v podobě zavádění jednodenní chirurgie.

V některých případových studiích byly popsány i „měkké“ efekty podpory, kdy například v VFN Praha byla zavedena role **koordinátorů péče**, kteří „*podporují plynulost přechodu mezi jednotlivými fázemi léčby a v některých případech umožňují také časnější ukončení hospitalizace díky lepšímu napojení na navazující služby*“.

Na druhé straně ale řada respondentů upozorňuje na přetrvávající limity způsobené **nedostatečným provázáním léčby** a nezádkou i **chybějícími kapacitami**: „*pokud pacient po ukončení hospitalizace nemůže okamžitě nastoupit na rehabilitační lůžko nebo do zařízení následné péče, dochází k prodlevám, které oslabují celkový přínos investice*“. Samotná modernizace přístrojového vybavení tedy sice výrazně zlepšuje kvalitu poskytovaných služeb, avšak neřeší systémové limity, které brání rychlejšímu ukončování hospitalizací a vyššímu podílu komunitní péče. Chybějící kapacity v následné péči jsou zmiňovány jako výrazné limity i dalšími respondenty. Viz například citace z jedné z případových studií v menší regionální nemocnici: „*přestože disponuje 90 lůžky následné péče, v ojedinělých případech může docházet ke zpožděním při přechodu pacientů z akutní na následnou péči, což pak vede k prodlužování hospitalizace*“.

Z případových studií tedy vyplývají i některé bariéry, které snižují nebo oddalují plný dopad intervencí na zkrácení pracovní neschopnosti a hospitalizace:

- **Nedostatečná rozvinutá síť následné a dlouhodobé péče.** Tento problém je výslovně zmíněn v několika případových studiích ve velkých fakultních nemocnicích i menších nemocnicích regionálního významu.
- **Personální nedostatky.** Ve více případových studiích se uvádí, že zlepšení efektivity probíhá „bez nutnosti navyšovat personální kapacity“, což znamená, že dlouhodobě chybějící personál stále omezuje rozsah poskytované péče.
- **Rostoucí poptávka po specializované péči.** V onkogynekologických centrech (např. VFN a Ústí n. L.) je explicitně uvedeno, že „poptávka po onkogynekologické péči setrvale roste“, a proto „čekací doby se

výrazně nezkrátily“. Intervence tedy spíše zabránily zhoršení situace, než aby vedly ke skutečnému zkrácení čekací doby.

- **Nedostatečná koordinace mezi segmenty péče.** V některých případových studiích je uváděno, že chybí efektivní systém sdílení patientských informací nebo logistika přechodu mezi akutní a následnou fází. To brání plynulému návratu pacientů do komunity.

4.4 EO 5: Jakým způsobem přispěla intervence ke zvýšení kvality zdravotní péče vysoce specializované a navazující?

EO 6: Do jaké míry přispěla intervence k odstranění regionálních nerovností ve kvalitě zdravotní péče vysoce specializované a navazující?

Podpora v oblasti vysoce specializované i návazné péče přispěla ke zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb a současně ke zmírnění regionálních rozdílů v její úrovni. V kontextu EO 5 a EO 6 se přínos intervence projevuje především v posilování centralizace péče a odbornosti center vysoce specializované péče, zatímco nejslabším prvkem zůstává provázanost vysoce specializovaných center s péčí návaznou.

Modernizace přístrojového vybavení, obnova zastaralé techniky a zavedení nových diagnostických a léčebných postupů vedly k posílení odborné úrovně péče, zlepšení bezpečnosti a komfortu pacientů i pracovních podmínek zdravotnického personálu. To mělo vliv mimo jiné na pokles průměrné ošetrovací doby a zvýšení standardizace péče v porovnání mezi centry vysoce specializované péče v perinatologii, na růst počtu výkonů a snížení počtu reoperací ve vysoce specializované péči onkogynekologické.

V onkogynekologických a perinatologických centrech umožnila podpora z IROP modernizaci klíčového vybavení, což se promítlo do vyšší přesnosti diagnostiky, šetrnějších výkonů, nižší komplikovanosti a zkrácení hospitalizace. V onkogynekologii došlo k rozšíření spektra výkonů a k posílení mezioborové spolupráce při léčbě onkologických diagnóz, v perinatologii pak ke zlepšení péče o rizikové novorozence.

V zařízeních návazné péče vedla modernizace přístrojového vybavení k výraznému zlepšení kvality péče a k jejímu přiblížení standardu krajských a fakultních zařízení. Nové technologie umožnily přesnější a rychlejší diagnostiku, rozšíření spektra výkonů i zkrácení délky hospitalizace, přičemž se zvýšil komfort pacientů a zlepšily se pracovní podmínky zdravotníků.

Vzhledem k pozitivnímu dopadu na kvalitu poskytované péče, lze konstatovat, že investice zároveň posílily návaznost péče v tom ohledu, že díky modernímu vybavení mohou zařízení návazné péče rychleji a přesněji indikovat léčbu a jsou tak schopné lépe navazovat na specializované výkony kvalitní diagnostikou, následnou a rehabilitační péčí. Problémem však zůstává nízká informovanost zařízení návazné péče o možnostech spolupráce s vysoce specializovanými centry, což souvisí také s nízkou intenzitou této spolupráce.

Vedle toho byl potvrzen trend centralizace vybraných diagnóz, jejichž léčba přísluší primárně centrům vysoce specializované péče, směrem k centralizaci péče, což dokazuje klesající tendence počtu onkogynekologických případů řešených v zařízeních návazné péče ve srovnání se centry vysoce specializované onkogynekologické

péče, kde došlo k jejich dlouhodobému růstu. Tento vývoj potvrzuje trend centralizaci onkogynekologické péče, kdy se pacienti (s klíčovými diagnózami) stále více soustřeďují do vysoce specializovaných center.

Podobný trend je patrný také v oblasti perinatologie, kde je sice vidět celkový pokles počtu pacientů napříč oběma úrovněmi péče, což souvisí s demografickým vývojem, ale přesto zůstává zřejmé, že i v perinatologii se posiluje relativní role vysoce specializovaných center, neboť v návazné péči dochází k rychlejšímu úbytku případů.

Obě evaluační otázky vycházejí ze specifického cíle 2.3 IROP, který kladl důraz na zajištění přístupu ke kvalitním zdravotním službám napříč regiony a zaměřují se na kvalitu poskytované péče ve vysoce specializovaných onkogynekologických a perinatologických centrech a v návazné péči, přičemž EO 5 se orientuje na celkovou kvalitu péče, zatímco EO 6 se soustředí na regionální rovnost.

Zatímco EO 5 sleduje, zda podpora přispěla k celkovému zlepšení standardů, dostupnosti moderních technologií a spokojenosti pacientů, EO 6 hodnotí, zda se tyto změny promítly také do vyrovnávání rozdílů mezi jednotlivými kraji. Tyto dvě perspektivy jsou úzce propojené, jelikož zlepšení kvality péče může přispět ke snížení regionálních nerovností, avšak pokud se rozvoj soustředí spíše do již silnějších regionů, rozdíly se naopak mohou prohlubovat.

Pro účely hodnocení byla kvalita zdravotní péče vymezena podle evropských a mezinárodních rámců (EU, OECD) a zahrnovala zejména tyto aspekty:

- rovný přístup – zajištění dostupnosti kvalitní péče bez ohledu na geografické či socioekonomické podmínky.
- včasnost – minimalizace čekacích dob a zbytečných prodlev v poskytování péče.
- kontinuita péče – koordinace mezi jednotlivými poskytovateli a hladká návaznost péče.
- orientace na pacienta – respektování práv, potřeb a preferencí pacientů.

Analytický přístup stavěl na **kvantitativním hodnocení** poskytované péče ve vysoce specializovaných centrech a zařízeních návazné péče. Byly sledovány metriky kvality péče, regionální rozdíly v dostupnosti péče a metriky odrážející efekt centralizace a spolupráce mezi centry a návaznými zařízeními. Zpracování zahrnovalo využití pokročilých metod, zejména vícenásobné regresní analýzy a doplňkově také metody SEQDD, které ověřovaly robustnost výsledků a přičitatelnost podpory z IROP k pozorovaným trendům.

V případě vysoce specializovaných center (OGC a PCIP) byla k dispozici data v odlišné struktuře a úrovni detailu, vycházející ze specifík obou typů center. To sice nebylo překážkou realizovaných analýz, ale zároveň právě z tohoto důvodu nebylo možné provést zcela jednotnou kvantitativní analýzu napříč oběma skupinami center a hodnocení tak vycházelo z dostupných údajů pro každou oblast zvlášť, přičemž byly zohledněny specifické metodiky a kontext poskytované péče. Přesto byly pro oba typy center zpracovány závěry o dopadech intervencí na kvalitu a dostupnost péče.

Tento přístup byl doplněn **realizací případových studií**.

Kombinací kvantitativní analýzy a realizace případových studií se podařilo identifikovat řadu dopadů podpory na kvalitu péče, její regionální dostupnost a kontinuitu poskytování mezi centry a návaznými pracovišti. Zároveň byly definovány limity a překážky zvyšování kvality a snižování regionální nerovnosti při poskytování zdravotní péče, v jejichž kontextu byla v závěrečné části této zprávy vytvořena doporučení.

4.4.1 Zjištění z kvantitativní analýzy poskytované péče

4.4.1.1 Centra vysoce specializované péče

Analyzována byla data⁵ všech **akreditovaných/reakreditovaných center** v ČR v oblasti onkogynekologie a perinatologie:

- Centra vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii (PCIP)
- Centra vysoce specializované onkogynekologické péče (OGC)

Tabulka 11: Centra vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii (PCIP)

Název Centra vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii
1. Ústav pro péči o matku a dítě
2. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
3. Fakultní nemocnice v Motole
4. Fakultní nemocnice Olomouc
5. Fakultní nemocnice Hradec Králové
6. Fakultní nemocnice Plzeň
7. Fakultní nemocnice Ostrava
8. Krajská zdravotní, a.s., Masarykova nem. ústí n. L., o.z.
9. Krajská zdravotní, a.s., Nemocnice Most, o.z.
10. Nemocnice České Budějovice, a.s.
11. Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
12. Fakultní nemocnice Brno

Tabulka 12: Centra vysoce specializované onkologické péče (OGC)

Název Centra vysoce specializované onkologické péče
1. Nemocnice Nový Jičín a.s.
2. FN Olomouc
3. FN Plzeň
4. FN Brno
5. Nemocnice České Budějovice, a.s.
6. FN Hradec Králové
7. Fakultní nemocnice v Motole
8. Ústav pro péči o matku a dítě (ÚPMD)
9. Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
10. Nemocnice Na Bulovce
11. FN Královské Vinohrady
12. Masarykův onkologický ústav

Pro účely evaluace byla provedena kvantitativní analýza dat 2015-2023, kdy byl zkoumán trend vývoje definovaných ukazatelů. Zároveň byl porovnáván stav na začátku a na konci sledovaného období, tj. stav před zahájením projektu a stav po fyzickém ukončení projektu, jelikož intervence z IROP umožnila modernizaci technického zázemí perinatologických i onkogynekologických center. Všechna podpořená pracoviště (12 perinatologických a 17 onkogynekologických center) tak po fyzickém ukončení projektu poskytují zdravotní

⁵ Při analýze byly zohledňovány odchylky trendů z důvodu pandemie Covid-19 v letech 2020 a 2021 a vývoj počtu narozených (v případě PCIP), který v ČR vykazuje dlouhodobě klesající trend (82,3 % v roce 2023 ve srovnání s rokem 2015).



služby s novým vybavením, které zvyšuje standardy léčby, umožňuje zavádění moderních postupů a efektivnější diagnostické a léčebné postupy, což se přímo promítá do kvality péče.

Kvalita péče ve vysoce specializovaných centrech, ale i v zařízeních péče návazné, je podmíněna mírou **centralizace péče, její standardizací a kontinuitou** mezi zařízeními. Obecně lze říct, že centralizace vede k vyšší erudici personálu (více výkonů na jednoho lékaře), lepším možnostem zavádět moderní technologie a postupy a k celkovému zvýšení bezpečnosti pacientů v centrech vysoce specializované péče. V této oblasti podpora upevnila postavení center jako hlavních poskytovatelů vysoce specializované péče, kdy centra převzala větší objem výkonů a posílila svou roli referenčních bodů pro širší spádové oblasti. To vedlo k posílení systému z pohledu koncepce návazné péče a vytvoření k předpokladů pro vyšší kvalitu i efektivitu péče.

V případě **PCIP** se efekt centralizace projevil především vývojem počtu hospitalizovaných žen a novorozenců, kdy ve sledovaném období 2015–2023 došlo k mírnému, ale setrvalému poklesu počtu hospitalizovaných žen (na 93,9 % výchozí hodnoty). Přesto byl však pokles méně výrazný než pokles počtu narozených dětí (o 17,7 p. b.), což dokládá centralizaci péče do PCIP – více případů se koncentruje do specializovaných center. Zároveň došlo k poklesu hospitalizace novorozenců o 9,4 p. b., což je pomalejší pokles než celkové snížení porodnosti v ČR. Centralizaci péče, vedoucí ke zvýšení kvality péče a efektivnějšímu využití kapacit, dokládá také vývoj průměrné ošetrovací doby, která u žen klesla z 8,6 dne (2015) na 7,4 dne (2023) a u novorozenců z 12,5 dne na 11,0 dne.

V případě počtu výkonů a hospitalizací **OGC** data ukazují výrazný nárůst případů ve vybraných diagnózách řešených ve specializovaných centrech, zatímco v návazné péči počty klesaly. V roce 2015 bylo v OGC přibližně 8 200 případů, do roku 2024 jejich počet narostl nad 13 500. Naopak v návazné péči klesl z 6 800 na přibližně 6 000 případů.

Analýzy ukazují, že rozdíly mezi centry se postupně zmenšují. Například u perinatologické péče se snížily rozdíly v průměrné délce hospitalizace mezi jednotlivými pracovišti, což potvrzuje rostoucí míru **standardizace**. V onkogynekologii byl zaznamenán nárůst počtu výkonů a hospitalizací přímo v centrech, zatímco menší zařízení poskytují tyto služby v menším rozsahu. Tento trend podpořil rovnoměrnější dostupnost kvalitní péče napříč regiony.

Centralizace péče do vysoce specializovaných center má také pozitivní **dopad na návaznou péči**. Díky přesunu složitých diagnostických a terapeutických výkonů do center nejsou návazná zařízení nucena provádět výkony, které z podstaty své odbornosti a kapacit nemohou zajistit na srovnatelné kvalitativní úrovni.

Následující text se detailněji zabývá vývojem vybraných ukazatelů center vysoce specializované péče v perinatologii a onkogynekologii. Vzhledem k různé struktuře dat a indikátorů kvality je rozdělen do dvou samostatných podkapitol.

Centra vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii

Centra vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii (PCIP) jsou poskytovatelé zdravotních služeb, jimž byl udělen statut centra podle § 112 odst. 1 zákona č. 372/2011Sb., o zdravotních službách. Perinatální péče zahrnuje nepřetržitou péči v oborech gynekologie a porodnictví a neonatologie, a to:

1. péči o těhotnou ženu a plod od gestačního stáří těhotenství 23+0 do konce těhotenství (gynekologie a porodnictví),
2. následnou péči o novorozence v prvním týdnu života (neonatologie).



Území, pro které má PCIP poskytovat zdravotní péči, nemusí odpovídat územním správním celkům. PCIP vzájemně spolupracují a s ohledem na aktuální lůžkovou kapacitu či případnou užší specializaci v rámci perinatologie mohou poskytovat zdravotní péči též pro celou ČR, zvláště pak v akutně vzniklých situacích, aby se usnadnila a urychlila řešení jak na regionální, tak na celostátní úrovni.

Předmětem analýzy jsou data PCIP v letech **2015 až 2023** v rozdělení na 4 základní oblasti:

1. Hospitalizace pro vybrané diagnózy

- a. Hospitalizace pro vybrané diagnózy žen⁶ (gynekologie a porodnictví PCIP)
- b. Hospitalizace pro vybrané diagnózy novorozenců⁷ (neonatologie PCIP)

2. Průměrná ošetrovací doba

- a. Průměrná ošetrovací doba žen (gynekologie a porodnictví PCIP)
- b. Průměrná ošetrovací doba novorozenců (neonatologie PCIP)

3. Vybrané výkony PCIP

- a. Odběr choriových klků transcervikálním nebo transabdominálním přístupem
- b. Odběr plodové vody transabdominální amniocentézou
- c. Screeningové ultrazvukové vyšetření ve 30. až 32. týdnu těhotenství
- d. Sectio caesarea
- e. Sectio caesarea a sterilizace
- f. Ukončení porodu vakuumextrakcí, kleštěmi, obratem a/nebo manuální extrakcí.
- g. Vedení porodu koncem pánevním nebo porod dvojčat
- h. Vedení porodu vaginálně - ukončení císařským řezem

4. Indikátory kvality PCIP⁸

- a. IK 1: Celkový počet porozených novorozenců členěných dle způsobu porodu a četnosti

⁶ Vybrané diagnózy žen PCIP

- O14 Preeklampsie
- O15 Eklampsie
- O24 Diabetes mellitus v těhotenství
- O30 Mnohočetné těhotenství
- O36.5 Péče o matku pro nízkou hmotnost plodu
- O41.0 Oligohydramnion
- O41.1 Infekce plodového vaku nebo plodových blan
- O44 Včasně lůžko [placenta praevia]
- O45 Předčasná odlučování placenty [abruptio placentae praecox]
- O60 Předčasná porodní činnost a porod
- O98 Infekční a parazitární nemoci matky zařaditelné jinam (komplikující těhotenství, porod a šestinedělí)

⁷ Vybrané diagnózy novorozenců PCIP

- P07.0 Velmi nízká porodní hmotnost
- P07.2 Krajní nezralost (imaturita)
- P22.0 Syndrom dechové tísně novorozence
- P36 Bakteriální seps novorozence
- P37 Jiné vrozené infekční a parazitární nemoci
- P52 Nitrolební neúrazové krvácení plodu a novorozence
- P59 Novorozenecká žloutenka z jiných a neurčených příčin
- P91.6 Hypoxická, ischemická encefalopatie novorozence
- P96.1 Novorozenecké abstinenční syndromy u toxikomanie matky
- Q00-Q99 Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality

⁸ Pro účel evaluace jsou analyzována data vybraných indikátorů kvality: IK 1, IK 2, IK 4 a IK 6-9. Další indikátory kvality není nutné vzhledem k účelu evaluace analyzovat.



- b. IK 2: Perinatální úmrtnost v jednotlivých hmotnostních kategoriích
- c. IK 6: Počet ošetřovaných novorozenců s porodní hmotností do 999 gramů
- d. IK 7: Počet ošetřovaných novorozenců s porodní hmotností 1000 až 1499 gramů
- e. IK 8: Počet ošetřovaných novorozenců s porodní hmotností 1500 až 1999 gramů
- f. IK 9: Počet ošetřovaných novorozenců s porodní hmotností 2000 až 2499 gramů

Analyzována jsou data všech akreditovaných/reakreditovaných PCIP v ČR.

V období 2015 až 2023 došlo k **celkovému poklesu hospitalizací žen na 85,04 %**. Nejvyšší celkový počet hospitalizovaných byl zaznamenán v roce 2016 (9 344 žen). Od roku 2017 do roku 2023 je pak patrný dlouhodobý pokles s nejnižší hodnotou v roce 2023 (7 623 žen). V roce 2020 (8 215 hospitalizací) došlo k mírnému poklesu oproti 2019 a v roce 2021 (8 547 hospitalizací) naopak k mírnému zvýšení oproti 2020. Přesto je zřetelný pokles oproti předpandemickým rokům 2015–2018 (všechny nad 9 000).

V roce 2021 se v některých případech hospitalizace zvýšily (např. FN Ostrava, FN Brno, Hradec Králové), což může reflektovat jednak zotavení systému, jednak efektivní využití dotací.

Možnými příčinami poklesu mohou být:

- prevence a včasná diagnostika,
- záchyt v zařízeních návazné péče,⁹
- změny v populačních trendech (počet těhotenství, jelikož počet žen se výrazně nelišil),
- změny v kapacitách zdravotnického zařízení, nesouvisející s podporou.
- v letech 2020 a 2021 opatření proti šíření COVID-19 (omezené návštěvy, přesuny péče, omezené plánované výkony) a vyhýbání se nemocniční péči z obavy z nákazy ze strany pacientů.

Počet žen v produktivním věku se ve sledovaném období výrazně nezměnil, došlo zde k poklesu v roce 2023 na 99,2 % úrovně roku 2015. Zároveň však došlo mezi roky 2015 a 2023 k výraznému snížení počtu narozených dětí, a to o 17,7 p.b. Mírnější pokles počtu hospitalizovaných žen ve srovnání s trendem počtu narozených tak může být důsledkem **centralizace péče do PCIP**.

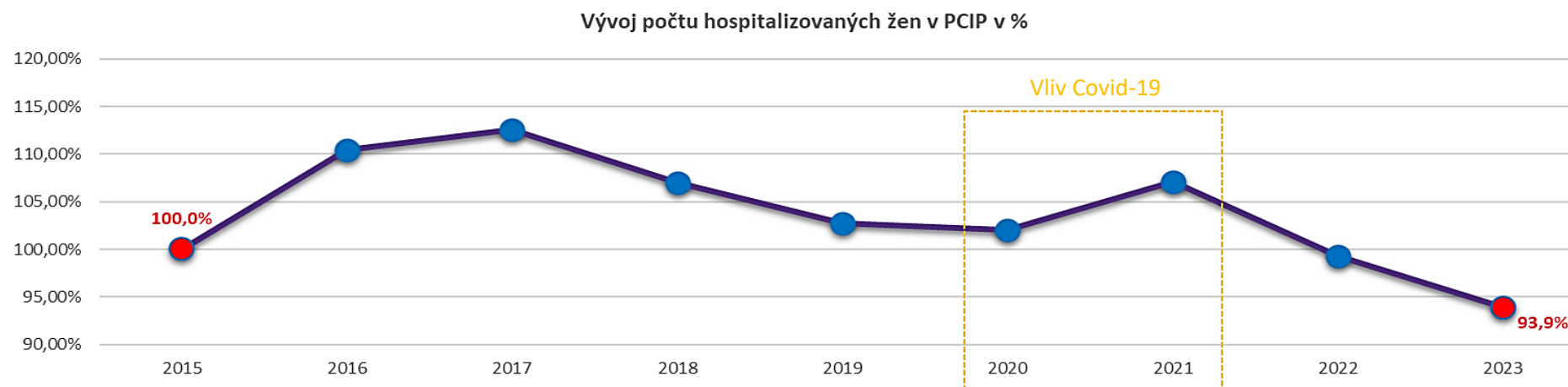
⁹ Bude porovnáno v rámci analýzy návazné péče.



Tabulka 13: Počet hospitalizovaných žen v PCIP

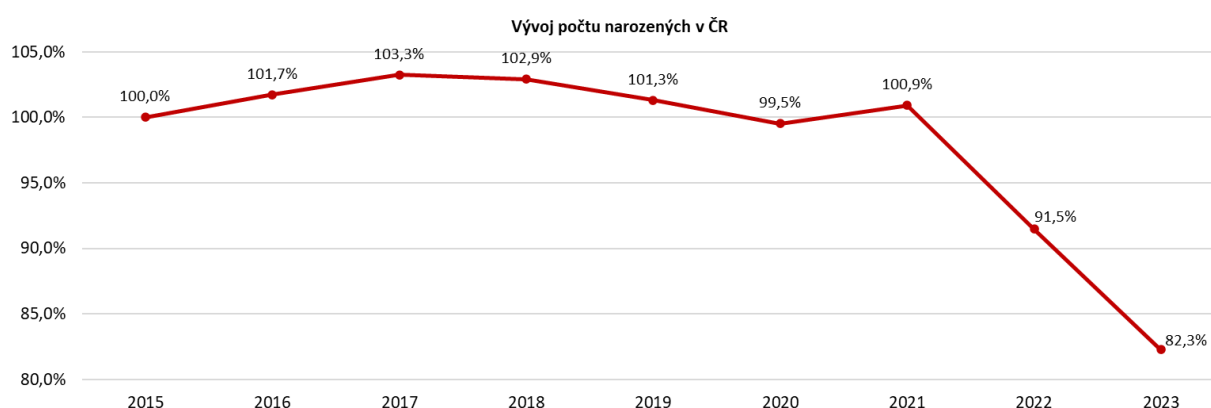
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Fakultní nemocnice Brno	1 470	1 547	1 532	1 262	1 157	1 134	1 153	1 100	994
Fakultní nemocnice Hradec Králové	590	592	564	571	513	555	605	600	643
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	1 190	1 120	1 066	1 129	1 097	1 034	1 108	1 021	1 010
Ústav pro péči o matku a dítě	1 019	1 093	1 091	1 059	1 119	1 159	948	965	994
Fakultní nemocnice v Motole	833	773	802	723	735	617	630	600	490
Nemocnice České Budějovice, a.s.	743	815	817	596	543	499	544	540	549
Fakultní nemocnice Plzeň	205	421	484	521	526	515	521	455	425
KZ, a.s., Nemocnice Most, o.z.	396	341	417	337	316	304	385	378	336
KZ, a.s., Masarykova nem. Ústí n. L., o.z.	568	628	570	589	529	579	534	485	444
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.	507	580	603	544	473	504	547	515	438
Fakultní nemocnice Olomouc	685	715	703	623	617	590	632	529	471
Fakultní nemocnice Ostrava	758	719	641	714	686	725	940	820	829
Celkem	8 964	9 344	9 290	8 668	8 311	8 215	8 547	8 008	7 623

Graf 8: Vývoj počtu hospitalizovaných žen v PCIP



V období 2015 až 2023 došlo také k celkovému poklesu hospitalizací novorozenců na 90,6 %. Počet narozených v ČR ve sledovaném období rovněž klesal, a to na 82,3 % v roce 2023 ve srovnání s rokem 2015. Počet žen v produktivním věku se přitom výrazně nezměnil (v roce 2023 pokles na 99,2 % hodnoty roku 2015). Pokles hospitalizací novorozenců je tedy mírnější než pokles počtu narozených, což může naznačovat relativně stabilní poptávku po lůžkové péči o novorozence. Z dostupných dat však nelze vyvozovat závěry o změnách v intenzitě nebo potřebnosti poskytované péče

Graf 9: Vývoj počtu narozených v ČR



Nejnižší celkový počet hospitalizovaných byl zaznamenán v roce 2023 (16 178 novorozenců), naopak nejvyšší počet hospitalizovaných byl v roce 2018 (18 404 novorozenců). Od roku 2016 do roku 2023 je pak patrný dlouhodobý pokles s výjimkou roku 2020, který byl zatížen pandemií Covid-2019.

Jak bylo výše uvedeno, hlavní příčinu relativního poklesu hospitalizací novorozenců lze spatřovat ve změnách v populačních trendech – počet narozených dětí totiž ve stejném období vykazuje dokonce rychlejší relativní pokles než počet hospitalizací. Mezi dalšími příčinami poklesu hospitalizace novorozenců lze uvést:

- prevence a včasná diagnostika,
- záchyt v zařízeních návazné péče,¹⁰
- změny v kapacitách zdravotnického zařízení, nesouvisející s podporou.
- v letech 2020 a 2021 opatření proti šíření COVID-19 (omezené návštěvy, přesuny péče, omezené plánované výkony) a vyhýbání se nemocniční péči z obavy z nákazy ze strany pacientů.

Uvedené faktory by samy o sobě vedly k rychlejšímu poklesu hospitalizací novorozenců než je pokles porodnosti. Skutečnost, že hospitalizace klesají pomaleji, proto naznačuje působení dalších mechanismů, zejména vyšší míry centralizace péče do perinatologických center, která mají při nižší porodnosti relativně více volných kapacit. Zároveň se může zvyšovat podíl dětí, které jsou pro tato centra indikovány (např. rizikové či komplikované případy), což tlumí celkový pokles hospitalizací. Klíčový je ale v tomto kontextu zmíněný výrazně pomalejší pokles počtu hospitalizovaných novorozenců (9,4 p b mezi 2015 a 2023) ve srovnání s počtem narozených, kde došlo mezi roky 2015 až 2023 k poklesu o 17,7 p.b.

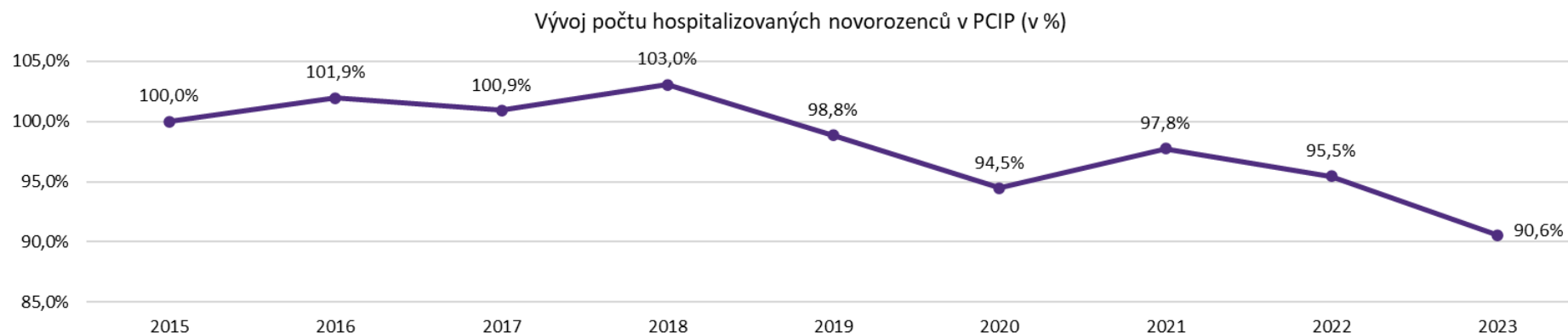
¹⁰ Bude porovnáno v rámci analýzy návazné péče.



Tabulka 14: Počet hospitalizovaných novorozenců v PCIP

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Fakultní nemocnice Brno	3 004	3 221	3 320	3 115	2 531	2 252	2 404	2 304	2 303
Fakultní nemocnice Hradec Králové	1 271	1 269	1 398	1 473	1 337	1 194	1 247	1 309	1 207
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	1 864	1 875	1 889	2 017	2 102	2 433	2 516	2 364	2 122
Ústav pro péči o matku a dítě	1 137	1 176	1 099	1 082	895	889	872	933	800
Fakultní nemocnice v Motole	3 579	3 686	3 565	3 697	3 777	3 390	3 678	3 676	3 502
Nemocnice České Budějovice, a.s.	944	1 015	1 082	1 102	1 018	855	929	886	874
Fakultní nemocnice Plzeň	1 443	1 457	1 544	1 482	1 388	1 294	1 361	1 385	1 285
KZ, a.s., Nemocnice Most, o.z.	495	439	541	599	455	457	477	432	434
KZ, a.s., Masarykova nem. Ústí n. L., o.z.	686	699	576	683	732	777	700	724	720
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.	677	661	609	557	1 046	1 210	953	721	627
Fakultní nemocnice Olomouc	1 497	1 475	1 243	1 427	1 304	1 078	1 004	1 068	1 119
Fakultní nemocnice Ostrava	1 265	1 237	1 157	1 170	1 068	1 042	1 320	1 249	1 185
Celkem	17 862	18 210	18 023	18 404	17 653	16 871	17 461	17 051	16 178

Graf 10: Vývoj počtu hospitalizovaných novorozenců v PCIP





Průměrná ošetrovací doba žen ve sledovaném období klesla z 8,6 dne (2015) na 7,4 dne (2023). Nejprudší pokles je patrný mezi 2019 (8,1) a 2020 (7,6) – tedy právě v prvním roce pandemie.

Možnými příčinami poklesu průměrné ošetrovací doby mohou být:

- Zvýšení kvality poskytované péče – modernější vybavení, medicínský pokrok (možný efektivní dopad podpory).
- Opatření proti šíření COVID-19 (omezené návštěvy, přesuny péče, omezené plánované výkony).
- Vyhybání se nemocniční péči z obavy z nákazy.
- Snížení výskytu hospitalizací (diagnóz) s vyšší průměrnou ošetrovací dobou ve prospěch hospitalizací (diagnóz) s nižší průměrnou ošetrovací dobou.

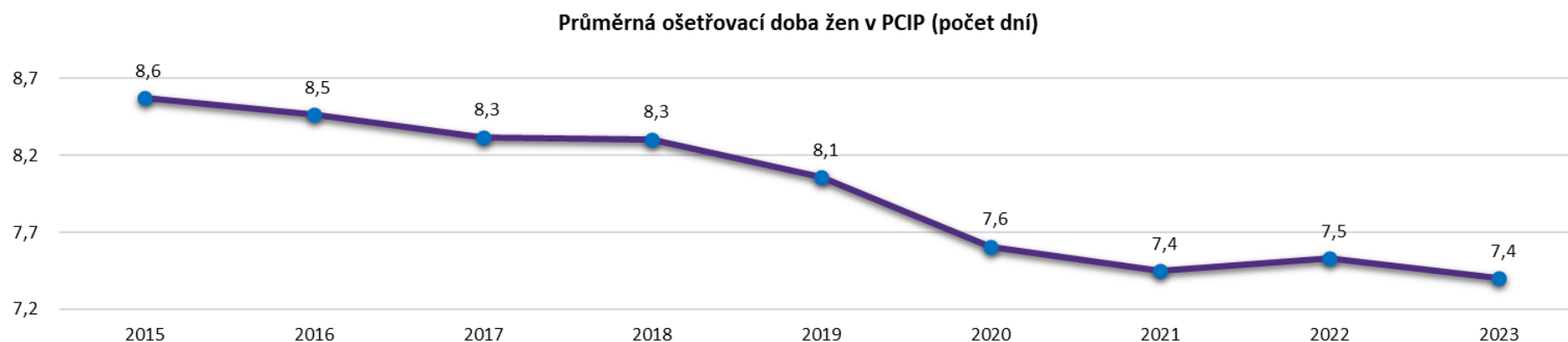
Ve sledovaném období je také patrný trend **snižování rozdílů mezi průměrným počtem ošetrovacích dní mezi centry**. Zatímco se v roce 2015 pohyboval průměrný počet ošetrovacích dnů mezi 6,3 a 11,2 dny (rozdíl mezi maximem a minimem 4,9 dnů), v roce 2023 se průměrný počet ošetrovacích dnů v PCIP pohyboval v intervalu 6,1 a 8,7 dnů (rozdíl mezi maximem a minimem 2,6 dnů). Důvodem takového vývoje může být **posílení standardizace péče v PCIP a snižování regionálních rozdílů**.



Tabulka 15: Průměrná ošetrovací doba žen v PCIP (počet dní)

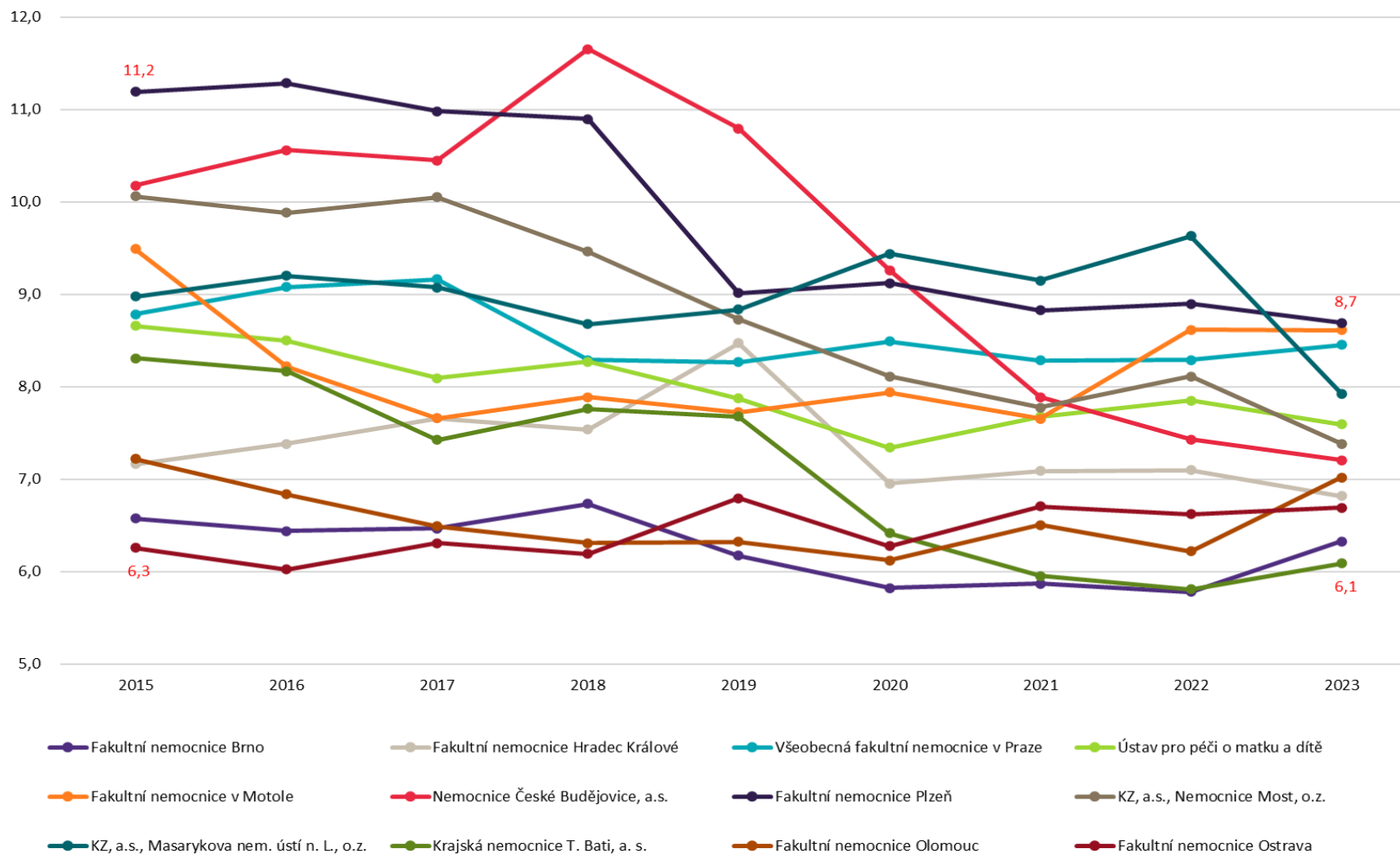
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Fakultní nemocnice Brno	6,6	6,4	6,5	6,7	6,2	5,8	5,9	5,8	6,3
Fakultní nemocnice Hradec Králové	7,2	7,4	7,7	7,5	8,5	7,0	7,1	7,1	6,8
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	8,8	9,1	9,2	8,3	8,3	8,5	8,3	8,3	8,5
Ústav pro péči o matku a dítě	8,7	8,5	8,1	8,3	7,9	7,3	7,7	7,8	7,6
Fakultní nemocnice v Motole	9,5	8,2	7,7	7,9	7,7	7,9	7,7	8,6	8,6
Nemocnice České Budějovice, a.s.	10,2	10,6	10,4	11,7	10,8	9,3	7,9	7,4	7,2
Fakultní nemocnice Plzeň	11,2	11,3	11,0	10,9	9,0	9,1	8,8	8,9	8,7
KZ, a.s., Nemocnice Most, o.z.	10,1	9,9	10,1	9,5	8,7	8,1	7,8	8,1	7,4
KZ, a.s., Masarykova nem. Ústí n. L., o.z.	9,0	9,2	9,1	8,7	8,8	9,4	9,1	9,6	7,9
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.	8,3	8,2	7,4	7,8	7,7	6,4	6,0	5,8	6,1
Fakultní nemocnice Olomouc	7,2	6,8	6,5	6,3	6,3	6,1	6,5	6,2	7,0
Fakultní nemocnice Ostrava	6,3	6,0	6,3	6,2	6,8	6,3	6,7	6,6	6,7
Průměr	8,6	8,5	8,3	8,3	8,1	7,6	7,4	7,5	7,4

Graf 11: Vývoj průměrné ošetrovací doby žen v PCIP (počet dní)





Graf 12: Vývoj průměrné ošetrovací doby žen v jednotlivých PCIP (počet dní)





Průměrná ošetrovací doba ve sledovaném období klesá z 12,5 dne (2015) na 11,0 dne (2023). Po celou dobu sledovaného období se jedná o stabilní mírný pokles průměrné ošetrovací doby, s výjimkou roku 2021, kdy je patrný nárůst 0,1 ošetrovacího dne (0,6 p. b.), což bylo v roce pandemie Covid-19. Velkově došlo k poklesu průměrné ošetrovací doby na 88,1 % v roce 2023 ve srovnání s rokem 2015.

Možnými příčinami poklesu průměrné ošetrovací doby mohou být:

- Zvýšení kvality poskytované péče – modernější vybavení, medicínský pokrok (možný efektivní dopad podpory).
- Snížení výskytu hospitalizací (diagnóz) s vyšší průměrnou ošetrovací dobou ve prospěch hospitalizací (diagnóz) s nižší průměrnou ošetrovací dobou.

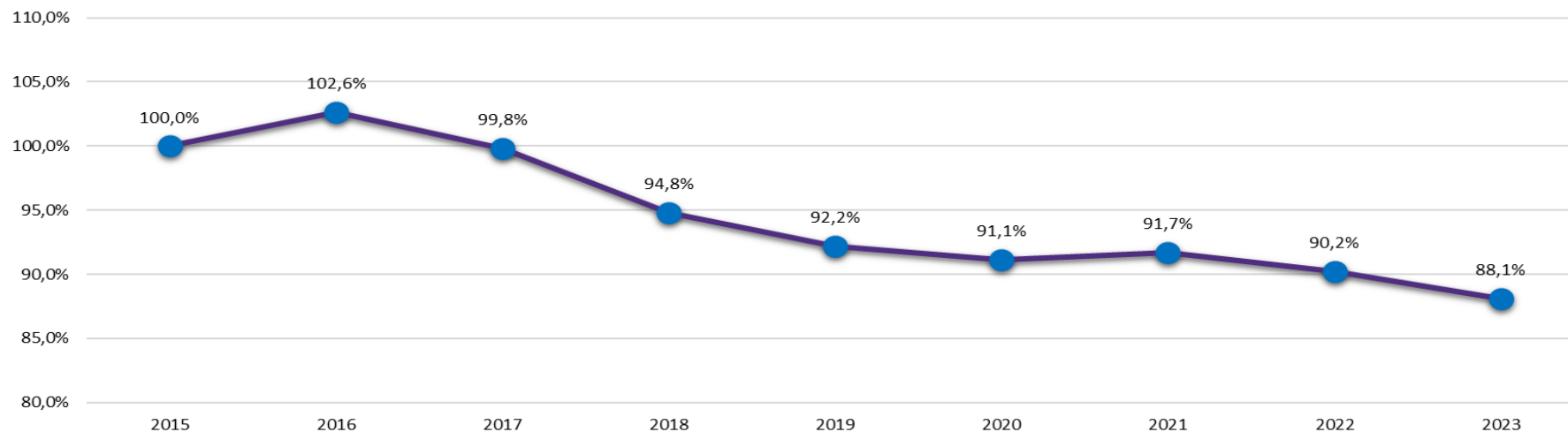
Ve sledovaném období není na rozdíl od průměrného počtu ošetrovacích dnů u žen v PCIP patrný tak výrazný trend **snižování rozdílů mezi průměrným počtem ošetrovacích dnů novorozenců mezi centry**. Zatímco se v roce 2015 pohyboval průměrný počet ošetrovacích dnů novorozenců mezi 9,2 a 19 dny (rozdíl mezi maximem a minimem 9,8 dnů), v roce 2023 se průměrný počet ošetrovacích dnů novorozenců v PCIP pohyboval v intervalu 8,3 a 15,9 dnů (rozdíl mezi maximem a minimem 7,6 dnů).



Tabulka 16: Průměrná ošetrovací doba novorozenců v PCIP (počet dní)

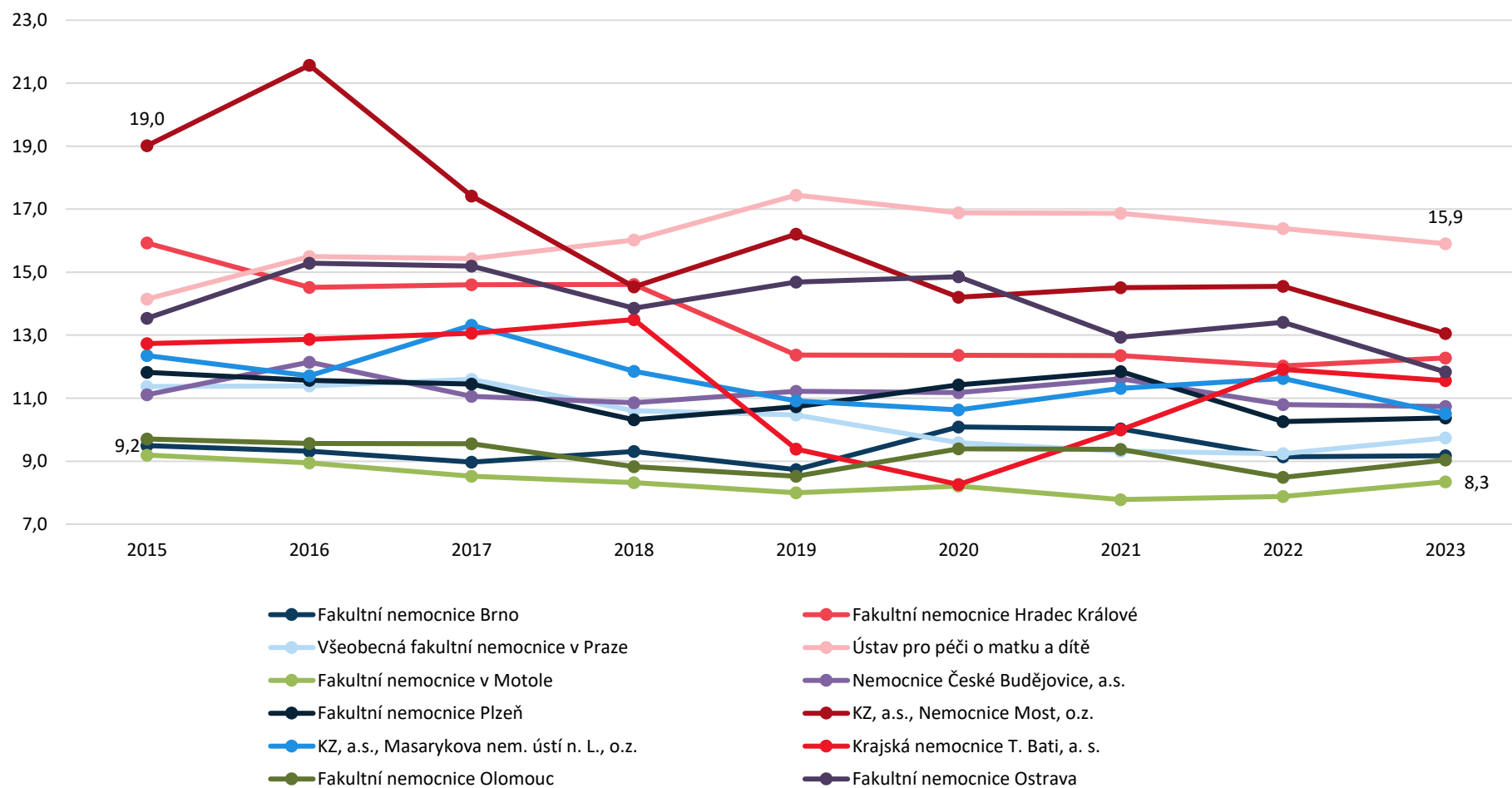
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Fakultní nemocnice Brno	9,5	9,3	9,0	9,3	8,7	10,1	10,0	9,1	9,2
Fakultní nemocnice Hradec Králové	15,9	14,5	14,6	14,6	12,4	12,4	12,4	12,0	12,3
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	11,4	11,4	11,6	10,6	10,5	9,6	9,3	9,2	9,7
Ústav pro péči o matku a dítě	14,1	15,5	15,4	16,0	17,4	16,9	16,9	16,4	15,9
Fakultní nemocnice v Motole	9,2	8,9	8,5	8,3	8,0	8,2	7,8	7,9	8,3
Nemocnice České Budějovice, a.s.	11,1	12,1	11,1	10,9	11,2	11,2	11,6	10,8	10,7
Fakultní nemocnice Plzeň	11,8	11,6	11,4	10,3	10,7	11,4	11,8	10,3	10,4
KZ, a.s., Nemocnice Most, o.z.	19,0	21,6	17,4	14,5	16,2	14,2	14,5	14,5	13,1
KZ, a.s., Masarykova nem. Ústí n. L., o.z.	12,3	11,7	13,3	11,9	10,9	10,6	11,3	11,6	10,5
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.	12,7	12,9	13,1	13,5	9,4	8,3	10,0	11,9	11,6
Fakultní nemocnice Olomouc	9,7	9,6	9,6	8,8	8,5	9,4	9,4	8,5	9,0
Fakultní nemocnice Ostrava	13,5	15,3	15,2	13,9	14,7	14,9	12,9	13,4	11,8
Průměr	12,5	12,9	12,5	11,9	11,6	11,4	11,5	11,3	11,0

Graf 13: Vývoj průměrné ošetrovací doby novorozenců v PCIP (v %)





Graf 14: Průměrná ošetrovací doba novorozenců v jednotlivých PCIP (počet dní)





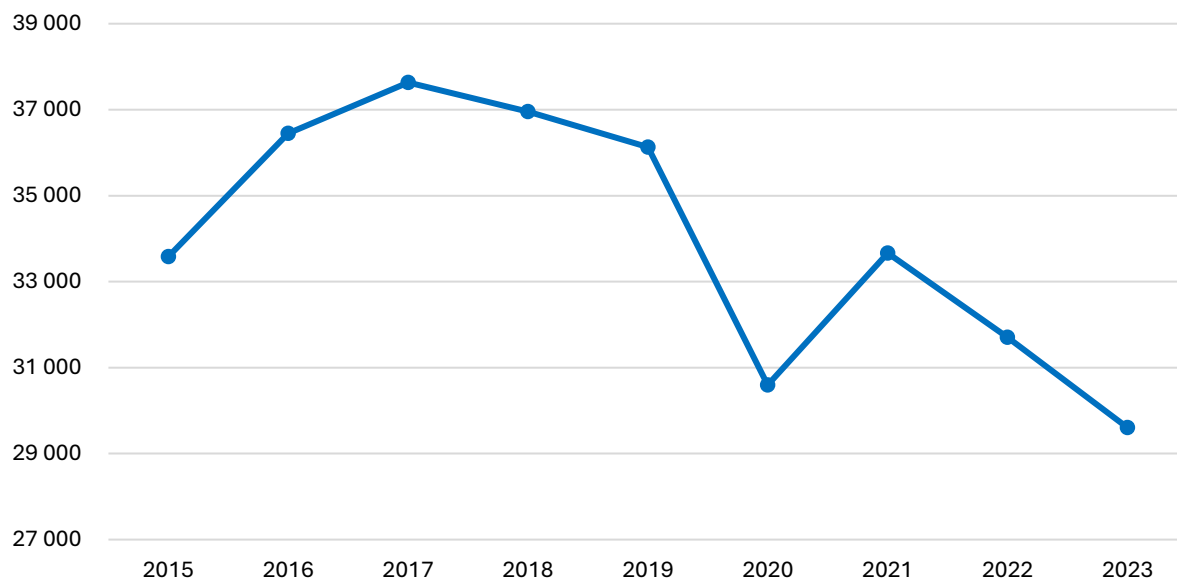
Vývoj počtu výkonů vykazuje ve většině případů ve sledovaném období 2015 a 2023 **pokles počtu vybraných výkonů PCIP**, který koresponduje s poklesem počtu hospitalizovaných žen a hospitalizovaných novorozenců. Celkově za všechny PCIP je počet výkonů v roce 2023 na 88,2 % úrovně roku 2015. Ve sledovaném období docházelo do roku 2017 k nárůstu počtu výkonů, od roku 2018 jsou naopak zaznamenány poklesy s výjimkou roku 2020, kdy došlo v výraznějším propadu, což souvisí s omezením péče v době pandemie Covid-19. V roce 2021 počet výkonů opět pokračoval v trendu před pandemií.

Částečným vysvětlením nesouladu mezi trendem hospitalizací a trendem počtu výkonů vysvětlují změny ve vykazování a definicích klíčových indikátorů, nesoulad tedy je alespoň zčásti způsoben administrativními faktory. Z případových studií ale zároveň vyplývá, že dochází ke změnám v provádění výkonů, kdy jsou výkony postupně nahrazovány šetrnějšími alternativami.

Tabulka 17: Celkový počet výkonů PCIP 2015-2023

Rok	Počet výkonů celkem	Počet výkonů v %
2015	33 579	100,0 %
2016	36 450	108,5 %
2017	37 632	112,1 %
2018	36 953	110,0 %
2019	36 125	107,6 %
2020	30 597	91,1 %
2021	33 666	100,3 %
2022	31 705	94,4 %
2023	29 604	88,2 %

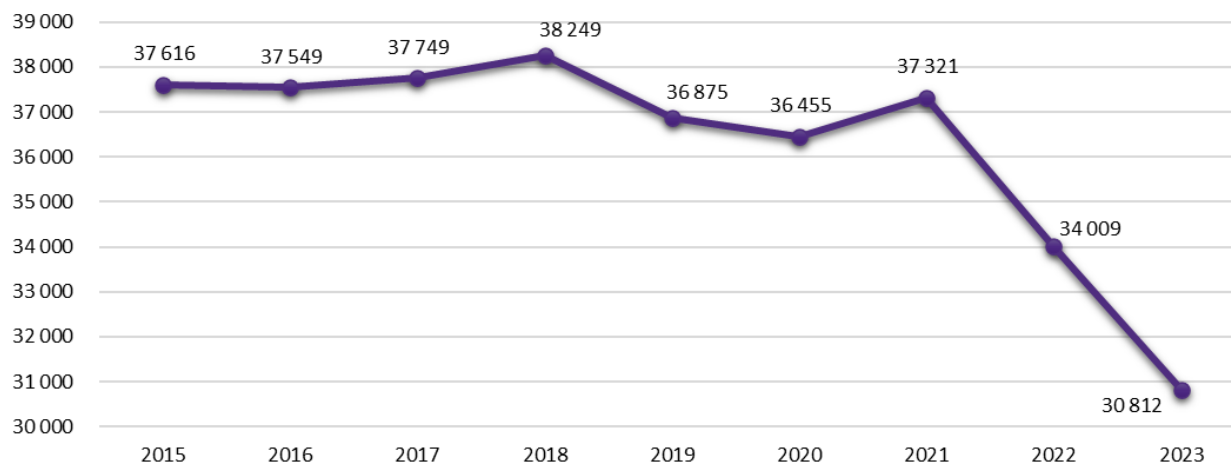
Graf 15: Vývoj celkového počtu výkonů PCIP 2015-2023



Pro potřeby evaluace je tento indikátor kvality sledován ve struktuře celkového počtu narozených v PCIP v letech 2015 až 2023. Ve sledovaném období došlo k výraznému snížení počtu narozených v PCIP, a to v roce 2023 na 81,9 % roku 2015. Po počátečním mírném nárůstu do roku 2018 začal počet narozených klesat. Zlom nastal v roce 2021, kdy došlo ke zvýšení počtu narozených v PCIP, což pravděpodobně souviselo s pandemií Covid-19. Od roku 2021 do roku 2023 došlo opět k výraznému snížení počtu narozených.



Graf 16: Celkový počet novorozenců narozených v PCIP

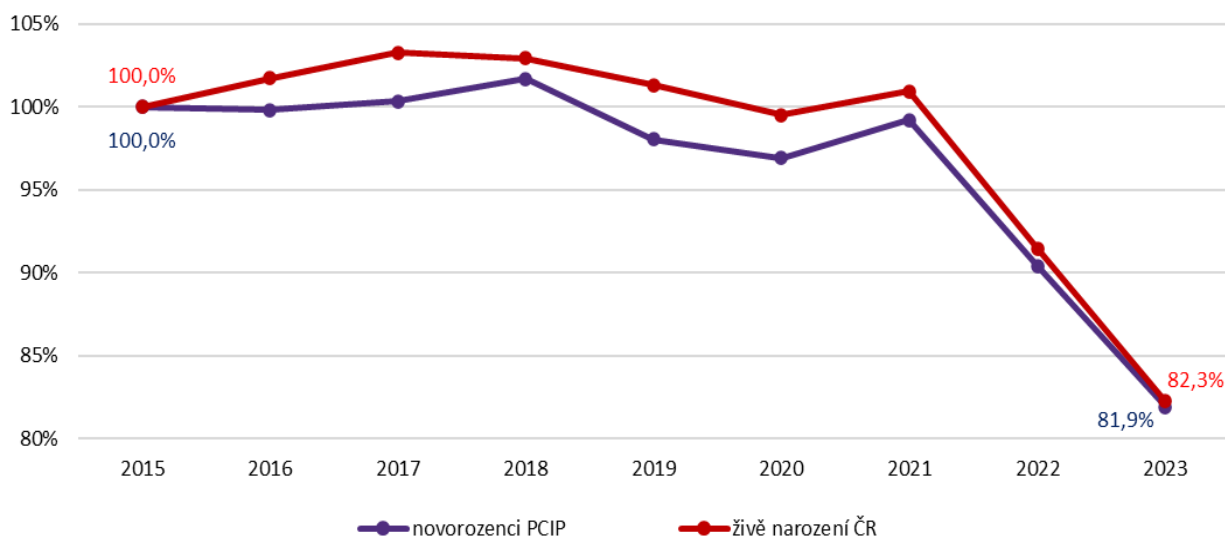


Pokud porovnáme trend počtu narozených v PCIP, významně se podobá trendu počtu narozených v ČR. Důvodem změn tedy, ať již nárůstu do roku 2018, nebo poklesů v intervalech 2018-2020 a 2021-2023 je tedy s největší pravděpodobností populační vývoj v ČR. Pokles počtu hospitalizací je dále výrazně ovlivňován dalšími faktory:

- prevence a včasná diagnostika,
- záchyt v zařízeních návazné péče,
- v letech 2020 a 2021 opatření proti šíření COVID-19 (omezené návštěvy, přesuny péče, omezené plánované výkony) a vyhýbání se nemocniční péči z obavy z nákazy ze strany pacientů.

Uvedené faktory by samy o sobě vedly k rychlejšímu poklesu hospitalizací novorozenců než je pokles porodnosti. Skutečnost, že hospitalizace klesají pomaleji, proto naznačuje působení dalších mechanismů, zejména vyšší míry centralizace péče do perinatologických center, která mají při nižší porodnosti relativně více volných kapacit. Zároveň se může zvyšovat podíl dětí, které jsou pro tato centra indikovány (např. rizikové či komplikované případy), což tlumí celkový pokles hospitalizací. Tyto trendy byly potvrzeny v rámci případových studií, kdy vedoucí představitelé PCIP center vykazují snahu o vyšší koncentraci péče o novorozence z důvodu dostupných volných kapacit.

Graf 17: Vývoj počtu narozených v ČR a v PCIP v %



Na základě analýzy vývoje **indikátorů kvality perinatologické péče (PCIP)** nebyl potvrzen jednoznačný pozitivní dopad podpory z IROP na kvalitu poskytované péče. Hodnocené indikátory, zahrnující jak objemové, tak výsledkové ukazatele – IK 1 (celkový počet porozených novorozenců dle způsobu porodu a četnosti), IK 2 (perinatální úmrtnost v jednotlivých hmotnostních kategoriích), IK 6–9 (počet ošetřovaných novorozenců v jednotlivých hmotnostních kategoriích do 2499 g), nevykazují po realizaci podpory významnou odchylku od předchozího trendu. Jejich vývoj zůstává v čase **relativně stabilní**, bez prokazatelného zlepšení, které by bylo možné přičíst realizovaným intervencím.

Centra vysoce specializované onkologické péče

Centra vysoce specializované onkogynekologické péče (OGC) jsou poskytovatelé zdravotních služeb, jimž byl udělen statut centra vysoce specializované zdravotní péče podle § 112 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Zhoubné novotvary (ZN) představují i přes moderní léčebné postupy jednu z hlavních příčin úmrtnosti v České republice, kde se řadí na druhé místo. Obdobně ve vyspělých zemích umírá na nádorová onemocnění přibližně čtvrtina populace a jejich celková incidence má trvale rostoucí tendenci. Vzhledem k narůstající složitosti léčby a potřebě vysoce specializované péče je klíčovým prvkem efektivního systému zdravotní péče centralizace pacientek s onkogynekologickým onemocněním do center vysoce specializované onkogynekologické péče.

Tato centra umožňují nejen udržení vysoké odbornosti multidisciplinárního týmu, ale i koncentraci diagnostických a léčebných výkonů, které vyžadují špičkové technologické zázemí a specializovanou expertizu. Bylo opakovaně prokázáno, že léčba poskytovaná ve specializovaných centrech lékaři s odpovídající kvalifikací vede k lepším výsledkům a příznivější prognóze pacientek.

Centralizace zároveň přináší systémové výhody – zvyšuje efektivitu péče, snižuje náklady na diagnostiku a léčbu při zachování či zlepšení kvality, a vytváří vhodné podmínky pro vzdělávání nových odborníků v oboru onkogynekologie. V České republice je proto kladen důraz na vytvoření sítě OGC jako center excellence, přičemž



za optimální počet těchto pracovišť je považováno 12. Jejich statut uděluje Ministerstvo zdravotnictví na základě přísně stanovených kritérií a na období pěti let.

Onkogynekologická onemocnění, jimiž se tato centra zabývají, zahrnují především zhoubné nádory vulvy, pochvy, děložního hrdla, těla děložního, vaječníků, vejcovodů a pobřišnice, označené v Mezinárodní klasifikaci nemocí diagnózami C51–C58.

Předmětem analýzy jsou data OGC v rozdělení na základní oblasti:

1. Vybrané diagnózy OGC

Číslo	Diagnóza
C50	Zhoubný nádor prsu
C51	Zhoubný nádor vulvy
C53	Zhoubný nádor hrdla děložního
C54	Zhoubný nádor těla děložního
C56	Zhoubný nádor vaječníku

2. Ošetrovací doba

- Průměrná délka hospitalizace (počet dní na lůžku akutní péče)

3. Hospitalizace

- Počet hospitalizací za rok
- Počet hospitalizovaných pacientů za rok
- Průměrná délka hospitalizace
- Hospitalizační mortalita

4. Operace a reoperace

- Počet operovaných pacientů za rok
- Počet reoperovaných pacientů za rok
- Podíl reoperovaných pacientů (ze všech operovaných pacientů)

Analýzována jsou data všech níže uvedených akreditovaných OGC v ČR.

Název centra vysoce specializované péče
1. Nemocnice Nový Jičín a.s.
2. FN Olomouc
3. FN Plzeň
4. FN Brno
5. Nemocnice České Budějovice, a.s.
6. FN Hradec Králové (FN HK)
7. Fakultní nemocnice v Motole
8. Ústav pro péči o matku a dítě (ÚPMD)
9. Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
10. Nemocnice Na Bulovce
11. FN Královské Vinohrady
12. Masarykův onkologický ústav
13. Krajská nemocnice T. Bati, Zlín (KNTB Zlín)
14. FN Ostrava
15. Nemocnice Jihlava
16. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (VFN)
17. Nemocnice Pardubického kraje, a.s.



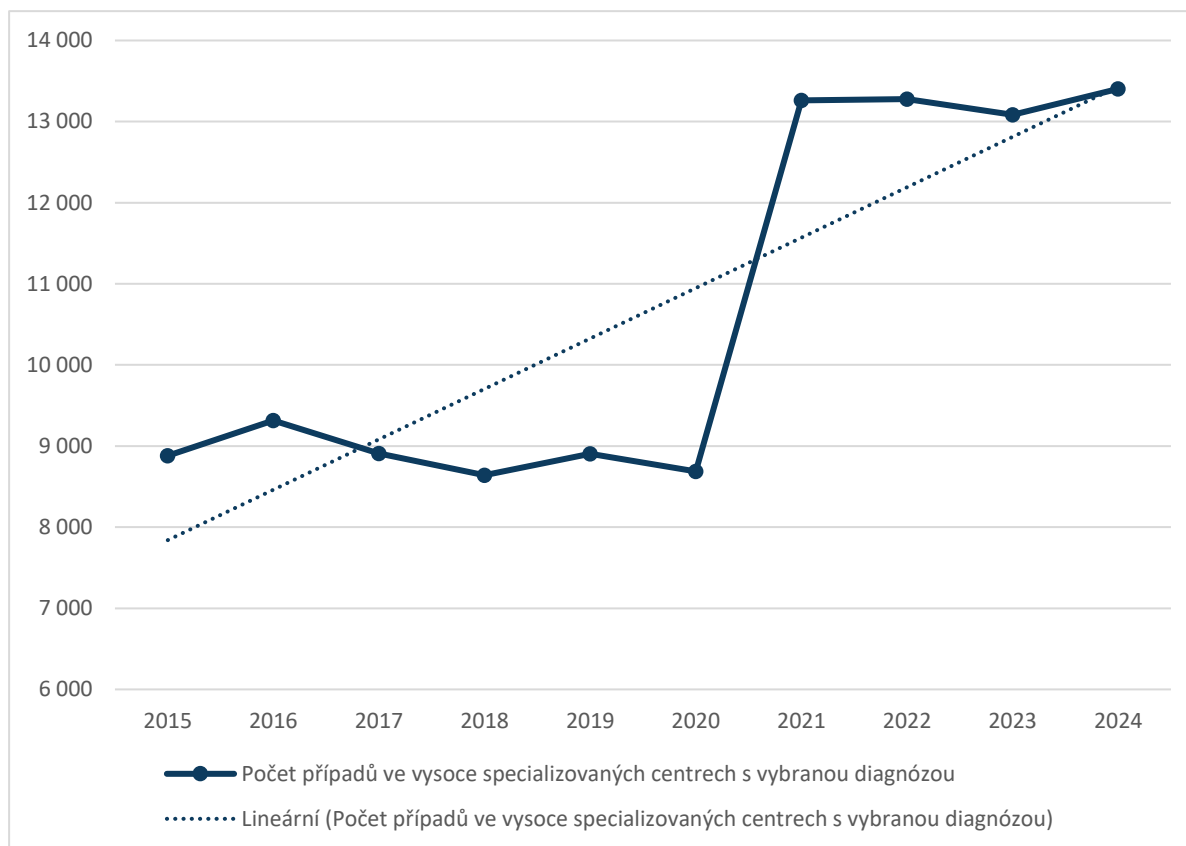
V rámci programu bylo celkem podpořeno 17 projektů, cílených na zvýšení kvality vysoce specializované onkogynekologické péče s datem fyzického ukončení projektu od 12. 08. 2019 do 06. 05. 2021. Od poloviny roku 2021 tedy poskytovala všechna podpořená pracoviště zdravotní péči s novým (dotovaným) vybavením.

Vzhledem ke skutečnosti, že některé výkony pro diagnózy, které jsou v OGC sledovány pro potřeby vyhodnocování hodnot indikátorů, byly nahrazeny jinými výkony, případně změnily v průběhu sledovaného období metodiku číslování a vykazování, což je způsobeno poklesem incidence některých onkogynekologických onemocnění, nejsou výsledná data vhodná pro sledování trendů v poskytované péči. Dostupná data se totiž vztahují vždy ke konkrétní kombinaci diagnóz a výkonů, z nichž některé ve sledovaném období z matice „vypadávají“ a nejsou nahrazeny výkony pokračujícími. Z tohoto důvodu je analýza postavena na nikoliv pouze na analýze dat poskytovaných centry, ale na datech vztahujících se k vybraným diagnózám bez propojení s konkrétními výkony¹¹.

¹¹ Tuto skutečnost zohlednil ve své přednášce také prof. MUDr. David Cibula, CSc., který vystoupil na Konferenci NIKEZ 2025 – Stav centralizace komplexní onkologické péče: Centra onkogynekologické VSP (Praha, 9. září 2025). Profesor David Cibula ve své přednášce představil aktuální trendy v onkogynekologické péči a stav centralizace specializovaných center v České republice a představil aktuální trendy v onkogynekologické péči v České republice. Mimo jiné upozornil na pokles incidence tří hlavních onkogynekologických onemocnění (karcinomu děložního hrdla, dělohy a vaječníků), a to díky efektivnímu screeningu, rozvoji prediktivní genetiky a vysoké dostupnosti chirurgické péče. Tento vývoj podle něj vede také k snižování náročnosti chirurgických výkonů. Dříve běžné výkony, jako radikální hysterektomie či rozsáhlé lymfadenektomie, jsou dnes částečně nahrazovány jednoduššími a méně invazivními postupy (např. sentinelová uzlina).



Graf 18: Počet případů ve vysoce specializovaných centrech



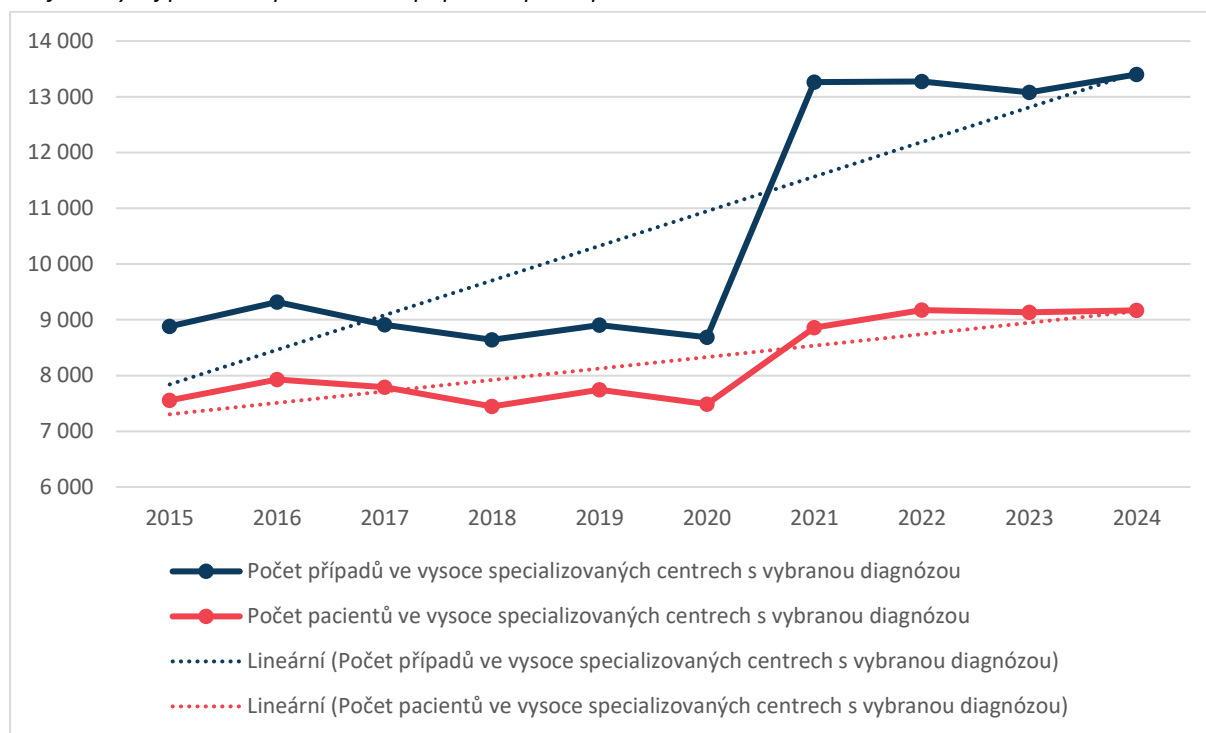
Graf znázorňuje vývoj počtu případů hospitalizovaných ve vysoce specializovaných onkogynekologických centrech s vybranou diagnózou v letech 2015–2024. Po mírném nárůstu mezi roky 2015 a 2016 je patrný mírný pokles do roku 2018, následovaným mírným nárůstem a následným poklesem do roku 2020. K výraznému nárůstu počtu hospitalizovaných pak dochází mezi roky 2020 a 2021, po kterém se hodnoty stabilizují na vyšší úrovni kolem 13–14 tisíc případů ročně. Tento trend ukazuje na rostoucí koncentraci pacientek s vysoce specializovanými diagnózami právě v centrech, která jsou pro jejich léčbu určena. Zvyšující se počet případů v onkogynekologických centrech svědčí o posílení centralizace péče, tedy o lepším směrování pacientek do zařízení s odpovídajícím technickým vybavením, multidisciplinárním zázemím a vyšší odborností zdravotnického personálu.

Celkový vývoj tak naznačuje, že se naplňuje záměr systému specializované péče, tedy soustředit komplexní léčbu do menšího počtu vysoce erudovaných pracovišť, což samo o sobě přispívá k vyšší kvalitě poskytované péče, lepším léčebným výsledkům i efektivnějšímu využívání kapacit.

Naopak však nelze potvrdit zvýšení kvality péče poskytované OGC na základě dat, která porovnávají počet pacientů a počet hospitalizačních případů ve sledovaném období. Zvyšování kvality péče by odpovídal trend, kdy se počty **pacientek** a počty **případů** ve vysoce specializovaných onkogynekologických centrech postupně přibližují. V následujícím grafu je však patrné, že se po roce 2020 naopak **rozevírají nůžky mezi počtem případů a počtem pacientek**, kdy počet případů stoupá výrazně rychleji, zatímco počet pacientek roste jen mírně. Tento vývoj nemusí znamenat pokles kvality poskytované péče, a to i z toho důvodu, že tomu vývoj dalších relevantní ukazatelů

neodpovídá, ale může být spíše vysvětlen dopadem pandemie COVID-19, která narušila kontinuitu péče a vedla k odkládání části výkonů či k opakovaným hospitalizacím jedné pacientky. Svoji roli mohou hrát také změny ve vykazování a organizaci péče, kdy je více dílčích výkonů zaznamenáváno jako samostatné hospitalizační případy, nebo rostoucí komplexnost léčby, která vyžaduje více navazujících výkonů u jednoho pacienta.

Graf 19: Vývoj počtu hospitalizačních případů a počtu pacientů OGC



Tento trend tedy **nelze jednoznačně interpretovat** jako známku změny v kvalitě péče a potvrdit tak přímý dopad podpory z IROP na kvalitu péče v onkogynekologických centrech, protože zvyšující se počet případů při stabilním počtu pacientek může mít i jiné než kvalitativní příčiny.

4.4.1.2 Kontinuita péče mezi vysoce specializovanými centry a zařízeními návazné péče

Detailní kvantitativní analýza v oblasti kvality poskytované péče a její regionální dostupnosti v případě zařízení návazné péče je součástí řešení EO 2. Na tomto místě se analýza zaměřuje na kontinuitu péče mezi zařízeními návazné péče a vysoce specializovanými centry, což představuje jedno z klíčových měřítek kvality a efektivity celého systému poskytování zdravotní péče.

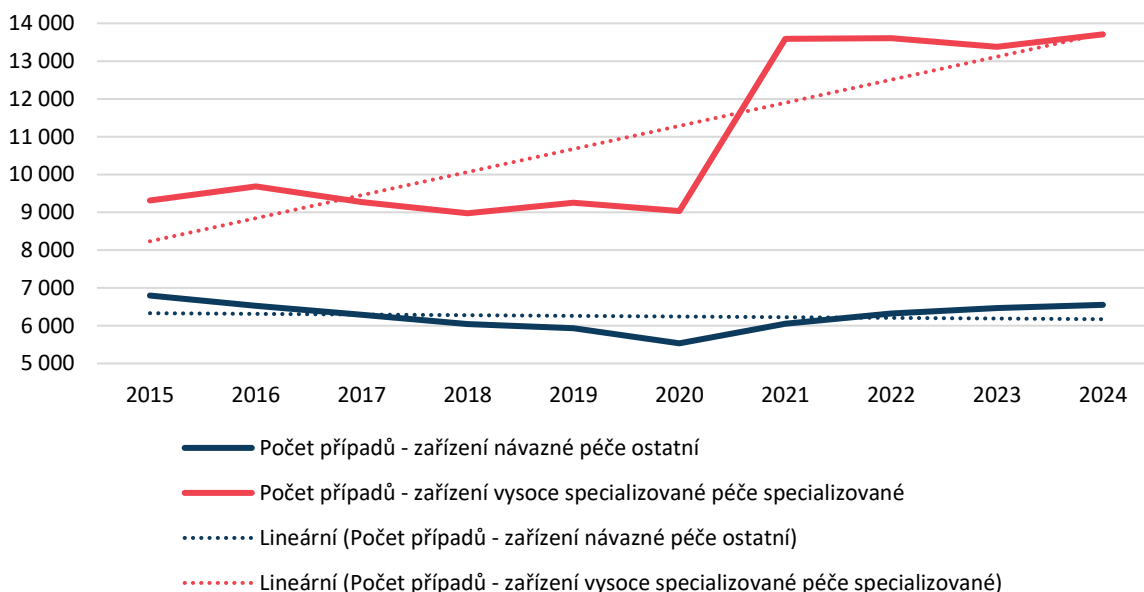
Následující část se proto zaměřuje nejen na **míru centralizace vybraných diagnóz do specializovaných center**, ale také na to, **jak se v praxi uplatňuje model návaznosti péče**, tedy jak jsou pacientky do center přiváděny z návazných oborů a jak jsou po ukončení specializované léčby dále směřovány zařízeními návazné péče.

Centralizace péče

Při hodnocení centralizace byl v případě obou typů vysoce specializovaných center na základě realizovaných analýz kvantitativních dat zjištěn nárůst počtu pacientů s klíčovými diagnózami, zatímco u návazné péče v těchto výkonech setrvalý trend / stagnace. Jak ukazuje následující graf, v případě vysoce specializovaných

onkogynekologických center se ukazuje relativně silný nárůst počtu pacientů s vybranými diagnózami, zatímco u návazné péče v těchto výkonech setrvalý trend / stagnaci a nárůst počtu vymezených diagnóz ve VSC a pokles v zařízeních návazné péče.

Graf 20: Trend počtu případů ve vybraných diagnózách - onkogynekologie



Z vývoje je tak patrná výrazná proměna ve způsobu poskytování péče v letech 2015–2024. Zatímco počet případů řešených v zařízeních návazné péče měl spíše klesající tendenci, u zařízení vysoce specializované péče došlo k dlouhodobému růstu. V roce 2015 bylo v centrech vysoce specializované péče evidováno zhruba 8 200 případů, přičemž v průběhu sledovaného období jejich počet postupně narůstal a od roku 2021 se skokově zvýšil až nad hranici 13 500 případů v roce 2024. Oproti tomu v zařízeních návazné péče počet případů klesal zhruba z 6 800 v roce 2015 na minimum kolem roku 2020, následně došlo k mírnému oživení, nicméně hodnoty zůstávají pod úrovní počátečního období.

Tento vývoj potvrzuje trend **centralizace onkogynekologické péče**, kdy se pacientky (s klíčovými diagnózami) stále více soustřeďují do vysoce specializovaných center. To se promítá do posilování odbornosti a kapacit těchto pracovišť a zároveň to vede k odlehčení zařízení návazné péče. Graf tak názorně ilustruje naplňování cílů podpory směřující k vyšší koncentraci péče, zvýšení kvality výkonů a efektivnějšímu využití zdrojů.

Zatímco v onkogynekologii byl patrný rostoucí počet případů ve specializovaných centrech, v oblasti perinatologie je vidět celkový pokles počtu pacientů napříč oběma úrovněmi péče. Tento trend souvisí s demografickým vývojem, nižší porodností a změnami v organizaci péče. Přesto zůstává zřejmé, že i v perinatologii se posiluje relativní role vysoce specializovaných center, neboť v návazné péči dochází k rychlejšímu úbytku případů.

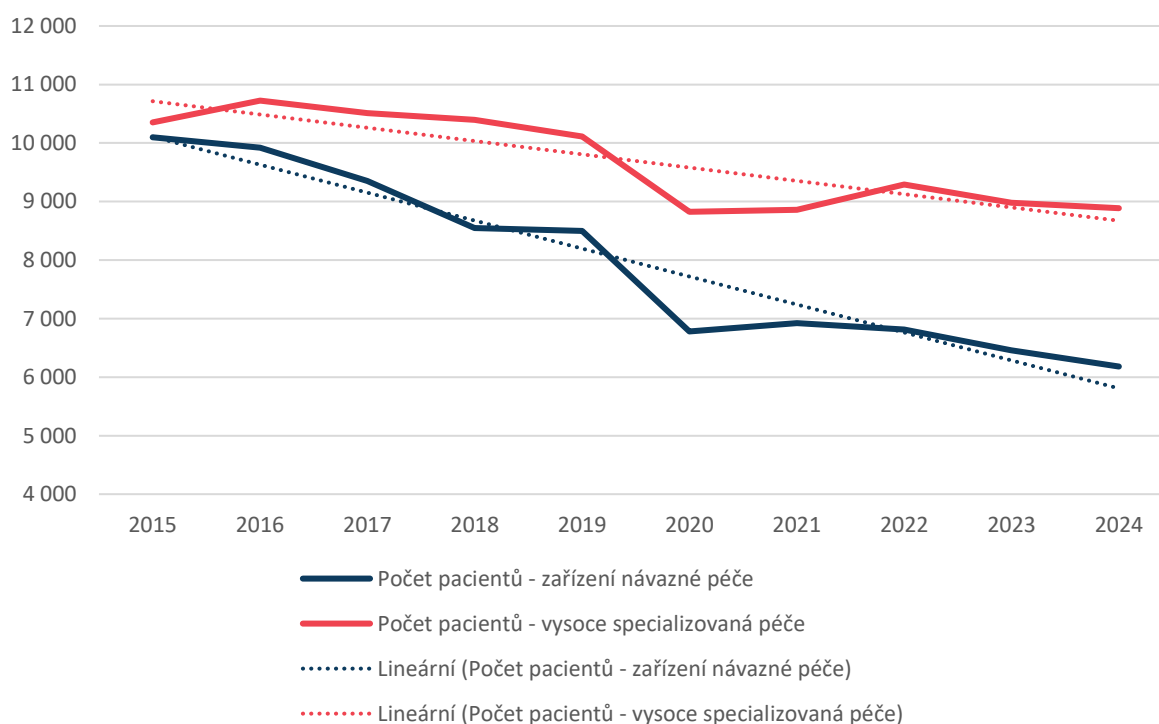
Při porovnání vývoje péče v PCIP ve vybraných diagnózách s vývojem péče návazné lze pozorovat pokles u obou typů zařízení, ale v případě VSC je pokles nižší, tzn. zvyšuje se podíl pacientů u vymezených diagnóz, kteří jsou léčeni v centru



Na začátku sledovaného období se počet pacientů pohyboval kolem 10 000–11 000 jak ve vysoce specializované péči, tak v zařízeních návazné péče. Od té doby však došlo k postupnému poklesu v obou typech zařízení. U vysoce specializované péče se hodnoty snížily zhruba z 10 800 v roce 2015 na méně než 9 000 v roce 2024. V zařízeních návazné péče byl pokles ještě výraznější – z přibližně 10 200 pacientů v roce 2015 na přibližně 6 000 v roce 2024.

Graf ukazuje, že podpora přispěla k udržení dominantní role vysoce specializovaných center. Změny v počtech hospitalizací napříč jednotlivými úrovněmi perinatologického systému však nelze vysvětlit pouze dostupnými kvantitativními daty. Není zřejmé, zda relativní nárůst hospitalizací v centrech souvisí s přesunem pacientek z návazné péče, změnou klinických kritérií, organizací péče či jinými systémovými procesy. Tyto souvislosti jsou proto interpretovány na základě kvalitativních zjištění z expertního panelu.

Graf 21: Počet pacientů dle vybraných diagnóz - perinatologie



4.4.1.3 Návaznost péče

Kontinuita (návaznost) péče mezi vysoce specializovanými centry a zařízeními návazné péče představuje jedno z klíčových měřítek kvality a efektivity celého systému poskytování zdravotní péče. Z hlediska modelu návaznosti péče byla zkoumána **data na straně vstupu a data na straně výstupu** z center vysoce specializované péče. Analýza vstupní návaznosti se zaměřila na to, z jakých oborů a typů pracovišť přicházejí pacientky do vysoce specializovaných center a jak se tento tok v čase mění. Cílem bylo posoudit, zda dochází ke „správné“ **centralizaci vybraných diagnóz a výkonů** do specializovaných pracovišť, kde jsou zajištěny odpovídající kapacity, erudice a



multidisciplinární zázemí. Sledováno tedy bylo, zda převažují indikace z odborných oddělení s vysokou odbornou návazností, nebo zda přetrvává fragmentace a přímé přístupy mimo standardní síť doporučení. Hodnocení tak odráží míru funkčnosti systému doporučování pacientek do center vysoce specializované péče a vypovídá o tom, nakolik je proces centralizace léčby v praxi naplněn.

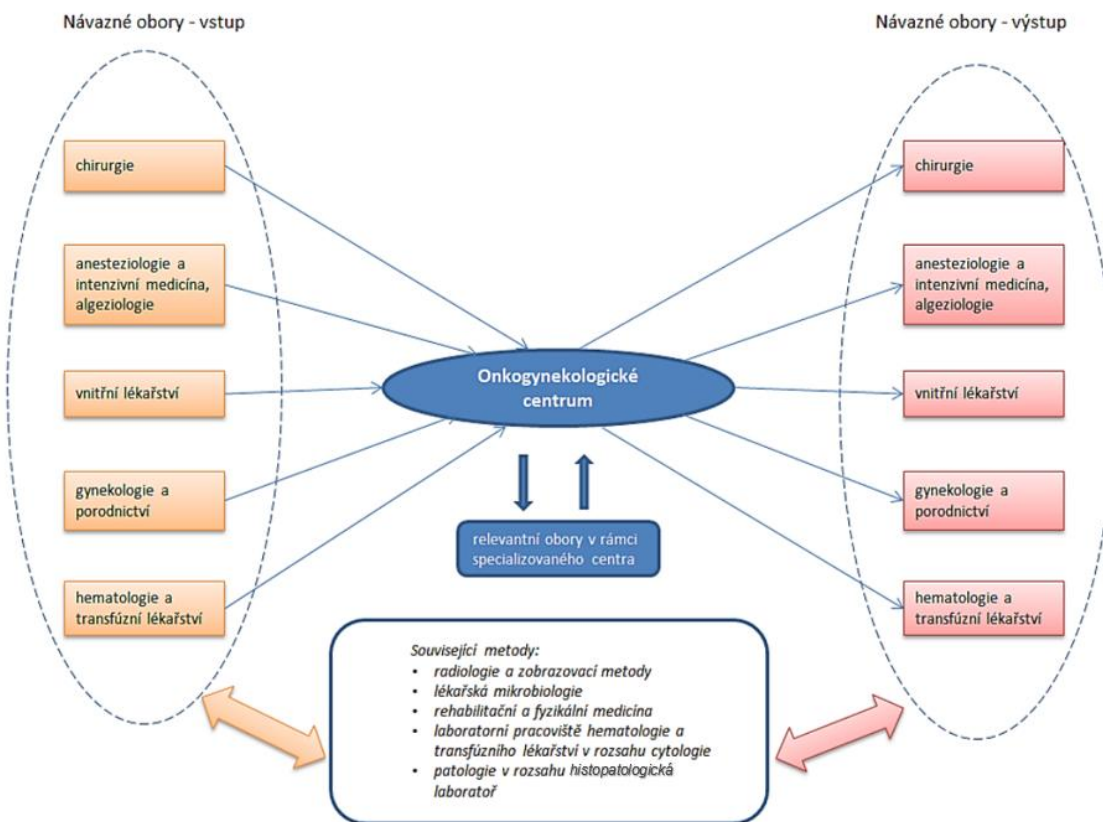
V rámci evaluace bylo sledováno nejen to, do jaké míry dochází k centralizaci vybraných diagnóz, které mají být primárně léčeny ve specializovaných centrech¹², ale také to, zda a jak se naplňuje **funkční model návaznosti** péče na straně vstupu i výstupu. Tento model je zásadní pro zajištění plynulého přechodu pacientek mezi jednotlivými stupni systému, pro efektivní využití kapacit a odbornosti i pro udržitelnost poskytované péče z hlediska kvality a nákladů.

Návaznost u vysoce specializovaných onkogynekologických center

Analýza **vstupní návaznosti** se zaměřila na to, odkud přicházejí pacientky do vysoce specializovaných onkogynekologických center a jak se tento tok v čase mění. Cílem bylo posoudit, zda dochází ke „správné“ centralizaci vybraných diagnóz a výkonů do specializovaných pracovišť, kde jsou zajištěny odpovídající kapacity, erudice a multidisciplinární zázemí. Hodnocení tak odráží míru funkčnosti systému doporučování pacientek do center vysoce specializované péče a vypovídá o tom, nakolik je proces centralizace léčby v onkogynekologii v praxi naplněn.

¹² Analyzované diagnózy představují ty, které jsou definovány v rámci podmínek pro udělení statutu vysoce specializovaného centra péče a současně tvoří základ indikátorů kvality a odborných standardů pro hodnocení činnosti těchto center.

Schéma 2: Vysoce specializovaná onkogynekologická centra a návazná péče na straně vstupu a výstupu



Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví: Zdraví 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Akční plán č. 8b: Zvýšení dostupnosti návazné péče. 2015, 56 stran.

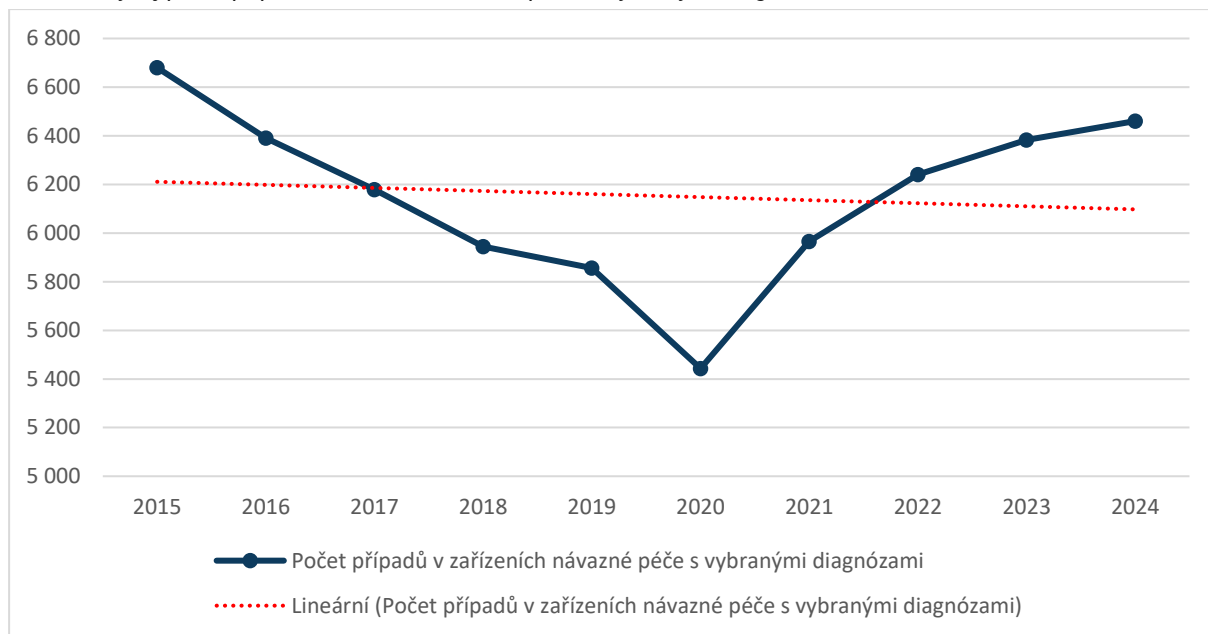
Z dat vyplývá, že celkový počet případů s vybranými onkogynekologickými diagnózami v zařízeních návazné péče dlouhodobě stagnuje až mírně klesá. Tento vývoj lze interpretovat jako důsledek posilující centralizace péče, kdy se diagnostika a primární léčba těchto diagnóz postupně koncentruje do vysoce specializovaných center. Pokles počtu případů v regionálních zařízeních tak odráží přesun pacientek do prostředí s vyšší odborností a komplexními kapacitami.

Současné však data ukazují rostoucí počet případů, které jsou z návazných zařízení referovány do Vysoce specializovaných onkogynekologických center, a to jak v absolutním počtu, tak v relativním podílu. Tento trend je velmi pozitivní, protože naznačuje, že spolupráce a vazby mezi návaznými pracovišti a centry se postupně posilují. V praxi to znamená, že pacientky jsou častěji včas identifikovány a směřovány ke specializované léčbě v centrech, což zvyšuje kvalitu i efektivitu celého systému.

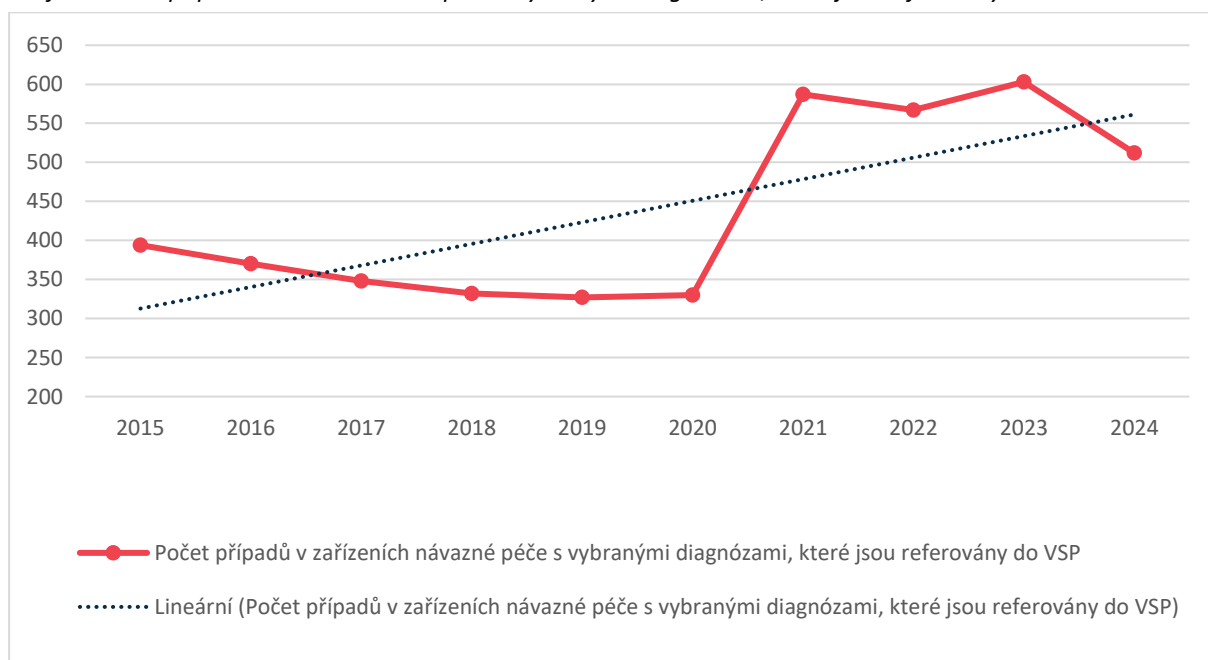
Celkově tedy lze konstatovat, že **model návaznosti péče na straně vstupu se posiluje**, ačkoli v regionálních zařízeních počet onkogynekologických případů mírně klesá, roste jejich podíl, který je referován do VSC. Tento vývoj potvrzuje funkčnost systému centralizace i zlepšení toku pacientek mezi úrovněmi péče.



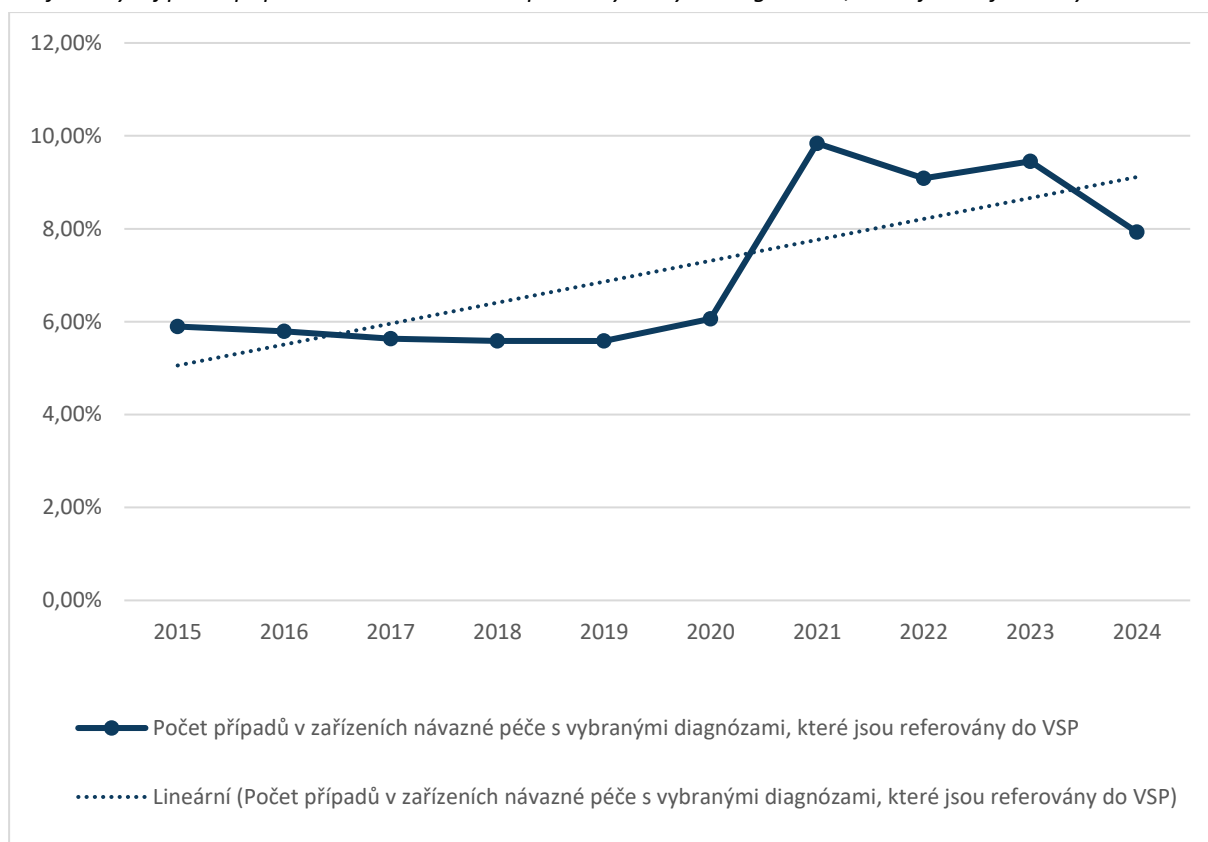
Graf 22: Vývoj počtu případů v zařízení návazné péče s vybranými diagnózami



Graf 23: Počet případů zařízení návazné péče s vybranými diagnózami, které jsou referovány do VSC



Graf 24: Vývoj počtu případů v zařízení návazné péče s vybranými diagnózami, které jsou referovány do VSC



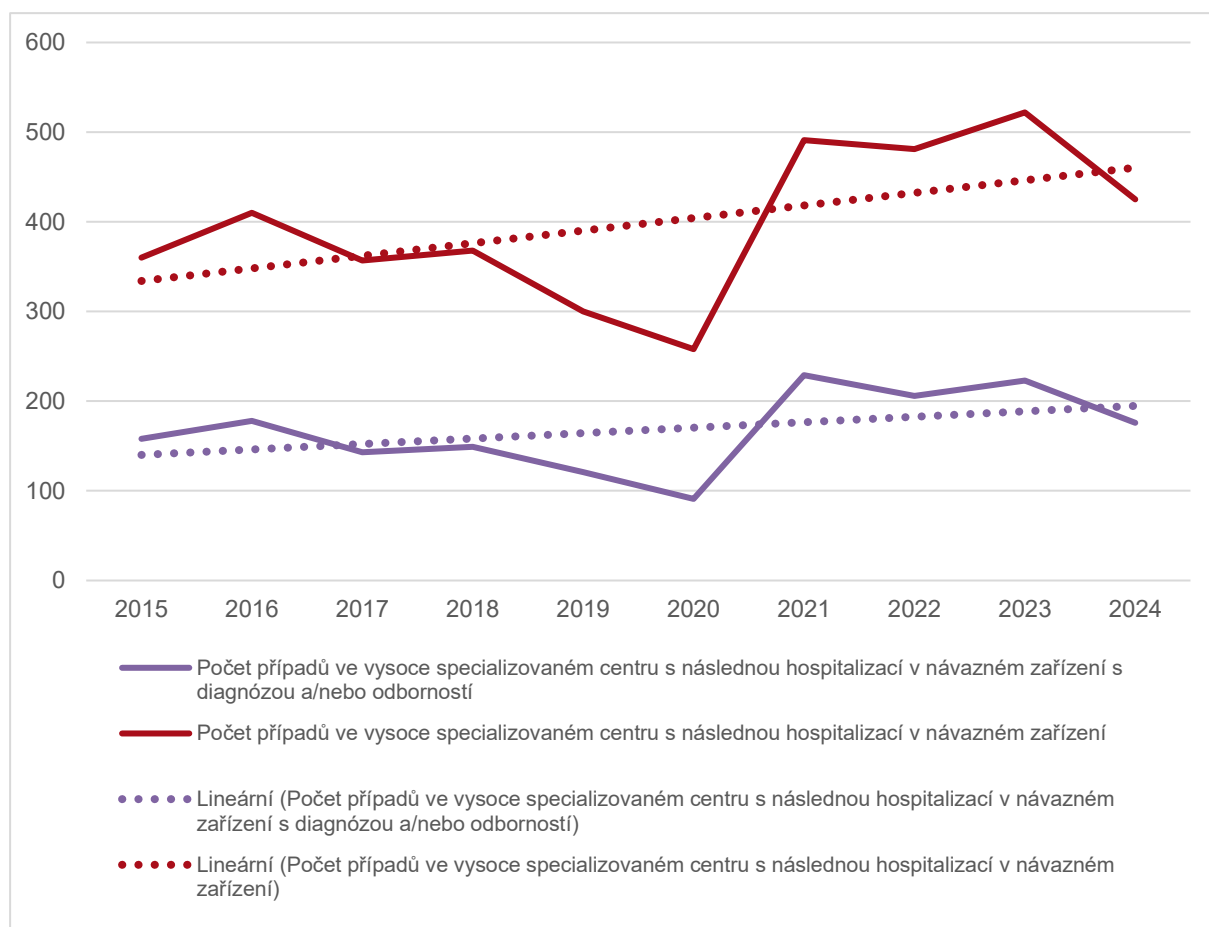
Analýza **výstupní návaznosti** se zaměřuje na přechod pacientek po ukončení specializované hospitalizace do návazných zařízení, a to jak z hlediska objemu těchto přechodů, tak jejich struktury podle diagnóz a odborností. Sledováno bylo, do jaké míry jsou pacientky po vysoce specializované léčbě dále hospitalizovány v návazných oborech, jako je vnitřní lékařství, rehabilitační či fyzikální medicína, gynekologie a porodnictví nebo hematologie. Cílem bylo zjistit, zda se v praxi naplňuje model plynulého pokračování péče, který by měl zajistit efektivní využití specializovaných kapacit a zároveň umožnit pacientkám bezpečný návrat do běžného režimu či doléčení v odpovídajícím prostředí. Tato část hodnocení proto odhaluje, nakolik se daří propojit vysoce specializovanou a návaznou složku systému a zda se tento mechanismus v čase posiluje či oslabuje.

Jak ukazuje následující graf, absolutní počet pacientek, které po hospitalizaci ve vysoce specializovaném onkogynekologickém centru pokračují v návazné hospitalizaci, v posledních letech mírně roste. V relativním vyjádření (v podílu na všech hospitalizacích ve VSC) je však patrný postupný pokles. Tento vývoj naznačuje, že růst počtu případů návazné péče je dán především celkovým nárůstem objemu hospitalizací ve specializovaných centrech, nikoli zvyšováním podílu pacientek, které jsou skutečně dále vedeny v návazné léčbě.

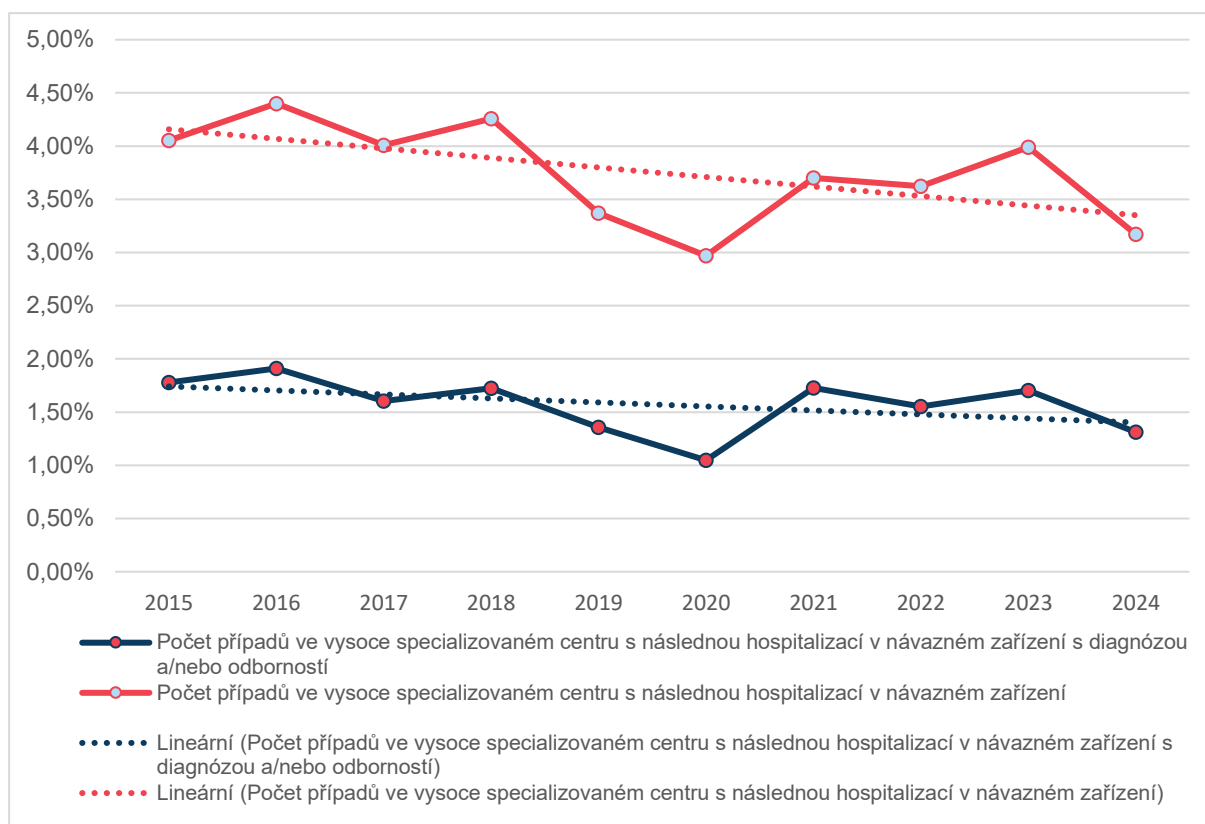
Relativní pokles podílu následných hospitalizací ukazuje, že s rostoucí centralizací a koncentrací výkonů ve vysoce specializovaných centrech se **model návaznosti péče spíše oslabuje**. To naznačuje zlepšení v efektivitě léčby (nižší potřeba následné hospitalizace) a/nebo naopak **nedostatečné propojení mezi specializovanými a návaznými zařízeními**, které by mělo zajistit plynulý přechod pacientek do další fáze péče.



Graf 25: Návaznost péče na straně výstupu z centra vysoce specializované onkogynekologické péče



Graf 26: Vývoj návaznosti péče na straně výstupu z centra vysoce specializované onkogynekologické péče



Návaznost u vysoce specializovaných traumatologických center

Evaluace byla rozšířena o centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé, pro která byla podobně jako v případě onkogynekologických vysoce specializovaných center hodnocena návaznost péče mezi akreditovanými/reakreditovanými centry a zařízeními návazné péče. Za vysoce specializovanou traumatologickou péči zde považujeme poskytování zdravotní péče pacientům označeným jako *Triáž pozitivní* (dle definice uvedené v příloze Věstníku MZ č. 1/2021) a dále péče o pacienty s těžkými úrazy specifikovanými taktéž ve Věstníku MZ č. 1/2021.

Pro analýzu návaznosti péče byly vybrány konkrétní diagnózy¹³, které jsou pro tato centra typické, a dále odbornosti¹⁴ na straně zařízení návazné péče, v rámci kterých byla sledována kontinuita péče mezi nimi a centry. Důvodem je zacílení na ty oblasti, ve kterých se model návaznosti péče může nejvíce projevit a přinést relevantní poznatky o přechodu pacientů. Výběr pouze vybraných diagnóz a odborností umožnil zpracovatelný rozsah dat a zároveň zachovat reprezentativnost skupiny pacientů, u nichž je kontinuita péče klíčovým prvkem výsledného zdravotního stavu.

Kontinuita péče mezi centry vysoce specializované traumatologické péče a zařízeními poskytujícími návaznou péči představuje důležitý prvek kvality a funkčnosti systému poskytování zdravotní péče. Analýza se zde proto zaměřila

¹³ Polytrauma (T07 – Poranění více částí těla); kraniocerebrální poranění s přetrvávající poruchou vědomí a/nebo závažnou neurologickou symptomatologií (S06 – Intrakraniální poranění); závažné poranění hrudních, nitrobřišních a retroperitoneálních orgánů, zvláště při sdruženém poranění (S27 – Poranění hrudních orgánů, S36 – Poranění nitrobřišních orgánů); závažné maxilofaciální poranění (S02 – Zlomeniny lebky a obličejových kostí); závažné zlomeniny (T02 – Zlomeniny více částí těla).

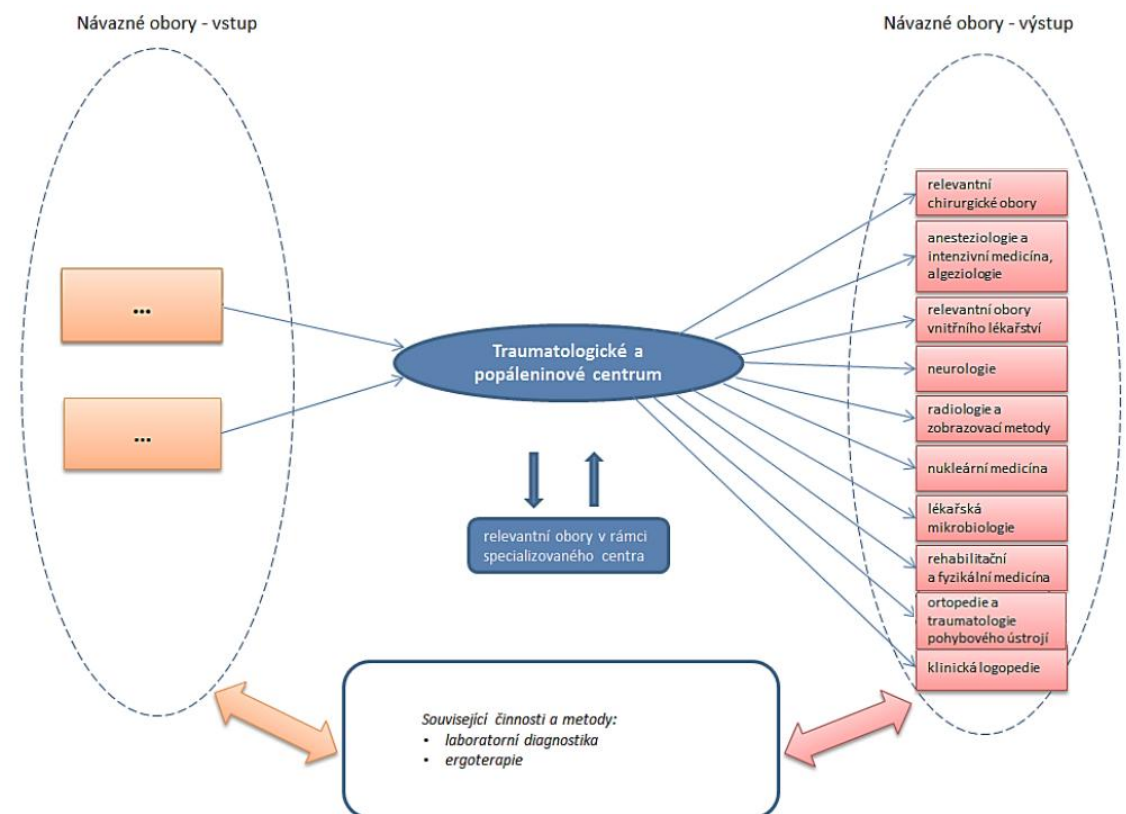
¹⁴ Chirurgie, rehabilitační a fyzikální medicína, ortopedie, radiologie a zobrazovací metody.

nejen na míru koncentrace pacientů se závažnými úrazy do specializovaných traumatologických center, která disponují odpovídajícím personálním i technickým zázemím, ale také na provázanost těchto center s navazujícími zařízeními.

Návaznost na straně vstupu do center vysoce specializované traumatologické péče je tvořena především složkami přednemocniční neodkladné péče, zejména zdravotnickou záchrannou službou (ZZS), která představuje hlavní vstupní kanál pacientů s těžkými úrazy. ZZS zajišťuje primární třídění, ošetření a transport přímo do centra, které disponuje odpovídajícím odborným a technickým zázemím pro komplexní traumatologickou péči. Vzhledem k charakteru a závažnosti diagnóz je většina pacientů přijímána právě tímto způsobem, zatímco překládky z jiných lůžkových zařízení nižšího typu se vyskytují spíše výjimečně, typicky v případech sekundárních transportů po základní stabilizaci nebo při rozpoznání závažnějšího poranění nad rámec možností daného pracoviště. V rámci této evaluace je analyzována návaznost v oblasti lůžkové péče, která by vzhledem k uvedeným skutečnostem měla být na straně vstupu pouze minimální, naopak by měla být řešena především na straně výstupu z vysoce specializovaného traumatologického centra.

Schematické znázornění níže ilustruje základní vazby mezi centry vysoce specializované traumatologické péče a navazujícími zdravotnickými zařízeními na vstupu i výstupu z poskytované péče.

Schéma 3: Vysoce specializovaná traumatologická péče pro dospělé a návazná péče na straně vstupu a výstupu



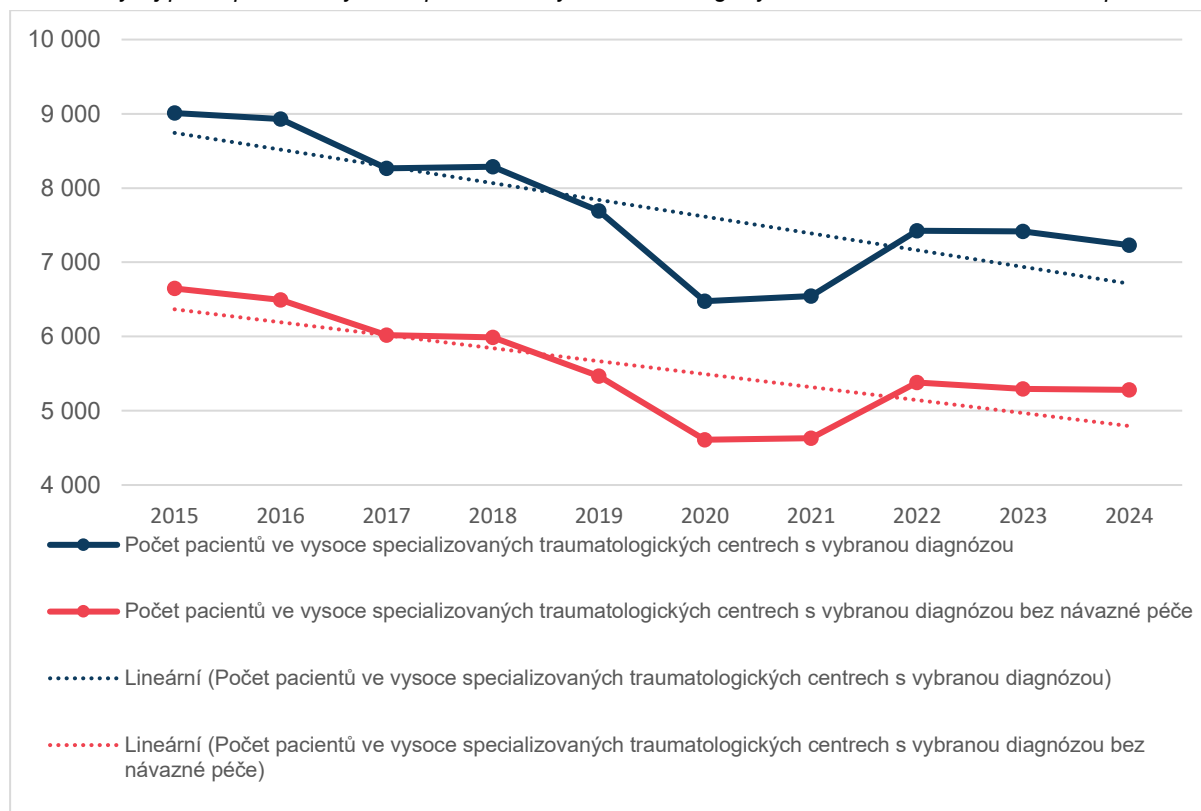
Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví: Zdraví 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Akční plán č. 8b: Zvýšení dostupnosti návazné péče. 2015, 56 stran. Upraveno pro specializovanou traumatologickou péči pro dospělé.

Analýza se soustředila zejména na návaznost lůžkové péče **na straně výstupu** z center. Podíl následných hospitalizací do zařízení návazné péče s vybranými diagnózami a/nebo odbornostmi zařízení návazné péče

se v dlouhodobém horizontu pohybuje kolem 6–7 % všech případů léčených ve vysoce specializovaných traumacentrech, přičemž mezi jednotlivými roky nedochází k výrazným výkyvům.

Tuto skutečnost potvrzuje i následující graf, který znázorňuje vývoj počtu pacientů léčených ve vysoce specializovaných traumatologických centrech s vybranou diagnózou a zároveň podíl těch, kteří po ukončení hospitalizace již nepokračovali v žádné formě návazné lůžkové péče.

Graf 27: Vývoj počtu pacientů vysoce specializovaných traumatologických center bez návazné lůžkové péče



Z dat je patrný celkový pokles absolutního počtu hospitalizací ve specializovaných centrech v průběhu sledovaného období 2015–2024, kdy z přibližně 9 000 pacientů v roce 2015 pokles jejich počet na zhruba 7 200 v roce 2024.

Podíl pacientů, kteří nepokračovali v žádné návazné hospitalizaci, se dlouhodobě pohybuje mezi 71–74 % a zůstává tedy poměrně stabilní. Menší kolísání tohoto podílu v letech 2019–2021 souvisí s obdobím pandemie, po roce 2022 se podíl opět stabilizuje okolo 72–73 %. To znamená, že přibližně tři čtvrtiny pacientů jsou po ošetření ve specializovaném centru propuštěny přímo do domácího nebo ambulantního režimu, případně přecházejí do péče praktických lékařů či rehabilitačních zařízení mimo lůžkový segment.

Tento stabilní, relativně nízký podíl návazné péče na straně výstupu z center **odpovídá charakteru traumatologické péče**, která je poskytována ve většině ve fakultních a dalších velkých nemocnicích, které disponují jak vysoce specializovanou péčí, tak péčí návaznou, a pacienti často **zůstávají v jednom zdravotnickém zařízení do úplného vyléčení**.

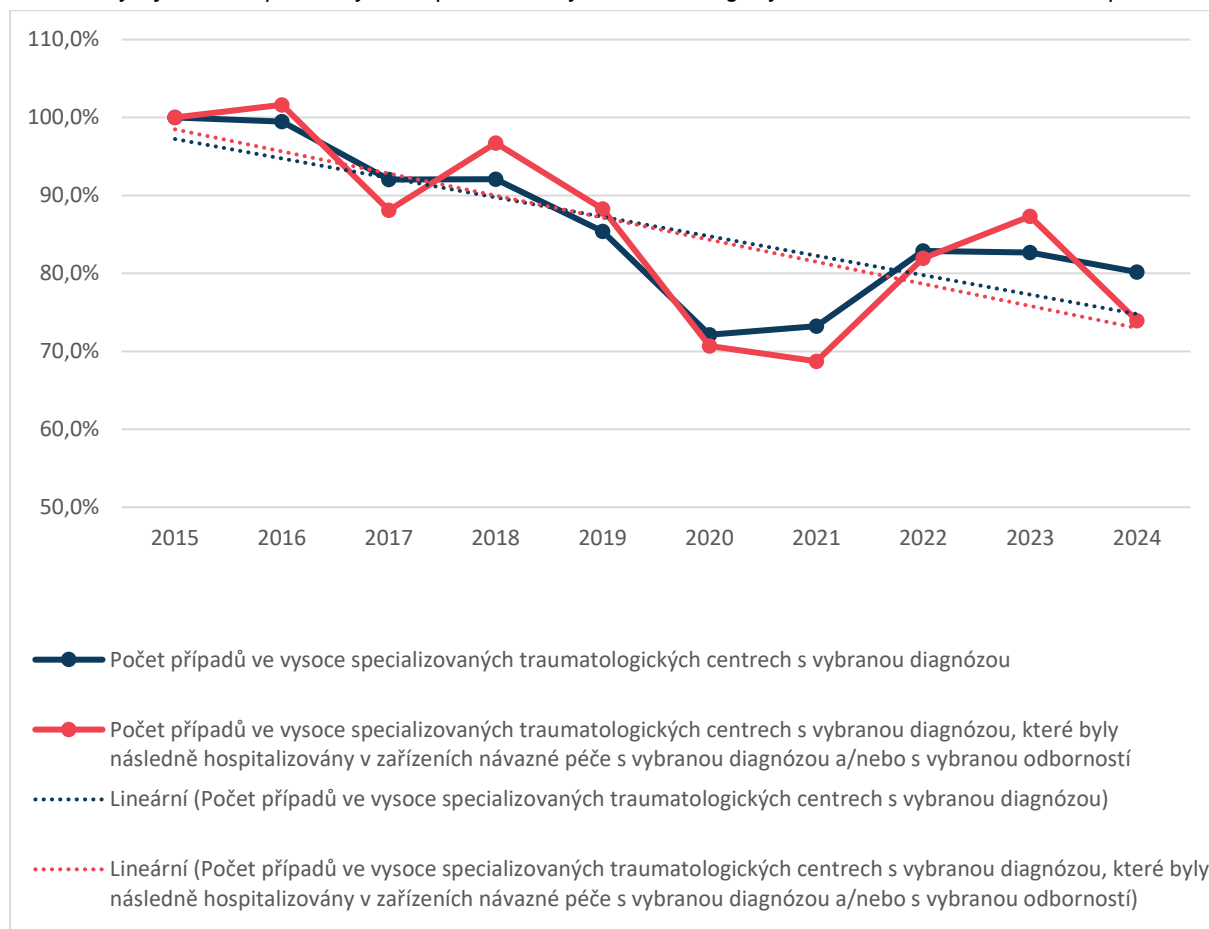
Z opačného pohledu lze sledovat vývoj počtu případů ve vysoce specializovaných traumatologických centrech s vybranou diagnózou v porovnání s vývojem těchto případů, které (na rozdíl od předešlého grafu) byly naopak



následně hospitalizováni v zařízení návazné péče. Následující graf ukazuje změnu oproti roku 2015, který je stanoven jako výchozí hodnota (100 %), kdy křivky znázorňují změny v celkovém počtu hospitalizací a změny v počtu případů, které po ukončení hospitalizace pokračovaly v návazné péči.

Obě časové řady mají obdobný průběh, což potvrzuje, že **trend v návazných hospitalizacích kopíruje celkový vývoj objemu péče v centrech** a nedochází k žádnému posunu ve struktuře návaznosti.

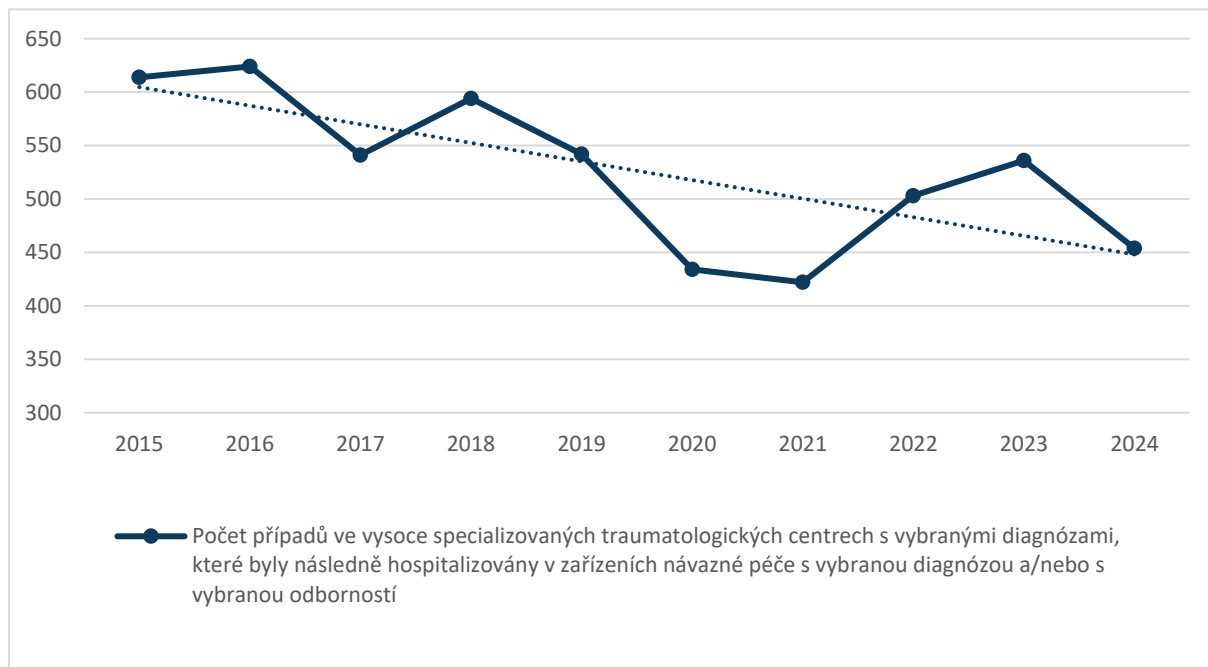
Graf 28: Vývoj návazné péče z vysoce specializovaných traumatologických center do zařízení návazné péče



Počet případů, které po ukončení hospitalizace ve vysoce specializovaném traumatologickém centru pokračovaly v návazné péči (s vybranou diagnózou a/nebo vybranou odborností pracoviště) vykazuje dlouhodobě klesající trend, kdy klesl z přibližně 600 případů v roce 2015 na asi 450 v roce 2024. Přestože se meziroční hodnoty mírně liší, celkový vývoj je stabilní a neukazuje výrazné výkyvy. Podíl těchto pacientů na celkovém počtu hospitalizací v centrech se dlouhodobě pohybuje kolem 6–7 %, což odpovídá zjištěním z relativních ukazatelů.

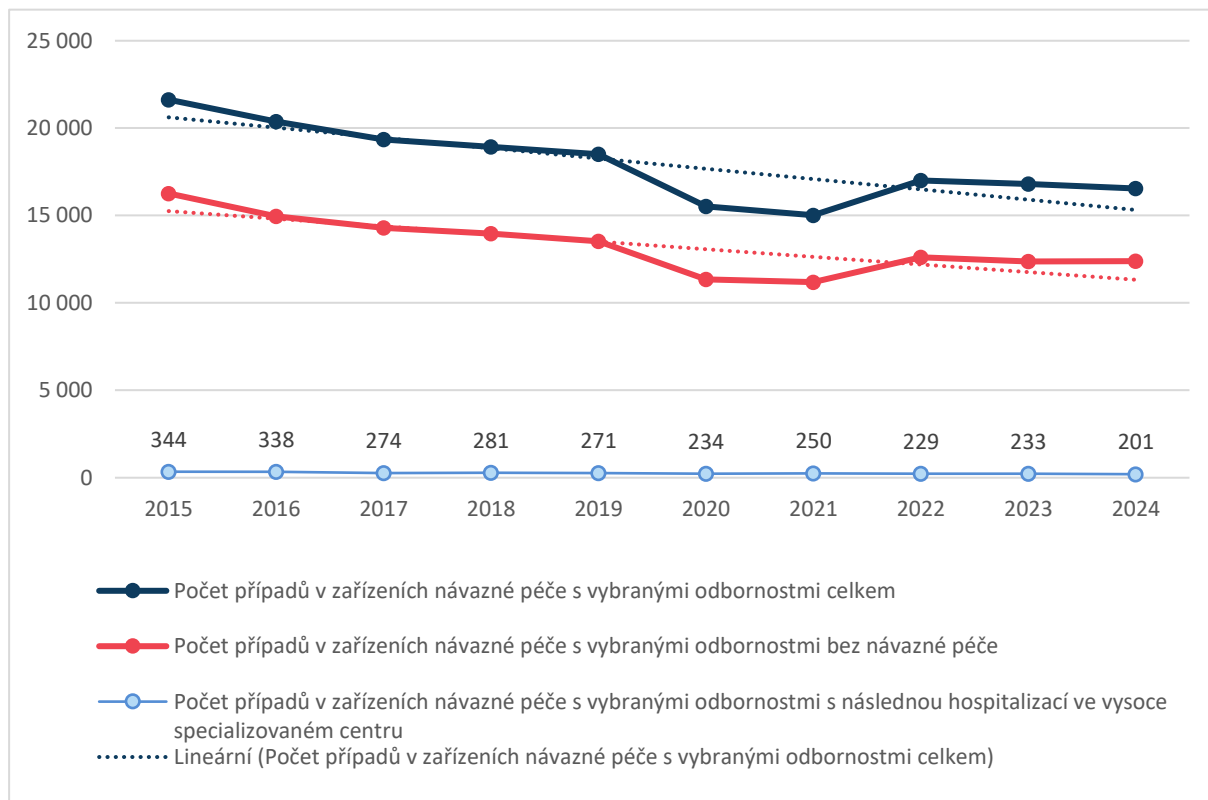


Graf 29: Počet hospitalizačních případů ve vysoce specializovaných traumatologických centrech s vybranými diagnózami, které byly následně hospitalizovány v zařízeních návazné péče s vybranou diagnózou a/nebo s vybranou odborností



Situace **na straně vstupu** do center vysoce specializované traumatologické péče znázorňuje následující graf.

Graf 30: Počet případů v zařízeních návazné péče s vybranými odbornostmi





Graf zachycuje vývoj počtu hospitalizovaných případů v zařízeních poskytujících návaznou péči s vybranými odbornostmi v letech 2015–2024 a zároveň ukazuje, jakou část těchto hospitalizací tvoří pacienti, kteří byli předtím hospitalizováni ve vysoce specializovaném traumatologickém centru.

Celkový počet hospitalizací v návazné péči dlouhodobě klesá z přibližně 21,6 tisíce případů v roce 2015 na 16,5 tisíce v roce 2024, což představuje pokles o zhruba čtvrtinu. Stejný trend lze pozorovat i u podskupiny hospitalizací bez další návaznosti, která sleduje velmi podobnou křivku.

Naopak počet případů, které měly přímou návaznost na předchozí hospitalizaci ve vysoce specializovaném traumatologickém centru, se pohybuje dlouhodobě na velmi nízké úrovni, a to kolem 200–350 případů ročně, tedy v jednotkách procent celkového objemu návazné péče. Tento stabilně nízký počet potvrzuje, že pouze malá část pacientů před specializovanou léčbou byla následně hospitalizována v zařízení návazné péče, což odpovídá akutnímu charakteru poskytované péče a efektivitě primárního ošetření ve specializovaném traumatologickém centru.

Celkově lze konstatovat, že v rámci sledovaného období se **neprojevila významnější dopad podpory IROP** na vývoj kontinuity péče mezi vysoce specializovanými traumatologickými centry a zařízeními návazné péče. Podpora v tomto kontextu směřovala především do obnovy infrastruktury návazné péče (obnovy ve smyslu výměny stávajících přístrojů a dalšího vybavení za nové), méně pak do jejího rozvoje (rozvoje ve smyslu nákupu nových přístrojů a dalšího vybavení – tvorby nových kapacit) a nikoli přímo do samotných vysoce specializovaných traumatologických center. Právě tohoto důvodu by bylo možné očekávat, že pokud se změny projeví, bude to především na straně výstupu z center, tedy v návazné lůžkové péči, kde obnova infrastruktury a případný rozvoj mohl mít pozitivní dopad na kvalitu návazné péče. Analýza však ukazuje, že tento efekt nenastal. Křivky vývoje zůstávají v celém sledovaném období relativně stabilní, bez patrného trendu růstu či poklesu, který by bylo možné spojit s dopadem intervencí. To naznačuje, že IROP podpora v této oblasti neovlivnila způsob poskytování péče ani mechanismus spolupráce mezi jednotlivými stupni systému.

4.4.2 Zjištění z realizovaných případových studií

Dopady, vyplývající z analýzy dat, korespondují také se zjištěními z případových studií, ze kterých mimo jiné vyplývá, že intervence v rámci IROP přinesla ve všech sledovaných centrech zásadní zlepšení kvality zdravotní péče. Nejvýznamnějším přínosem byla **modernizace přístrojového vybavení**, která umožnila rychlejší a přesnější diagnostické i terapeutické postupy. Díky tomu došlo k efektivnějšímu zachytu vybraných diagnóz v časnějším stadiu a k dřívějšímu zahájení adekvátní léčby.

V centrech vysoce specializované péče vedla modernizace ke **zkracování průměrné délky hospitalizace**, což se odrazilo ve vyšší dostupnosti péče. Zlepšení se projevilo také v organizaci provozu – lepší využití lůžkového fondu a zrychlení diagnostických procesů umožnilo ošetřit více pacientů na stejné kapacitě. Přestože intervence nebyla zaměřena na personální posílení, efektivnější vybavení uvolnilo zdravotníkům čas na odbornější činnosti, čímž se zvýšila i kvalita samotné péče.

Vedle přímého dopadu na pacienty se podpora pozitivně promítla také do **pracovních podmínek zdravotnického personálu**. Nové technologie snížily časovou náročnost rutinních úkonů, zvýšily bezpečnost práce a přispěly ke stabilizaci týmů. Personál tak hodnotil projekty jako zlepšení nejen pro pacienty, ale i pro pracovní prostředí.



Celkově lze konstatovat, že intervence vedla k **vyšší kvalitě a standardizaci péče** v onkogynekologii i perinatologii. Modernizace přinesla efektivnější diagnostiku, lepší organizaci provozu a rozšířila spektrum dostupných výkonů.

Z případových studií také vyplývá, že podpora z IROP rovněž napomohla postupnému snižování regionálních rozdílů v kvalitě péče, a to zejména díky **posílení role vysoce specializovaných center**, která fungují jako referenční pracoviště pro spádové oblasti. Pacienti napříč ČR tak získali širší přístup ke špičkové péči, která je v centrech poskytována podle jednotných standardů.

Přestože intervence přispěla k posílení rovnoměrnosti, zůstávají **slabší místa**. Nejvýrazněji se ukázala nízká provázanost mezi centry a návaznou péčí, kde jen v omezeném rozsahu dochází k plynulému předávání pacientů. Dalším problémem je oblast transportů, jejichž kapacity a organizace nejsou vždy dostatečně efektivní. Tyto faktory nadále limitují plné odstranění regionálních rozdílů.

4.5 EO 7: Do jaké míry přispěla intervence k odstranění regionálních nerovností v dostupnosti zdravotní péče vysoce specializované a navazující?

Intervence z IROP přispěla k posílení funkčních vazeb mezi jednotlivými úrovněmi zdravotní péče. Zlepšení provázanosti mezi vysoce specializovanými a návaznými zařízeními vedlo ke zvýšení efektivity, standardizaci postupů a k lepšímu využívání stávajících kapacit.

Ačkoli nedošlo k navýšení počtu center, **regionální nerovnosti v dostupnosti péče se snížily díky zlepšení její efektivity, kvality a koordinace**. Výsledkem je systém, který dokáže poskytovat specializovanou péči rychleji, efektivněji a s menšími rozdíly mezi regiony, tedy bez nutnosti dalšího rozšiřování fyzické sítě poskytovatelů vysoce specializované péče.

Z hlediska dlouhodobých dopadů lze říci, že intervence IROP napomohla stabilizaci a kvalitativnímu posílení návazné péče, která dnes představuje klíčový most mezi vysoce specializovanou léčbou a dlouhodobou ošetrovatelskou podporou. Tento vývoj vytvořil také prostor pro částečné uvolnění kapacit, které mohly být dále využity právě v oblasti dlouhodobé péče – jak je rozpracováno v navazující evaluační otázce EO 8.

Evaluační otázka EO 7 byla klíčová pro analýzu výsledků a dopadů podpory v oblasti vysoce specializované a navazující zdravotní péče. Byla navázána na analýzy provedené v rámci EO 2, přičemž rozpracovala jejich závěry do úžeji vymezeného segmentu péče. Hodnocení bylo zaměřeno na centra vysoce specializované péče (onkogynekologická, perinatologická a traumatologická) a jejich provázanost s péčí návaznou.

Metodologicky vycházela analýza z podrobné regionální a statistické analýzy trendů. Klíčovým prvkem bylo sledování vývoje rozptylu indikátorů dostupnosti zdravotní péče, který umožnil zachytit míru sblížování či naopak prohlubování meziregionálních rozdílů. Současně byla reflektována skutečnost, že centralizace vysoce specializované péče do krajských center přirozeně znamená odstupňovanou dostupnost v závislosti na vzdálenosti pacienta od centra.

Analýza byla zpracovaná na dvou úrovních – tak, jak bylo definováno také ve Vstupní zprávě. Vliv podpory na změnu regionálních nerovností v dostupnosti zdravotní péče je analyzována jak z pohledu meziregionálních (intra-regionálních) rozdílů (dochází ke sblížování dostupnosti zdravotní péče ve srovnání jednotlivých regionů – krajů?), tak i vnitreregionálních (především: dochází ke zvyšování dostupnosti vysoce specializované zdravotní péče



v periferních regionech – a tedy k snižování nebo odstraňování nerovností uvnitř regionů?). Hodnocení tedy obsahuje oba tyto aspekty analýzy.

4.5.1 Zjištění z kvantitativní analýzy poskytované péče

Meziregionální nerovnosti

Intervence významně přispěla k postupnému snižování regionálních rozdílů v dostupnosti vysoce specializované péče, zejména prostřednictvím koncentrace výkonů do specializovaných center a posílení jejich kapacit (viz EO 5 a EO 6). Největší dopady lze sledovat v onkogynekologii a perinatologii, kde podpora vedla k viditelnému posunu v dostupnosti kvalitní péče. Přesto však nelze hovořit o úplném odstranění nerovností – dostupnost péče zůstává odstupňovaná podle vzdálenosti od centra a návazná péče zatím nenaplňuje svůj plný potenciál.

Hodnocení potvrdilo, že podpora z IROP přispěla k posílení procesu **centralizace vysoce specializované péče**, zejména v oborech onkogynekologie a perinatologie. Díky koncentraci výkonů do specializovaných center došlo ke zvyšování odbornosti personálu a k efektivnějšímu využívání moderních technologií. Tento trend umožnil zlepšení kvality poskytované péče a současně posílil význam těchto center v jednotlivých regionech. Přesto zůstává skutečností, že dostupnost péče je i nadále odstupňovaná v závislosti na vzdálenosti pacienta od centra, což je přirozený důsledek centralizace.

V oblasti **onkogynekologie** se projevil výrazný nárůst počtu výkonů a hospitalizací realizovaných přímo ve specializovaných centrech, zatímco menší zdravotnická zařízení zaznamenala úbytek případů. Tento posun znamená, že pacientky z regionů mají lepší přístup k péči na vyšší odborné úrovni. Celkově tak podpora přispěla k redukci meziregionálních rozdílů, neboť pacientky z menších zařízení byly směřovány do center, kde je kvalita péče standardizovaná a dlouhodobě vyšší.

Perinatologická centra vykazovala mírně odlišný vývoj, ovlivněný také demografickým poklesem porodnosti. Přestože celkový počet hospitalizací žen i novorozenců mírně klesal, centralizace péče zajistila, že se do specializovaných pracovišť soustředil vyšší podíl případů. Významné je i to, že se snížily rozdíly v průměrné délce hospitalizace mezi jednotlivými centry – z původních téměř pěti dnů na méně než tři dny. Tento trend ukazuje na posilování standardizace péče a na postupné snižování regionálních nerovností.

Vnitroregionální nerovnosti

Součástí odpovídání na otázku je analýza toho, do jaké míry došlo v důsledku podpory ke změně v dostupnosti vysoce specializované zdravotní péče v oborech onkogynekologie a perinatologie v periferních regionech. Základem pro analýzu jsou data ÚZIS o migraci za zdravotní péči zpracovávaná na úrovni okresů a ICZ, klíčovým indikátorem přitom byl počet hospitalizací desagregovaný na úroveň okresu trvalého bydliště pacientů. Z dat byla vyfiltrována ICZ zdravotnických zařízení, která poskytují vysoce specializovanou zdravotní péči ve vymezených oborech a byla podpořena z IROP, data byla dále zpřesněna dle cílových diagnóz (viz výše).

Klíčovou částí analýzy byla typologie regionů. Okresy byly roztrženy dle dojezdové vzdálenosti do nejbližšího krajského města, resp. do nejbližšího centra vysoce specializované péče. Z tohoto pohledu byly vymezeny dvě kategorie periferních regionů:



- Periferní regiony s dojezdovou vzdáleností z okresního města do nejbližšího centra vysoce specializované péče převyšující 45-50 minut. Do této kategorie bylo zařazeno osm okresů: Strakonice, Domažlice, Tachov, Svitavy, Ústí nad Orlicí, Hodonín, Znojmo a Bruntál
- Extrémně periferní regiony s dojezdovou vzdáleností převyšující cca 75 minut. Do této kategorie byly zařazeny okresy Cheb, Sokolov a Jeseník.

Zbývající území bylo roztrženo do centrálních oblastí (metropolitní okresy, ve kterých sídlí zařízení vysoce specializované péče) a ostatní.

Žádné zdravotnické zařízení poskytující vysoce specializovanou péči nebylo podpořeno v okresech Karlovy Vary a Liberec. Území Karlovarského kraje bylo proto svou spádovostí přiřazeno k Plzni (proto jsou také dva okresy Karlovarského kraje zařazeny do kategorie extrémně periferních regionů. Území Libereckého kraje nebylo do analýzy zahrnuto, poněvadž by výsledky výrazně zkreslilo (především centrální část Libereckého kraje nelze považovat za periferní region v pravém slova smyslu).

Výsledky analýzy jsou zpracovány v následujících tabulkách a grafech. Z dat lze na první pohled pozorovat přibližně konstantní trend u obou kategorií periferních regionů v absolutním počtu hospitalizací v centrech vysoce specializované lékařské péče. Při vyjádření podílem lze pozorovat, že podíl pacientů z periferních regionů na všech pacientech hospitalizovaných s cílovými diagnózami ve vysoce specializovaných zdravotnických zařízeních zůstává přibližně stejný a osciluje kolem hranice 6 %. Podíl pacientů z extrémně periferních regionů dokonce velmi mírně klesá: při vyjádření podílu pacientů ze tří extrémně periferních regionů na celkovém počtu pacientů ve spádových zdravotnických zařízeních poskytujících vysoce specializovanou péči v Olomouckém a Plzeňském kraji (ke kterým jsou všechny tři extrémně periferní regiony přiřazeny) se podíl těchto pacientů pohybuje v rozmezí cca 4-5 % s mírně klesajícím trendem.

Tabulka 18: Vnitroregionální nerovnosti – počet hospitalizovaných pacientů ve VSC dle bydliště, typologie regionů dojezdové vzdálenosti.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Metropolitní území	26 116	24 845	24 405	23 493	24 643	24 540	24 552	25 128	24 965	24 248	22 937	23 807	22 149	20 460
Ostatní území	21 126	19 508	18 813	18 525	18 837	18 310	18 148	17 903	17 750	17 605	16 179	17 313	16 697	15 591
Periferní region	3 451	3 432	3 156	3 113	3 022	2 798	2 793	2 782	3 006	3 022	2 724	2 995	2 911	2 762
Extrémně periferní regiony	239	316	211	235	258	247	223	208	232	212	197	249	181	220
Celkem (včetně pacientů z jiného kraje)	58 437	55 178	53 769	52 193	53 339	52 449	52 022	52 389	52 403	51 619	48 051	51 026	48 703	45 242

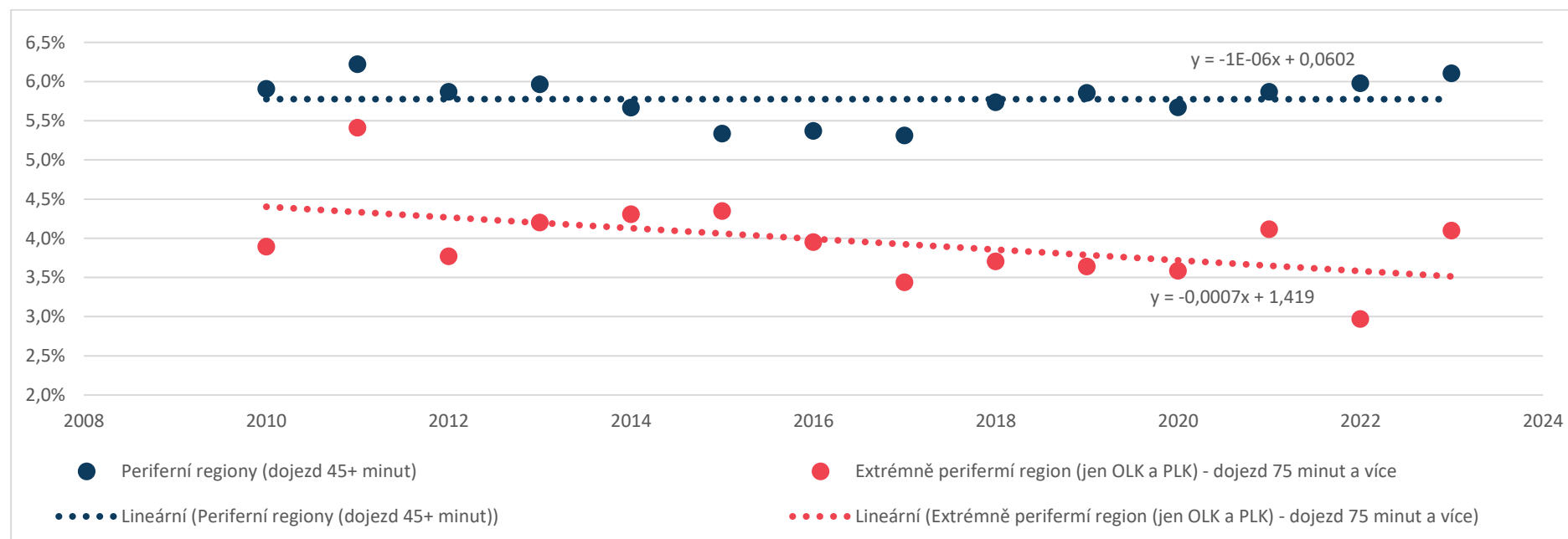
Pro úplnost byla zpracována také analýza rozdílů v hospitalizacích pacientů při vyjádření na počet obyvatel. Absolutní hodnoty uvedené výše totiž jsou zkresleny odlišným absolutním počtem obyvatel v takto vymezených regionech. Více než polovina obyvatel ČR žije v regionech, které byly vymezeny jako „ostatní území“. V metropolitním území žije přibližně 3,35 – 3,55 mil. obyvatel, zatímco počet obyvatel v periferních regionech osciluje okolo 1 mil. Osob. Počet obyvatel v území, které bylo vymezeno jako „extrémně periferní regiony“ se pohybuje v intervalu cca 215 – 220 tis. osob s mírně klesajícím trendem. Výsledky této analýzy jsou zpracovány v tabulce níže. V datech lze pozorovat výraznou disproporci mezi podílem hospitalizovaných pacientů z metropolitního regionu a z ostatních regionů, to je ale způsobeno skutečností, že analyzovaná VSC figurují pro obyvatele metropolitních území zároveň jako spádová zdravotnická zařízení i pro případy, které nejsou primárně referovány do VSC – z dat nelze odlišit tento typ hospitalizací. Naopak zajímavé je, že podíl pacientů z periferních a ostatních regionů je přibližně stejný a cca po roce 2021 je přepočtený počet osob z periferních regionů dokonce mírně vyšší než u kategorie ostatních regionů. To je pravděpodobně způsobeno především změnou věkové struktury, kdy stárnutí obyvatel postupuje v periferních regionech mírně rychleji než v kategorii „ostatní území“. Klíčové je ale srovnání trendů, které má velmi podobný průběh jako při započítání absolutních hodnot.

Tabulka 19: Vnitroregionální nerovnosti – počet hospitalizovaných pacientů ve VSC dle bydliště na 1000 obyvatel, typologie regionů dojezdové vzdálenosti.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Metropolitní území	7,85	7,50	7,36	7,10	7,40	7,35	7,32	7,45	7,36	7,10	6,70	7,13	6,36	5,80
Ostatní území	3,68	3,40	3,27	3,22	3,27	3,18	3,14	3,09	3,06	3,02	2,78	3,00	2,83	2,63
Periferní region	3,36	3,36	3,10	3,07	2,98	2,77	2,77	2,76	2,98	3,00	2,71	3,06	2,91	2,75
Extrémně periferní regiony	1,04	1,40	0,94	1,05	1,16	1,12	1,01	0,95	1,06	0,97	0,91	1,19	0,84	1,01

Trendy v grafu níže jsou vyjádřeny jako podíl pacientů periferních regionů na všech pacientech ve vybraných diagnózách, resp. podíl pacientů z extrémních regionů na všech pacientech v zařízeních VSP v Olomouckém a Plzeňském kraji. Z tohoto vyjádření je možné pozorovat konstantní nebo dokonce velmi mírně klesající trend.

Graf 31: Trend podílu pacientů s trvalým bydlištěm v periferních okresech na všech pacientech - hospitalizace v centrech vysoce specializované péče ve vybraných diagnózách



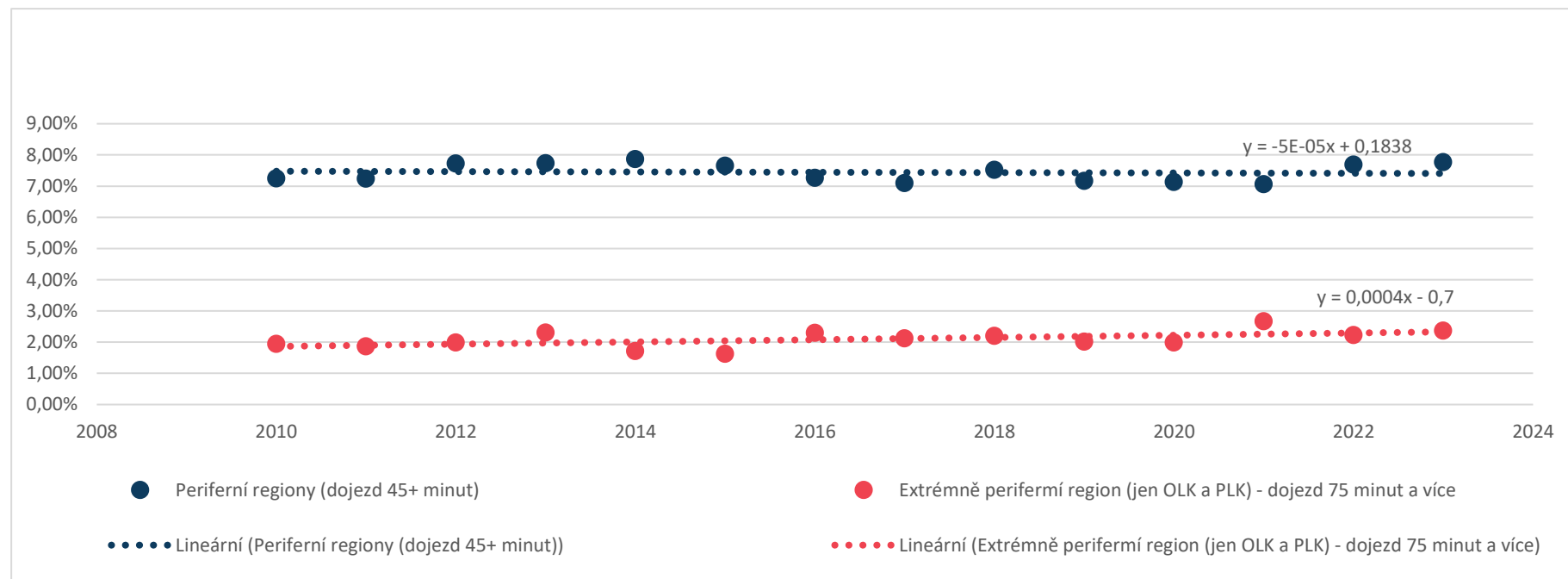
Pro plné vyhodnocení trendu byla zpracována obdobná analýza s jiným vymezením diagnóz, které nebyly předmětem podpory. Konkrétně byla analyzována data za všechny diagnózy ve skupině „novotvary“ (MKN C a D00-D48) s výjimkou diagnóz relevantních pro OCG obor (C51 – C58). Analyzovány byly opět hospitalizace pro dané diagnózy ve zdravotnických zařízeních, které obdržely podpory v oblasti vysoce specializované péče (onkogynekologie a perinatologie). Z analýzy vyplývá, že u pacientů z extrémně

periferních regionů lze pozorovat konstantní trend jejich podílu na všech pacientech (z daného kraje) a v případě periferních regionů byl dokonce zaznamenán mírně rostoucí dlouhodobý trend.

Tabulka 20: Absolutní počet pacientů s trvalým bydlištěm dle kategorie území hospitalizovaných v podpořených centrech vysoce specializované péče pro diagnózu „novotvary“ mimo diagnózy, které byly předmětem podpory z IROP.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Metropolitní území	14043	14200	14588	14229	14244	13791	14375	13861	13731	13889	12686	15153	15749	16041
Ostatní území	14254	14296	14692	14637	14978	14442	15128	14726	14821	15051	13897	17494	18452	18846
Periferní region	2216	2230	2459	2426	2502	2346	2320	2190	2330	2241	2049	2493	2860	2950
Extrémně periferní regiony	69	73	74	88	66	62	91	85	94	85	78	142	124	135
Celkem (včetně pacientů z jiného kraje)	30582	30799	31813	31380	31790	30641	31914	30862	30976	31266	28710	35282	37185	37972

Graf 32: Trend podílu pacientů s trvalým bydlištěm v periferních okresech na všech pacientech - hospitalizace v centrech vysoce specializované péče ve srovnávacích diagnózách





Data z podrobné kvantitativní analýzy tedy **neprokazují, že by v důsledku podpory docházelo ke zvyšování dostupnosti vysoce specializované péče v perinatologických a onkogynekologických oborech** v periferních regionech. Takový efekt v případě onkogynekologických a perinatologických center nelze v důsledku realizované podpory předpokládat. Předmětem podpory totiž nebylo zakládání nových center ani rozšiřování jejich sítě a nedošlo tedy ke změně jejich spádových oblastí. Vzhledem k tomu, že nová centra nevznikala ani nebyla významně rozšiřována, geografická dostupnost vysoce specializované péče zůstala zachována v obdobném rozsahu jako před intervencí, bez významnějších posunů v rozmístění či obslužnosti jednotlivých regionů.

V tomto smyslu je ale nutné doplnit, že snížení regionálních disparit v dostupnosti vysoce kvalitní zdravotnické péče sice bylo jako cíl deklarováno, ale pro naplnění tohoto cíle nebyly vymezeny specifické intervence (výzvy zaměřené na snižování regionálních disparit). Jak vyplývá také z případových studií níže, přímý ani nepřímý dopad podpory na snížení regionálních disparit v přístupu k vysoce specializované zdravotnické péči není v periferních regionech zaznamenán.

4.5.2 Zjištění z realizovaných případových studií

Podpora z IROP přispěla k posílení role **návazné péče** v systému zdravotních služeb. Návazná zařízení se díky investicím do přístrojového vybavení a modernizace prostor stala stabilnějším a funkčně propojeným článkem mezi vysoce specializovanou a dlouhodobou péčí.

Zlepšila se jejich schopnost **navazovat na specializované výkony** prováděné v centrech a převzít pacienty v rané fázi zotavení nebo při potřebě pokračující léčby. Tím se zvýšila plynulost přechodů mezi jednotlivými úrovněmi péče a zkrátila doba setrvání pacientů v akutních lůžkách. V řadě případů došlo ke zlepšení organizace propouštění pacientů, k efektivnější komunikaci mezi lékaři a ke standardizaci propouštěcích kritérií.

Návazná zařízení také **rozšířila své spektrum služeb**. Modernizované přístroje umožňují rychlejší obnovu soběstačnosti pacientů po operacích, úrazech či závažných onemocněních, což napomáhá zkrácení délky hospitalizace a tím i uvolnění kapacit pro další pacienty. V některých nemocnicích došlo navíc k propojení návazné a dlouhodobé péče prostřednictvím nových oddělení LDN nebo specializovaných lůžek.

Díky těmto změnám se návazná péče stala **efektivnějším nástrojem řízení patientských toků**. Posílila se její koordinační funkce vůči dlouhodobé péči a zároveň se zvýšila její schopnost flexibilně reagovat na aktuální potřeby specializovaných center. Výsledkem je systém, v němž jsou jednotlivé úrovně péče lépe propojené, pacienti rychleji přecházejí mezi fázemi léčby a dostupnost služeb se zlepšila i bez nutnosti rozšiřování sítě poskytovatelů.

Zjištění v rámci případových studií zahrnují také **přínosy pro odstranění regionálních nerovností**, a to ve formě:

- **modernizace přístrojového vybavení**

Intervence vedla k rozsáhlé modernizaci technického a přístrojového zázemí. Nová zařízení umožnila rychlejší a přesnější diagnostiku, efektivnější průběh léčby a zkrácení čekacích dob. Zlepšila se také kvalita hospitalizace a komfort pacientů. Modernizace zároveň přispěla k efektivnějšímu využívání stávajících kapacit a snížila potřebu převážet pacienty do vzdálenějších zařízení – tedy především do jiných krajských měst. V tomto smyslu tedy lze pozorovat dopad podpory na snižování disparit mezi regiony, kdy se dostupná vysoce kvalitní péče díky modernizaci přístrojového vybavení rozšířila také do krajů, které dříve odpovídajícími kapacitami nedisponovaly.



- **posílení center**

Podpora upevnila postavení center jako hlavních poskytovatelů vysoce specializované péče. Tato centra převzala větší objem výkonů a posílila svou roli referenčních bodů pro širší spádové oblasti. To vedlo ke stabilizaci systému a vytvoření předpokladů pro vyšší kvalitu i efektivitu péče.

- **rozvoje návazné péče**

Modernizace se promítla i do návazné péče, která je klíčová pro zajištění kontinuity léčby. Posílily se možnosti rehabilitace a následné péče blíže pacientům, což zkrátilo dobu hospitalizace a urychlilo návrat do běžného života. Tím se snížila zátěž velkých center a posílila role menších regionálních zařízení.

- **zlepšení kontinuity péče**

Podpora přispěla k plynulejšímu propojení jednotlivých úrovní péče – od akutních výkonů přes specializovanou léčbu až po následnou rehabilitaci. Vznikly tak lepší podmínky pro koordinaci patientských toků a efektivnější využití dostupných kapacit.

Zároveň byly v rámci případových studií identifikovány **limity a přetrvávající nerovnosti**:

- **kapacitní a personální omezení**

Intervence nebyla primárně zaměřena na výrazné navýšení lůžek nebo personálu, a proto některé regionální rozdíly přetrvávají. V určitých oborech zůstává tlak na dostupnost služeb, což brání plnému odstranění nerovností.

- **nerovnoměrná síť poskytovatelů**

I přes posílení regionálních center se vysoce specializované výkony nadále soustřeďují do několika málo pracovišť. Pacienti z perifernějších oblastí proto musejí za částí péče dojíždět, což omezuje rovnoměrnou dostupnost v celé zemi. Tyto regionální rozdíly v dostupnosti jsou, s ohledem na strukturu území a poskytovatelů zdravotnických služeb i důrazem na centralizaci vysoce specializované péče, nevyhnutelné. Dle pozorování účastníků případových studií z obzvláště vzdálených regionů a nebylo pozorováno, že by se v čase situace zlepšovala například z důvodu lepší dostupnosti transportu pacientů do vzdálenějších regionů.

- **rostoucí poptávka**

Zvyšující se potřeba zdravotní péče v některých oborech vyrovnává přínosy dosažené modernizací. Čekací doby se sice daří stabilizovat, ale nelze je plošně zkrátit vzhledem k omezeným kapacitám a personálním zdrojům.

Celkové lze tedy zjištění z případových studií shrnout tak, že intervence přispěla k vyrovnávání meziregionálních nerovností prostřednictvím modernizace technického zázemí, posílení role regionálních center a rozvoje návazné péče. Přestože nebyly odstraněny všechny rozdíly, došlo k posílení kvality a dostupnosti služeb i k lepší kontinuitě zdravotní péče. Celkově podpora přinesla stabilizaci systému a vytvořila základ pro jeho další rozvoj.

Ve vztahu k dostupnosti vysoce specializované péče v periferních oblastech a obecněji k vyrovnávání vnitroregionálních nerovností v přístupu k vysoce specializované zdravotní péči byly zpracovány případové studie ve dvou periferních regionech.

Případová studie v regionu Jesenicka ukázala, že **podpora zaměřená na rozvoj vysoce specializované zdravotní péče** (zejména onkogynekologie a perinatologie) **neměla v periferním regionu měřitelný dopad na**



její reálnou dostupnost pro obyvatele. Přestože se investice prostřednictvím IROP promítly do krajských center a specializovaných nemocnic, tyto efekty se v odlehleém regionu, jakým je Jesenicko, fakticky neprojevyly nebo projevyly jen velmi málo.

Základním limitem, který žádný projekt nemohl překonat, je **geografická izolovanost regionu**. Do jakékoliv specializované péče je nutné dojíždět desítky kilometrů přes horské silnice, což zhoršuje dostupnost především v zimních měsících. Specializovaná perinatologická ani onkogynekologická péče není v regionu dostupná; pacientky s rizikovými těhotenstvími či onkologickými diagnózami jsou dlouhodobě **odesílány do Olomouce, Nového Jičína či Šumperka**. Jak uvedli respondenti, jde o cesty, které jsou časově i logisticky náročné, a to zejména pro starší nebo sociálně slabší obyvatele.

Podle respondentů případové studie se **kvalita a dostupnost specializované péče v regionu buďto nemění, nebo se postupně snižuje**. Klíčovým faktorem není ani tak vybavení či investice, ale **lidské zdroje**: „Když se podaří sehnat nějakého doktora, třeba zubaře nebo kardiologa, dostupnost se hned zlepší, ale je to spíš náhoda než systém.“ (citace zástupců samosprávy). Přitažlivost regionu je pro vysoce kvalifikované lékaře nízká: obyvatelstvo stárne, mladí odcházejí, a pracovní zázemí (infrastruktura) je často podfinancované. I základní lékařská péče je zajišťovaná často s obtížemi, natož specializovaná.

Významným systémovým problémem je také **nastavení podmínek ze strany zdravotních pojišťoven**. Ty často vyžadují pro schválení specializovaného přístroje nebo služby minimální počet pacientů, který v řídké populaci Jesenicka nelze naplnit. Příkladem tohoto problému je dostupnost mamografického vyšetření – jak popsala jedna z respondentek případové studie, tento typ vyšetření se v regionu podařilo udržet jen díky mimořádné výjimce:

„Mamograf tady pořád nebyl. Ženy musely jezdit do Šumperka, což je i 70 kilometrů. Nakonec ministerstvo vypsaló výzvu jen pro Jesenicko, protože jsme byli spolu s Chebem regionem s nejnižším počtem vyšetřených žen. Přihlásily se dvě nemocnice a základní vyšetření tak je zajištěné. Ale ženy, které potřebují dovyšetření, musí stejně do Prostějova.“

Tento příklad dobře ilustruje, že i tam, kde se specializované vybavení podaří zajistit, zůstává přístup k následné péči omezený a závislý na kapacitách mimo region.

Podle představitelů regionu je tedy zřejmé, že **podpora ve stávající podobě nemá přímý dopad na dostupnost vysoce specializované péče**. Investice směřují do velkých nemocnic, zatímco periferní oblasti zůstávají mimo dosah. Obyvatelé Jesenicka přitom neřeší nedostupnost špičkové péče, ale především **nedostatek lékařů základních odborností**.

Z hlediska reálných potřeb by regionu **nejvíce pomohla podpora zdravotní infrastruktury**, především pak dostupnost praktických lékařů, pediatrů a zubařů v rámci primární zdravotní péče a psychiatrů. Současné zázemí ordinací je zastaralé a neumožňuje nabídnout novým odborníkům důstojné pracovní prostředí.

Místní samospráva se přesto snaží situaci aktivně řešit. Město Jeseník vytvořilo programy na podporu lékařů, přispívá na vybavení ordinací, nabízí dotační příspěvky či pomáhá hledat ubytování. Iniciovalo také spolupráci s lékařskými fakultami a pořádá setkání s mediky z regionu, aby motivovalo mladé absolventy k návratu.

Celkově lze shrnout, že **investice do vysoce specializované péče nepřispěly ke zlepšení dostupnosti této péče v regionu Jesenicka**. Region zůstává na okraji systému – geograficky, personálně i institucionálně. Pro jeho



obyvatele by bylo přínosnější zaměřit podporu nikoli na superspecializovaná centra, ale na **zajištění funkčního základu zdravotní péče** v místě jejich bydliště.

4.6 EO 8: Jakým způsobem, popř. do jaké míry přispěla intervence k uvolnění kapacit pro péči dlouhodobou?

Intervence IROP mohla přispět k uvolnění kapacit pro dlouhodobou péči především **nepřímým způsobem**, prostřednictvím zvýšení efektivity a plynulosti péče napříč úrovněmi systému. Pozorovaný nárůst kapacit dlouhodobé a ošetrovatelské péče odpovídá trendům, které lze očekávat v důsledku zlepšení prostupnosti systému zdravotní péče, k němuž mohla podpora z IROP **nepřímo přispět**. S ohledem na dlouhodobý charakter změn a vliv dalších systémových faktorů však **nelze přičitatelnost tohoto vývoje jednoznačně prokázat**

Tato evaluační otázka navazuje na zjištění z EO 7, která analyzovala dopady podpory na provázanost vysoce specializované a návazné péče. V jejím rámci bylo doloženo, že intervence přispěla ke zlepšení koordinace mezi jednotlivými úrovněmi systému, především díky centralizaci výkonů a modernizaci technického zázemí center. EO 8 rozpracovává tento mechanismus z pohledu **uvolnění kapacit**, které může – byť zprostředkovaně – přispět k posílení **dlouhodobé péče**.

Při řešení této evaluační otázky jsme vymezili dlouhodobou péči jako zdravotní nebo zdravotně sociální péči, poskytovanou pacientům, jejichž zdravotní stav není možné léčebnou péčí výrazně zlepšit a bez soustavného poskytování péče se nadále zhoršuje. V kontextu této evaluace je zde tedy dlouhodobá péče chápána jako **poskytování podpory osobám s chronickými zdravotními problémy, sníženou soběstačností nebo zdravotním postižením**. Jedná se o lůžkovou, ambulantní, nebo domácí péči, která vždy propojuje zdravotní a sociální péči a služby.

Dlouhodobá péče zahrnuje především následující druhy péče, které jsou blíže popsány v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách:

- **Péči v odborných léčebnách pro dlouhodobě nemocné (LDN):** péče poskytovaná osobám s chronickými nemocemi nebo trvalými zdravotními problémy, které vyžadují dlouhodobou léčbu a ošetřování.
- **Paliativní péči:** péče o pacienty v pokročilé nebo terminální fázi onemocnění, zaměřená na zmírnění symptomů, zajištění kvality života a podporu rodiny.
- **Domácí zdravotní péči:** péče poskytovaná pacientům v jejich vlastním prostředí, která zahrnuje ošetrovatelské úkony, podávání léků a další zdravotní služby.

Z pohledu výkonů pak **zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění** definuje zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění, které jsou součástí dlouhodobé péče:

- **Ošetrovatelská péče,** poskytovaná v pobytových zařízeních, nebo v domácím prostředí.
- **Rehabilitační péče,** která zahrnuje léčebnou rehabilitaci zaměřenou na obnovení fyzických funkcí a zvýšení soběstačnosti pacientů.
- **Léčba chronických onemocnění,** která zahrnuje péči o pacienty s dlouhodobými zdravotními problémy, jako je například Parkinsonova choroba nebo demence.



- **Speciální zdravotní výkony**, zahrnující například péči o pacienty na umělé plicní ventilaci nebo jiné intenzivní zdravotnické služby, které jsou poskytovány dlouhodobě.

Pro vyhodnocení vývoje kapacit byla využita datová kategorizace dle metodiky **Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS)** – *Datový souhrn SSS-05-03: Obloženost lůžek v rámci veřejného zdravotního pojištění v ČR, verze 2024-01.0.*

Metodika vychází z Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHZS) a rozlišuje následující kategorie lůžek relevantní pro oblast následné a dlouhodobé péče:

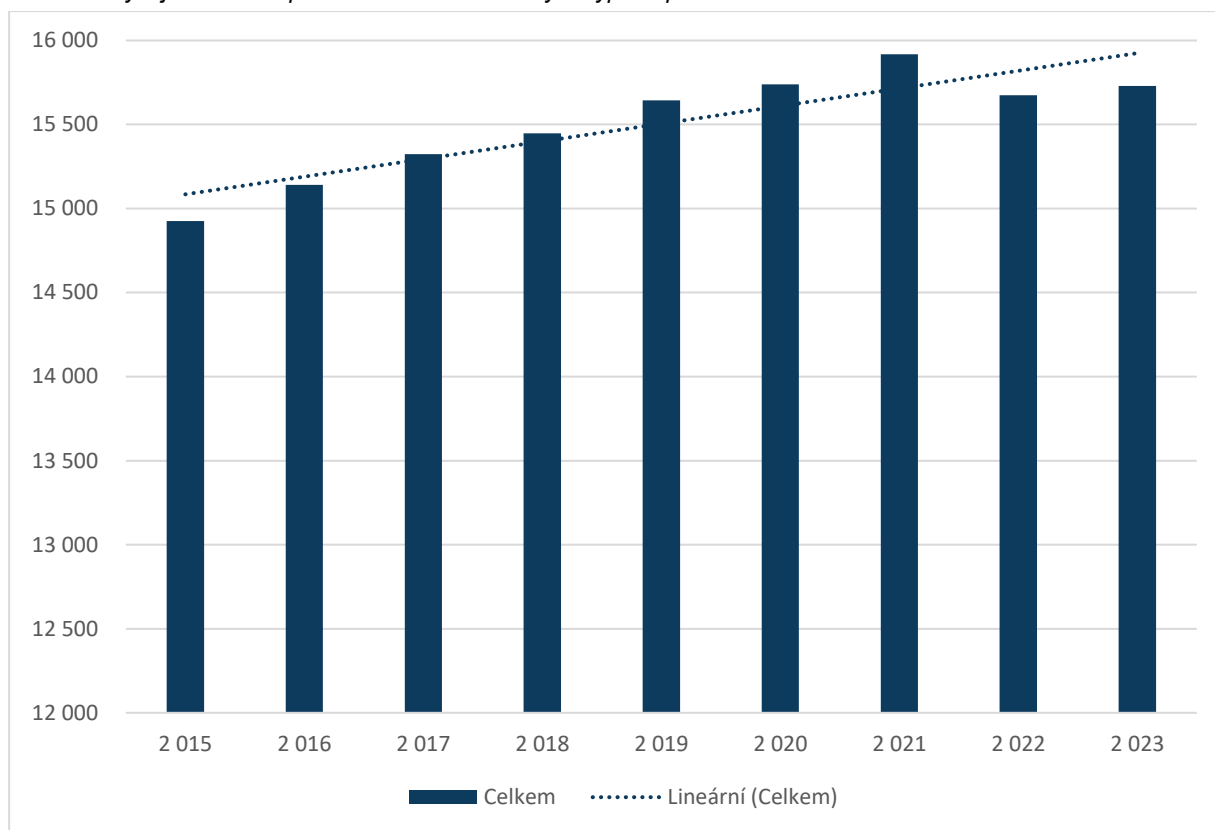
- LDN – Léčebny dlouhodobě nemocných
- OŠET – Ošetřovatelská lůžka
- OLÚ – Odborné léčebné ústavy
- HOSP – Lůžka hospicové péče
- NIP – Následná intenzivní péče
- DIOP – Dlouhodobá intenzivní ošetřovatelská péče

Pro účely této evaluační otázky byly sledovány především kapacity LDN, OŠET, HOSP a DIOP, které tvoří základní strukturu dlouhodobé a ošetřovatelské péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Analýza dat podle kategorií ÚZIS ukazuje **mírný, ale stabilní růst** celkového počtu lůžek ve sledovaných typech péče.

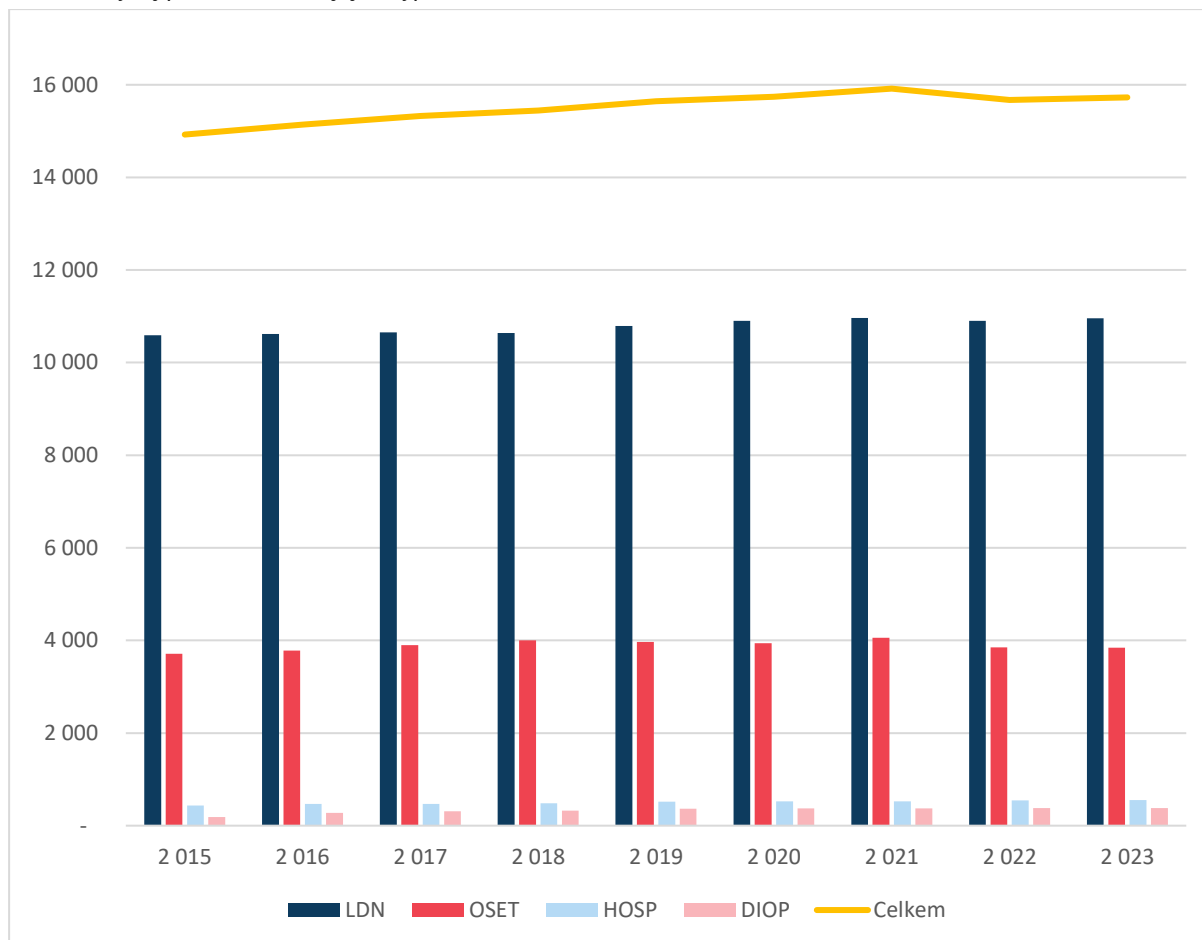


Graf 33: Vývoj celkového počtu lůžek ve sledovaných typech péče



Počet lůžek v souhrnu segmentů LDN, OŠET, HOSP a DIOP vzrostl z 14 925 v roce 2015 na 15 730 v roce 2023, tedy o 5,4 %.

Graf 34: Vývoj počtu lůžek dle jejich typu



Tyto trendy potvrzují posilování specializovaných forem dlouhodobé péče, zatímco tradiční segmenty (LDN, OŠET) zůstávají stabilní a zajišťují základní ošetrovatelskou infrastrukturu.

Analýza počtu lůžek pro poskytování dlouhodobé péče byla doplněna výstupy analýzy péče ve vysoce specializovaných centrech a péče návazné. Zároveň zde vycházíme z poznatků, že **uvolnění kapacit** může nastat buď na „vstupu“ systému (přesunem výkonů do specializovaných center), nebo na „výstupu“ (zkrácením hospitalizací a rychlejším přechodem pacientů do následné a dlouhodobé péče). Analýza v tomto kontextu prokázala dva hlavní mechanismy, kterými mohla podpora z IROP přispět k uvolnění kapacit v systému zdravotní péče:

1. Uvolnění kapacit „na vstupu“ – centralizace výkonů do vysoce specializovaných center

Přesun složitějších výkonů do center umožnil návazným regionálním nemocnicím zaměřit se více na doléčení a následnou či dlouhodobou péči. V onkogynekologických centrech došlo k nárůstu výkonů z přibližně 8 200 (2015) na 13 500 (2024), zatímco v návazné péči počty případů klesly. Tento vývoj potvrzuje posun kompetencí mezi úrovněmi péče a efektivnější rozložení kapacit.

2. Uvolnění kapacit „na výstupu“ – zkracování hospitalizací

Modernizace přístrojového vybavení a zavedení šetrnějších léčebných postupů zkrátily dobu hospitalizace a zlepšily průchodnost systému. V perinatologických centrech klesla průměrná ošetrovací doba u žen z



8,6 na 7,4 dne a u novorozenců z 12,5 na 11,0 dne (2015–2023). Tento trend odpovídá vyšší efektivitě léčby i lepší kontinuitě péče – pacienti mohou být dříve přesouváni do následné či domácí péče.

Oba mechanismy dohromady vedou k efektivnějšímu využívání stávajících lůžkových kapacit, což může vytvářet prostor pro rozvoj dlouhodobé péče.

Pozorované změny v kapacitách dlouhodobé péče odpovídají očekávaným efektům modernizace a centralizace poskytované péče, které byly podporovány prostřednictvím IROP. Intervence tedy mohla **nepřímo přispět** k uvolnění kapacit a k následnému posílení dlouhodobé péče, a to:

- zkrácením hospitalizací v akutní péči,
- přesunem výkonů do vysoce specializovaných center,
- posílením následné péče, která tvoří přechod mezi akutní a dlouhodobou léčbou.

Tyto efekty se projevují v souladu s pozorovanými trendy, a to zejména v růstu počtu lůžek dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče a ošetrovatelských lůžek, které reagují na nově vzniklý prostor a poptávku po dlouhodobé ošetrovatelské a paliativní péči.

Zároveň je však nutné zdůraznit, že **přímou kauzální vazbu mezi podporou IROP a růstem kapacit nelze s jistotou potvrdit**, neboť vývoj kapacit dlouhodobé péče mohl být ovlivněn i dalšími faktory, jako jsou například:

- demografické stárnutí populace a rostoucí potřeba chronické péče,
- strategie v oblasti paliativní péče a reformy péče o duševní zdraví, která naopak směřuje k omezování dlouhodobé institucionální péče a k posílení komunitní a akutní složky systému, úhradové změny zdravotních pojišťoven, které podporují rozvoj následné a dlouhodobé péče.

4.7 EO 9: Jakým způsobem přispěla intervence ke zlepšení regionální dostupnosti různých typů komunitní péče v oblasti péče o psychiatrické pacienty?

U většiny z hodnocených projektů bylo prokázáno zlepšení regionální dostupnosti různých typů komunitní péče, buď rozšířením regionu působnosti dané služby či zvýšením kapacity v lokalitě, kde již služby působily. Je ale nutné podotknout, že rozšíření regionální dostupnosti byl obvykle vedlejší dopad u projektů, jejichž hlavním cílem byla modernizace a humanizace psychiatrické péče (vyjádřeno množstvím prostředků, které na ně směřovaly). Mezi takové se řadí i projekty zaměřené primárně na rozvoj lůžkové a ambulantní péče, ve většině případů ale i tyto projekty regionální dostupnost služeb nějak ovlivnily (např. zvýšením kapacity denního stacionáře). Výjimkou jsou v tomto ohledu projekty úzce zaměřené na rozvoj mobilních terénních týmů, díky kterým začala být tato služba poskytována i v regionech, kde dosud chyběla.

Cílem programu bylo posílit proces deinstitucionalizace psychiatrické péče. Rozvojem služeb komunitní péče mělo konkrétně dojít ke zlepšení regionální dostupnosti služeb. Pod pojmem zlepšení regionální dostupnosti přitom chápeme pro účely toho výzkumu níže uvedené scénáře:



- zařízení komunitní péče jsou blíže klientům – tzn. vznikají tam, kde dříve nebyly a jsou **v relevantní dostupnosti** pro větší počet lidí – tj. poskytují službu pro větší region než dříve,
- zařízení komunitní péče **mají větší kapacitu** – tzn. tam, kde již dříve existovala, se zvýšilo množství osob, kterým jsou zařízení schopna v jeden čas vyjít vstříc – okamžitá kapacita.

Obecné trendy v dostupnosti služeb pro osoby se závažným psychiatrickým onemocněním byly zpracovány kvantitativně (uvedeno v této EO, z dat ale bylo čerpáno také v analýze dalších EO):

Dostupnost akutní lůžkové péče se, dle dat ÚZIS, prokazatelně ve sledovaném období zvyšuje. Limit dostupnosti péče do 45 minut je v roce 2023 splněn u téměř 80 % obyvatel, zatímco v období 2015-2019 byla tato hodnota o téměř 10procentních bodů nižší. Při aplikaci přísnějšího limitu dostupnosti akutní lůžkové péče do 30 minut pozorujeme ve sledovaném období menší nárůst z 48,4 % na 55,8 %.

Schéma 4: Místní dostupnost akutní lůžkové péče, 2015-2019

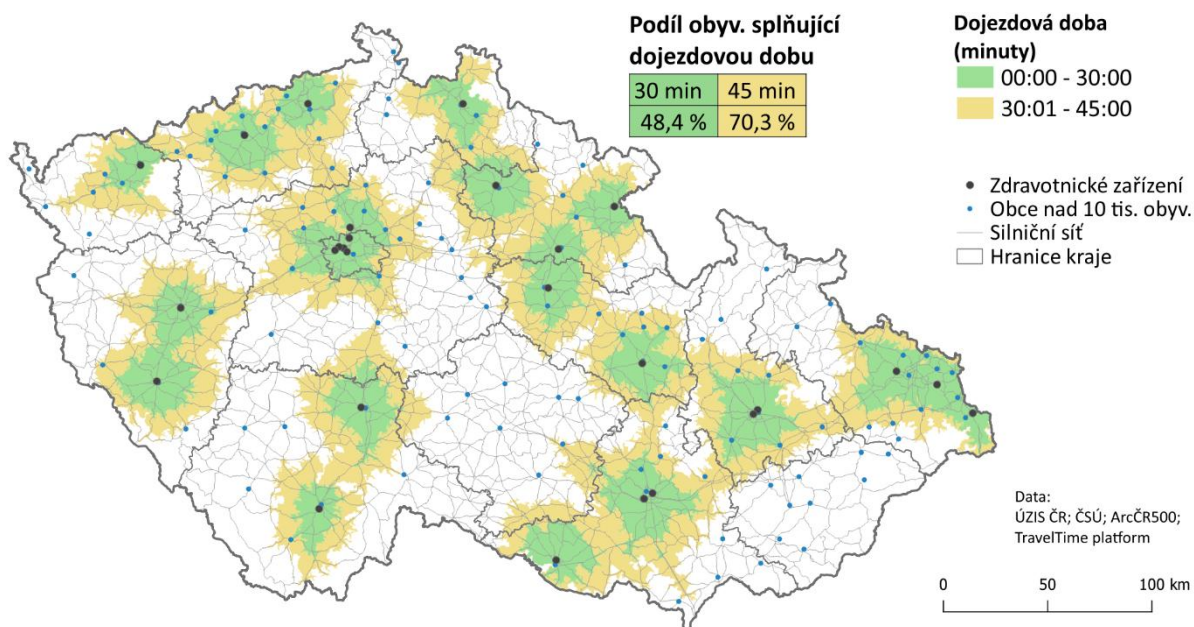
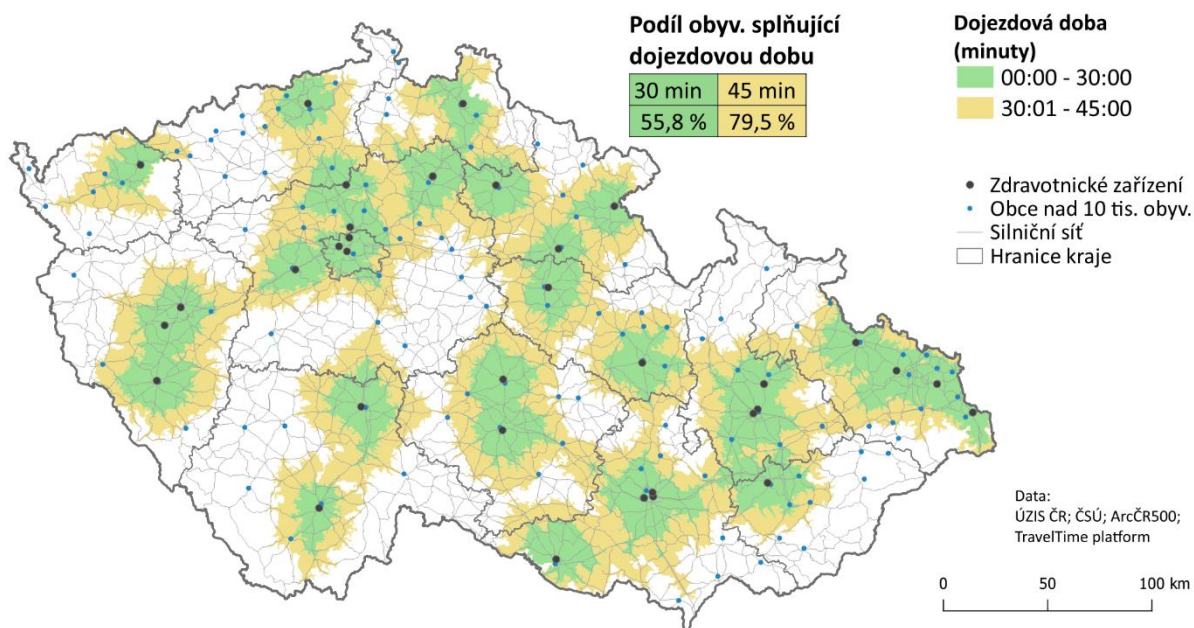




Schéma 5: Místní dostupnost akutní lůžkové péče 2023



I přes tento posun ale lze nadále pozorovat, že hranice dostupnosti 45 minut není splněna ve významné části území ČR.

Co se týče místní dostupnosti komunitní péče v CDZ, je ve sledovaném období pozorován dynamický rozvoj. Zatímco ještě v roce 2018 byl tento typ péče dostupný pouze v hl. m. Praze a dalších třech krajských městech (dojezdová doba do 30 minut splněná u 18 % obyvatel a do 45 minut u necelé třetiny), v roce 2023 funguje 36 CDZ napříč ČR. Místní dostupnost CDZ je díky tomu téměř srovnatelná s akutní lůžkovou péčí – do 30 minut dojezdového času má službu CDZ dostupnou cca 55 % obyvatel a do 45 minut necelých 77 %.

Schéma 6: Místní dostupnost akutní komunitní péče v CDZ 2018

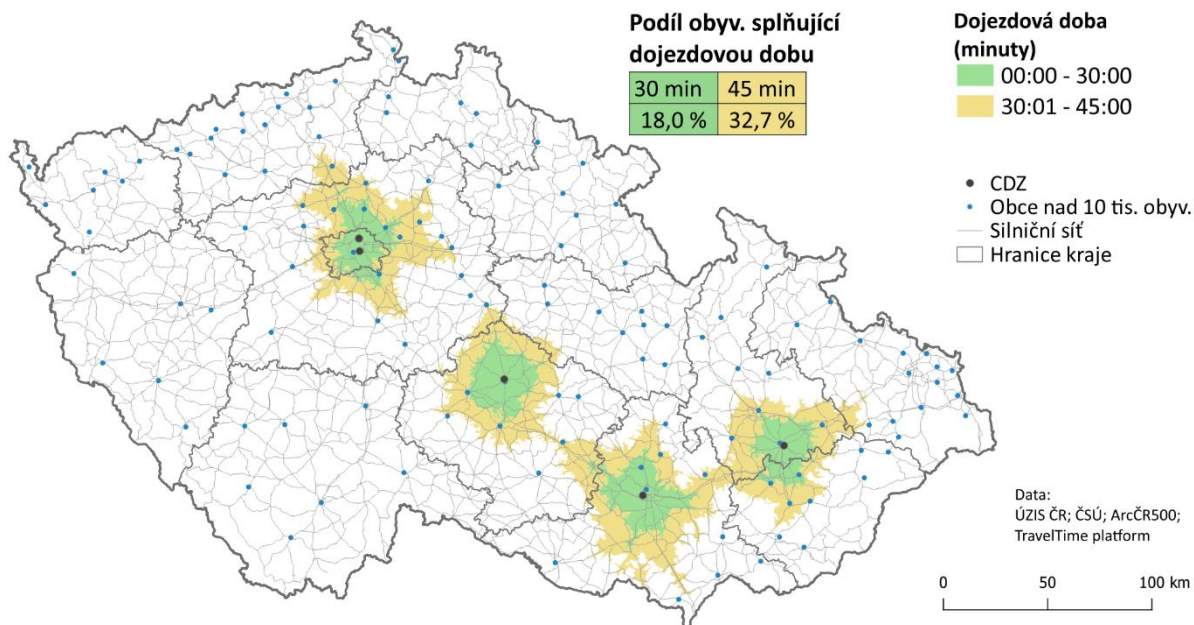
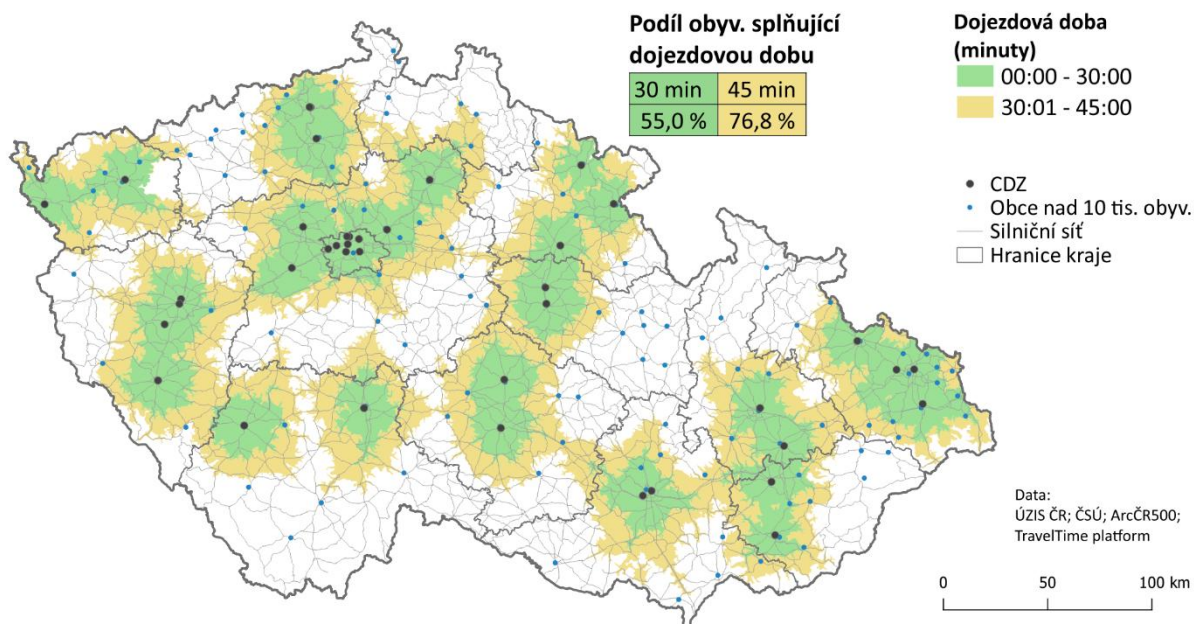


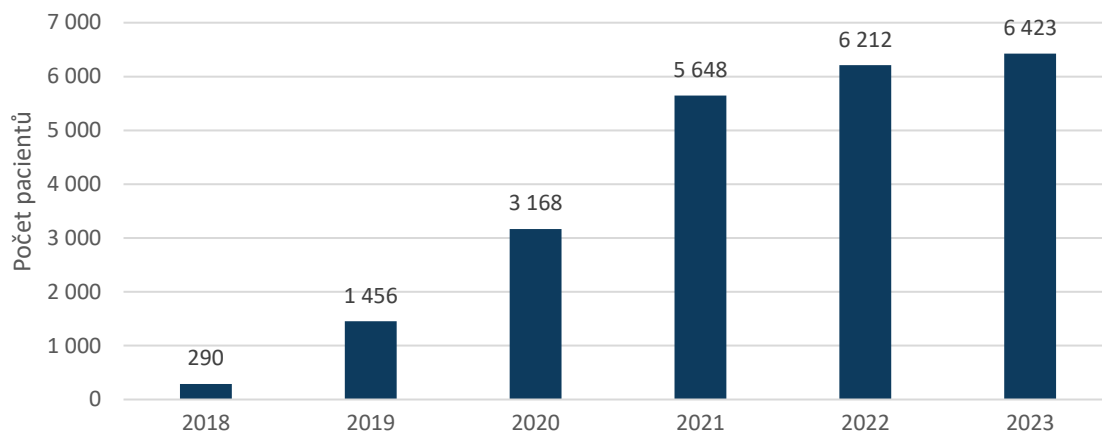
Schéma 7: Místní dostupnost akutní komunitní péče v CDZ 2023



V souladu s tímto trendem dochází ve sledovaném období k výraznému nárůstu kapacity CDZ. V prvních třech CDZ byla v roce 2018 poskytovaná péče celkem 290 unikátním pacientům. V roce 2023 činila tato hodnota 6423 pacientů. V celém sledovaném období 2018-2023 byla péče poskytnuta 12 159 unikátním pacientům se závažným chronickým duševním onemocněním.

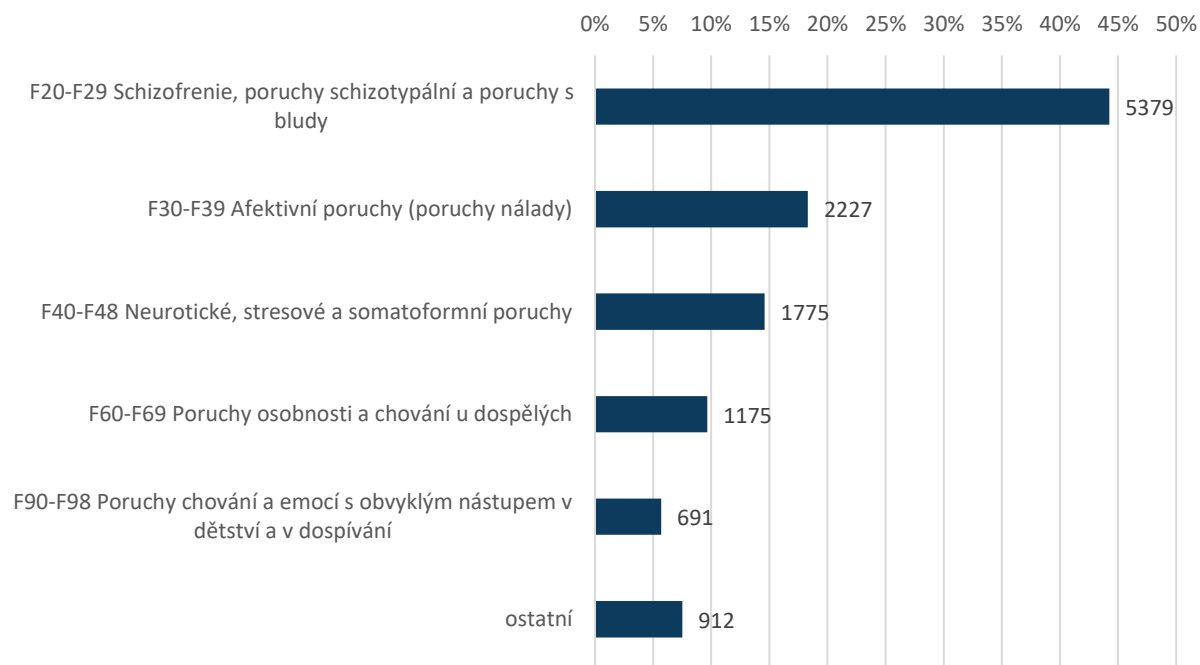


Graf 35: Počet pacientů v CDZ v jednotlivých letech



Nejčastěji je v CDZ poskytovaná péče pacientům s diagnózami z kategorie MKN F20 – F29, tj. schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy. Další diagnózy následují až s větším odstupem.

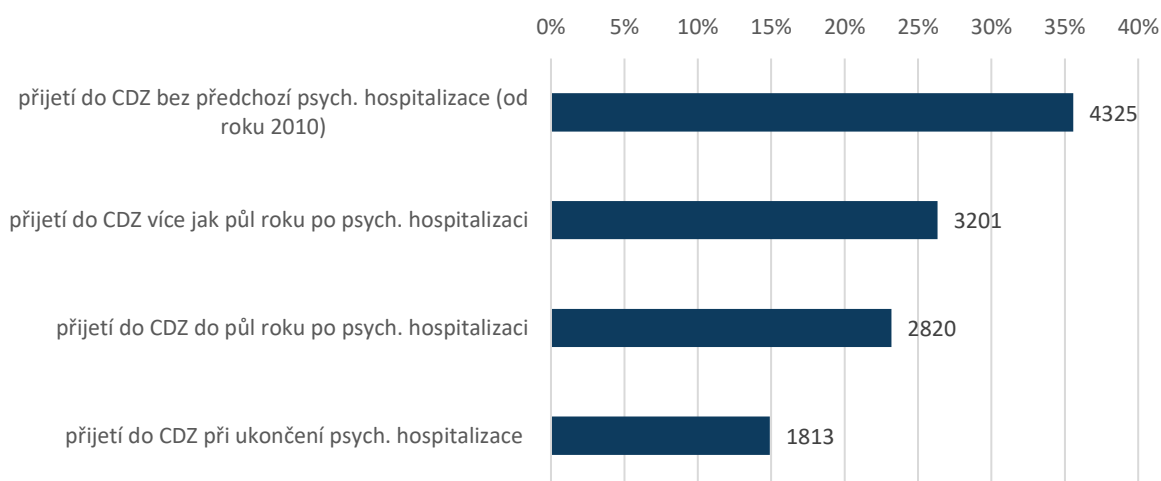
Graf 36: Počet pacientů dle diagnózy, 2018-2023



Pouze cca třetina pacientů je do péče v CDZ přijata, aniž by kdykoliv před tím byla hospitalizována na oddělení psychiatrie.



Graf 37: Počet pacientů dle hospitalizace na oddělení psychiatrie před přijetím do CDZ



Výsledky dotazníkového šetření obecně:

Respondenti v první části dotazníku odpovídali na otázku, nakolik je podle jejich zkušeností kapacita zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve svém regionu dostatečná. Většina organizací (10; 67 %) považuje kapacitu za nedostatečnou, přičemž pět respondentů ji označilo za naprosto nedostatečnou a dalších pět za spíše nedostatečnou. Pouze tři respondenti (20 %) hodnotí kapacitu jako spíše dostatečnou a dva (13 %) ji vnímají neutrálně, tedy ani jako dostatečnou, ani nedostatečnou. Tyto výsledky potvrzují, že kapacitní problémy zůstávají jedním z nejvýraznějších limitů systému duševního zdraví, a to i přes částečné posilování služeb v posledních letech. U menší části respondentů, kteří situaci hodnotí jako spíše dostatečnou, se objevují konkrétní faktory, které k lepšímu stavu přispívají. Zmiňováno bylo především rozšiřování služeb s podporou v bydlení, které napomáhá klientům udržet se v běžném prostředí („*Ještě více služeb s podporou v bydlení*“), a také motivace lékařů působit i v menších městech a obcích, kde je dostupnost odborné péče tradičně nižší („*Přispívá k tomu motivace lékařů pracovat v malých městech, jelikož prostory pro zřízení praxe jsou menším problémem*“). Jeden z respondentů rovněž zmínil pozitivní příklad z praxe: „*To, že organizace Fokus Labe tuto péči dobře zajišťuje.*“

Většina odpovědí však ukazuje opačný trend, respondenti identifikovali řadu překážek, které podle nich brání tomu, aby byla kapacita zdravotních služeb dostatečná. Ve všech 11 odpovědích se objevuje téma nedostatku kvalifikovaného personálu, především psychiatrů, psychologů a sester. Nejčastěji se opakovaly výroky jako „*Nedostatek kvalifikovaného personálu – nejsou odborníci*“ či „*Nedostatek psychiatrů, psychologů, dlouhé čekací doby, pro někoho drahé terapie*“. Několik respondentů specifikovalo, že se tato situace nejvíce týká dětské psychiatrie a klinické psychologie („*Nedostatek pedopsiatrie a dětských/klinických psychologů*“).

Kromě personálního podstavu respondenti zmiňovali i strukturální a regionální nerovnosti – nedostatek organizací pracujících s osobami s duševním onemocněním, přetížení stávajících služeb a omezenou atraktivitu některých území pro odborníky. Jak uvedl jeden z respondentů: „*Nízká atraktivita Ústeckého kraje pro lékaře-psychiatry, nedostatek lékařů-psychiatrů v ČR, nedostatečná reforma psychiatrie v ČR.*“ Další doplnil širší kontext: „*Region možná není pro některé odborníky dostatečně atraktivní, navíc došlo k velkému nárůstu osob s duševním onemocněním po covidu – zdravotní systém na to nebyl připraven.*“ Ojediněle zazněla i potřeba silnější podpory



systému a větší koordinace, například ve formě lepšího personálního zajištění či cílených finančních opatření („*Více podpory*“). Jeden z respondentů, který hodnotil situaci jako ani dostatečnou, ani nedostatečnou, upozornil na rozdíly mezi skupinami klientů: „*Služeb je dost, potřeby však velké. Pokud dospělý potřebuje psychiatrickou péči, tak se mu dostane. Špatná situace se týká dětí.*“

Z těchto odpovědí je patrné, že největší disproporce se týkají dětské a dospívající populace, kde poptávka po odborné péči výrazně převyšuje dostupné kapacity. Naopak v oblasti péče pro dospělé se situace postupně stabilizuje, zejména tam, kde působí dlouhodobě etablovaní poskytovatelé a kde se daří propojit zdravotní a sociální služby.

V druhé části dotazníku byla pozornost zaměřena na zkušenosti respondentů se zlepšením kvality služeb pro osoby s duševním onemocněním v jejich regionu během posledních pěti let. Z výsledků vyplývá, že většina respondentů (10; 67 %) uvedla, že se kvalita služeb mírně zlepšila, zatímco dvě organizace (13 %) zaznamenaly zásadní zlepšení. Pouze tři respondenti (20 %) uvedli, že kvalita zůstala stejná a nedošlo k výrazným změnám. Respondenti dále rozvedli, v jakých konkrétních aspektech se kvalita služeb podle jejich zkušeností zlepšila. Z celkového počtu 15 respondentů tuto otázku doplnilo 12 z nich. Respondenti vnímají, že zlepšení se nejčastěji týká včasnosti, orientace na pacienta, dostupnosti a rozšíření spektra poskytovaných služeb.

Řada respondentů pozitivně hodnotila posun v přístupu odborného personálu, který je podle jejich názoru více zaměřen na potřeby klienta. Jak uvedl jeden z nich:

„*Díky reformě péče o duševní zdraví vnímáme, že v některých zdravotních zařízeních je personál více zaměřen na pacienta. Kladně hodnotíme také zlepšení spolupráce zdravotní a sociální složky.*“

Tento trend potvrzují i další odpovědi, které zmiňovaly „*orientaci na pacienta, lepší přístup některých doktorů*“ či „*změnu přístupu a širší spektrum péče díky provázanosti služeb*“. Několik respondentů vyzdvihlo zlepšení návaznosti mezi zdravotními a sociálními službami, přičemž vznik center duševního zdraví byl vnímán jako zásadní přínos. „*Rozšířením CDZ a spoluprací lůžkové a ambulantní péče došlo ke zlepšení komunikace a předávání informací.*“

Zaznamenáno bylo také zvýšení dostupnosti komunitních služeb a posílení terénní práce („*přibýlo pár ordinací, lépe fungují terénní služby*“, „*zvýšení dostupnosti komunitních služeb díky vzniku CDZ v Ústí nad Labem*“). Několik respondentů zmínilo i moderní formy podpory, například rozvoj aplikací či telefonické konzultace s lékařem, které přispívají k větší dostupnosti péče a jejímu přizpůsobení potřebám klientů. Výsledky tak ukazují, že zlepšení kvality služeb je nejčastěji spojováno s reformou psychiatrické péče, posílením komunitních služeb a lepší provázaností systému, nikoliv s plošným zvyšováním kvality ve všech oblastech. „Naopak žádný z respondentů neuvedl, že by došlo ke zhoršení kvality, což potvrzuje převážně pozitivní trend vnímaných změn.“

U tří respondentů, kteří situaci hodnotili jako neměnnou, převažují vysvětlení související s personální stagnací. Zaznívaly výroky typu: „*Nenavyšuje se počet odborníků v regionu.*“ „*Počet kolegů zůstává v okrese stejný, spíše se stavy snižují.*“

Respondenti se ve třetí otázce vyjadřovali k tomu, zda v současnosti spolupracují, nebo v minulosti spolupracovali s některou z vybraných zdravotnických institucí, například při zajišťování péče o konkrétní klienty či pacienty. Cílem bylo zjistit, jaké instituce jsou v regionálním systému duševního zdraví reálně zapojeny do spolupráce a nakolik je tato spolupráce rozšířená.



Z dat vyplývá, že přibližně polovina respondentů (8 z 15) uvedla zkušenost se spoluprací s konkrétní zdravotnickou institucí, zatímco druhá polovina (7 respondentů) uvedla, že s žádnou z uvedených institucí nespolupracovala. To naznačuje, že v některých regionech je systém spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami stále omezený nebo se odvíjí pouze od osobních vazeb a individuálních případů.

Z organizací, které byly v odpovědích konkrétně zmíněny, se nejčastěji opakovaly Fakultní nemocnice Ostrava, Nemocnice ve Frýdku-Místku a Krajská zdravotní, a.s. (každá po dvou zmínkách). Jednotliví respondenti dále uváděli Psychiatrickou léčebnu Petrohrad, TELEMENS s.r.o., Fakultní nemocnici Brno a Nemocnici Pardubického kraje, a.s.

Toto rozložení ukazuje, že spolupráce se soustředí především do větších nemocnic a specializovaných pracovišť, která poskytují akutní či dlouhodobou psychiatrickou péči. V některých regionech jsou tyto instituce klíčovým partnerem, zatímco jinde zřejmě chybí dostatečně rozvinuté mechanismy spolupráce, případně převažuje spíše izolované fungování jednotlivých článků systému. Zkušenosti organizací se spoluprací se zdravotnickými institucemi jsou převážně pozitivní, přičemž tam, kde tato spolupráce probíhá, je obvykle hodnocena jako funkční, vstřícná a odborně kvalitní. Respondenti oceňují zejména dobrou komunikaci, profesionální přístup pracovníků a ochotu ke spolupráci při řešení individuálních případů, což podle nich přispívá k vyšší kontinuitě péče a efektivnějšímu navazování služeb. Pozitivní zkušenosti se nejčastěji vztahovaly k větším zdravotnickým zařízením, jako jsou Fakultní nemocnice Ostrava, Nemocnice ve Frýdku-Místku, Psychiatrická léčebna Petrohrad či společnost TELEMENS s.r.o., které byly hodnoceny jako spolehliví partneři se zájmem o mezioborovou spolupráci.

Negativní zkušenosti byly spíše okrajové a dílčí, týkaly se především kapacitních omezení a dlouhých čekacích dob. Výjimkou byla ojedinělá připomínka ke kvalitě péče v konkrétním zařízení, která však nepředstavuje obecný trend. Z odpovědí je patrné, že hlavní problém nespočívá v nízké kvalitě spolupráce, ale spíše v její nerovnoměrné dostupnosti – v některých regionech je provázání zdravotních a sociálních služeb na velmi dobré úrovni, jinde zůstává spíše formální či zcela chybí.

Kompletní vyhodnocení celého dotazníkového šetření viz příloha 7.3.2 Dotazník: Dostupnost specializované péče o duševní zdraví.

Zjištění z případových studií

Projekty sledované v případových studiích přispívaly ke zlepšení regionální dostupnosti psychiatrické péče různorodým způsobem, což ilustruje níže uvedený přehled, kde jsou zkušenosti z případových studií rozděleny do několika kategorií dopadů:

- **Okrajová (nepřímá) změna:** Projekt ovlivnil regionální dostupnost psychiatrické (komunitní) péče jen okrajově.
 - Do této kategorie spadají projekty, kde sice došlo ke zlepšení podmínek poskytování služby (kvalitnější prostředí, efektivnější organizace), ale nedošlo k přímému rozšíření kapacity či dostupnosti služby – ta se projeví může v některých situacích projevit až později, neboť se předpokládá, že díky efektivnějšímu fungování se poskytovaná služba rozšíří (kapacitně nebo regionálně).
 - Tento typ dopadu byl zaznamenán jen v jednotkách případových studií.



- **Mírná pozitivní změna:** Díky projektu se zlepšila regionální dostupnost psychiatrické (komunitní) péče, a to buď zvýšením kapacity nebo rozšířením regionální dostupnosti služby
 - Do této kategorie řadíme intervence IROP, díky kterým se zvýšila kapacita psychiatrických služeb, a to nejen služeb komunitního typu, ale obvykle šla ruku v ruce s rozšířením lůžkové či ambulantní péče – jde tedy zejména o rekonstrukci již dosluhujících budov psychiatrických klinik v nemocnicích či výstavbu nových.
 - Tato změna je z pohledu kvality péče obvykle velmi zásadní – psychiatrická péče je poskytována v nových prostorech, s moderním vybavením a celou řadou zlepšení oproti dosavadní situaci. Dochází tedy k humanizaci, což je rovněž jeden z pilířů reformy psychiatrické péče. Obvykle ale u něj nedochází k rozvinutí nové služby, ale spíše ke zvýšení kapacity té stávající - např. počtu míst v denním stacionáři.
 - Zvýšení kapacity přitom může být i poměrně velké, nedochází ale ke změně v regionální působnosti služby.
 - Tento typ dopadu byl zaznamenán zhruba u třetiny případových studií.
- **Zásadní pozitivní změna:** Projekt měl významný dopad na kapacitu služby a změnu v regionální dostupnosti.
 - Jde o projekty, které přispěly jednak k rozšíření kapacity stávajících služeb, ale zároveň došlo také ke zprovoznění zcela nového typu služby či k rozšíření působnosti služby do dalšího regionu, kde dříve nepůsobil,¹⁵ např.
 - vznikem mobilních terénních týmů působících v domácnostech klientů,

zprovozněním Centra duševního zdraví, které s pacienty pracuje i mimo "objekt" nemocnice. Z výše uvedeného vyplývá, že u většiny případových studií se daří zaznamenat naplňování očekávaného dopadu. Jinými slovy, díky projektům dochází k zásadní pozitivní změně v regionální dostupnosti psychiatrické péče, a konkrétně též i komunitní psychiatrické péče. To se projevuje zvýšením počtem pacientů, které je instituce schopna obsloužit (doložené navýšení kapacity denního stacionáře, počtu lůžek a okamžité kapacity ambulance), a zároveň zvětšením regionu, ve kterém je psychiatrická péče poskytována. S tím souvisí například to, že neustále roste význam asertivních kontaktů přes CDZ. V jednom případě je odhadováno, že až cca 50 % pacientů je do CDZ přijímáno díky působnosti mobilního týmu.

„Dnes je cca 50 % pacientů CDZ přijímáno na základě zlepšené podoby dodávané služby prostřednictvím CDZ a jejich mobilních týmů, které mají k dispozici několik automobilů pro práci u pacientů v terénu.“
CDZ, červenec 2025

Je nutno nicméně podotknout, že velikost projektu s mírou zlepšení nijak nesouvisí. Největší výdajová složka je u většiny z hodnocených projektů spojená s investiční aktivitou, tedy výstavbou nebo modernizací budov. Jen menší část souvisí s navýšením kapacit lůžkové a ambulantní péče, okrajová část pak s navýšením kapacity či dostupnosti služby komunitní péče. Projekty tedy naplňují cíl v podobě zlepšení regionální dostupnosti různých typů komunitní péče, jedná se obvykle o vedlejší dopad oproti hlavnímu dopadu projektu (v přepočtu na prostředky

¹⁵ Tento typ dopadu byl zaznamenán cca u dvou třetin z hodnocených případových studií.



zaměřené na daný dopad), kterým je obvykle humanizace – tj. zkvalitnění podmínek psychiatrické péče pro pacienty (ale i lékařský personál) a navýšení kapacity lůžkové a ambulantní péče (zejména u velkých projektů realizovaných v areálech nemocnic). Výjimku v tomto ohledu představují projekty, kde posílení služby komunitní péče hraje ústřední roli – jde o projekty zaměřené na rozvoj mobilních terénních týmů nebo projekty soustředěné na rozvoj CDZ.

Dle oslovených pacientských organizací, které se na problematiku dívají z jiného úhlu pohledu (reprezentují pohled pacientů), vyplývá, že dostupnost komunitní péče se zlepšila, ale nerovnoměrně. V některých regionech je nabídka služeb bohatší, jinde chybí. Informovanost pacientů o službách je roztržštěná a často závisí na aktivitě konkrétních organizací.

„Klienti o komunitních službách nevědí, většinou se to dozví právě u nás. Buď se to dozví u nás, protože máme poradny, nebo v lepším případě na obecním úřadě, kde je sociální pracovník. Dost lidí se to dozví na internetu. Ale další problém je, že rozhodně ta informovanost je roztržštěná a je toho strašně moc. A ti lidé potom, když už vědí, tak zase jsou z toho zmatení.“

Pacientská organizace, srpen 2025

„Tyto služby jsou dostupné pouze pro šťastnou část populace. Terénní týmy zatím možná stačí k lidem, kteří mají domov, ale nestačí na bezdomovce, kde je obrovské procento duševně nemocných. S těmi je velice obtížné pracovat.“

Pacientská organizace, září 2025

Můžeme tedy říci, že intervence v zásadě mají dopad na zlepšení regionální dostupnosti psychiatrické (komunitní) péče: navýšením kapacity psychiatrické péče (nejčastěji rozšířením lůžkové a ambulantní péče v nemocnicích nebo zavedením či posílením služby CDZ), posílením dostupnosti služeb psychiatrické péče (nejčastěji rozšířením oblasti, ve které CDZ a terénní služby působí). U většiny projektů je ale hlavním dopadem zvýšení kvality péče (především zkvalitněním prostředí, ve kterém psychiatrická péče působí) - tedy humanizace, což je ale také jeden z pilířů reformy psychiatrické péče.

4.8 EO 10: Jaké typy komunitní péče (podporované z IROP) se osvědčily (a jaké typy chybí)?

Nejvýrazněji se deinstitutionalizace projevuje u projektů, kde došlo ke vzniku či významném rozšíření mobilních terénních týmů, ať už jako samostatné služby nebo v rámci Center duševního zdraví. Tato komunitní forma péče má vliv na snižování četnosti hospitalizací a obecně zvýšení informovanosti o duševním zdraví. V současné době ale tyto služby nejsou k dispozici na celém území ČR, ale pouze v konkrétních regionech, čímž dochází k prostorové diferenciaci dostupnosti psychiatrické komunitní péče. Ačkoliv rozvoj komunitní péče představuje jen jeden z dílčích cílů obvykle šířeji pojatých projektů, spojení rozvoje služeb komunitní péče s velkými investičními akcemi se ukazuje jako smysluplné, neboť se tím pro příjemce zvyšuje atraktivita takového projektu.

V této otázce podrobněji rozebíráme zkušenost jednotlivých projektů zařazených do případových studií s fungováním služeb komunitní péče. Většina projektů měla zkušenost se rozšiřováním nebo zaváděním služeb komunitní péče přes projekt. Jak již ale bylo řečeno u předchozí evaluační otázky, liší se význam, jaký zavádění komunitních služeb u jednotlivých projektů hrálo:



- Plzeň
 - Pro rozvoj komunitní péče nebyl tento projekt nijak relevantní. Projekt se zaměřil na zkvalitnění stávajících služeb a zvýšení komfortu.
- Pardubice
 - Došlo k postavení nové psychiatrické kliniky, do které se soustředila psychiatrická péče původně rozdělena do několika různých a již dosluhujících budov. Došlo k zásadnímu zlepšení komfortu pro pacienty i lékařský personál a zefektivnění činnosti celého psychiatrického oddělení nemocnice. Tyto efekty dopadly i na již dříve fungující denní stacionář. U něj došlo přesunem do kvalitnějších prostor jednak k navýšení kapacity (z 15 na 25 míst, čímž se stacionář stal výrazně dostupnějším pro pacienty oddělení, které je spádové pro celý Pardubický kraj) a jednak k zefektivnění doprovodných aktivit stacionáře – pacienti docházejí na počítačové kognitivní tréninky přímo v jedné budově, nemusí je někdo převádět z jedné budovy na druhou tak, jak tomu bylo dříve.
- Petrohrad
 - Projekt se primárně zaměřil na rozvoj mobilních terénních týmů, které působí v regionech okolo psychiatrické léčebny, navštěvují pacienty v jejich domácnostech a poskytují jim podporu. Jednalo se o zavádění zcela nové služby, se kterou léčebna dosud neměla žádnou zkušenost. Zavedení služby předčila očekávání a po skončení projektu došlo ke vzniku dalších dvou terénních týmů (nad rámec původních dvou, které vznikly v rámci projektu) a tato činnost nadále posiluje svůj význam. Dopadem aktivit je snížení míry hospitalizace pacientů, zvýšení důvěry, a tedy i vyšší otevřenost pacientů, ale dále třeba i to, že léčebna má nyní znalost o situaci pacienta i poté, co léčebnu opustí, což dříve nebylo. Došlo tak i ke zvýšení kontinuity péče.
- Brno Ambulance
 - V psychiatrické ambulanci došlo ke vzniku tří skupinových stacionářů po osmi lidech, zároveň se standardní činnost ambulance rozšířila o psychoterapeutickou péči a o komplexní klinickou psychodiagnostiku. Nabídka služeb pro pacienty se tedy výrazně rozšířila.
- FN Brno
 - Došlo k plnohodnotnému zprovoznění CDZ, které zde fungovalo již od roku 2017, ale až nyní mohlo zcela naplňovat platný standard péče poskytovaný v centrech duševního zdraví vydaný Ministerstvem zdravotnictví ČR. Doposud fungující multidisciplinární tým se přetvořil v plnohodnotné CDZ poskytující zdravotně-sociální služby a poskytující podporu klientům i v terénu. Role terénu se tím posílila, a i nyní představuje činnost v terénu klíčovou způsob, přes kterou se pacienti dostávají na kliniku.
- Frýdek-Místek
 - Díky projektu došlo ke vzniku zcela nového CDZ včetně moderního zázemí či služebních automobilů. Vznikla tak zcela nová služba, vznikl multidisciplinární tým, který působí na území správního obvodu obce s rozšířenou působností. Přináší tak do regionu nový prvek v podobě mobilního týmu působícího v domácnostech a obecně mimo území nemocnice. Doposud tuto formu činnosti prováděly pouze sociální služby, nyní se ale jedná o komplexní zdravotně-sociální službu.
- Přerov



- CDZ fungovalo v případě Přerova již před realizací projektu. Ten ale přispěl k výraznějšímu provázání CDZ s místní poliklinikou, neboť došlo k přesunu CDZ do nových budov bezprostředně navazujících na místní polikliniku. Zároveň bylo rozšířeno technické vybavení pro multidisciplinární tým, díky kterému se zintenzivnilo působení pracovníků CDZ v terénu, spádová oblast se přitom postupně rozšiřuje a již nyní přesahuje hranice samotného SO ORP Přerov. Rozšíření spádové oblasti je dáno i zlepšeným vybavením a zázemím služby.
- Ostrava
 - Díky projektu došlo k vybudování nové kliniky a zřízení Centra duševního zdraví zaměřeného na dětské pacienty – zvětšilo se tak spektrum nabízených služeb v regionu, CDZ pro dětské pacienty působí i v místě jejich bydliště.

K nejvýznamnějším změnám tedy dochází u projektů, kde došlo ke vzniku nového typu služby, nejviditelnější (a zároveň nejlépe pozorovatelný) je dopad tam, kde vznikl mobilní terénní tým, ať už samostatně nebo rozšířením aktivit v rámci CDZ. I dle patientských organizací se osvědčily především terénní služby, které aktivně vyhledávají klienty, a centra duševního zdraví. Tyto formy péče umožňují flexibilní a individuální přístup. Působení lékařského personálu v domácnostech klientů má významný dopad na snižování počtu hospitalizací a rozvoj informovanosti o psychiatrické péči. K pacientům se tým může dostat i na základě doporučení od třetí osoby, psychiatrická péče už tedy nestojí na tom, že se pacient musí dostavit do ambulance nebo obecně do nemocnice. Zřizování CDZ a mobilních terénních týmů má pochopitelně vliv na personální kapacity lékařů, sester či sociálních pracovníků v regionu. Nutně tedy dochází k „přetahování“, tedy k tomu, že si nová služba personál zajistí tak, že jej přetáhne z ostatních institucí psychiatrické péče.

„Podařilo se předejít velkému počtu hospitalizací tímto způsobem. Problém se vyřeší hned v zárodku. Snížení relapsů a delších remisí. Třeba dříve byly hospitalizováni 3x za rok, nyní 7 let bez hospitalizace.“

CZD, srpen 2025

„V tom regionu může zavolat třeba soused. Říct do telefonu, že má za souseda člověka, který je křičící zavřený v bytě, již 3 dny nevychází, prosím přijďte se na něj podívat.“

Nemocnice, červenec 2025

Za problematické je považováno i to, že tyto služby jsou nadále omezeny jen na konkrétní regiony; v regionech, kde tyto služby nikdo neposkytuje, rozvoj psychiatrické péče pokračuje jen velmi pomalu. Existuje tedy poměrně výrazně regionální diferenciaci. Díky projektům tedy došlo k významnému posunu v kvalitě, kapacitě a dostupnosti psychiatrické péče v daném regionu. Nutné je ale opět podotknout, že řada těchto aktivit mohla vzniknout jen díky tomu, že se provázala s velkými investičními akcemi u dané instituce – modernizací či výstavbou nových budov. Díky tomu byla pro instituce dostatečně atraktivní a bylo možné projekt zdárně posouvat. Ačkoliv tedy rozvoj komunitních služeb představuje de facto „spotřeboval“ jen malou část prostředků, která do projektů směřovala, kritická velikost a atraktivita projektu hrála důležitou roli, aby existovala vůle pro jeho realizaci. Platí přitom, že i humanizace je jednou z klíčových oblastí reformy psychiatrické péče.

„Určitě by bylo fajn, kdyby vznikalo větší množství center pro duševní zdraví, ten rozvoj se docela zarazil.“

Pacientská organizace, srpen 2025



4.9 EO 11: Do jaké míry přispěla intervence k restrukturalizaci služeb a vytvoření sítě zařízení poskytujících péči napříč společností?

Klíčovým dopadem intervence IROP byla dle zjištění z případových studií především proměna prvního kontaktu s klientem. Ta se změnila buď díky významné investici, čímž se zlepšilo prostředí a spojily se roztříštěné agendy – to je platné zejména u nových klinik. Pacient přichází do místa, které je výrazně přehlednější, je o něj systematicky postaráno a tím se zvyšuje úspěšnost podpory. Druhým způsobem změny prvního kontaktu je rozvoj působení institucí v terénu, ať už prostřednictvím terénních služeb nebo v rámci CDZ; díky tomu se postupně zvyšuje podíl osob, které jsou tímto způsobem v terénu zachyceni a včas podchyceni, čímž se snižuje riziko hospitalizace. Zdravotnický personál tak čím dál častěji pracuje v terénu, což na jednu stranu vede k lepšímu poznání klienta, a tedy lepší diagnostice, na druhé straně klade velký důraz na flexibilitu a mobilitu.

Co se týče rozvoje spolupráce, v menším počtu případů vedly intervence IROP ke vzniku zcela nové podoby spolupráce a rozšíření spektra aktérů, s nimiž příjemce spolupracuje – zejména tam, kde se příjemce dostal do zcela nové role v regionu (vznik terénní služby, vznik nového CDZ). Ve většině ostatních případů došlo k zintenzivnění již existujících spolupráce, např. ve formě častějších návštěv dalších subjektů (např. terénních služeb) v nemocnicích. V menším počtu případů se intervence IROP dosud zásadně neprojevila na podobě spolupráce s dalšími aktéry. Nutné je ale podotknout, že míra prohlubování spolupráce souvisí s aktivitou personálu dané instituce a je jen okrajově – nepřímo – ovlivněna dopady projektů, především pak těch, které mají dominantně investiční charakter.

V otázce zaměřené na restrukturalizaci služeb a rozvoj sítě zařízení jsme se zaměřovali na proměny, které měly projekty v procesní oblasti – tedy jaké procesy se proměnily uvnitř podpořené instituce, ale také k jakým změnám došlo v oblasti vnějších procesů - tzn. v oblasti spolupráce. Otázka tedy byla řešena hledáním odpovědi na dvě dílčí podotázky:

- U kterých skupin pacientů se mění podoba poskytované podpory přes daný typ péče z hlediska délky působení u jednotlivých zařízení psychiatrické péče?
- Jak se v daném regionu mění dynamika vztahu mezi psychiatrickými nemocnicemi a ostatními – především nově vzniklými – formami poskytované psychiatrické péče?

Podpora poskytované podpory směrem k pacientům se vlivem projektu mění jednak tím, že konkrétní služba či typ poskytované péče mění svoji podobu, ale také tím, že jsou pacientům poskytované jiné druhy služeb než doposud. Všeobecným dopadem patrným u všech hodnocených případových studií byla humanizace – tedy zkvalitnění podmínek péče a s tím související posílení důstojnosti. To je nutné chápat v širokém pojetí, protože podmínky se modernizací prostor zlepšují nejen pro pacienty, ale i pro zdravotní personál. V případových studiích byly zaznamenány časté zkušenosti, kde samotný personál nedisponoval dostatečným zázemím, chybějícími prostory pro převlékání nebo např. tím, že péče o pacienty byla poskytována přímo v kanceláři přednosta. Modernizace prostor tedy byla zásadním a velmi viditelným dopadem, který má v konečném důsledku vliv i na poskytování péče.

Vybudováním nových prostor často došlo ke změně systému poskytování péče. Vznikaly recepce, přes kterou jsou pacienti správným způsobem směřováni, jasně definované prostory, kde pacienti čekají na vyšetření, došlo také ke zvýšení bezpečnosti tím, že přístup do nových prostor je zabezpečen čipy/klíči. V případě Plzně, Pardubic nebo Brna došlo díky zvětšení prostor k jejich specializaci, tedy že každý prostor slouží k něčemu jinému a neprobíhá



všechno v jedné místnosti jako doposud (např. samostatně poskytována psychoterapie, samostatně následná péče apod.). Spojením do jedné budovy odpadla nutnost přecházet mezi jednotlivými objekty, což výrazně urychluje proces poskytování péče.

Specifické změny nastaly u institucí, kde došlo k rozšíření péče o další formy. V případě nemocnic a léčeben, kde se rozvinula terénní forma podpory (mobilní tým, CDZ) došlo ke změně rolí jednotlivých pracovníků, posílila se úloha těch, kteří s klientem pracují "venku" mimo nemocnici, nyní častěji vstupují "dovnitř" a s pacientem nadále komunikují a poskytují mu podporu (např. Petrohrad). Posílila se tak i role individuálního plánování; zatímco dříve nemocnice po odchodu pacienta neměla žádnou možnost pozorovat jeho další rozvoj až do té doby, než byl hospitalizován znovu, díky kontaktu s mobilním týmem je možné klienta i po opuštění nemocnice pozorovat, doprovázet a snižovat tak riziko opakované hospitalizace. Posílilo se tím i individuální plánování, které tak v některých institucích začali ve větší míře využívat (Petrohrad, Přerov, Frýdek-Místek). Uvedené změny mají dopad obecně na všechny skupiny pacientů, které jsou v rámci psychiatrické péče podporovány. Lze ale definovat i konkrétní skupiny pacientů, u nichž došlo ke zlepšení jejich situace:

- Dětské pacienty, na které se některé z podpořených CDZ zaměřily a tím se intenzita jejich podpory v daném regionu zásadně změnila (Ostrava)
- Nejagresivnější typy pacientů, s nimiž si doposud nemocnice nebyla schopna sama poradit a byli odesíláni jinam, nyní zůstávají v nemocnici, neboť disponují prostory a technickými možnostmi, které jim dříve k vykonávání této aktivity chyběly.

Za naprosto zásadní je u těchto projektů považována změna podoby prvního kontaktu s klientem. Nejde jen o lepší organizaci prostorů způsobenou modernizací, ale zvyšuje se také role prvního kontaktu prostřednictvím práce v terénu. Pro pacienty je mnohdy výrazně snadnější se obrátit o pomoc na tento typ služby než sami aktivně vyhledat pomoc v ambulancích nebo nemocnicích. U jednoho příjemce dokonce zaznělo, že první kontakt léčebny s daným pacientem přes mobilní terénní službu představuje dokonce 50 % všech prvních kontaktů, což je výrazná změna oproti situaci před několika lety, kdy žádná terénní služba u dané léčebny nepůsobila.

Druhou řešenou oblastí byla změna ve spolupráci. U případových studií se nám ji podařilo u většiny projektů zaznamenat, nutno je nicméně podotknout, že jen v menší míře se jednalo o přímý dopad projektu. Větší roli hrála v tomto případě aktivita personálu, která se ale neodvíjí od toho, v jakých prostorech instituce působí. Je pochopitelné, že větší síť kontaktů disponují instituce, které fungují již delší dobu (Přerov, Brno FN). Projekty přispěly k zintenzivnění spolupráce spíše nepřímou - například tím, že v nových prostorech je více možností pro pořádání pravidelných setkání se zástupci relevantních sociálních služeb v regionu (Pardubice), nebo tím, že rozvojem individuálního plánování se zvyšují nároky na komunikaci s dalšími institucemi, které pacientům poskytují péči - oproti předchozí situaci, kdy byl tok informací spíše jednostranný (ambulance -> nemocnice) se častěji objevují situace, kdy si instituce vyměňují informace oboustranně (ambulance <-> nemocnice), kdy i samotná ambulance pracuje s informacemi získanými z nemocnice nebo léčebny, aby mohla nastavit vhodný způsob další práce s pacientem.

Rozvoj terénní práce (Frýdek-Místek, Petrohrad, Přerov, Ostrava) vedl také k nutnosti více spolupracovat s aktéry v regionu. Mobilní terénní týmy tak aktivně oslovují psychiatrické ambulance, aby i lékaři věděli, že se na ně mohou obrátit. Spolupráce mezi mobilním týmem a soukromou psychiatrickou ambulancí se rozvíjí také při doprovázení pacientů, což je jednou z běžných činností terénní služby. Třetím rozměrem, přes kterých se spolupráce rozvíjí, je pak koordinace se sociálními službami, která je součástí komunitního plánování služeb na úrovni měst a obcí s



rozšířenou působností. Mobilní týmy se tak nově zapojují do procesů, do nichž dříve zapojeni nebyly, navazují nové kontakty se sociálními službami (Fokus, PDZ) a to jim umožňuje také koordinovat svou činnost tak, aby se jejich aktivity nepřekrývaly, protože v určitých ohledech je činnost mobilního týmu podobná činnosti některých terénních druhů sociálních služeb.

„Z našeho pohledu spíše došlo ke zlepšení v tom, jak se navazuje na předchozí léčení a zkušenosti pacientů, ale zároveň dochází v regionu k přetížení ambulantní péče, takže je složitější navázat pacienty na návaznou ambulantní psychiatrickou péči. Máme intenzivnější procesy a nástroje, jak navazovat pacienty, ale chybí nám partneři, na který bychom mohli dostatečně navazovat.“

Nemocnice, srpen 2025

Pacientské organizace také reflektují zvyšující se intenzitu kooperace, upozorňují ale na některé nedostatky, např. že v některých případech existují paralelní systémy, které spolu tolik nekomunikují (krajské sociální služby vs. celorepublikové služby přímo pod MPSV). Hovoří i tom, že u některých léčeben je stále těžké najít si vhodnou podobu spolupráce.

„Máte síť služeb sociálních, která je pod krajem a vytváří si síť v podstatě uzavřenou. Nikdo jiný se do systému síťování nedostane. A to samé platí pro psychiatrická zařízení.“

Pacientská organizace, srpen 2025

„Jsou léčebny, které nás vůbec k pacientům nepustí. Pak jsou léčebny, které chtějí. Nevím, z jakého je to popudu. Někdy mám pocit, že nás tam nechťejí, protože tím, že tam chodíme, ukazujeme, že nestačí na svou práci.“

Pacientská organizace, srpen 2025

„Na odděleních, kde jsme zavedení, nás většinou vítají. Ale na odděleních, kam jsme ještě nepronikli, mají pocit, že bychom jim tam lezli pod pokličku a něco provedli.“

Pacientská organizace, září 2025

„Komunitního plánování na městské části Praze 12 je velmi dobré, baví mě to. Zároveň nemám iluze, že by se to dělo nějak plošně.“

Pacientská organizace, červenec 2025

4.10 EO 12: Jakým způsobem přispěla intervence ke zvýšení kvality psychiatrické péče?

Různorodá podoba projektů měla dopad i na různorodost dopadů v oblasti kvality. Za nejvýznamnější dopady na kvalitu lze považovat zvýšení kontinuity poskytované péče, kdy k standardní péči nově přibýly služby komunitní péče – zejména CDZ a mobilní týmy, které působí i domácnosti klienta a udržují s ním kontakt. Díky tomu se daří udržovat komunikace i poté, co klienty léčebná zařízení opouští. S tím pak souvisí snížené riziko dalších hospitalizací, posílení individuálního plánování. Obecně lze konstatovat, že projekty ve větší míře cílí na humanizaci než na deinstitucionalizaci. Projekty zlepšily prostředí v psychiatrických zařízeních a posílili návaznost na komunitní formy péče. Další zaznamenané dopady jsou v oblasti bezpečnosti, rovného přístupu, včasnosti nebo orientace na pacienta.



Změnu ve kvalitě psychiatrické péče jsme hodnotily v celkem sedmi kritériích:

- Bezpečnost (Cítí se pacienti nebo personál bezpečněji?)
- Efektivita (Jsou některé administrativní či organizační procesy prováděny efektivněji?)
- Orientace na pacienta (Klade se větší důraz na požadavky pacientů?)
- Rovný přístup (Je instituce schopna pomoci komukoliv bez rozdílu?)
- Včasnost (Snížily se čekací lhůty?)
- Účinnost (Došlo u některých činností ke snížení námahy, které bylo potřeba na jejich provedení?)
- Kontinuita (Došlo ke zlepšení v tom, jak se navazuje na předchozí léčení/zkušenosti pacientů?)

Bezpečnost

Posílení bezpečnosti bylo součástí všech projektů majících investiční charakter; nové prostory jsou lépe chráněny a neumožňují zcela neomezený pohyb lidí, kteří na kliniku přijdou zvenku (což doposud u některých institucí bylo možné), bezpečnost se tak zvýšila nejen pro samotné pacienty, ale i pro personál. Určité prostory byly nově vybaveny tak, aby se snížilo riziko sebepoškozování pacientů.

Efektivita

Do této oblasti se řadí celá řada dopadů jmenovaných u odpovědi na dříve uvedené evaluační otázky. Jde o zlepšení organizace provozu kliniky či ambulance, kdy nedochází k míchání lůžkových a ambulantních pacientů, vzniká recepce či rozšiřuje se tým podpůrných pracovníků zaměřených na řízení provozu instituce (Pardubice, Přerov, Brno FN, Ostrava). Velmi zásadní je dopad, kdy navýšením kapacity dochází ke zvýšení množství odbavených pacientů (Brno Vyhlička, Ostrava, Pardubice), rozvoj terénních služeb vede ke zvýšení flexibility do té doby relativně rigidního systému péče – neboť konkrétní podobu činnosti je možné plánovat operativně, s denním předstihem. Klíčový dopad na efektivitu – jedná se o naprosto zásadní dopad potvrzující potřebnost reformy psychiatrické péče – je snížení rizika opakované hospitalizace pacientů tam, kde probíhá průběžná podpora v jejich domácnostech. Na konkrétních datech se to projevuje v několika regionech, které byly zařazeny do případové studie (Petrohrad, Frýdek – Místek, Brno FN).

Orientace na pacienta

Ta se projevuje především tím, že služby působí v domácnosti pacienta, umožňují mu tak zůstat v jeho domácím prostředí a zvyšují tak vzájemnou důvěru a otevřenost. Dalším pozitivem je v tomto ohledu získávání nových informací o sociálním zázemí pacienta, což má významný vliv na podobu nastavené péče. Kvalitnější prostředí v nových modernizovaných prostorech pak může být ilustrováno např. tím, že vznikají prostory se zelení, kde se hospitalizovaní pacienti mohou pohybovat, což má (pozitivní) vliv na jejich psychiku (Brno FN, Pardubice). Patří sem ale také zřízení specifických míst pro kuřáky, kterých je mezi pacienty psychiatrické péče poměrně významné množství.

Rovný přístup

Toto kritérium bylo u hodnocených případových studií naplňováno např. tím, že vznikly bezbariérové prostory, což v některých případech znamenalo velmi významnou proměnu oproti dosavadní situaci, patří sem ale také rozšíření kapacity dané služby, neboť díky tomu je možné vyjít vstříc většímu množství pacientů, nejen těm, kteří mají akutní problémy. Není tak nutné odmítat nebo posílat jinam (viz příklad agresivnějších klientů, Brno FN).



Včasnost

Délka čekání je dopadem, který lze zařadit do tohoto kritéria. Byly zaznamenány jako pozitivní dopady (včasnější využití např. denního stacionáře, který má vyšší kapacitu), tak i ty negativní (prodloužení čekací doby vlivem výraznému nárůstu pacientů). Pozitivní je v tomto ohledu dopad na počet lůžek i zvýšené kapacita ambulance, což podle zjištění z případových studií jsou prokazatelné dopady u všech projektů, které měly především investiční charakter. Včasnost je za klíčový dopad považována i ze strany patientských organizací.

Účinnost

Zde je patrná role zlepšeného materiálně-technického vybavení, zejména tam, kde došlo k posílení již fungujících služeb (CDZ, Brno FN), což má dopad na flexibilitu a intenzivnější možnost práce v terénu. Snížení námahe v organizaci (kdy např. zdravotní sestry již nemusí působit na recepci, na kterou jsou nově vyčleněni samostatní pracovníci) je ale často vyváženo zvýšením administrativy.

Kontinuita

Posílení kontinuity je nutné vnímat především v kontextu toho, že se daří lépe sdílet informace a zároveň se daří získávat nové, které dosud nebylo možné jinak zajistit. Myšlen je tím již dříve zmíněný rozvoj individuálního plánování, zobousměrnění toku informací mezi nemocnicí a ambulancí a možnost získat informace o sociálním zázemí pacienta díky tomu, že se mobilní týmy vydávají přímo do jeho domácnosti, a proto už získávání těchto informací nestojí jen na tom, co řekne sám pacient nebo jeho doprovod. I na tomto relativně úzkém vzorku 12 případových studií je tedy možné zaznamenat poměrně různorodé formy dopadů na kvalitu péče.

„S výjimkou oddělení hemato-onkologie a kožního oddělení, kde je konstantní a trvalá poptávka, má psychiatrie s takřka 90 % obsazeností nejvyšší obloženost lůžek v rámci FN OVA. Historicky byla poptávka nad dostupnou kapacitu řešena odesláním do psychiatrické nemocnice v Opavě. Dnes je stále využívána spolupráce s psychiatrií v Opavě, ale nepředstavuje více než cca 3 % pacientů.“

Nemocnice, červenec 2025

„V mém okolí určitě vnímám, že je péče efektivnější. Ale zároveň si dovedu představit, že je mnoho rigidních odborníků, kteří si jedou pořád svoje a nebudou mít hlavu otevřenou pro nové přístupy.“

Pacientská organizace, červenec 2025

Také z dotazníkového šetření zaměřeného na další organizace v oblasti duševního zdraví lze k výše uvedeným zjištěním doplnit, že vnímání kvality služeb péče o duševní zdraví je celkově pozitivní, a to i přes přetrvávající limity, které brání hlubšímu systémovému rozvoji. Většina respondentů zaznamenala zlepšení, přičemž změny se nejčastěji dotýkají komunikace s klienty, dostupnosti služeb, návaznosti péče a mezioborové spolupráce.

4.11 EO 13: Které výsledky intervence v oblasti psychiatrické péče jsou udržitelné (i po ukončení financování ze zdrojů ESIF a za současného stavu legislativy) a jaké jsou – případné – hlavní bariéry udržitelnosti (a příp. rozvoje)?

Na základě zkušeností příjemců z případových studií lze hovořit o tom, že pokud nedojde k zásadní změně v nastavení úhradové vyhlášky a systému financování provozu sociálních služeb, je zajištěna u všech projektů



vyšší míra udržitelnosti. Rizikem do budoucna mohou být výdaje na provoz nově postavených budov, které do budoucna mohou snižovat rentabilitu projektů, pokud s nimi nebylo do budoucna v dostatečné míře počítáno. Největší bariérou jsou ale každopádně bariéry personální, nedostatek pracovníků a kvalifikovaných odborníků, přičemž nejčastěji se hovoří o nedostatku zdravotních sester, na kterých leží podstatná tíha služeb komunitní péče, a dále odborníků zaměřených na dětskou psychiatrii. V praxi přitom dochází spíše k soutěžení jednotlivých institucí, zajištění personálu se tedy daří obvykle díky tomu, že jinde se situace zhorší. Množství nových profesionálů v této oblasti nepřibývá v dostatečné míře.

Aspekt udržitelnosti je hodnocen na základě toho, do jaké míry je pravděpodobné, že se daný typ aktivit podaří udržet i v následujících 5 letech, a to v návaznosti na stav, který v podpoře psychiatrické péče platí nyní (např. nastavení úhradové vyhlášky).

V souvislosti s udržitelností projektů zařazených do této případové studie (ale týká se to obecně projektů v tomto specifickém cíli a IROP obecně) je nutné odlišovat v zásadě dva aspekty udržitelnosti:

- Udržitelnost aktivit podpořených přes projekt
- Udržitelnost modernizovaných/nově postavených provozů

Co se týče udržitelnosti aktivit, ze strany oslovených příjemců v případových studiích převažuje optimistický pohled, který stojí na tom, že většina nově vzniklých aktivit je postavena na úkonech hrazených zdravotními pojišťovnami, a pokud se výši úhrad podaří udržet minimálně na současné bázi, je zachování aktivit vysoce pravděpodobné. Vyšší míru jistoty mají v tomto ohledu aktivity navázané na nemocnice, kde jsou nová zařízení většinou součástí dlouhodobých rozvojových plánů nemocnic (Brno, Ostrava, Pardubice) a jsou spojené s velkými investičními akcemi. Pokud se již podařilo takové plány prosadit, znamená to, že se s nimi počítá dlouhodobě, a nikoliv jen nárazově podle aktuální udržitelnosti. U menších provozů (ordinace, neziskové organizace) se situace ve větší míře odvíjí od toho, jak úspěšně se pomocí dalších příjmů podaří vykryt nároky, které s sebou provoz těchto aktivit přináší, neboť úhradová vyhláška sama o sobě nezaplátí veškerý provoz spojený poskytováním služeb. Pro příjemce tohoto typu zařazené do případové studie se nicméně jedná o ústřední činnosti. Jak bylo uvedeno o předchozích otázkách, projekty pomohly ve většině případů zvýšit regionální dostupnost služeb, v případě neudržitelnosti by tedy docházelo maximálně k omezování rozsahu než k úplnému rušení daných služeb.

Prakticky to znamená, že i otázka udržitelnosti aktivit je v konečném důsledku silně odvislá od schopnosti financovat samotný provoz. Ze strany dvou příjemců zaznělo, že náklady na údržbu budov budou do budoucna poměrně vysoké a mohou ovlivnit budoucí udržitelnost.

V případě CDZ hraje navíc roli způsob, jakým se v rámci krajů rozdělují dotační prostředky MPSV na provoz sociální části těchto služeb. To se odvíjí primárně od nastavené střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb v jednotlivých krajích, které potřebnost center duševního zdraví začínají ve čím dál větší míře reflektovat.

Zkušenosti z případových studií lze tedy opět rozdělit do dvou skupin:

- Projekty, kde se řešení udržitelnosti zužuje na řešení udržitelnosti provozu
 - Jedná se především o ryze investiční projekty, kde nedošlo k zásadnímu rozšíření služeb, ale spíše k modernizaci a zefektivnění provozů (Pardubice, Plzeň)
- Projekty, kde je relevantní udržitelnost řešit zejména v kontextu udržitelnosti nově vzniklých aktivit
 - Jde zejména o rozvoj mobilních terénních týmů, vznik nebo rozšíření činnosti CDZ (Frýdek-Místek, Petrohrad, Přerov)



Z pohledu zajištění dostatečného množství financí lze tedy nyní hovořit o tom, že aktivity všech projektů hodnocených v případových studiích mají zajištěnou udržitelnost, pokud bude situace v oblasti úhradových vyhlášek a v oblasti poskytování dotací na provoz sociálních služeb obdobná jako nyní a s hrazením provozních nákladů na provoz nových budov ze strany zřizovatelů se dlouhodobě počítá.

V případových studiích nicméně zaznívaly i potenciální bariéry, které budoucí udržitelnost mohou ovlivnit a v některých případech mohou představovat větší komplikace než hrazení provozu či financování jednotlivých aktivit:

- **PERSONÁLNÍ**

- Nedostatek pracovníků představuje zásadní omezení, které brání požadovanému rozvoji psychiatrické péče. Nedostatek personálu se v jistém rozsahu projevuje u většiny příjemců v případových studiích; např. prozatím neúspěšné hledání dětského psychiatra neumožňuje tuto oblast v nemocnici rozvíjet, ačkoliv to bylo součástí projektu a prostory na to připraveny jsou. Více příjemců se shoduje na tom, že fungování komunitních forem psychiatrické péče je pak postaveno především na přítomnosti zdravotních sester. Zatímco bez přítomnosti ostatních pracovníků multidisciplinárního týmu se lze na určitou dobu v komunitní službě obejít, bez zdravotních sester to nelze.
- V praxi pak dochází k tomu, že personál se podaří získat tím, že se přetáhne z jiných provozů, jen v menší míře se podaří místo zaplnit absolventy zdravotních škol. Pokud se tedy někde daří zajistit tým v plné míře, znamená to především to, že daná instituce prokázala schopnost nalákat lidi odjinud nabídkou lepších podmínek či rekrutačními schopnostmi. Na jiném místě ale nutně muselo dojít odchodem těchto pracovníků ke zhoršení situace.
- Personální problém ostatně potvrdil i dotazník zaměřený na ostatní organizace pracující s duševně nemocnými osobami. Kapacita služeb péče o duševní zdraví je v očích respondentů převážně nedostatečná, a to navzdory dílčím zlepšením, která v posledních letech probíhající reforma systému přinesla. Výsledky poukazují na dlouhodobé a systémové problémy, především na nedostatek kvalifikovaných odborníků napříč profesemi, nedostatečné kapacity zejména v oblasti dětské psychiatrie a klinické psychologie, a také na nerovnoměrné regionální rozložení služeb.
- Přehlíženým problémem je dle některých patientských organizací také vysoké riziko vyhoření ze strany pracovníků psychiatrických nemocnic, což je do jisté míry dáno i tím, že psychiatrická oddělení bývají obecně více uzavřená vůči vnějším vlivům, některé problémy se tak dlouhodobě "dusí uvnitř".

- **ORGANIZAČNÍ**

- Administrativní nároky na personál se obecně zvyšují, jde o častou překážku ke zvýšení kapacity služby
- Platí i to, že síť CDZ je malá a není možnost pro větší specializaci, která by byla potřeba (např. specializace na dětské pacienty), případně na hierarchizaci, tj. vytvořit síť malých CDZ napojených na větší v čele se spádovou nemocnicí – tento model tak v praxi zatím nikde pořádně nefunguje

- **OSTATNÍ FINANČNÍ**

- Nedostatek peněz na vzdělávání,
- Pro náročnost projektu je potřeba dotačních odborníků, a tedy další výdaje



- LEGISLATIVNÍ

- Ze strany oslovených příjemců zaznívá, že větší část legislativy je pro oblast psychiatrické péče v tuto chvíli dořešena a není proto nutné do ní již zásadním způsobem zasahovat. Řešit se ale musí spíše detaily, jedním takovým je např. omezení, že sestry v terénním programu nemohou pacienty vozit, je možné pouze jet záchrankou, ačkoliv v praxi by tento typ doprovodu ve služebním autě pracovníka terénního typu byl mnohem efektivnější a ušetřil by prostředky spojené s voláním záchranky.

U hodnocených intervencí IROP tedy byla zaznamenaná poměrně vysoká míra udržitelnosti, která je dána především úzkým napojením na systém veřejného zdravotního pojištění, které psychiatrickou péči podporuje a v případě, že nedojde k jejímu zásadnímu omezení do budoucna, nehrozí, že by mělo dojít k omezení těchto provozů. Ve dvou případech nicméně zaznívá varování před budoucími vysokými náklady na údržbu budov. Největší bariérou jsou ale každopádně bariéry personální, nedostatek pracovníků a kvalifikovaných odborníků, přičemž nejčastěji se hovoří o nedostatku zdravotních sester, na kterých leží podstatná tíha služeb komunitní péče, a dále odborníků zaměřených na dětskou psychiatrii.

„Došlo k navýšení kapacity, zvýšilo se z 25 lůžek na 50, tedy jednou tolik. Dostatečný prostor pro ambulanci, díky které je i vybavování pacientů efektivnější (původně to vedl primář ve své kanceláři). Nově také centrální recepce. Počet osob, kterým může být za den poskytnuta ambulantní péče 55 na 85. Podařilo se i zvýšit kapacity denního stacionáře z 15 na 25. Sehnat dostatečné množství personálu bylo zpočátku složité, ale díky náborovým příspěvkům se to podařilo. Nyní je 65 personál, dříve jich bylo 25.“

Nemocnice, srpen 2025



5 Doporučení

V níže uvedené tabulce jsou představena doporučení vyplývající ze zjištění dosažených v evaluaci. U každého doporučení je uvedeno také, na koho míří, přičemž metodologie vychází z principu rozdělení odpovědností mezi klíčové aktéry systému zdravotní péče. U každého doporučení jsou identifikováni:

- **Koordinátor (gestor)** – hlavní odpovědný subjekt, který zajišťuje metodické vedení, koordinaci a vyhodnocení realizace.
- **Realizátor** – subjekt, který zajišťuje praktické naplnění doporučení (např. nemocnice, poskytovatelé služeb).
- **Spolupracující subjekt** – partner, který se podílí na realizaci či poskytuje odbornou podporu.
- **Řídící orgán programu** – subjekt odpovědný za finanční rámec a nastavení podmínek podpory.

Cílem této struktury je umožnit přehledné přiřazení odpovědností a posílit implementační logiku jednotlivých doporučení.

Při výběru doporučení jsme kladli důraz na taková, která se zabývají věcným zaměřením projektů či koncepčním pohledem na IROP a programy následující po něm.



Tabulka 21: Navržená doporučení

Oblast	číslo	Návrh doporučení	Adresát doporučení	Role
Vysoce specializovaná péče (VSP)	1.	Nastavit motivační mechanismy pro odesílání pacientů do center pro zařízení návazné péče	MZ ČR	Koordinátor, metodické nastavení
			Zdravotní pojišťovny	Spolupracující, úprava úhradových mechanismů
			Zařízení návazné péče	Realizátor v praxi
	2.	Průběžně přehodnocovat síť podle reálných výkonů, výsledků kvality a potřeb regionů (viz např. při změnách v porodnosti, poklesu incidence onemocnění apod.)	MZ ČR	Koordinátor, gestor politiky
			ÚZIS	Analytická podpora, zpracování dat
Provázanost systémů péče	3.	Posílit systémové mechanismy provázanosti mezi vysocí specializovanými centry a návaznými zařízeními, zejména v oborech s nízkou mírou spolupráce.	MZ ČR	Koordinátor, metodické vedení
			Zařízení návazné péče, centra VSP	Realizátor spolupráce
			Poskytovatelé návazné péče	Spolupracující subjekty
	4.	Zvýšit informovanost nemocnic o koncepci návazné péče a sdílet příklady dobré praxe z regionů, kde je funkční přechod pacientů mezi úrovněmi péče.	MZ ČR	Koordinátor, sběr a publikace příkladů dobré praxe
	5.	Rozvíjet mezioborové komunikační platformy a digitální nástroje pro efektivnější přenos informací mezi poskytovateli a integrovat tento cíl do probíhající digitalizace zdravotnictví, zejména s ohledem na nové legislativní povinnosti platné od roku 2026 v oblasti elektronického zdravotnictví (např. elektronická dokumentace, sdílení zdravotních údajů a datové rozhraní mezi poskytovateli). Nemocnice i MZ by při nastavování systémů měly zohlednit potřebu podpory modelu návazné péče a zajistit, aby digitální infrastruktura umožňovala bezproblémové sdílení informací mezi těmito úrovněmi péče.	MZ ČR	Koordinátor, gestor digitalizace
			ÚZIS	Technická realizace, provoz systémů
			Poskytovatelé zdravotní péče	Uživatelé systému, testování nástrojů



	6.	Zajistit, aby digitalizace zdravotnictví zohlednila potřeby komunitní péče – především sdílení dokumentace, elektronickou komunikaci a předávání propouštěcích zpráv CDZ. Poskytovatelé péče i MZ by při nastavování systémů měli zohlednit potřebu podpory spolupráce mezi jednotlivými poskytovateli péče o duševní zdraví a zajistit, aby digitální infrastruktura umožňovala bezproblémové sdílení informací mezi všemi úrovněmi péče.	MZ ČR	Koordinátor, zajištění souladu s legislativou
			ÚZIS	Technická realizace a údržba systémů
			Zdravotní pojišťovny	Spolupracující na přenosu dat
			Poskytovatelé komunitní péče	Pilotní implementace, uživatelé systému
Vybavenost poskytovatelů zdravotní péče	7.	Zacílit budoucí investice také do personálního zabezpečení a technického zázemí zařízení dlouhodobé a paliativní péče, nikoli pouze do infrastruktury.	MMR (ŘO IROP)	Řídící orgán programu, nastavuje podmínky podpory
			MZ ČR	Spolupracující gestor pro oblast zdravotnictví
			Poskytovatelé péče	Realizátor projektu
	8.	Při stanovení cíle „snížení regionálních rozdílů při poskytované zdravotní péče“ více cílit podporu na rozvoj infrastruktury, nikoliv na obnovu.	MMR (ŘO IROP)	Koordinátor investic, řídicí orgán
			Kraje	Spolupracující, definování regionálních priorit
			MZ ČR	Garant zdravotní politiky, metodická podpora
Péče o duševní zdraví	9.	Pokračovat v budoucí podpoře v současném modelu kombinace podpory rozvoje komunitních služeb s investicemi do infrastruktury a institucionální péče. Zjištění evaluace prokazují, že i v projektech, které jsou primárně zaměřeny na rozvoj infrastruktury se daří zásadně podpořit transformaci péče směrem k deinstitucionalizaci.	MZ ČR	Koordinátor a gestor strategie reformy
			MMR (IROP)	Finanční podpora, řízení dotačních titulů
			Kraje	Koordinace a monitoring projektů
			Poskytovatelé komunitních služeb	Realizátor, provoz služeb
	10.	Je nezbytné prioritizovat cílené investice do rozvoje a posilování lidských kapacit – nejen do náboru, ale i do vzdělávání, podpory a stabilizace týmů. Bez dostatečného personálního zajištění nelze komunitní služby dlouhodobě udržet ani rozvíjet. Doporučuje se vytvořit podmínky, které umožní nejen přilákat nové pracovníky, ale také udržet stávající týmy a předcházet jejich vyčerpání.	MZ ČR	Koordinátor a gestor vzdělávací politiky
			Poskytovatelé zdravotní a sociální péče	Realizátor vzdělávání a náboru personálu
			MPSV	Spolupracující rezort, mezipřesortní koordinace



6 Literatura a využití zdroje

Statistické a datové zdroje

- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) – Národní registr hospitalizovaných, Národní registr hrazených zdravotních služeb, SSS-05-03 Obloženost lůžek, data NZIS (2015–2024)
- Český statistický úřad (ČSÚ) – Veřejná databáze vdb.czso.cz (ukazatele demografie, vzdělanosti, zaměstnanosti, regionální disparity)
- Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ) – data o pracovní neschopnosti, délce a četnosti případů
- Úřad práce ČR – statistiky nezaměstnanosti a vyplácených dávek
- Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) – údaje o sociálních dávkách a příspěvcích na živobytí
- Státní zdravotní ústav (SZÚ) – data o závislostech na návykových látkách a alkoholu
- Exekutorská komora ČR – statistiky exekucí (jako indikátor sociálního vyloučení)
- Data z monitorovacího systému Monit7+ – projekty SC 2.3 IROP, alokace a výsledkové indikátory

Primární data z evaluace

- 37 případových studií z oblastí návazné, specializované a psychiatrické péče
- 17 individuálních rozhovorů s vedením nemocnic, lékaři a nelékařským personálem
- 3 rozhovory s patientskými organizacemi (VIDA z. s., Kolumbus z. s., Společnost E)
- Fokusní skupiny s odborníky a zástupci Ministerstva zdravotnictví a ÚZIS
- Terénní šetření v periferních regionech pro ověření geografické dostupnosti péče

Strategické, legislativní a koncepční dokumenty

- Koncepce návazné péče (MZ ČR, 2022)
- Koncepce vysoce specializované péče a Metodika akreditace a hodnocení center VSP (NZIP, 2025)
- Věstníky center vysoce specializované péče a akreditační rozhodnutí MZ ČR (2019–2024)
- Národní strategie Zdraví 2030 (MZ ČR, 2020)
- Akční plán rozvoje psychiatrické péče 2023–2025
- Strategie regionálního rozvoje ČR 2021+ (MMR)
- Zákon č. 236/2025 Sb. – Novela zákona o elektronizaci zdravotnictví a jeho prováděcí vyhlášky
- Národní strategie eHealth 2025 (MZ ČR a Národní agentura pro komunikaci a informační technologie)
- Evropský zdravotní datový prostor (EHDS – European Health Data Space)



Odborné a vědecké publikace

- Mareš, P. (2006): *Sociální vyloučení a sociální začleňování v ČR*. Sociologický časopis.
- Roztočil, A.; Dvořák, V. (2012): *Centralizace gynekologicko-porodnické péče*. Česká gynekologie, 77 (1): 3–4.
- Yin, R. (2009): *Case Study Research: Design and Methods*. Sage.
- Creswell, J. W. (2014): *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Sage.
- WHO Europe (2024): *Centralization of Specialized Care Services*.
- OECD (2024): *Health at a Glance – Indicators of Quality and Accessibility of Care*.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2023): *Cross-Border Health Care and Specialized Networks*.

Další zdroje

- Mapy zdraví (MZ ČR, ÚZIS – verze 2024+) – analýzy regionálních disparit v zdravotní péči
- ÚZIS (2024): Zdravotnický personál v ČR a Ekonomika lůžkové péče 2023
- Health Policy Institute (2024): Financování a udržitelnost regionální zdravotní sítě v ČR
- OECD Regions at a Glance – kapitola *Health Workforce and Accessibility*
- Národní informační systém pro sledování indikátorů kvality ve zdravotnictví (NIS-KZ)
- Evropská observatoř WHO – Good Practices in Integrated Care and Continuity of Care (2023)
- Metodika sledování patientských trajektorií napříč úrovněmi péče – připravovaná v rámci digitalizace zdravotnictví (MZ ČR, 2025)
- Národní institut kvality a excelence zdravotnictví (NIKEZ) . Hodnocené kvality.
<https://nikez.mzcr.cz/cs/hodnoceni-kvality/>



7 Přílohy

7.1 Zadání evaluace – doloženo v samostatném souboru

7.2 Případové studie – doloženy v samostatných souborech

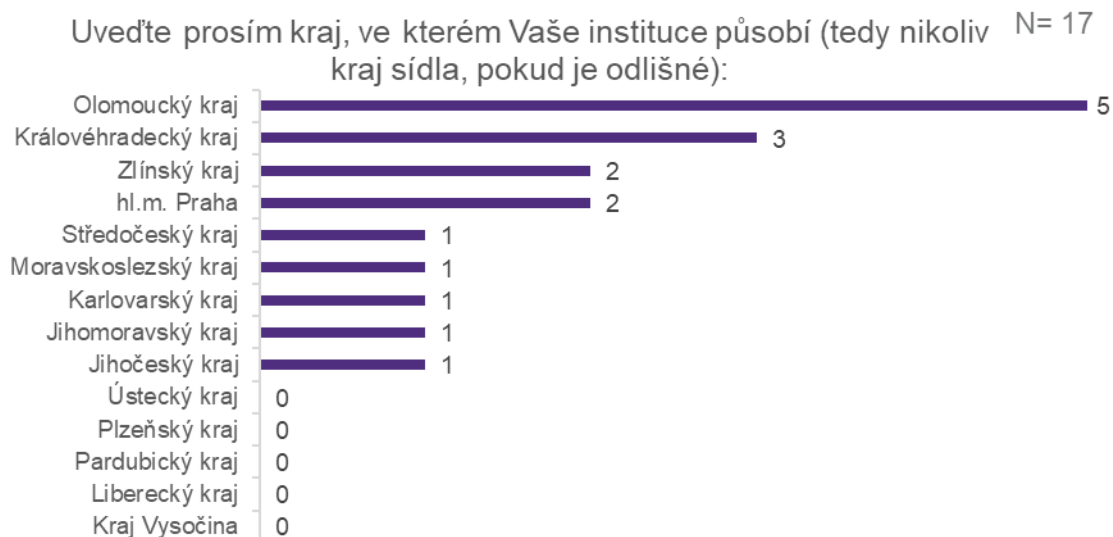
7.3 Výsledky dotazníkových šetření

7.3.1 Dotazník pro zástupce podpořených subjektů ve Specifickém cíli 2.3 IROP

Na dotazník celkově odpovědělo 17 respondentů. Nejvíce odpovědí přišlo z Olomouckého kraje (5), následuje Královéhradecký kraj (3) a dvojice Zlínský kraj (2) a hl. m. Praha (2). Po jednom zástupci jsou Středočeský, Moravskoslezský, Karlovarský, Jihomoravský a Jihočeský kraj (vše po 1). Bez zastoupení byly Kraj Vysočina, Liberecký, Pardubický, Plzeňský a Ústecký kraj.



Graf 1: Uved'te prosím kraj, ve kterém Vaše instituce působí (tedy nikoliv kraj sídla, pokud je odlišný): (Zdroj: vlastní dotazníkové šetření pro zástupce podpořených subjektů IROP, říjen 2025)



Nejčastěji šlo o poskytovatele návazné péče (10), dále centra vysoce specializované péče v onkogynekologii (5) a centra vysoce specializované v oblasti perinatologie (2).

Graf 2: Uved'te prosím typ zdravotnického zařízení, které zastupujete: (Zdroj: vlastní dotazníkové šetření pro zástupce podpořených subjektů IROP, říjen 2025)



V otázce, jaký měla podpora z IROP vliv na celkovou kapacitu oddělení/kliniky, odpovědělo 10 respondentů. Malý nárůst kapacity uvedlo 6 zařízení, výrazný nárůst potvrdil 1 a bez vlivu hlásí 1; snížení neuvedl nikdo. Dva zástupci



zvolili možnost „jiná odpověď“ a zdůraznili nejistotu přičitatelnosti: „Nelze přímo spojit vývoj kapacit klinik s podporou z IROP.“; „Nedokážu posoudit, v jaké míře jsou změny způsobeny podporou.“

Graf 3: Jaký měla podpora z IROP vliv na celkovou kapacitu oddělení nebo kliniky, kterou zastupujete? (Zdroj: vlastní dotazníkové šetření pro zástupce podpořených subjektů IROP, říjen 2025)

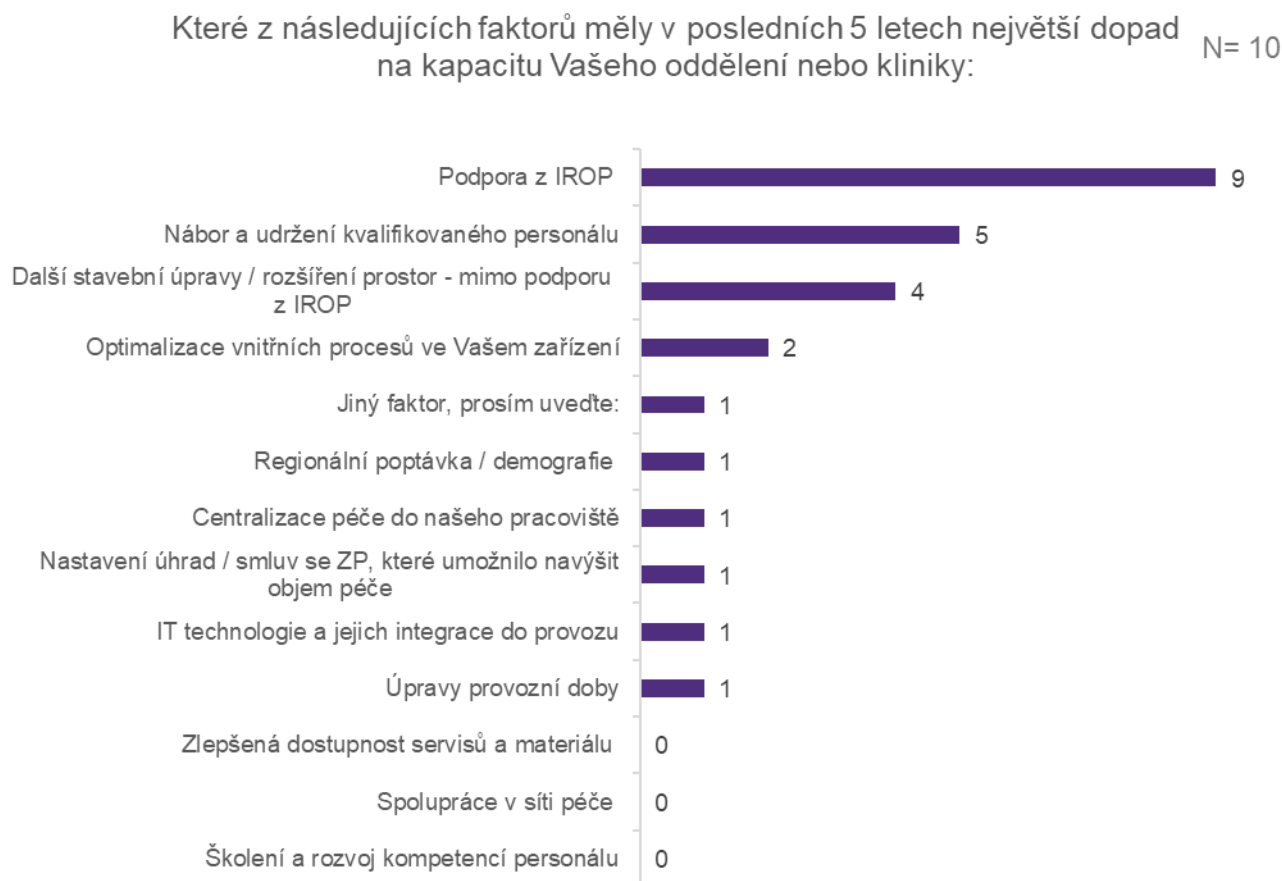


V otevřené otázce, jak konkrétně podpora ovlivnila celkovou kapacitu oddělení či kliniky, odpovědělo 10 respondentů. Převládá popis obměny a modernizace přístrojového vybavení, kterou zmínilo 7 zařízení. Šlo jak o obnovu stávající techniky, tak o doplnění postupů, což jeden respondent shrnul slovy, že „pořizovaná technika byla z velké části obnovou“. Na tuto modernizaci navazuje časté konstatování zvýšení počtu výkonů, o kterém hovoří 6 odpovědí, někdy s dovětkem, že nárůst je mírný nebo nejvýraznější v laboratorních vyšetřeních. Dva zástupci popisují zkrácení hospitalizací a kratší čekací doby (zejména na ultrazvuk a CT), další uvádí lepší „průchodnost“ oddělením a s ní i více ošetřených pacientů. Dva respondenti současně upozorňují, že celkovou kapacitu nelze jednoduše připsat samotné podpoře z IROP; jeden výslovně zmiňuje vliv demografických změn v porodnosti a druhý poznamenává: „nelze přímo spojit vývoj kapacit klinik s podporou z IROP.“ Podpora podle většiny odpovědí pomohla především zkvalitnit vybavení a zefektivnit provoz, přičemž přínosy se nejčastěji projevují v počtu výkonů a rychlosti průchodu péčí.

V další otázce jsme se ptali, které faktory měly v posledních pěti letech největší dopad na kapacitu oddělení/kliniky, odpovědělo 10 respondentů. Nejčastěji byla zmiňována podpora z IROP (9) a nábor či udržení kvalifikovaného personálu (5). Dále se objevují další stavební úpravy mimo IROP (4) a optimalizace vnitřních procesů (2). Jednotlivě byly uvedeny úpravy provozní doby (1), IT technologie a jejich integrace (1), nastavení úhrad/smluv se ZP umožňující navýšit objem péče (1), centralizace péče do daného pracoviště (1), regionální poptávka/demografie (1) a jiný faktor (1). Bez zmínky zůstaly školení a rozvoj kompetencí personálu, spolupráce v síti péče a zlepšená dostupnost služeb a materiálů.



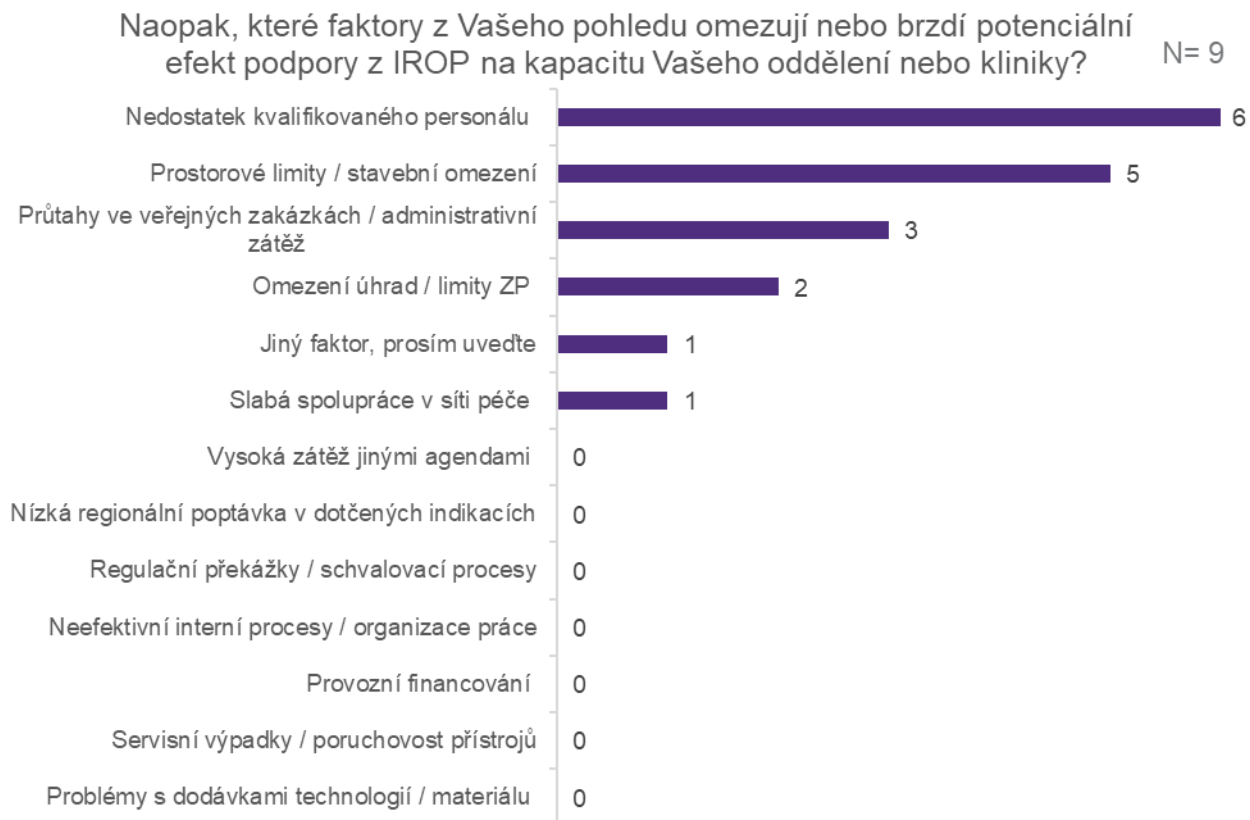
Graf 4: Které z následujících faktorů měly v posledních 5 letech největší dopad na kapacitu Vašeho oddělení nebo kliniky. Vyberte prosím nejvýše tři klíčové faktory ze seznamu níže, případně uveďte vlastní. (Zdroj: vlastní dotazníkové šetření pro zástupce podpořených subjektů IROP, říjen 2025)



Naopak dále byla položena otázka, které faktory z pohledu respondentů brzdí efekt podpory z IROP na kapacitu oddělení či kliniky (odpovědělo 9 zástupců). Nejčastěji zaznívá nedostatek kvalifikovaného personálu (6) a prostorové limity či stavební omezení (5). Dále se objevují průtahy ve veřejných zakázkách a administrativní zátěž (3) a omezení úhrad či limity zdravotních pojišťoven (2). Jednotlivě jsou zmiňovány slabá spolupráce v síti péče (1) a „jiný faktor“ (1), kde jeden respondent popisuje problém kompatibility při obnově hi-tech zařízení: nemocnice je nucena vypisovat nová řízení a „jiné zařízení nejsou kompatibilní se stávajícím vybavením“, což pak vede k nutnosti racionální kompletní obnovy. Naopak nikdo neuvedl problémy s dodávkami technologií či materiálu, servisní výpadky, potíže s provozním financováním, neefektivní interní procesy, regulační překážky, nízkou regionální poptávku ani vysokou zátěž jinými agendami.



Graf 5: Naopak, které faktory z Vašeho pohledu omezují nebo brzdí potenciální efekt podpory z IROP na kapacitu Vašeho oddělení nebo kliniky? Vyberte relevantní faktory, je možné zvolit více než jednu odpověď (Zdroj: vlastní dotazníkové šetření pro zástupce podpořených subjektů IROP, říjen 2025)



V otázce, do jaké míry měla podpora z IROP dopad na zkrácení čekacích dob, odpovědělo 10 respondentů. Čtyři uvedli, že podpora neměla žádný vliv, další čtyři popsali mírné zkrácení a dvě pracoviště zaznamenala výrazné



snížení čekacích dob. Žádné zařízení nehlásilo prodloužení čekání. To naznačuje spíše dílčí zlepšení s rozdílnou zkušeností napříč pracovišti.

Graf 6: Do jaké míry měla podpora z IROP dopad v podobě zkrácení čekací doby na klíčová vyšetření nebo zákroky na Vašem oddělení nebo klinice? (Zdroj: vlastní dotazníkové šetření pro zástupce podpořených subjektů IROP, říjen 2025)



V otevřené otázce, jak podpora ovlivnila délku čekacích dob, odpovědělo 7 respondentů. Odpovědi se dělí na dvě linie. Čtyři pracoviště popisují zrychlení díky modernizaci vybavení: zmiňují kratší dobu vyšetření, rychlejší laboratorní výsledky a méně odstávek kvůli nižší poruchovosti („díky nákupu moderní techniky došlo ke zkrácení doby vyšetření, snížila se i poruchovost a nutnost odstávek“, „pořízení nového laboratorního vybavení došlo k urychlení pořízení výsledků vyšetření pacientů“, „díky obnově a modernizaci vybavení došlo k větší efektivitě a tím zkrácení čekacích dob“). Tři odpovědi pak uvádějí, že šlo převážně o obměnu stávajících přístrojů bez příliš patrného vlivu na čekání, případně o výkony akutní povahy, kde se čekací listiny netvoří („kapacity to výrazně nezvýšilo a čekací doby už vůbec ne“, „výkony jimi prováděné jsou akutní = musí být provedeny v řádu minut až hodin“). Jeden respondent navíc upozorňuje, že vývoj čekacích dob je výsledkem více vlivů a efekt nelze jednoduše připsat samotné technice či IROP („moderní přístroje mohou vést ke zrychlení diagnostiky..., ale tento dopad není asi relevantní spojit pouze s danou technikou“). Tyto výpovědi naznačují částečné zlepšení průchodnosti tam, kde nová technika zkracuje jednotlivé kroky a snižuje odstávky, a minimální dopad tam, kde šlo jen o náhradu starších zařízení nebo o akutní výkony bez čekacích listin.

V otázce, do jaké míry měla podpora z IROP dopad na zkrácení průměrné délky hospitalizace, odpovědělo 10 respondentů. Pět pracovišť uvedlo, že podpora neměla žádný vliv, čtyři popsala mírné zkrácení a jedno zaznamenalo výrazné zkrácení; prodloužení délky hospitalizace neuvádí nikdo. Odpovědi naznačují spíše stabilní stav s častějším drobným zlepšením než výraznou změnou.



Graf 7: Do jaké míry měla podpora z IROP dopad v podobě zkrácení průměrné délky hospitalizace na Vašem oddělení nebo klinice? (Zdroj: vlastní dotazníkové šetření pro zástupce podpořených subjektů IROP, říjen 2025)



V otevřené otázce, jak podpora ovlivnila průměrnou délku hospitalizace, odpovědělo 7 respondentů. Převládá zkušenost, že zkrácení souvisí s přechodem k méně invazivním postupům a celkovou modernizací. Onkogynekologická pracoviště popisují „zvýšení poměru minimálně invazivní chirurgie... a detekci sentinelových uzlin“, což vedlo k menší radikalitě operací a kratším pobytům; další zařízení uvádějí „přechod k méně invazivním formám terapie“ a „větší efektivitu díky obnově a modernizaci vybavení“, která se promítla do rychlejšího propouštění. Několik odpovědí doplňuje, že zkrácení je vícefaktorové a ne vždy přímo přičitatelné IROP („může mít vliv na zkvalitnění... a tím i možné zkracování ošetrovací doby“, „zkrácení... bylo vícefaktorové“). Dvě pracoviště zároveň upozorňují na limit dopadu v kontextech, kde šlo spíše o diagnostiku nebo kde se lůžka vůbec nevyskytují („jednalo se spíše o diagnostiku“, „na naší klinice nemáme lůžka“). K významnějšímu zkrácení dochází tam, kde podpora umožnila změnu klinického postupu směrem k méně invazivní péči, zatímco čistá obměna diagnostiky má spíše nepřímý či omezený efekt.

V otázce, zda měla podpora z IROP dopad na celkovou délku pracovní neschopnosti u klíčových diagnóz či zákroků, odpovědělo 10 respondentů. Šest uvedlo, že podpora dopad neměla, tři popsali mírné zkrácení a jedno pracoviště zaznamenalo výrazné zkrácení, prodloužení neuvádí nikdo.

V navazující otevřené otázce, jak podpora z IROP ovlivnila délku pracovní neschopnosti pacientů, odpovědělo 7 respondentů. Část z nich dopad nepozoruje nebo jej nedokáže posoudit, tři pracoviště uvádějí, že šlo spíše o obměnu techniky bez vlivu, či že o takovém efektu nemají informace („nedokážu posoudit“, „obměna přístrojů neměla vliv“). Dvě odpovědi popisují zkrácení především přes vyšší efektivitu a rychlejší průchod vyšetřeními („díky modernizaci vybavení došlo k větší efektivitě a tím ke zkrácení původní délky hospitalizace“, „rychlejší termíny na jednotlivá vyšetření“). Jedno pracoviště opět připomíná, že zkrácení rekonvalescence je pravděpodobné, ale „spíše neměřitelné“ a vyplývá z kombinace více vlivů. Objevují se jednotlivé příklady dílčího zlepšení díky modernizaci a rychlejšímu procesu, zároveň převažuje nejistota ohledně přímého vlivu na dobu pracovní neschopnosti.

Graf 8: Měla podpora z IROP, dle Vaší zkušenosti, nějaký dopad na celkovou délku pracovní neschopnosti Vašich pacientů u klíčových diagnóz nebo zákroků? (Zdroj: vlastní dotazníkové šetření pro zástupce podpořených subjektů IROP, říjen 2025)



V otázce k dopadu podpory z IROP na zachyty klíčových onkogynekologických diagnóz odpověděli pouze 2 respondenti. Jeden popisuje stabilní stav v posledních dvou až třech letech, ale proti roku 2019 zaznamenává výraznější nárůst případů. Dodává, že na změně se podílela především centralizace péče, „na kterou jsme ale i díky podpoře IROP snad dobře připraveni“. Druhé pracoviště uvádí větší koncentraci pacientek s karcinomem děložního hrdla a vulvy.

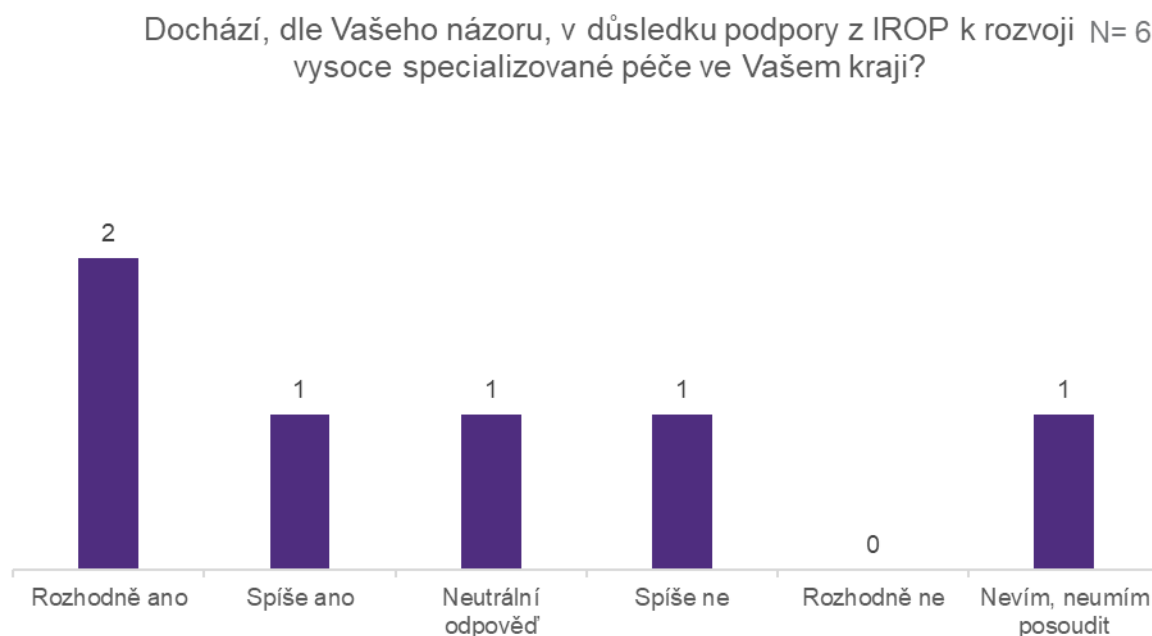
V otázce, zda měla podpora z IROP dopad na centralizaci péče u uvedených diagnóz, odpověděli 2 respondenti (15 ji přeskočilo) a oba zvolili „spíše ano“. V doplňujícím komentáři jeden zástupce zdůrazňuje roli technického zázemí: „Kvalitní vybavení je jistě jednou z podpor centralizace péče v rámci onkogynekologie v ČR.“.

V otázce, zda v důsledku podpory z IROP dochází k rozvoji vysoce specializované péče v kraji, odpovědělo pouze 6 respondentů. Dva uvedli „rozhodně ano“, po jednom se objevily odpovědi „spíše ano“, „neutrální“, „spíše ne“ a „nevím, neumím posoudit“, nikdo nevolil „rozhodně ne“. Mírně převažují pozitivní zkušenosti, ale odpovědi jsou rozptýlené a vzhledem k malému počtu nelze vyvozovat silné závěry.

Na to navazovala otevřená otázka, ve kterých oborech se podle respondentů projevuje rozvoj vysoce specializované péče a jak, odpověděli 2 respondenti. Jeden zástupce výslovně zmiňuje neurologii, radiodiagnostiku a intenzivní obory (ARO, JIP). Další uvádí, že dopad vnímá „ve všech podporovaných oborech“ s efekty popsány už dříve (rychlejší průchod vyšetřeními, modernější postupy).



Graf 9: Dochází, dle Vašeho názoru, v důsledku podpory z IROP k rozvoji vysoce specializované péče ve Vašem kraji? (Zdroj: vlastní dotazníkové šetření pro zástupce podpořených subjektů IROP, říjen 2025)

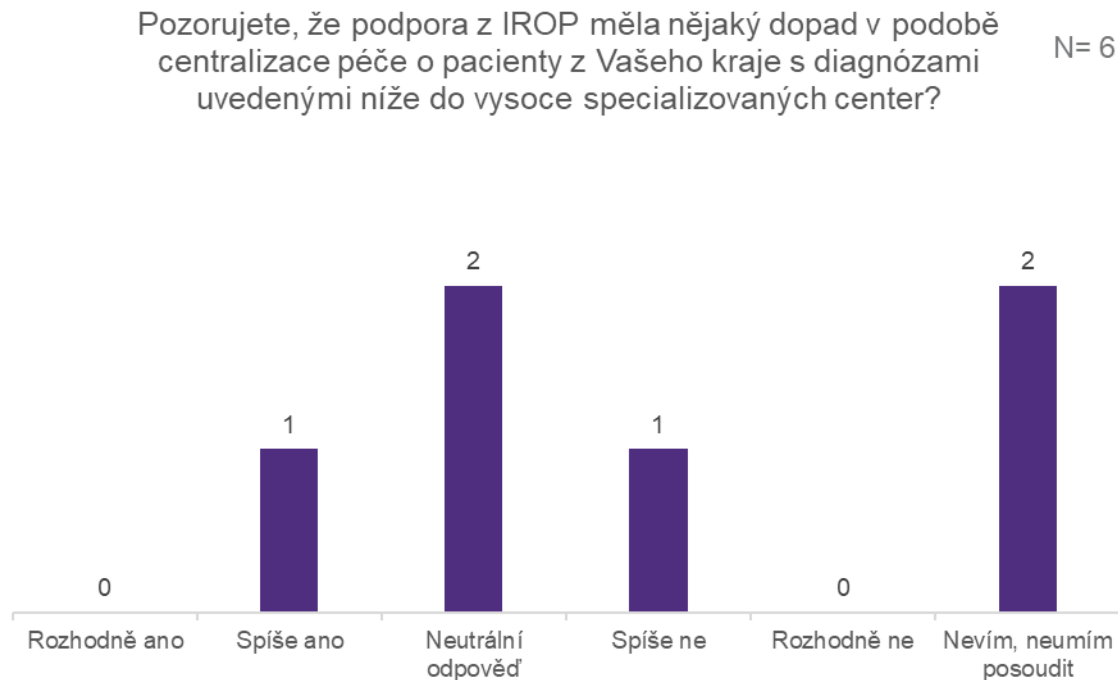


V následující otázce, zda měla podpora z IROP dopad na centralizaci péče u vyjmenovaných diagnóz ¹⁶do vysoce specializovaných center, odpovědělo 6 respondentů. „Spíše ano“ zvolil 1 respondent, „neutrální“ 2, „spíše ne“ 1 a „nevím, neumím posoudit“ 2; nikdo neuvádí „rozhodně ano“ ani „rozhodně ne“. Celkově převažuje nejistota a neutrální postoje, což naznačuje, že případné efekty centralizace nejsou jednoznačně patrné.

¹⁶ (C51 - Zhoubný novotvar vulvy- C52 - Zhoubný novotvar pochvy (vagin)- C53 - Zhoubný novotvar hrdla děložního- C54 - Zhoubný novotvar těla děložního- C55 - Zhoubný novotvar dělohy- C56 - Zhoubný novotvar vaječníku- C57 - Zhoubný novotvar jiných a neurčených ženských pohlavních orgánů- C58 - Zhoubný novotvar placenty- Preeklampsie a eklampsie (O14, O15)- Těžké růstové omezení plodu (IUGR, O36.5)- Těhotenský diabetes mellitus (O24)- Placenta previa nebo abrupce placenty (O44, O45)- Vícečetné těhotenství (O30)- Polyhydramnion nebo oligohydramnion (O41.0, O41.1)- Infekce během těhotenství (např. TORCH infekce, O98))



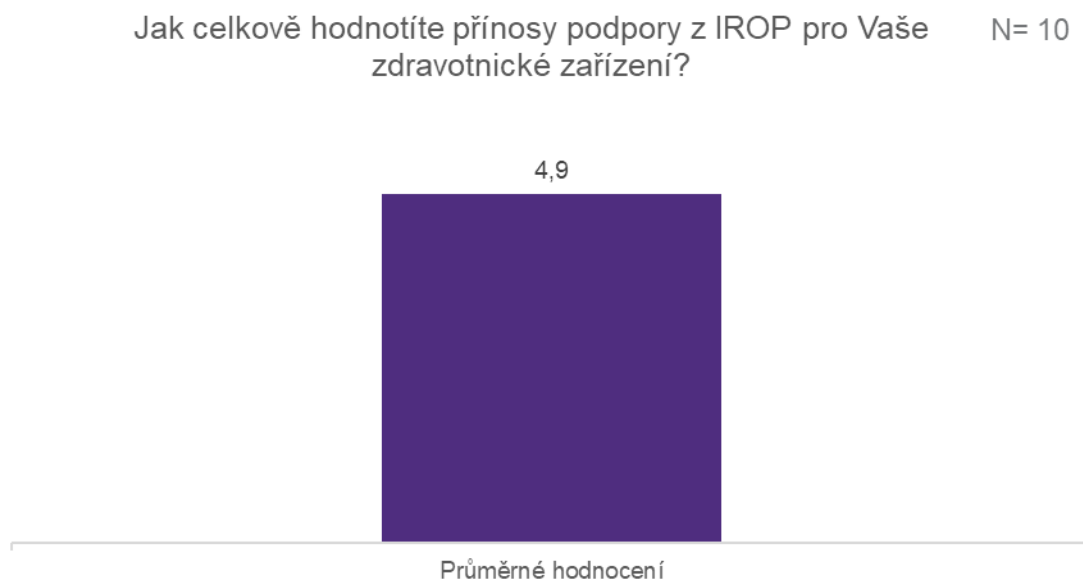
Graf 10: Pozorujete, že podpora z IROP měla nějaký dopad v podobě centralizace péče o pacienty z Vašeho kraje s diagnózami uvedenými níže do vysoce specializovaných center? (Zdroj: vlastní dotazníkové šetření pro zástupce podpořených subjektů IROP, říjen 2025)



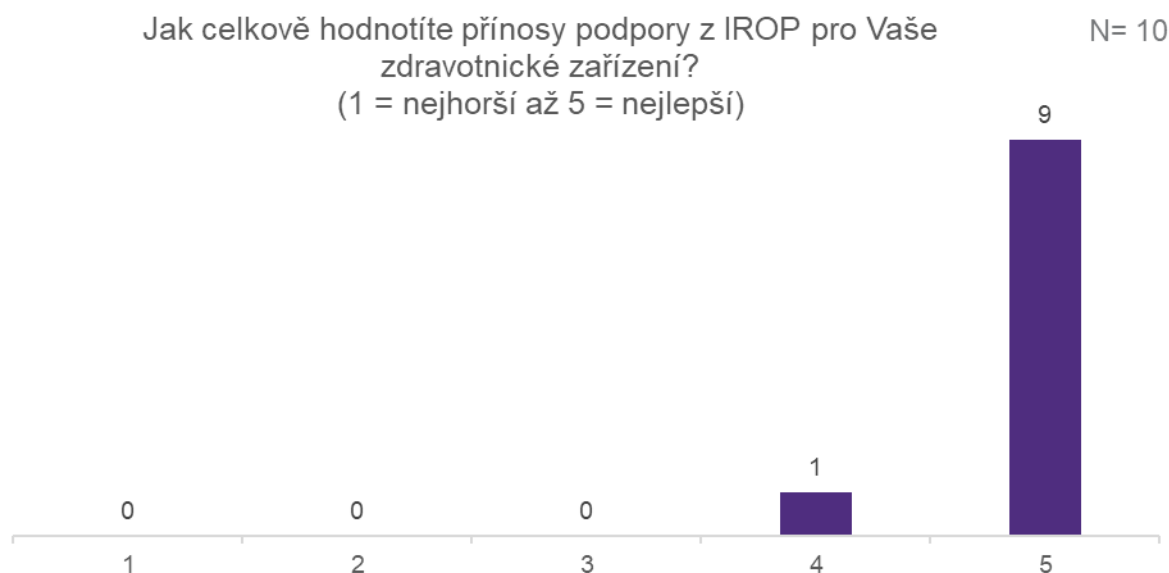
V otázce, jak celkově hodnotíte přínosy podpory z IROP pro Vaše zdravotnické zařízení, odpovědělo 10 respondentů. Devět pracovišť zvolilo známku 5, jedno dalo 4; hodnocení 1–3 se neobjevilo. Průměrné skóre vychází 4,9, což naznačuje velmi vysokou spokojenost s přínosy podpory.



Graf 11: Jak celkově hodnotíte přínosy podpory z IROP pro Vaše zdravotnické zařízení? (Zdroj: vlastní dotazníkové šetření pro zástupce podpořených subjektů IROP, říjen 2025)



Graf 12: Jak celkově hodnotíte přínosy podpory z IROP pro Vaše zdravotnické zařízení?(1 = nejhorší až 5 = nejlepší) (Zdroj: vlastní dotazníkové šetření pro zástupce podpořených subjektů IROP, říjen 2025)



V otevřené otázce k dalším komentářům ohledně získané podpory z IROP odpovědělo 5 respondentů. Převládá jednoznačně pozitivní hodnocení, zařízení oceňují, že podpora „dlouhodobě“ pomáhá udržet vysokou kvalitu péče a že jde o „výborný dotační program“ s „jasnými pravidly“, který významně posílil vybavení onkogynekologických center. Častým motivem je i potřeba kontinuity, jeden zástupce připomíná, že vybavení je nutné pravidelně obnovovat a je tedy „třeba v těchto cyklech opět poskytnout prostředky“. Zazněla jedna kritická poznámka k administrativní zátěži, kde správa podpory přináší „výrazné navýšení administrativy“, které se promítá i do nákladů,



dle respondenta by pomohly „jednotné šablony“ pro řízení i kontrolu projektů. Obecně komentáře potvrzují vysoké ocenění programu s důrazem na potřebu pravidelné obnovy techniky.

V poslední otevřené otázce k doporučením pro budoucí investiční podporu odpovědělo 8 respondentů. Nejčastěji zaznává požadavek na pravidelnou a dlouhodobou obnovu techniky a kontinuitu programu, tento motiv zmiňuje 6 odpovědí („je nutné zařízení obnovovat... program by měl být opakován vzhledem k životnosti některých high-tech technologií“, „neváhat, přístroje zastarávají, je třeba podpořit obnovu v období 2027+“, „potřebujeme další investiční podporu!“, „pokračovat v podpoře“). Dva respondenti doporučují snížit administrativní náročnost a lépe sladit časování kroků, od souhlasů kraje přes schvalování žádosti až po VZ a uvedení do provozu („je to náročné na termíny a často s nejasným výsledkem“, „pokud by šlo zjednodušit administrativu“). Objevují se i obsahová doporučení: podpořit stavební vylepšení pro onkologické pacienty, rozvoj jednodenní operační péče, návazné a sociálně-zdravotní péče, a průběžně podporovat centra vysoce specializované péče. Doporučení se tedy soustředí na stabilní, cyklicky se opakující investice do obnovy a na odlehčení administrativy, doplněné o cílené rozvojové priority (onkologie, jednodenní a následná péče).

7.3.2 Dotazník: Dostupnost specializované péče o duševní zdraví

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na dostupnost a kvalitu specializované péče o duševní zdraví v regionech, které byly v uplynulém období podpořeny z Integrovaného regionálního operačního programu (IROP). Cílem šetření bylo získat zpětnou vazbu od organizací a odborníků působících v oblasti psychiatrické a psychosociální péče a zhodnotit, jak se podpora IROP promítla do rozvoje a dostupnosti služeb v praxi.

Dotazník byl realizován v průběhu září-října 2025. Šetření probíhalo online formou a bylo distribuováno mezi poskytovatele zdravotních a sociálních služeb, kteří působí v oblasti duševního zdraví a zároveň patří mezi subjekty zapojené do projektů podporovaných z IROP.

Struktura dotazníku odpovídala třem hlavním tematickým okruhům:

- Kapacita služeb péče o duševní zdraví – zaměřená na dostupnost a rozsah poskytovaných služeb v jednotlivých regionech;
- Kvalita služeb péče o duševní zdraví – sledující vnímané změny kvality péče a spokojenost odborníků s úrovní poskytovaných služeb;
- Zkušenosti s kvalitou fungování institucí – hodnotící spolupráci mezi různými aktéry systému.

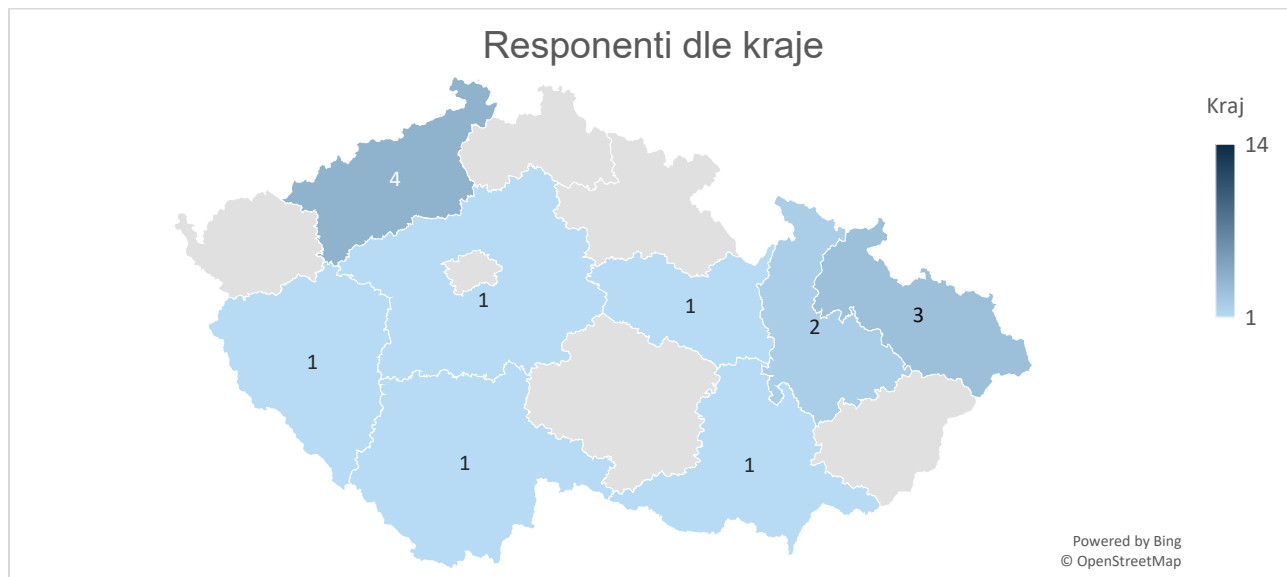
Do dotazníkového šetření se zapojilo celkem 15 organizací působících v oblasti péče o duševní zdraví, zastupujících celkem osm krajů České republiky. Zastoupení podle krajů je znázorněno na mapě níže. Nejvíce respondentů pocházelo z Ústeckého kraje (4 organizace), dále z Moravskoslezského a Olomouckého kraje (shodně po 3 organizacích). Z ostatních regionů byl zaznamenán po jednom respondentovi, konkrétně z Jihočeského, Jihomoravského, Plzeňského, Pardubického a Středočeského kraje.

Z hlediska charakteru zapojených subjektů se jednalo o kombinaci zdravotnických zařízení, poskytovatelů sociálních služeb a neziskových organizací. Mezi respondenty byla například centra duševního zdraví (FOKUS – Písek, CDZ Ostrava-Poruba, Centrum duševního zdraví Louny a Žatec), psychiatrická zařízení (Psychiatrická léčebna Šternberk, TELEMENS s.r.o.), doléčovací centra a krizová zařízení (P-centrum Olomouc, Spirála Ústecký kraj), ale i organizace zajišťující sociální rehabilitaci, terénní programy či chráněné bydlení (např. Slezská diakonie, Diecézní charita Brno, Vyšší Hrádek, Naděje nebo WHITE LIGHT I).

Toto rozložení ukazuje, že šetření zahrnuje širší spektrum typů služeb – od zdravotnických ambulancí po komunitní a sociální podporu, kde byla v minulých letech realizována podpora z IROP.

Cílem bylo nejen zjistit obecné trendy, ale také zachytit konkrétní zkušenosti z praxe – jak pozitivní, tak i problematické aspekty fungování systému péče o duševní zdraví v regionech. Odpovědi respondentů přinášejí

podněty pro další rozvoj sítě služeb, posílení spolupráce mezi zdravotním a sociálním sektorem a lepší zacílení budoucí podpory z IROP.

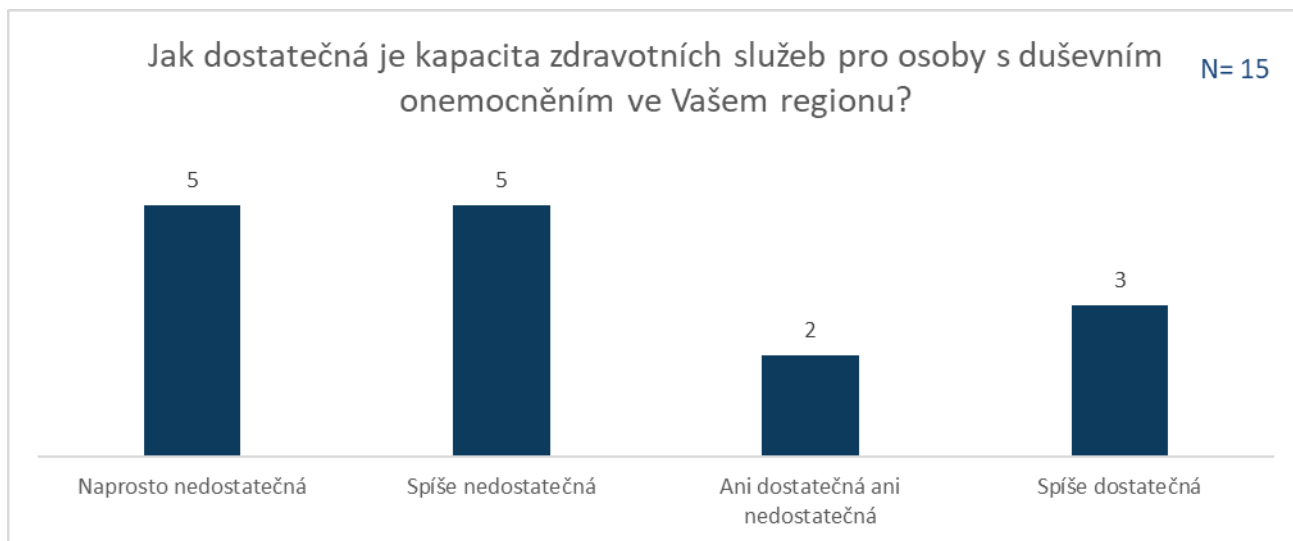


Zdroj: vlastní zpracování dotazníkového šetření Dostupnost specializované péče o duševní zdraví (září-říjen 2025)

Kapacita služeb péče o duševní zdraví

V první části dotazníku byli respondenti požádáni, aby zhodnotili, nakolik je podle jejich zkušeností kapacita zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním v jejich regionu dostatečná.

Respondenti v této části dotazníku odpovídali na otázku, nakolik je podle jejich zkušeností kapacita zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve svém regionu dostatečná. Většina organizací (10; 67 %) považuje kapacitu za nedostatečnou, přičemž pět respondentů ji označilo za naprosto nedostatečnou a dalších pět za spíše nedostatečnou. Pouze tři respondenti (20 %) hodnotí kapacitu jako spíše dostatečnou a dva (13 %) ji vnímají neutrálně, tedy ani jako dostatečnou, ani nedostatečnou. Tyto výsledky potvrzují, že kapacitní problémy zůstávají jedním z nejvýraznějších limitů systému duševního zdraví, a to i přes částečné posilování služeb v posledních letech.



Zdroj: vlastní zpracování dotazníkového šetření Dostupnost specializované péče o duševní zdraví (září-říjen 2025)

U menší části respondentů, kteří situaci hodnotí jako spíše dostatečnou, se objevují konkrétní faktory, které k lepšímu stavu přispívají. Zmiňováno bylo především rozšiřování služeb s podporou v bydlení, které napomáhá klientům udržet se v běžném prostředí („*Ještě více služeb s podporou v bydlení*“), a také motivace lékařů působit i v menších městech a obcích, kde je dostupnost odborné péče tradičně nižší („*Přispívá k tomu motivace lékařů pracovat v malých městech, jelikož prostory pro zřízení praxe jsou menším problémem*“). Jeden z respondentů rovněž zmínil pozitivní příklad z praxe: „*To, že organizace Fokus Labe tuto péči dobře zajišťuje.*“

Většina odpovědí však ukazuje opačný trend, respondenti identifikovali řadu překážek, které podle nich brání tomu, aby byla kapacita zdravotních služeb dostatečná. Ve všech 11 odpovědích se objevuje téma nedostatku kvalifikovaného personálu, především psychiatrů, psychologů a sester. Nejčastěji se opakovaly výroky jako „*Nedostatek kvalifikovaného personálu – nejsou odborníci*“ či „*Nedostatek psychiatrů, psychologů, dlouhé čekací doby, pro někoho drahé terapie*“. Několik respondentů specifikovalo, že se tato situace nejvíce týká dětské psychiatrie a klinické psychologie („*Nedostatek pedopsiatrie a dětských/klinických psychologů*“).

Kromě personálního podstavu respondenti zmiňovali i strukturální a regionální nerovnosti – nedostatek organizací pracujících s osobami s duševním onemocněním, přetížení stávajících služeb a omezenou atraktivitu některých území pro odborníky. Jak uvedl jeden z respondentů:

„*Nízká atraktivita Ústeckého kraje pro lékaře-psychiatry, nedostatek lékařů-psychiatrů v ČR, nedostatečná reforma psychiatrie v ČR.*“

Další doplnil širší kontext:

„*Region možná není pro některé odborníky dostatečně atraktivní, navíc došlo k velkému nárůstu osob s duševním onemocněním po covidu – zdravotní systém na to nebyl připraven.*“

Ojedinele zazněla i potřeba silnější podpory systému a větší koordinace, například ve formě lepšího personálního zajištění či cílených finančních opatření („*Více podpory*“).

Jeden z respondentů, který hodnotil situaci jako ani dostatečnou, ani nedostatečnou, upozornil na rozdíly mezi skupinami klientů:

„*Služeb je dost, potřeby však velké. Pokud dospělý potřebuje psychiatrickou péči, tak se mu dostane. Špatná situace se týká dětí.*“



Z těchto odpovědí je patrné, že největší disproporce se týkají dětské a dospívající populace, kde poptávka po odborné péči výrazně převyšuje dostupné kapacity. Naopak v oblasti péče pro dospělé se situace postupně stabilizuje, zejména tam, kde působí dlouhodobě etablovaní poskytovatelé a kde se daří propojit zdravotní a sociální služby.

Zhodnocení

Celkově lze uzavřít, že kapacita služeb péče o duševní zdraví je v očích respondentů převážně nedostatečná, a to navzdory dílčím zlepšením, která v posledních letech probíhající reforma systému přinesla. Výsledky poukazují na dlouhodobé a systémové problémy, především na nedostatek kvalifikovaných odborníků napříč profesemi, nedostatečné kapacity zejména v oblasti dětské psychiatrie a klinické psychologie, a také na nerovnoměrné regionální rozložení služeb.

Odpovědi naznačují, že poptávka po specializované péči stále výrazně převyšuje nabídku, což se promítá do dlouhých čekacích lhůt a přetížení stávajících zařízení. Nedostatek personálu je navíc spojen s nízkou atraktivitou některých regionů, které nedokážou odborníky udržet, a s nedostatečnou systémovou podporou jejich činnosti.

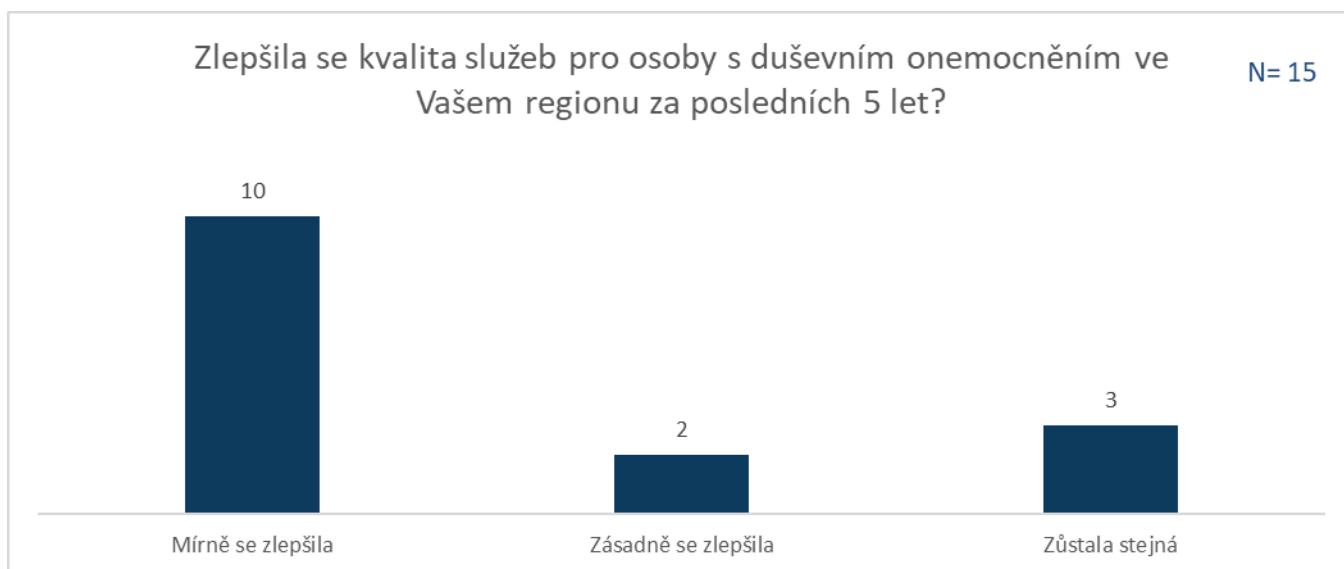
Zároveň lze identifikovat i pozitivní příklady z praxe, které ukazují, že při dobré koordinaci a stabilním personálním zajištění je možné kvalitu a dostupnost služeb významně posílit. Patří sem především rozšiřování komunitních forem péče, propojování zdravotní a sociální složky systému či lokální iniciativy menších poskytovatelů, kteří zajišťují kontinuální péči v přirozeném prostředí klientů.

Zjištění z této části tak potvrzují, že kapacitní stabilita systému duševního zdraví zůstává klíčovou výzvou, jejíž řešení vyžaduje nejen posilování infrastruktury služeb, ale zejména dlouhodobou personální politiku, podporu vzdělávání odborníků a zajištění rovnoměrného územního pokrytí.

Kvalita služeb péče o duševní zdraví

V této části dotazníku byla pozornost zaměřena na zkušenosti respondentů se zlepšením kvality služeb pro osoby s duševním onemocněním v jejich regionu během posledních pěti let.

Z výsledků vyplývá, že většina respondentů (10; 67 %) uvedla, že se kvalita služeb mírně zlepšila, zatímco dvě organizace (13 %) zaznamenaly zásadní zlepšení. Pouze tři respondenti (20 %) uvedli, že kvalita zůstala stejná a nedošlo k výrazným změnám.



Zdroj: vlastní zpracování dotazníkového šetření Dostupnost specializované péče o duševní zdraví (září-říjen 2025)

Respondenti dále rozvedli, v jakých konkrétních aspektech se kvalita služeb podle jejich zkušeností zlepšila. Z celkového počtu 15 respondentů tuto otázku doplnilo 12 z nich. Respondenti vnímají, že zlepšení se nejčastěji týká včasnosti, orientace na pacienta, dostupnosti a rozšíření spektra poskytovaných služeb.

Řada respondentů pozitivně hodnotila posun v přístupu odborného personálu, který je podle jejich názoru více zaměřen na potřeby klienta. Jak uvedl jeden z nich:

„Díky reformě péče o duševní zdraví vnímáme, že v některých zdravotních zařízeních je personál více zaměřen na pacienta. Kladně hodnotíme také zlepšení spolupráce zdravotní a sociální složky.“

Tento trend potvrzují i další odpovědi, které zmiňovaly „orientaci na pacienta, lepší přístup některých doktorů“ či „změnu přístupu a širší spektrum péče díky provázanosti služeb“. Několik respondentů vyzdvihlo zlepšení návaznosti mezi zdravotními a sociálními službami, přičemž vznik center duševního zdraví byl vnímán jako zásadní přínos.

„Rozšířením CDZ a spoluprací lůžkové a ambulantní péče došlo ke zlepšení komunikace a předávání informací.“

Zaznamenáno bylo také zvýšení dostupnosti komunitních služeb a posílení terénní práce („přibýlo pár ordinací, lépe fungují terénní služby“, „zvýšení dostupnosti komunitních služeb díky vzniku CDZ v Ústí nad Labem“). Několik respondentů zmínilo i moderní formy podpory, například rozvoj aplikací či telefonické konzultace s lékařem, které přispívají k větší dostupnosti péče a jejímu přizpůsobení potřebám klientů.

Výsledky tak ukazují, že zlepšení kvality služeb je nejčastěji spojováno s reformou psychiatrické péče, posílením komunitních služeb a lepší provázaností systému, nikoliv s plošným zvyšováním kvality ve všech oblastech.

Naopak žádný z respondentů neuvedl, že by došlo ke zhoršení kvality, což potvrzuje převážně pozitivní trend vnímaných změn.

U tří respondentů, kteří situaci hodnotili jako neměnnou, převažují vysvětlení související s personální stagnací. Zaznívaly výroky typu:



„Nenavyšuje se počet odborníků v regionu.“

„Počet kolegů zůstává v okrese stejný, spíše se stavy snižují.“

Jeden respondent doplnil, že *„již před pěti lety byla kvalita služeb na poměrně dobré úrovni, proto k výrazným změnám nedošlo“*. Tyto odpovědi potvrzují, že rozvoj kvality je v řadě regionů limitován především nedostatkem personálu, který neumožňuje zlepšovat služby tempem odpovídajícím rostoucí poptávce.

Zhodnocení

Z uvedených odpovědí lze podotknout, že vnímání kvality služeb péče o duševní zdraví je celkově pozitivní, a to i přes přetrvávající limity, které brání hlubšímu systémovému rozvoji. Většina respondentů zaznamenala zlepšení, přičemž změny se nejčastěji dotýkají komunikace s klienty, dostupnosti služeb, návaznosti péče a mezioborové spolupráce.

Respondenti oceňují zejména posun směrem k individualizovanějšímu, respektujícímu a komunitně orientovanému přístupu, který souvisí s postupnou implementací reformy psychiatrické péče. Zavádění center duševního zdraví, rozšiřování terénních služeb a lepší propojení zdravotních a sociálních složek systému podle většiny organizací vedly k větší kontinuitě péče a zlepšení její efektivity.

Na druhé straně se ukazuje, že tato zlepšení nejsou rovnoměrně rozprostřena napříč regiony ani typy služeb. V řadě oblastí zůstává kvalita limitována nedostatkem odborníků a vysokou pracovní zátěží personálu, což brzdí rozvoj nových přístupů i kapacitní rozšíření služeb. Některé organizace poukazují na to, že i přes pozitivní změny ve spolupráci a přístupu odborníků nelze hovořit o plošném zlepšení systému, ale spíše o postupných a lokálně diferencovaných posunech.

Závěrem lze shrnout, že kvalita služeb péče o duševní zdraví se podle většiny respondentů zlepšuje zejména v rovině přístupu k pacientům a koordinace péče, zatímco strukturální problémy, především personální podstav a regionální nerovnosti, zůstávají trvalou výzvou. Reformní opatření jsou tak vnímána jako krok správným směrem, jejich plný dopad však bude možné hodnotit až v delším časovém horizontu a při stabilnějším personálním zajištění systému.

Zkušenosti s kvalitou fungování institucí

Respondenti se dále vyjadřovali k otázce, zda v současnosti spolupracují, nebo v minulosti spolupracovali s některou z vybraných zdravotnických institucí, například při zajišťování péče o konkrétní klienty či pacienty. Cílem bylo zjistit, jaké instituce jsou v regionálním systému duševního zdraví reálně zapojeny do spolupráce a nakolik je tato spolupráce rozšířená.

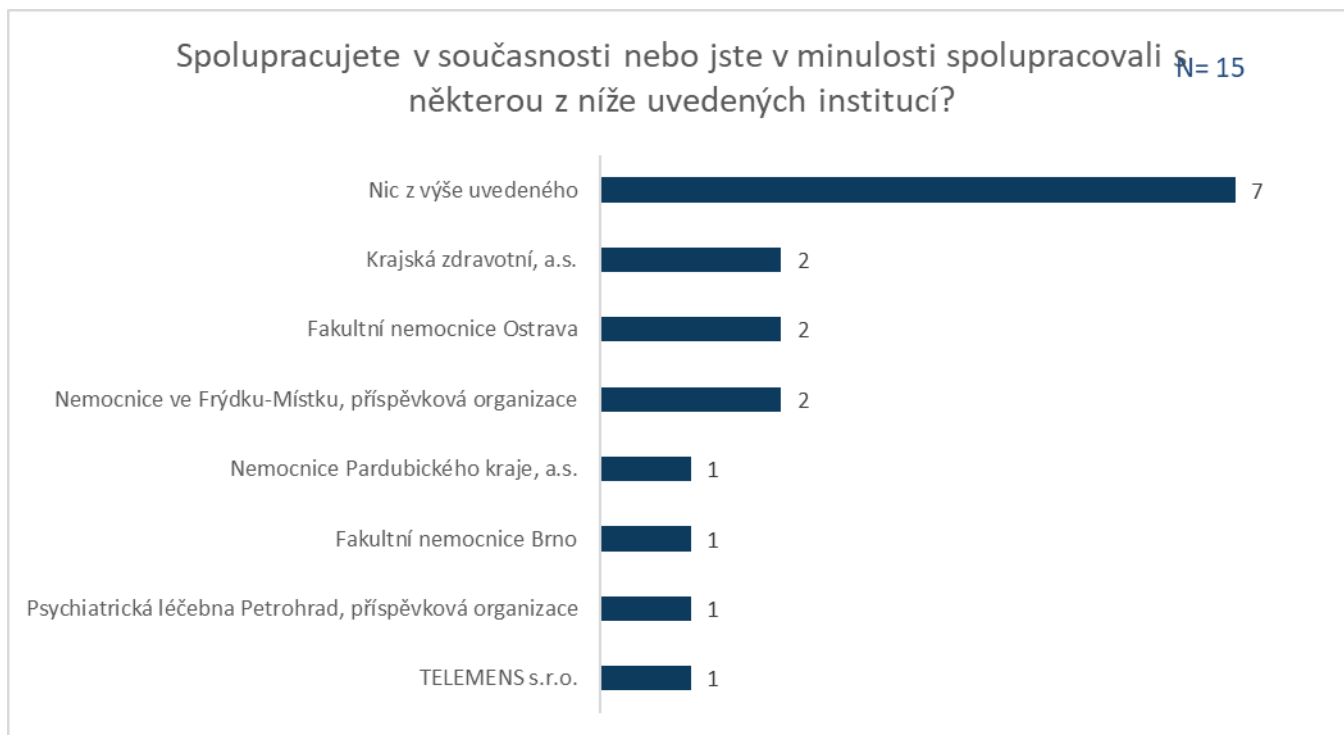
Z dat vyplývá, že přibližně polovina respondentů (8 z 15) uvedla zkušenost se spoluprací s konkrétní zdravotnickou institucí, zatímco druhá polovina (7 respondentů) uvedla, že s žádnou z uvedených institucí nespolečně pracovala. To naznačuje, že v některých regionech je systém spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami stále omezený nebo se odvíjí pouze od osobních vazeb a individuálních případů.

Z organizací, které byly v odpovědích konkrétně zmíněny, se nejčastěji opakovaly Fakultní nemocnice Ostrava, Nemocnice ve Frýdku-Místku a Krajská zdravotní, a.s. (každá po dvou zmínkách). Jednotliví respondenti dále uváděli Psychiatrickou léčebnu Petrohrad, TELEMENS s.r.o., Fakultní nemocnici Brno a Nemocnici Pardubického kraje, a.s.



Toto rozložení ukazuje, že spolupráce se soustředí především do větších nemocnic a specializovaných pracovišť, která poskytují akutní či dlouhodobou psychiatrickou péči. V některých regionech jsou tyto instituce klíčovým partnerem, zatímco jinde zřejmě chybí dostatečně rozvinuté mechanismy spolupráce, případně převažuje spíše izolované fungování jednotlivých článků systému.

Odpovědi tak potvrzují, že úroveň spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami není napříč regiony jednotná, zatímco v některých oblastech dochází k funkčnímu propojení služeb a sdílení informací o klientech, jinde zůstává tato vazba formální nebo zcela absentuje.



Zdroj: vlastní zpracování dotazníkového šetření Dostupnost specializované péče o duševní zdraví (září-říjen 2025)

Respondenti, kteří uvedli, že v minulosti či současnosti spolupracují s některou z uvedených zdravotnických institucí, byli následně požádáni, aby zhodnotili kvalitu jejího fungování ve srovnání s ostatními institucemi, se kterými běžně spolupracují.

Data potvrzují trend, že celkové hodnocení bylo výrazně pozitivní. Většina respondentů hodnotila spolupracující instituce jako spíše pozitivní (5 případů) nebo výrazně pozitivní (4 případy), přičemž nebyla zaznamenána žádná negativní zkušenost. To ukazuje, že tam, kde spolupráce probíhá, je obvykle vnímána jako funkční a přínosná.

Pozitivní hodnocení převažovalo zejména u Psychiatrické léčebny Petrohrad a společnosti TELEMENS s.r.o., které obě získaly hodnocení „výrazně převažuje pozitivní zkušenost“. Vysoce kladně byla vnímána také Nemocnice ve Frýdku-Místku, kde respondenti kombinovali hodnocení „výrazně pozitivní“ a „spíše pozitivní“.

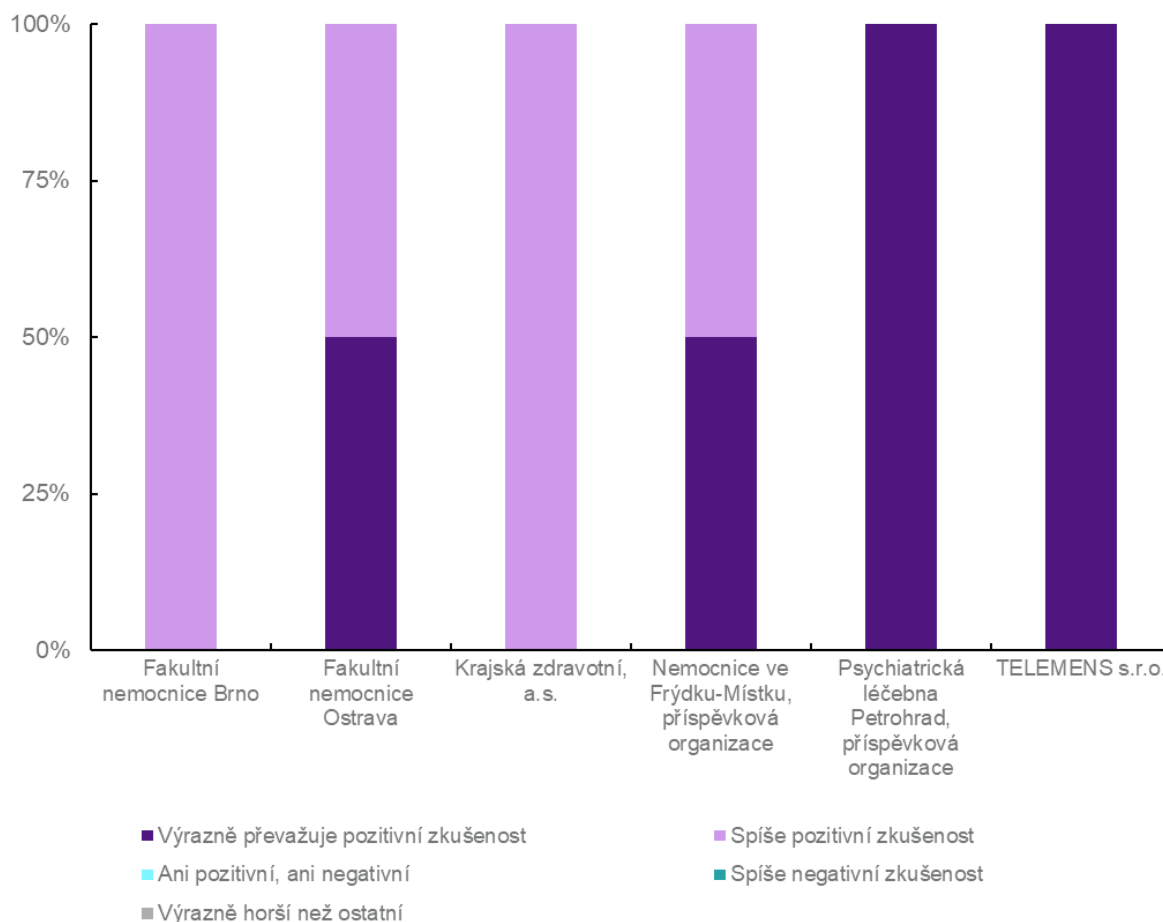
Fakultní nemocnice Ostrava a Krajská zdravotní, a.s. byly hodnoceny rovněž převážně kladně, přičemž respondenti oceňovali zejména jejich vstřícný přístup a spolupráci při řešení individuálních případů klientů. Fakultní nemocnice Brno byla hodnocena jako „spíše pozitivní“, přičemž žádná z institucí nebyla hodnocena jako „spíše negativní“ nebo „výrazně horší než ostatní“.



Z odpovědí tedy můžeme usoudit, že instituce, se kterými mají organizace osobní zkušenost, jsou vnímány převážně jako spolehlivé a profesionální partneři, u nichž funguje jak odborná, tak komunikační složka spolupráce. Naopak v regionech, kde spolupráce chybí, bývá problémem spíše její absence než nekvalitní fungování existujících partnerů.

Jak hodnotíte kvalitu fungování Vámi vybraných institucí ve srovnání s ostatními, se kterými běžně spolupracujete?

N= 7



Zdroj: vlastní zpracování dotazníkového šetření Dostupnost specializované péče o duševní zdraví (září-říjen 2025)

Respondenti, kteří uvedli konkrétní spolupráci s vybranými zdravotnickými institucemi, byli dále vyzváni, aby popsali pozitivní i negativní zkušenosti z této spolupráce.

Z odpovědí je patrné, že pozitivní zkušenosti výrazně převažují a týkají se především oblastí, jako je komunikace, odbornost personálu, spolupráce a předávání informací. Opakovaně zaznívala slova jako „dobrá komunikace, odbornost i spolupráce“ (Fakultní nemocnice Ostrava, Nemocnice ve Frýdku-Místku) nebo „odbornost, komunikace a spolupráce s návaznými službami“ (TELEMENS s.r.o.). Respondenti ocenili také možnost osobního kontaktu a vzájemného sdílení informací:

„Předávání informací, komunikace, pravidelná setkávání personálu, společné vzdělávání.“

Pozitivně byla hodnocena i spolupráce napříč sektory, například mezi adiktologickými a zdravotnickými službami či mezi lůžkovou a ambulantní péčí. Jeden z účastníků uvedl:



„Komunikace a spolupráce s pracovníci adiktologické ambulance díky setkávání v Koordinační skupině, která zlepšuje domluvu napříč institucemi.“

Lze říci, že respondenti oceňují vstřícný přístup odborníků, ochotu ke spolupráci a zlepšenou koordinaci péče o klienty, což posiluje kvalitu návazných služeb i kontinuitu péče.

Negativní zkušenosti byly spíše ojedinělé a dílčí. Zazněly především zmínky o dlouhých čekacích dobách nebo nedostatečné kapacitě („malá kapacita“ u TELEMENS s.r.o.). Jediná konkrétnější výtka směřovala ke Krajské zdravotní, a.s., kde respondent uvedl:

„Uzavřené detoxikační oddělení v MN Ústí nad Labem, kvalita služeb a přístup ke klientům v PN Horní Beřkovice.“

Žádná z institucí nebyla hodnocena jako výrazně negativní, což potvrzuje, že kde spolupráce existuje, bývá vnímána jako přínosná a funkční.

V závěrečných komentářích k tématu respondenti často zmiňovali potřebu dalšího rozvoje systému péče o duševní zdraví, zejména ve vztahu k personálnímu zabezpečení, regionální dostupnosti a provázání zdravotních a sociálních služeb. Objevily se např. komentáře jako:

„Péče o duševní zdraví je naprosto nerovnoměrně distribuována. Zatímco v Olomouci jsou některé služby i vícekrát dublované, v okrajových částech kraje je jich zoufale málo.“

„Terénním službám by zlepšilo spolupráci, kdyby bylo financování zdravotníků v sociálních službách lépe ukotveno v zákoně.“

Několik respondentů poukázalo i na to, že v části systému přetrvává formálnost a nedostatečný důraz na obsah péče („Bohužel někdy zajímá instituce pouze formální stránka péče a přehlíží její obsah“) a že v oblasti adiktologie zatím nedošlo k zásadní reformě psychiatrické péče.

Zhodnocení

Závěrem lze shrnout, že zkušenosti organizací se spoluprací se zdravotnickými institucemi jsou převážně pozitivní, přičemž tam, kde tato spolupráce probíhá, je obvykle hodnocena jako funkční, vstřícná a odborně kvalitní. Respondenti oceňují zejména dobrou komunikaci, profesionální přístup pracovníků a ochotu ke spolupráci při řešení individuálních případů, což podle nich přispívá k vyšší kontinuitě péče a efektivnějšímu navazování služeb.

Pozitivní zkušenosti se nejčastěji vztahovaly k větším zdravotnickým zařízením, jako jsou Fakultní nemocnice Ostrava, Nemocnice ve Frýdku-Místku, Psychiatrická léčebna Petrohrad či společnost TELEMENS s.r.o., které byly hodnoceny jako spolehliví partneři se zájmem o mezioborovou spolupráci.

Negativní zkušenosti byly spíše okrajové a dílčí, týkaly se především kapacitních omezení a dlouhých čekacích dob. Výjimkou byla ojedinělá připomínka ke kvalitě péče v konkrétním zařízení, která však nepředstavuje obecný trend. Z odpovědí je patrné, že hlavní problém nespočívá v nízké kvalitě spolupráce, ale spíše v její nerovnoměrné dostupnosti – v některých regionech je provázání zdravotních a sociálních služeb na velmi dobré úrovni, jinde zůstává spíše formální či zcela chybí.

Závěrečné komentáře respondentů upozorňují na nutnost systémového posílení spolupráce mezi sektory, zejména prostřednictvím lepšího legislativního ukotvení zdravotnických pozic v sociálních službách, stabilního financování a vyváženějšího regionálního pokrytí. Současně se objevují výzvy k tomu, aby byl kladen větší důraz na obsah a kvalitu poskytované péče, nikoli pouze na její formální rámec.



Fungující meziinstitucionální spolupráce představuje klíčový předpoklad pro zlepšení kvality a dostupnosti péče o duševní zdraví, přičemž současné zkušenosti ukazují, že tam, kde již taková spolupráce existuje, přináší měřitelné a pozitivní výsledky.

7.4 Využité dotazníky – doloženo v samostatných souborech



7.5 Výsledky vícenásobné regresní analýzy

7.5.1 Pracovní neschopnost – počet osob a počet případů

Realizovaná analýza vychází z metodologického postupu představeného ve Vstupní Zprávě (VZ). Na získaném datovém souboru byla aplikována vícenásobná regresní analýza panelových dat. Na základě zhodnocení dostupných proměnných v jednotlivých letech a geografických celcích, byla jako nejvhodnější varianta (tj. ta která umožňuje zapojení co největšího počtu proměnných za nejdelší časové období) na úrovni ORP, resp. ad-hoc vymezených územních celků přiřazených k ORP se spádovým zdravotnickým zařízením, a to za období let 2013–2023. Finální datový soubor obsahuje tedy 1576 pozorování na úrovni územních celků za sledované období, což zaručuje dostatečnou statistickou robustnost a věrohodnost představených výsledků.

Klíčové **vysvětlované** proměnné zahrnují **počet osob v pracovní neschopnosti (PN)** v přepočtu na tisíc obyvatel a **počet případů pracovní neschopnosti**, rovněž v přepočtu na tisíc obyvatel. Klíčovou **vysvětlující** proměnnou je přepočtená **finanční podpora z IROP** na obyvatele. S ohledem na typy realizovaných projektů lze očekávat, že k dopadům došlo v okamžiku dokončení projektu, a proto jsou vícenásobné regresní modely odhadnuty (a dopad je měřen) v daném časovém období, tj. ve stejném roce. Dostupné kontrolní proměnné na úrovni územních jednotek pak zahrnují podíl věkové skupiny 65+, počet obcí v dané územní jednotce, míru nezaměstnanosti, přírůstek obyvatel na tisíc obyvatel a jednotlivé umělé nula-jedničkové proměnné pro jednotlivé územní jednotky, aby byly v analýze podchyceny i faktory, pro které nebyla dostupná data. Dále byly do modelů zapojeny dvě i kontrolní proměnné na úrovni okresů, konkrétně vyplacený příspěvek na bydlení a úmrtí na alkohol, obě v přepočtu na tisíc obyvatel.

Výsledné odhady ekonometrických modelů představuje následující tabulka. Přestavené modely byly vyhodnoceny na základě celkového testu chí-kvadrátu o významnosti modelu jako statisticky významné alespoň na 10% hladině statistické významnosti a statistická významnost jednotlivých odhadů je udávána v Tabulce níže.

Hlavním zjištěním z realizovaných analýz je, že na úrovni územních jednotek se **nepodařilo prokázat statistickou souvislost mezi alokovanou podporou a analyzovanými indikátory PN**. Byly provedeny i kontrolní analýzy se zahrnutím zpožděného dopadu podpory, ale ani ty souvislost neprokázaly. Krom toho je třeba podotknout, že odhadnutý koeficient je ve všech případech velice blízký nule a má kladný koeficient.

Z pohledu kontrolních proměnných pozorujeme kladnou souvislost mezi podílem věkové skupiny 65+ v územních jednotkách a indikátory PN, pozitivní koeficient napříč modely vyšel statisticky významný i s proměnnými představujícími úmrtí na alkohol v přepočtu na tisíc obyvatel a dále u proměnné měřící přírůstek obyvatel. U míry nezaměstnanosti pozorujeme negativní vztah s počtem osob v PN a počtem případů PN (Modely 1 a 3), nicméně u specifických případů PN se tento vztah mění na kladný (Model 2). Obdobně je tomu pak i u proměnné, měřící souvislost s příspěvkem na bydlení.



Model číslo: Vysvětlovaná/vysvětlující proměnná	(1) <i>Počet osob v PN na 1000 obyvatel</i>	(2) <i>Počet osob v PN (specifická diagnóza) na 1000 obyvatel</i>	(3) <i>Počet případů PN na 1000 obyvatel</i>
<i>Podpora na 1000 obyvatel</i>	-0.000000846 (0.00000243)	0.00000271 (0.00000176)	-0.00000174 (0.00000522)
<i>Podíl věkové skupiny 65+</i>	25.74*** (0.718)	7.504*** (0.585)	46.10*** (1.108)
<i>ORP nad 10 tisíc obyvatel</i>	3.691 (4.567)	1.292 (3.831)	11.06 (14.28)
<i>Počet obcí v ORP</i>	-2.112 (2.893)	-1.182 (0.749)	-2.202 (4.122)
<i>Míra nezaměstnanosti</i>	5.711*** (0.463)	-1.426*** (0.140)	10.87*** (0.629)
<i>Přírůstek obyvatel na 1000 obyvatel</i>	0.843*** (0.0904)	0.260*** (0.0266)	2.179*** (0.150)
<i>Úmrtí na alkohol na 1000 obyvatel</i>	33.77*** (3.280)	6.798* (2.666)	58.93*** (6.815)
<i>Příspěvek na bydlení na 1000 obyvatel</i>	-0.0224*** (0.00133)	0.00857*** (0.000452)	-0.0282*** (0.00477)
<i>ORP==Benesov_plus</i>	60.47 (139.6)	38.36 (37.96)	28.97 (227.3)
<i>ORP==Bilovec</i>	-162.1 (104.2)	-107.0 (18.06)	-206.8 (159.2)
<i>ORP==Blansko</i>	-82.87*** (16.12)	-39.41*** (1.841)	-133.3*** (24.01)
<i>ORP==Bohumín</i>	-105.2 (134.5)	-73.11* (29.58)	-137.1 (192.2)
<i>ORP==Boskovice</i>	3.281 (69.71)	13.61 (21.69)	-33.60 (101.4)
<i>ORP==Brandýs nad Labem- Stará Boleslav</i>	74.59** (25.74)	4.577 (7.311)	117.9+ (61.43)
<i>ORP==Breclav</i>	-120.0 (91.54)	-56.02** (19.27)	-163.2 (121.9)
<i>ORP==Brno_plus</i>	37.04 (123.5)	5.577 (33.04)	-8.372 (192.3)
<i>ORP==Bruntál</i>	-80.01 (52.01)	-36.22*** (9.061)	-119.7 (77.58)
<i>ORP==Časlav_plus</i>	-2.122 (111.6)	10.61 (32.18)	-62.70 (173.6)
<i>ORP==Česka Lípa_plus</i>	31.25 (23.68)	10.40*** (2.474)	50.00 (49.25)
<i>ORP==Česke Budejovice</i>	38.84 (88.86)	12.59 (27.86)	28.06 (131.0)
<i>ORP==Česky Brod</i>	-78.48 (67.88)	-68.17*** (13.26)	-83.67 (107.0)
<i>ORP==Česky Krumlov</i>	-33.80 (50.92)	-17.32 (12.35)	-35.11 (73.58)
<i>ORP==Česky Tesín</i>	-94.88 (132.5)	-77.65* (32.57)	-107.2 (196.3)
<i>ORP==Čeb+_plus</i>	-69.66 (66.62)	-55.29** (18.14)	-78.86 (91.05)
<i>ORP==Chomutov</i>	-41.83 (71.47)	-40.29* (17.46)	-33.93 (99.21)
<i>ORP==Chrudim_plus</i>	75.76 (173.0)	51.82 (50.74)	48.31 (245.0)
<i>ORP==Decín</i>	-94.69* (45.17)	-66.13*** (9.389)	-140.4* (67.60)
<i>ORP==Dobruška</i>	-119.1+ (66.89)	-72.39*** (10.83)	-152.7 (107.8)
<i>ORP==Domazlice_plus</i>	12.28 (73.83)	12.81 (21.31)	-5.250 (116.6)
<i>ORP==Dvůr Králové nad Labem</i>	-146.4* (60.66)	-60.95*** (8.728)	-223.4** (81.52)
<i>ORP==Frydek-Místek_plus</i>	-24.37* (12.07)	-11.41*** (0.910)	-49.57 (30.94)
<i>ORP==Frydlant</i>	-67.62 (89.93)	-30.01+ (15.44)	-50.87 (137.8)
<i>ORP==Havířov</i>	-155.0 (127.3)	-83.39** (29.23)	-216.1 (189.1)
<i>ORP==Havlickův Brod_plus</i>	85.34 (202.4)	59.48 (57.11)	48.13 (300.0)



ORP==Hodonin	-122.0 (89.30)	-46.25* (18.67)	-168.7 (123.4)
ORP==Horice	-82.43 (55.37)	-31.28*** (2.480)	-113.0 (82.19)
ORP==Horovice	-72.20* (28.98)	-35.77*** (5.740)	-95.14+ (55.60)
ORP==Hradec Kralove_plus	6.962 (132.3)	11.06 (36.47)	-52.09 (205.8)
ORP==Hranice_plus	-16.98 (35.37)	-2.463 (11.66)	-42.39 (45.48)
ORP==Hustopece_plus	-8.134 (29.42)	1.817 (10.65)	-24.99 (36.55)
ORP==Ivancice_plus	-3.528 (79.85)	0.680 (23.29)	-32.02 (108.9)
ORP==Jablonec nad Nisou	-90.00 (109.8)	-44.51+ (25.63)	-94.73 (148.2)
ORP==Jesenik	-150.5* (73.84)	-72.52*** (16.32)	-221.6* (101.3)
ORP==Jicin_plus	70.52 (144.7)	45.32 (39.77)	55.01 (214.0)
ORP==Jihlava_plus	174.2 (283.7)	96.87 (77.34)	159.0 (407.8)
ORP==Jilemnice_plus	-161.3* (67.81)	-90.45*** (7.935)	-222.9* (100.5)
ORP==Jindrichuv Hradec	-34.55 (25.39)	-17.31 (14.86)	-71.10 (50.69)
ORP==Kadan	-63.92 (87.47)	-56.27* (24.28)	-66.11 (118.5)
ORP==Karlovy Vary_plus	-79.41*** (20.70)	-42.58*** (6.921)	-148.6** (51.23)
ORP==Karvina_plus	-115.2 (126.1)	-65.07* (32.50)	-152.3 (174.8)
ORP==Kladno_plus	196.8 (232.2)	95.88 (58.53)	223.8 (335.0)
ORP==Klatovy_plus	12.27 (62.76)	23.15 (19.52)	-16.20 (95.61)
ORP==Kolin	1.800 (54.03)	14.65 (9.995)	-30.80 (80.47)
ORP==Krnov	-148.9* (75.18)	-74.07*** (12.43)	-227.5* (99.29)
ORP==Kromeriz_plus	-42.24 (45.20)	-14.92 (14.67)	-99.24 (83.50)
ORP==Kyjov	-68.33*** (18.09)	-17.75*** (2.593)	-115.9** (35.60)
ORP==Liberec	-66.17 (61.27)	-43.61*** (11.72)	-77.52 (86.54)
ORP==Litomerice_plus	23.99 (67.41)	21.66 (20.88)	13.72 (97.45)
ORP==Litomysl_plus	20.61 (74.57)	7.378 (21.71)	-2.224 (127.5)
ORP==Marianske Lazne_plus	-39.10 (28.55)	-13.71*** (1.948)	-56.96 (36.44)
ORP==Melnik	-60.51* (24.40)	-33.15*** (0.648)	-84.45+ (47.96)
ORP==Mlada Boleslav	127.9 (144.4)	68.88+ (41.87)	161.2 (210.2)
ORP==Most	-55.42 (98.27)	-63.19** (19.44)	-44.43 (133.0)
ORP==Nachod_plus	-66.05 (42.09)	-32.75* (16.17)	-122.1* (55.09)
ORP==Neratovice	-76.69 (103.4)	-48.49* (23.81)	-72.18 (150.2)
ORP==Nove Mesto na Morave_plus	92.35 (193.6)	70.90 (56.50)	56.31 (291.7)
ORP==Novy Jicin_plus	-77.28 (72.26)	-42.06* (19.63)	-104.0 (88.84)
ORP==Nymburk_plus	13.27** (4.120)	1.036 (3.436)	17.51 (27.44)
ORP==Odry_plus	-107.4 (74.58)	-47.74** (14.93)	-142.2 (116.4)
ORP==Olomouc_plus	-14.90	-11.01	-47.12



	(50.09)	(9.870)	(79.90)
ORP==Opava_plus	-23.92*	-25.51***	-46.24*
	(10.21)	(0.399)	(19.22)
ORP==Ostrava_plus	-75.14	-64.41***	-120.0
	(67.06)	(18.45)	(84.61)
ORP==Pardubice_plus	99.63	55.37	86.51
	(178.9)	(53.02)	(257.2)
ORP==Pelhřimov_plus	79.04	58.69	28.23
	(202.0)	(51.68)	(310.7)
ORP==Písek_plus	-18.04	-11.15	-44.68
	(40.04)	(16.00)	(65.10)
ORP==Plzeň_plus	91.82	51.66	67.51
	(192.9)	(55.08)	(258.8)
ORP==Podebrady	-121.5***	-40.17***	-197.7***
	(35.08)	(4.252)	(58.39)
ORP==Prachovice_plus	-2.161	-4.279	-12.63
	(43.22)	(18.48)	(72.33)
ORP==Prerov	-71.23*	-15.26	-137.2*
	(29.46)	(13.89)	(54.77)
ORP==Příbram	-31.15	-7.944	-84.23
	(70.05)	(24.52)	(113.9)
ORP==Prostějov_plus	52.68	29.47	24.45
	(140.9)	(32.13)	(205.2)
ORP==Rakovník	-3.868	2.482	-48.71
	(98.74)	(29.87)	(137.1)
ORP==Říčany	19.95	-24.34+	37.57
	(13.19)	(12.88)	(23.44)
ORP==Rokycany_plus	43.28	39.82	15.05
	(119.3)	(35.58)	(157.6)
ORP==Roudnice nad Labem	-136.7**	-86.85***	-192.5**
	(46.08)	(6.601)	(63.34)
ORP==Roznov pod	-153.0	-73.05**	-224.5+
Radhoštěm_plus	(101.5)	(24.20)	(135.3)
ORP==Rumburk_plus	-95.44	-63.78**	-115.8
	(93.68)	(21.41)	(131.6)
ORP==Rychnov nad	59.32	40.35	62.45
Kněžnou_plus	(83.68)	(33.43)	(128.2)
ORP==Řymařov	-170.9	-78.25***	-241.6
	(109.6)	(19.92)	(171.0)
ORP==Sedlčany_plus	-112.4**	-62.81***	-167.6**
	(35.14)	(3.718)	(57.44)
ORP==Semily_plus	-128.3**	-59.41***	-188.7**
	(47.71)	(3.847)	(69.26)
ORP==Slaný_plus	39.23	20.66	34.53
	(56.88)	(17.79)	(114.9)
ORP==Sokolov_plus	-39.16	-31.56***	-49.49
	(34.36)	(8.001)	(43.91)
ORP==Sternberk_plus	-93.91	-51.54***	-135.0*
	(61.58)	(12.20)	(66.31)
ORP==Stod_plus	44.32	22.62	52.49
	(89.81)	(31.89)	(118.5)
ORP==Strakonice_plus	131.2	84.14	100.8
	(237.2)	(65.95)	(342.0)
ORP==Sumperk_plus	1.584	21.07	-51.00
	(91.06)	(28.66)	(153.0)
ORP==Susice	-187.9***	-83.37***	-285.6***
	(56.88)	(11.22)	(72.46)
ORP==Svitavy_plus	8.449	12.36	-34.82
	(93.40)	(27.77)	(147.6)
ORP==Tábor_plus	105.9	74.13	57.00
	(249.8)	(69.23)	(359.9)
ORP==Tábor	-157.3	-74.91***	-199.4
	(113.5)	(18.75)	(170.6)
ORP==Teplice_plus	-45.90*	-34.67***	-82.18
	(18.95)	(9.725)	(50.86)
ORP==Tisnov	-3.251	13.30	-30.31
	(28.06)	(13.83)	(40.69)
ORP==Třebíč_plus	188.2	112.5	156.2
	(341.4)	(90.81)	(489.4)
ORP==Trhove Sviny_plus	-11.01	-10.61	-18.85
	(25.16)	(15.93)	(30.79)



<i>ORP==Trinec_plus</i>	-71.12 (70.67)	-47.83** (16.83)	-92.78 (102.8)
<i>ORP==Trutnov</i>	-99.71* (50.11)	-51.26*** (7.715)	-138.5+ (73.68)
<i>ORP==Turnov_plus</i>	-18.63 (30.35)	-17.99* (8.726)	-50.16 (39.15)
<i>ORP==Uherske Hradiste_plus</i>	36.67 (142.5)	39.33 (34.51)	-23.60 (231.4)
<i>ORP==Usti nad Labem</i>	-96.25 (73.61)	-63.01*** (13.80)	-121.0 (112.5)
<i>ORP==Usti nad Orlici_plus</i>	15.32 (52.82)	7.242 (14.92)	-3.211 (103.9)
<i>ORP==Valasske Mezirici</i>	-134.7 (85.49)	-70.94*** (12.70)	-191.6 (121.9)
<i>ORP==Velke Mezirici</i>	6.173 (22.53)	-1.613 (8.481)	3.608 (40.23)
<i>ORP==Vrchlabi</i>	-119.0 (98.64)	-69.21*** (19.62)	-153.3 (136.6)
<i>ORP==Vsetin_plus</i>	-29.69* (13.02)	-7.183* (3.531)	-62.66* (25.23)
<i>ORP==Vyskov_plus</i>	2.912 (45.04)	0.682 (8.318)	-11.66 (58.73)
<i>ORP==Zatec_plus</i>	26.73 (60.53)	15.38 (16.72)	12.75 (107.4)
<i>ORP==Zlin_plus</i>	-34.79 (62.53)	-8.796 (18.30)	-94.65 (108.0)
<i>ORP==Znojmo</i>	69.63 (186.2)	48.87 (51.24)	32.79 (259.5)
<i>Konstanta</i>	-250.0+ (128.0)	41.76 (39.31)	-597.9** (201.6)
Počet pozorování	1232	1232	1232
Koeficient determinace R2	0.821	0.850	0.829
Adjustované R2	0.802	0.833	0.810
Akaikeho informační kritérium	10389.5	8738.1	11774.6
Bayesovo informační kritérium	10410.0	8743.3	11795.0
P-hodnota testu významnosti modelu chí-kvadrát	0.00	0.00	0.00

7.5.2 Obložnost, počet ošetřovacích dnů

Realizovaná analýza vychází z metodologického postupu představeného ve Vstupní Zprávě (VZ). Na získaném datovém souboru byla aplikována vícenásobná regresní analýza panelových dat. Na základě zhodnocení dostupných proměnných v jednotlivých letech a geografických celcích, byla jako nejvhodnější varianta (tj. ta která umožňuje zapojení co největšího počtu proměnných za nejdelší časové období) na úrovni ORP, a to za období let 2013–2023. Finální datový soubor obsahuje tedy 1576 pozorování na úrovni ORP za sledované období, což zaručuje dostatečnou statistickou robustnost a věrohodnost představených výsledků.

Klíčové **vysvětlované** proměnné zahrnují **obložnost** v %, **počet lůžek celkem** v přepočtu na tisíc obyvatel a skutečný **počet ošetřených dnů**, rovněž v přepočtu na tisíc obyvatel. Klíčovou **vysvětlující** proměnnou je přepočtená **finanční podpora z IROP** na obyvatele. S ohledem na typy realizovaných projektů lze očekávat, že k dopadům došlo v okamžiku dokončení projektu, a proto jsou vícenásobné regresní modely odhadnuty (a dopad je měřen) v daném časovém období, tj. ve stejném roce. Dostupné kontrolní proměnné na úrovni ORP pak zahrnují podíl věkové skupiny 65+, počet obcí v dané ORP, míru nezaměstnanosti, přírůstek obyvatel na tisíc obyvatel a jednotlivé umělé nula-jedničkové proměnné pro jednotlivé ORP, aby byly v analýze podchyceny i faktory, pro které nebyla dostupná data. Dále byly do modelů zapojeny dvě i kontrolní proměnné na úrovni okresů, konkrétně vyplacený příspěvek na bydlení a úmrtí na alkohol, obě v přepočtu na tisíc obyvatel.



Výsledné odhady ekonometrických modelů představuje následující tabulka. Přestavené modely byly vyhodnoceny na základě celkového testu chí-kvadrátu o významnosti modelu jako statisticky významné alespoň na 10% hladině statistické významnosti a statistická významnost jednotlivých odhadů je udávána v Tabulce.

Hlavním zjištěním z realizovaných analýz je, že na úrovni ORP pozorujeme **statisticky významnou negativní souvislost mezi realizovanou podporou a obložeností** (Model 1), což lze interpretovat tak, že realizované projekty (vyjádřené čerpanými finančními prostředky) vedly ke snížení obloženosti ve sledovaném období. Model 2 nás informuje, že se **nepodařilo prokázat** statistickou **souvislost mezi alokovanou podporou a počtem lůžek** na tisíc obyvatel. Z Modelu 3 dále vyplývá průkazná **negativní statistická souvislost mezi alokovanou podporou a skutečným počtem ošetřených dnů** na tisíc obyvatel, tj. lze usoudit, že realizované projekty (vyjádřené čerpanými finančními prostředky) souvisely se snížením skutečného počtu ošetřených dnů na tisíc obyvatel ve sledovaném období.

Z pohledu kontrolních proměnných pozorujeme negativní souvislost mezi podílem věkové skupiny 65+ v ORP a obložeností, vidíme i negativní souvislost mezi mírou nezaměstnanosti a obložeností, dále pozitivní souvislost mezi příspěvkem na bydlení a všemi třemi sledovanými proměnnými a negativní souvislost mezi úmrtími na alkohol a obložeností. Počet ošetřených dnů byl pak ve sledovaném období v průměru vyšší u ORP s vyšším podílem věkové skupiny 65+. Pokud jde o přírůstek obyvatel, tak byla pozorována negativní asociace s počtem lůžek na tisíc obyvatel a skutečným počtem ošetřených dnů, tj. v ORP s vyššími přírůstky obyvatel bylo v průměru pozorováno méně lůžek na tisíc obyvatel a nižší počet ošetřených dní.

Model číslo: Vysvětlovaná/vysvětlující proměnná	(1) Obloženost celkem (v %)	(2) Počet lůžek celkem na 1000 obyvatel	(3) Skutečný počet ošetřených dnů na 1000 obyvatel
<i>Podpora na 1000 obyvatel</i>	-6.21e-09⁺ (3.49e-09)	-0.00000146 (0.00000237)	-0.000426^{***} (0.0000798)
<i>Podíl věkové skupiny 65+</i>	-0.0243^{***} (0.00255)	2.321 (2.543)	545.2⁺ (321.7)
<i>ORP nad 10 tisíc obyvatel</i>	0.0124 (0.0264)	-5.072 (4.864)	-1496.3^{***} (247.9)
<i>Počet obcí v ORP</i>	0.00698 (0.0314)	-3.165 (2.234)	-560.9 (514.3)
<i>Míra nezaměstnanosti</i>	-0.00529^{***} (0.00125)	-0.0364 (1.062)	-18.71 (182.5)
<i>Přírůstek obyvatel na 1000 obyvatel</i>	-0.000187 (0.000116)	-0.276^{**} (0.102)	-70.15[*] (34.11)
<i>Příspěvek na bydlení na 1000 obyvatel</i>	0.0000203^{**} (0.00000759)	0.0228^{***} (0.00505)	5.433^{**} (1.684)
<i>Úmrtí na alkohol na 1000 obyvatel</i>	-0.0694^{**} (0.0243)	-6.578 (13.07)	-1244.9 (1357.3)
<i>ORP==Beneškov</i>	-0.619 (1.475)	148.1 (97.82)	26187.3 (23774.3)
<i>ORP==Beroun</i>	-0.236 (1.398)	143.6 (92.49)	25738.1 (22209.8)
<i>ORP==Blansko</i>	-0.215 (1.229)	115.0 (82.16)	19690.9 (18232.2)
<i>ORP==Blatná</i>	0.0411 (0.676)	74.43 ⁺ (38.28)	13420.2 (11179.9)
<i>ORP==Blovic</i>	0.147 (0.487)	68.62 [*] (34.41)	13356.5 [*] (6608.6)
<i>ORP==Bohumín</i>	-0.297 ^{***} (0.0391)	-37.69 ^{**} (14.58)	-9208.7 [*] (3796.9)
<i>ORP==Boskovice</i>	-0.488 (2.167)	214.9 (149.0)	37622.1 (34578.7)
<i>ORP==Brandýs nad Labem</i>	-0.511 (1.726)	188.6 (115.2)	34601.1 (27946.0)
<i>ORP==Brno</i>	-0.0926 (0.0867)	-45.29 ^{**} (16.35)	-10472.1 ^{**} (3185.8)
<i>ORP==Břežany</i>	0.140 (0.144)	2.388 (9.059)	319.7 (1815.8)
<i>ORP==Břežany</i>	-0.0938	22.32	3350.6



	(0.251)	(13.85)	(3232.6)
ORP==BL TM eclav	-0.128	40.86 ⁺	6650.5
	(0.431)	(24.33)	(6221.8)
ORP==Cheb	-0.217	46.18	7750.3
	(0.541)	(31.20)	(8261.8)
ORP==Chomutov	-0.325	47.76	7482.1
	(0.688)	(44.02)	(10229.0)
ORP==Chot TM bo TM	0.0285	93.84	17309.1
	(0.829)	(59.00)	(13820.5)
ORP==Chrudim	-0.587	252.0	44121.9
	(2.579)	(177.8)	(41082.7)
ORP==Da TM Ťice	-0.127	68.36 ⁺	12942.8
	(0.570)	(37.79)	(8375.7)
ORP==Dob TM Ť TM	-0.182	74.37 [*]	14279.3
	(0.623)	(37.56)	(9914.8)
ORP==Doma TM Ťlice	-0.420	179.5	32477.2
	(1.712)	(112.7)	(26196.4)
ORP==Dv TM Ťr Kr TM Ťlov TM nad	-0.219	74.91	13518.9
Labem	(0.753)	(52.90)	(9546.1)
ORP==D TM ŤŤ TM Ťn	-0.157	56.20	7532.5
	(0.943)	(65.61)	(14886.8)
ORP==Fr TM Ťdek-M TM Ťstek	-0.273	93.91	15652.4
	(1.046)	(66.90)	(16070.3)
ORP==Fr TM Ťdlant	-0.259	41.09	6574.2
	(0.426)	(29.67)	(7956.8)
ORP==Fr TM Ťdlant nad Ostravic TM	-0.202	27.90 [*]	4866.3 ^{**}
	(0.217)	(12.98)	(1710.6)
ORP==Hav TM ŤŤ TM Ťk TM Ť TM Brod	-0.437	167.3	29604.8
	(1.630)	(109.4)	(26083.1)
ORP==Hav TM Ť TM ov	0.0621	-43.88 ^{**}	-11020.4 ^{**}
	(0.0414)	(13.96)	(3477.3)
ORP==Hora TM ŤŤ TM ovice	0.0551	84.05 [*]	16726.6 [*]
	(0.481)	(39.81)	(8512.8)
ORP==Ho TM Ť TM ice	-0.0328	91.58 ⁺	16800.6
	(0.772)	(48.06)	(13708.1)
ORP==Ho TM Ť TM ovice	-0.386	111.6	19924.6
	(1.029)	(71.58)	(15678.2)
ORP==Hradec Kr TM Ťlov TM Ť	-0.634	224.0	38282.5
	(2.419)	(167.1)	(38419.7)
ORP==Hranice	-0.209	90.86 ⁺	16197.1
	(0.874)	(51.77)	(13205.6)
ORP==Humpolec	-0.179	89.21 [*]	17014.6 [*]
	(0.662)	(42.96)	(7510.2)
ORP==Hustope TM ŤŤe	-0.317	79.82	13827.7
	(0.748)	(50.86)	(12409.1)
ORP==Ivan TM ŤŤice	-0.147	49.41	8609.4
	(0.386)	(30.13)	(5427.3)
ORP==Jablonec nad Nisou	-0.0800	6.069	-247.6
	(0.242)	(12.46)	(3303.2)
ORP==Jablunkov	-0.127	22.52	3371.2
	(0.241)	(15.27)	(3748.5)
ORP==Jarom TM Ť TM	-0.178	32.77 ⁺	5530.9
	(0.344)	(17.62)	(4522.9)
ORP==Jesen TM Ťk	-0.0911	42.38	5937.9
	(0.618)	(42.03)	(9617.9)
ORP==Jihlava	-0.671	236.1	41678.5
	(2.361)	(163.6)	(37065.4)
ORP==Jilemnice	-0.320	96.08	20160.1 ⁺
	(0.517)	(64.40)	(12190.8)
ORP==Jind TM Ť TM ch TM Ť TM Hradec	-0.414	182.4	33523.7
	(1.698)	(114.7)	(26016.2)
ORP==Ji TM ŤŤ TM Ťn	-0.651	245.3	43735.1
	(2.291)	(162.2)	(38149.0)



ORP==Kadaň	-0.220 (0.486)	50.42 (38.32)	9727.1 (9418.2)
ORP==Karlovy Vary	-0.373 (1.135)	106.1 (78.36)	18124.5 (16414.0)
ORP==Karviná	-0.124*** (0.0316)	-32.72+ (19.88)	-7892.0* (3230.4)
ORP==Kladno	-0.484 (1.371)	131.9 (92.71)	22763.8 (19726.5)
ORP==Klatovy	-0.179 (1.265)	140.3+ (84.32)	25785.2 (21704.6)
ORP==Kolín	-0.640 (2.045)	207.7 (138.4)	36830.6 (33586.9)
ORP==Kopřivnice	0.161 (0.185)	38.37** (14.39)	7558.4** (2885.5)
ORP==Kralupy nad Vltavou	0.0302 (0.484)	72.45+ (42.17)	14488.0+ (8135.7)
ORP==Krnov	-0.217 (0.652)	64.00 (51.40)	11131.3 (16148.6)
ORP==Kroměříž	-0.253 (1.320)	116.9 (88.19)	19477.6 (20249.3)
ORP==Královské Lázně	0.520*** (0.0384)	133.1 (107.9)	30696.5 (27751.5)
ORP==Kutná Hora	-0.206 (1.427)	136.4 (99.88)	23352.3 (23147.9)
ORP==Liberec	-0.268 (0.758)	50.51 (49.56)	7113.6 (10748.3)
ORP==Litomyšl	-0.432 (0.991)	96.23 (62.25)	17088.2 (15204.6)
ORP==Litoměřice	-0.345 (1.127)	101.3 (74.57)	17024.7 (17239.8)
ORP==Litvínov	0.351 (0.234)	-26.54 (17.28)	-7681.0+ (4452.8)
ORP==Louny	-0.275 (1.158)	96.14 (77.97)	15831.6 (17727.2)
ORP==Luhačovice	0.0105 (0.332)	34.38+ (18.68)	5772.9 (3644.3)
ORP==Lysá nad Labem	-0.190 (0.330)	37.91* (17.07)	7968.3+ (4533.9)
ORP==Mariánské Lázně	-0.174 (0.308)	18.71 (16.15)	2602.7 (4053.4)
ORP==Mladá Boleslav	-0.724 (2.955)	298.3 (203.9)	52726.9 (47787.6)
ORP==Moravská Třebová	-0.0841 (0.906)	85.30 (60.30)	14681.5 (15519.8)
ORP==Moravský Budějovice	0.155 (1.347)	128.0 (93.21)	22228.2 (20778.4)
ORP==Most	-0.295 (0.353)	-10.92 (25.42)	-4903.2 (4816.4)
ORP==Mělník	-0.286 (1.086)	105.0 (70.67)	18282.0 (18072.1)
ORP==Neratovice	-0.0674 (0.295)	23.13+ (13.02)	3787.0 (3663.0)
ORP==Nová Pátek	-0.273 (0.823)	83.43 (53.10)	14598.7 (11384.8)
ORP==Nová Pátek	0.00836 (0.369)	20.00 (24.62)	2117.9 (4667.6)
ORP==Nová Bydžov	-0.0442 (0.576)	48.83 (38.26)	7545.4 (8505.0)
ORP==Nová Jičín	-0.146 (0.382)	31.16 (20.41)	4633.2 (5430.4)
ORP==Nymburk	-0.405 (1.149)	104.7 (72.90)	17795.5 (16945.5)
ORP==Náchod	-0.304	79.67	12739.3



	(1.006)	(67.11)	(15444.5)
ORP==Odry	-0.107	21.01	3228.4
	(0.192)	(13.21)	(3935.6)
ORP==Olomouc	-0.403	116.3	19358.7
	(1.326)	(88.49)	(20192.8)
ORP==Opava	-0.202	95.67	15360.7
	(1.174)	(76.69)	(17701.1)
ORP==Ostrava	-0.180	-23.15	-7588.2*
	(0.293)	(17.90)	(3662.2)
ORP==Pardubice	-0.491	153.3	26339.0
	(1.645)	(109.9)	(25200.6)
ORP==Pelhřimov	-0.503	213.3	38021.8
	(2.088)	(143.8)	(33562.9)
ORP==Plzeň	-0.156	19.45	2347.0
	(0.339)	(19.30)	(4737.6)
ORP==Podbořany	0.145	30.55	6572.2
	(0.208)	(24.24)	(5101.3)
ORP==Poděbrady	-0.262	99.08	17900.3
	(0.965)	(67.20)	(14212.3)
ORP==Polička	0.0628	63.37+	12347.1+
	(0.468)	(36.54)	(6796.8)
ORP==Prachatice	-0.451	134.5	24406.1
	(1.278)	(82.60)	(21782.3)
ORP==Prostějov	-0.526	209.0	35569.6
	(2.264)	(155.2)	(35235.4)
ORP==Pátek	-0.365	132.6	22968.7
	(1.421)	(96.47)	(22217.3)
ORP==Přelambro	-0.550	214.8	37448.7
	(2.195)	(150.7)	(35462.6)
ORP==Rakovník	-0.612	243.0	42349.9
	(2.518)	(170.3)	(40325.2)
ORP==Rokycany	-0.680	199.0	34817.6
	(2.015)	(136.9)	(31664.4)
ORP==Roudnice nad Labem	-0.340	77.87	12744.5
	(0.898)	(59.85)	(13779.7)
ORP==Rožnov pod	-0.0251	4.238	-367.0
Radhošť	(0.169)	(6.312)	(1575.6)
ORP==Rumburk	-0.262	-11.64	-4547.4
	(0.293)	(17.56)	(3580.3)
ORP==Rychnov nad Kněžnou	0	0	0
	(0)	(0)	(0)
ORP==Řádov	-0.210	-11.10	-4529.4
	(0.206)	(18.64)	(3471.7)
ORP==Sedlčany	0.0651	44.12	6526.3
	(0.529)	(36.28)	(8181.5)
ORP==Semily	-0.177	39.30	5526.9
	(0.546)	(37.20)	(8712.3)
ORP==Slaný	-0.612	138.8	23685.5
	(1.520)	(103.0)	(23420.8)
ORP==Sokolov	-0.174	59.65	9209.3
	(0.836)	(52.67)	(12108.0)
ORP==Stod	-0.215	61.98	10544.0
	(0.620)	(40.86)	(10008.7)
ORP==Strakonice	-0.553	192.4	33113.5
	(2.045)	(139.7)	(32239.6)
ORP==Sušice	-0.215	74.54	12603.3
	(0.729)	(51.01)	(11448.6)
ORP==Svitavy	-0.204	67.21	11338.6
	(0.767)	(48.40)	(11488.4)
ORP==Tanvald	0.113	-4.258	-2590.8
	(0.180)	(15.33)	(2270.0)
ORP==Teplice	-0.276	41.26	5627.2
	(0.720)	(45.31)	(10266.4)



ORP==Tilšnov	-0.408 (1.711)	168.9 (117.2)	29210.0 (27415.9)
ORP==Trhová Sviny	-0.130 (0.374)	43.88 (29.50)	8260.0 (5724.8)
ORP==Trutnov	-0.164 (0.840)	69.24 (55.26)	11250.5 (12445.8)
ORP==Turnov	-0.309 (1.030)	85.82 (70.25)	14437.7 (15439.2)
ORP==Tábor	-0.558 (2.368)	220.4 (161.6)	37850.9 (37520.9)
ORP==Tlmebáň	-0.691 (2.793)	271.6 (192.4)	47348.3 (44718.7)
ORP==Tlminec	-0.128 (0.260)	12.94 (13.06)	1401.7 (3500.5)
ORP==Uherská Hradiště	-0.248 (1.389)	132.9 (92.33)	22920.6 (21496.3)
ORP==Uherská Brod	-0.120 (0.832)	78.86 (53.13)	13638.8 (12460.8)
ORP==Uničov	0.0564 (0.182)	20.78 (14.69)	4035.1* (1965.6)
ORP==Valašská Meziříčí	-0.0581 (0.444)	42.22+ (25.65)	7082.7 (6321.8)
ORP==Varnsdorf	0.107 (0.0840)	-17.95 (14.24)	-4642.3 (3032.5)
ORP==Velká Meziříčí	-0.391 (1.668)	174.6 (112.8)	31530.6 (26629.9)
ORP==Vimperk	-0.280 (0.521)	59.37 (36.32)	11085.6 (8901.7)
ORP==Vizovice	-0.0378 (0.383)	45.10* (22.87)	8378.6 (5762.7)
ORP==Vlačim	-0.144 (1.372)	136.3 (93.30)	24244.2 (21267.1)
ORP==Vrchlabí	-0.120 (0.377)	25.16 (22.10)	3802.5 (5104.3)
ORP==Vsetín	-0.210 (0.876)	79.33 (55.90)	13168.5 (13159.7)
ORP==Vysoká Mlýnská	-0.224 (1.122)	106.4 (73.48)	18280.9 (17797.6)
ORP==Výhledkov	-0.284 (1.206)	113.4 (77.03)	19462.7 (18884.0)
ORP==Václav	0.0111 (0.234)	16.43 (18.44)	2439.2 (5418.9)
ORP==Zlín	-0.163 (0.792)	70.68 (52.34)	11491.6 (12210.1)
ORP==Znojmo	-0.824 (3.361)	325.7 (233.2)	56727.9 (53762.4)
ORP==Záběhlice	-0.188 (0.777)	65.41 (47.69)	10893.9 (11136.8)
ORP==Žďár nad Labem	-0.393 (0.572)	26.90 (39.51)	2582.9 (9268.6)
ORP==Žďár nad Orlicí	-0.152 (0.382)	37.24 (24.60)	6529.9 (4109.1)
ORP==Žďár nad Sázavou	-0.511 (2.345)	242.1 (163.2)	42772.2 (38572.6)
ORP==Žďár nad Sázavou Lápa	-0.369 (1.177)	105.5 (78.00)	17731.5 (18038.2)
ORP==Žďár nad Sázavou Budějovice	-0.699 (2.365)	227.4 (161.8)	39518.2 (37692.8)
ORP==Žďár nad Sázavou Brod	-0.110 (0.540)	80.12* (38.55)	15320.7 (11086.4)
ORP==Žďár nad Sázavou Krumlov	-0.193 (0.885)	86.04 (55.66)	15128.8 (13457.7)
ORP==Žďár nad Sázavou Tábor	-0.250***	-27.21*	-5917.1



	(0.0632)	(13.03)	(4900.1)
ORP==Ašslav	-0.266	114.1 ⁺	20555.8
	(1.039)	(66.61)	(16079.4)
ORP==Lázně Tany	-0.427	164.6	29757.5
	(1.543)	(102.0)	(25615.7)
ORP==Lázně Těrnberk	-0.0596	44.91	7110.9
	(0.575)	(34.02)	(7614.2)
ORP==Lázně Umperk	-0.229	82.46	13155.3
	(1.001)	(65.42)	(15186.5)
ORP==Lázně Amberk	-0.225	64.28	10645.1
	(0.723)	(46.93)	(10636.7)
ORP==Lázně Atec	-0.256	28.56	4089.7
	(0.448)	(27.69)	(6400.3)
ORP==Lázně Dlouhová	-0.310	63.24	10731.5
	(0.630)	(39.91)	(10029.4)
Konstanta	1.266***	-21.39	-5163.4
	(0.132)	(50.39)	(7619.4)
Počet pozorování	1576	1576	1576
Koeficient determinace R ²	0.694	0.156	0.162
Adjustované R ²	0.662	0.067	0.073
Akaikeho informační kritérium	-3203.7	16197.4	33430.0
Bayesovo informační kritérium	-3182.3	16245.7	33451.4
P-hodnota testu významnosti modelu chí-kvadrát	0.00	0.00	0.00

Vysvětlivky: Statistická významnost parametrů modelu je označena následovně: + P-hodnota < 0,1; * P-hodnota < 0,05; ** P-hodnota < 0,01; *** P-hodnota < 0,001. Referenční ORP je Aš.

7.5.3 Délka hospitalizace, počet pacientů

Realizovaná analýza vychází z metodologického postupu představeného ve Vstupní Zprávě (VZ). Na získaném datovém souboru byla aplikována vícenásobná regresní analýza panelových dat. Na základě zhodnocení dostupných proměnných v jednotlivých letech a geografických celcích, byla jako nejvhodnější varianta (tj. ta která umožňuje zapojení co největšího počtu proměnných za nejdelší časové období) na úrovni širších spádových regionů, a to za období let 2015–2023. Finální datový soubor obsahuje tedy 936 pozorování na úrovni širších spádových regionů za sledované období, což zaručuje dostatečnou statistickou robustnost a věrohodnost představených výsledků.

Klíčové **vysvětlované** proměnné zahrnují **počet osob pacientů** v přepočtu na tisíc obyvatel a **délkou hospitalizace**. Klíčovou **vysvětlující** proměnnou je přepočtená **finanční podpora z IROP** na obyvatele. S ohledem na typy realizovaných projektů lze očekávat, že k dopadům došlo v okamžiku dokončení projektu, a proto jsou vícenásobné regresní modely odhadnuty (a dopad je měřen) v daném časovém období, tj. ve stejném roce. Dostupné kontrolní proměnné na úrovni spádových regionů pak zahrnují podíl věkové skupiny 65+, počet obcí v dané ORP, míru nezaměstnanosti, přírůstek obyvatel na tisíc obyvatel a jednotlivé umělé nula-jedničkové proměnné pro jednotlivé ORP, aby byly v analýze podchyceny i faktory, pro které nebyla dostupná data. Dále byly do modelů zapojeny dvě i kontrolní proměnné na úrovni spádových regionů, konkrétně vyplacený příspěvek na bydlení a úmrtí na alkohol, obě v přepočtu na tisíc obyvatel.

Výsledné odhady ekonometrických modelů představuje následující tabulka. Přestavené modely byly vyhodnoceny na základě celkového testu chí-kvadrátu o významnosti modelu jako statisticky významné alespoň na 10% hladině statistické významnosti a statistická významnost jednotlivých odhadů je udávána v Tabulce.

Hlavním zjištěním z realizovaných analýz je, že na úrovni ORP se **prokázat** statistickou **souvislost mezi alokovanou podporou a analyzovanými indikátory**. Podařilo se prokázat **pozitivní vztah** mezi alokovanou podporou a počtem pacientů v přepočtu na tisíc obyvatel (Model 1) a **negativní vztah** mezi alokovanými prostředky veřejné podpory a délkou hospitalizace (Model 2).



Z pohledu kontrolních proměnných pozorujeme statisticky významný vliv následujících kontrolních proměnných u indikátoru počtu pacientů (Model 1), a to konkrétně podílu věkové skupiny 65+, počtu obcí v ORP, míry nezaměstnanosti a příspěvku na bydlení v přepočtu na tisíc obyvatel. U druhého modelu byl pozorován jako signifikantní pouze vliv počtu obcí.

Model číslo: Vysvětlovaná/vysvětlující proměnná	(1) <i>Počet Pacientů na 1000 obyvatel</i>	(2) <i>Délka Hospitalizace</i>
<i>Podpora na 1000 obyvatel</i>	0.0000288** (0.00000993)	-0.00000107** (3.55e-08)
<i>Podíl věkové skupiny 65+</i>	-8.899*** (0.711)	0.250 (0.253)
<i>ORP nad 10 tisíc obyvatel</i>	-0.505 (5.449)	0.246 (0.167)
<i>Počet obcí v ORP</i>	-3.973** (1.273)	-0.180* (0.0791)
<i>Míra nezaměstnanosti</i>	-3.963*** (0.287)	0.0607 (0.0943)
<i>Přírůstek obyvatel na 1000 obyvatel</i>	0.403*** (0.0278)	0.000212 (0.00784)
<i>Úmrtí na alkohol na 1000 obyvatel</i>	2.486 (3.269)	0.103 (0.989)
<i>Příspěvek na bydlení na 1000 obyvatel</i>	0.00560*** (0.000386)	-0.0000583 (0.000196)
<i>ORP==Beroun</i>	-292.0*** (60.22)	-3.434 (3.431)
<i>ORP==Bilovec</i>	-412.8*** (99.94)	-15.24* (6.474)
<i>ORP==Blansko</i>	-280.4*** (64.75)	-6.540 (4.508)
<i>ORP==Bohumín</i>	-436.3*** (115.9)	-17.05* (7.643)
<i>ORP==Boskovice</i>	-88.66** (29.52)	-3.661* (1.859)
<i>ORP==Brandýs nad Labem-Stara Boleslav</i>	-339.1*** (46.23)	-3.404+ (1.986)
<i>ORP==Břeclav</i>	-204.4* (89.18)	-13.94* (6.392)
<i>ORP==Brno _plus</i>	70.80*** (3.770)	-0.0696 (0.622)
<i>ORP==Caslav _plus</i>	-111.1*** (9.905)	-1.974+ (1.159)
<i>ORP==Česka Lipa _plus</i>	-190.4*** (49.62)	-7.171* (3.084)
<i>ORP==Česke Budejovice</i>	41.85** (15.39)	-2.716* (1.376)
<i>ORP==Česky Krumlov</i>	-245.9*** (71.82)	-11.46* (4.998)
<i>ORP==Česky Tesín</i>	-508.7*** (123.6)	-3.474 (7.534)
<i>ORP==Cheb _plus</i>	-330.3*** (91.98)	-12.86* (5.467)
<i>ORP==Chomutov</i>	-301.0** (92.46)	-12.76* (5.638)
<i>ORP==Chrudim _plus</i>	-2.478 (21.25)	2.514*** (0.723)
<i>ORP==Decín</i>	-243.7** (79.27)	-12.07* (5.286)
<i>ORP==Dobruška</i>	-419.5*** (82.83)	-10.80* (5.359)
<i>ORP==Domazlice _plus</i>	-143.4*** (23.01)	-3.832* (1.540)
<i>ORP==Dvůr Králové nad Labem</i>	-267.2** (89.46)	-12.13+ (6.344)
<i>ORP==Frydek-Místek _plus</i>	-236.3*** (54.92)	-8.162* (3.865)
<i>ORP==Frydlant</i>	-402.6*** (87.42)	-15.74** (6.053)
<i>ORP==Havířov</i>	-336.2** (117.0)	-16.13* (7.845)



ORP==Havlickuv Brod_plus	124.5*** (35.39)	4.306** (1.564)
ORP==Hodonin	-326.3*** (96.29)	-14.51* (6.408)
ORP==Horovice	49.27 (63.02)	-10.54* (4.635)
ORP==Hradec Kralove_plus	105.3*** (0.542)	1.192+ (0.696)
ORP==Hranice_plus	-222.8*** (39.19)	-7.599* (2.990)
ORP==Hustopece_plus	-301.6*** (38.55)	-4.996+ (2.816)
ORP==Ivancice_plus	-169.3*** (13.95)	-3.174* (1.494)
ORP==Jablonec nad Nisou	-246.8* (105.8)	-15.47* (6.931)
ORP==Jesenik	-302.4** (95.70)	-13.72* (6.510)
ORP==Jicin_plus	34.65** (13.24)	1.427*** (0.176)
ORP==Jihlava_plus	204.7** (68.14)	8.989* (3.881)
ORP==Jilemnice_plus	-234.6** (79.81)	-12.78* (5.881)
ORP==Jindrichuv Hradec	-58.33 (52.47)	-7.122* (3.577)
ORP==Kadan	-288.7** (90.38)	-14.40* (6.227)
ORP==Karlovy Vary_plus	-116.8* (53.26)	-7.019+ (3.761)
ORP==Karvina_plus	-311.3** (119.4)	-16.14* (7.693)
ORP==Kladno_plus	11.72 (45.90)	6.395* (2.978)
ORP==Klatovy_plus	-91.52* (36.13)	-4.421+ (2.321)
ORP==Kolin	23.13 (16.61)	-5.187* (2.359)
ORP==Krnov	-124.5 (86.94)	-13.33* (6.390)
ORP==Kromeriz_plus	-122.0** (40.63)	-6.228* (2.864)
ORP==Kyjov	-78.37 (59.07)	-9.419* (4.731)
ORP==Liberec	-246.6** (85.98)	-11.30* (5.537)
ORP==Litomerice_plus	-93.32** (29.55)	-4.631* (2.166)
ORP==Litomysl_plus	-130.9*** (24.65)	-3.549* (1.771)
ORP==Melnik	-166.1* (70.97)	-10.47* (4.638)
ORP==Mlada Boleslav	51.70*** (6.973)	0.231 (0.563)
ORP==Most	-251.8* (100.7)	-13.24* (6.258)
ORP==Nachod_plus	-47.90 (45.71)	-5.849+ (3.292)
ORP==Neratovice	-394.9*** (84.03)	-12.95* (6.334)
ORP==Nove Mesto na Morave_plus	116.1*** (28.48)	3.606** (1.176)
ORP==Novy Jicin_plus	-264.7** (91.32)	-12.52* (5.712)
ORP==Nymburk_plus	-250.1*** (66.26)	-8.561* (3.455)
ORP==Odry_plus	-398.9*** (85.57)	-12.10* (5.811)
ORP==Olomouc_plus	-15.89 (35.34)	-4.757+ (2.458)
ORP==Opava_plus	-198.2***	-7.526*



	(59.84)	(3.709)
ORP==Ostrava_plus	-201.2*	-11.89*
	(88.28)	(5.585)
ORP==Pardubice_plus	50.14*	3.294**
	(21.16)	(1.165)
ORP==Pelhrimov_plus	82.66**	4.545***
	(27.95)	(1.151)
ORP==Pisek_plus	-91.75**	-6.396*
	(34.58)	(2.926)
ORP==Plzen_plus	136.2***	4.346***
	(19.64)	(1.177)
ORP==Podebrady	-340.0***	-5.234
	(71.40)	(5.931)
ORP==Prachatice_plus	-181.2***	-5.096+
	(30.45)	(2.688)
ORP==Přibram	-24.88	-3.975+
	(26.45)	(2.138)
ORP==Prostejov_plus	149.8***	0.213
	(11.97)	(0.252)
ORP==Rakovník	-91.27***	-2.382
	(13.91)	(1.611)
ORP==Ričany	-353.0***	-5.521*
	(46.42)	(2.764)
ORP==Rokycany_plus	-121.9***	-1.355
	(9.273)	(0.838)
ORP==Roudnice nad Labem	-228.3**	-11.75*
	(83.11)	(5.056)
ORP==Roznov pod Radhostem_plus	-444.0***	-17.23*
	(103.9)	(6.808)
ORP==Rumburk_plus	-397.4***	-15.64*
	(103.6)	(6.961)
ORP==Rybníky	-260.9*	-15.59*
	(104.6)	(7.411)
ORP==Sedlčany_plus	-368.2***	46.89***
	(68.33)	(1.324)
ORP==Semily_plus	-272.7***	-13.08*
	(76.37)	(5.372)
ORP==Slaný_plus	-156.4***	-4.363*
	(32.97)	(2.097)
ORP==Sokolov_plus	-256.5***	-11.00*
	(75.23)	(4.624)
ORP==Stod_plus	-152.2***	-2.280
	(15.01)	(1.519)
ORP==Strakonice_plus	122.6**	6.149**
	(46.43)	(2.359)
ORP==Sumperk_plus	-68.34***	-3.653*
	(20.06)	(1.564)
ORP==Susice	-350.0***	-11.82+
	(88.87)	(6.243)
ORP==Svitavy_plus	-98.52***	-2.153
	(17.41)	(1.536)
ORP==Tábor_plus	149.9**	7.370**
	(57.77)	(2.576)
ORP==Tanvald	-428.1***	-1.118
	(100.9)	(7.256)
ORP==Teplice_plus	-260.6***	-9.749*
	(78.78)	(4.648)
ORP==Tisnov	-296.3***	-3.794
	(41.34)	(2.921)
ORP==Třebíč_plus	282.1**	12.62*
	(95.77)	(5.175)
ORP==Trinec_plus	-139.8	-13.17*
	(86.34)	(5.598)
ORP==Trutnov	-270.4**	-11.10+
	(84.43)	(5.682)
ORP==Turnov_plus	-223.6***	-6.162*
	(40.70)	(2.960)
ORP==Uherské Hradiště_plus	-15.01***	0.386
	(3.748)	(0.392)
ORP==Ústí nad Labem	-157.8+	-12.92*
	(85.93)	(6.272)



<i>ORP==Usti nad Orlici_plus</i>	-122.8*** (37.12)	-5.432* (2.327)
<i>ORP==Valasske Mezirici</i>	-241.5* (95.21)	-14.05* (6.180)
<i>ORP==Velke Mezirici</i>	-243.0*** (37.65)	-5.863* (2.747)
<i>ORP==Vrchlabi</i>	-385.7*** (98.05)	-12.63+ (6.451)
<i>ORP==Vsetin_plus</i>	-224.1*** (53.89)	-7.865* (3.436)
<i>ORP==Vyskov_plus</i>	-128.0** (39.28)	-4.549+ (2.527)
<i>ORP==Zatec_plus</i>	-190.3*** (36.46)	-5.806* (2.468)
<i>ORP==Zlin_plus</i>	-60.28* (25.00)	-4.401+ (2.456)
<i>ORP==Znojmo</i>	85.15*** (16.32)	2.890** (0.943)
<i>Konstanta</i>	719.9*** (96.67)	16.46*** (2.656)
Počet pozorování	936	922
Koeficient determinace R2	0.966	0.815
Adjustované R2	0.961	0.789
Akaikeho informační kritérium	7707.6	4561.8
Bayesovo informační kritérium	7712.4	4571.5
P-hodnota testu významnosti modelu chí-kvadrát	0.00	0.00

Vysvětlivky: Statistická významnost parametrů modelu je označena následovně: + P-hodnota < 0,1; * P-hodnota < 0,05; ** P-hodnota < 0,01; *** P-hodnota < 0,001. Referenční spádový region je Benešov Plus.



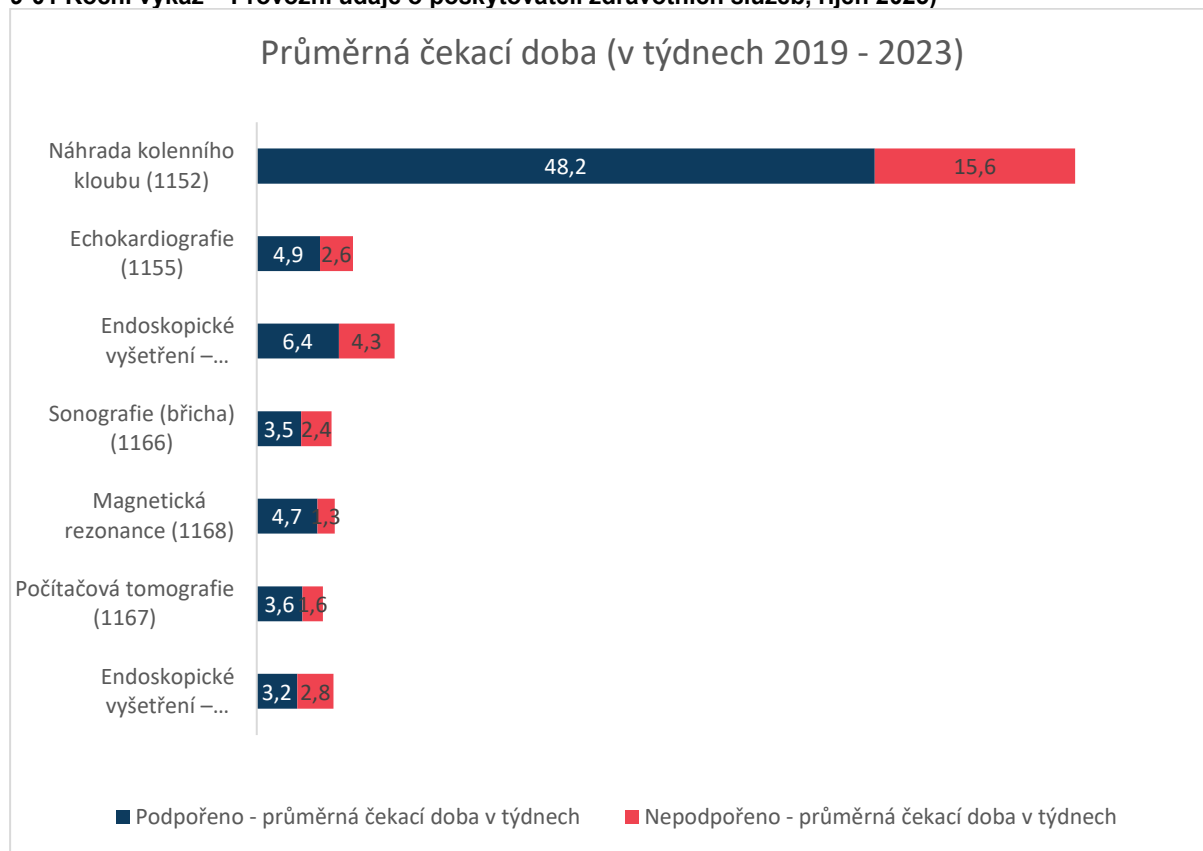
7.6 Výsledky analýzy čekacích lhůt

Pro analýzu jsme využili roční výkazy poskytovatelů zdravotních služeb ÚZIS: L (MZ) 9-01 – Provozní údaje o poskytovateli, za roky 2019–2023. V této části sledujeme vybrané plánované výkony: náhrada kolenního kloubu (1152), echokardiografie (1155), endoskopie – koloskopie (1160), endoskopie – gastroscopie (1161), sonografie břicha (1166), CT (1167) a MR (1168). Hodnoty čekacích dob ve zdrojových datech jsou evidovány v týdnech a zaokrouhlovány na celé započaté týdny (např. 5,1 týdne je evidováno jako 6 týdnů).

ÚZIS poskytuje průměrnou čekací dobu za každé zařízení a rok (po jednotlivých výkonech). Abychom snížili vliv extrémních hodnot v rámci čekací lhůty, tak jsme převedli tyto specifické průměry na agregaci pomocí mediánu (prostřední hodnota seřazených dat). Konkrétně tedy, pro každý výkon a rok jsme spočítali medián z průměrných čekacích dob za všechna dostupná zařízení (N=129), s těmito agregovanými hodnotami dále pracujeme v celé kapitole (mimo graf 1). V rámci těchto 129 zařízení, pak bylo 60 nepodpořených a 69 podpořených.

V následujícím grafu vidíme, že většina sledovaných výkonů vykazuje delší průměrnou čekací dobu v zařízeních s podporou než v nepodpořených. Největší rozdíl je u náhrady kolenního kloubu (48,2 týdne vs. 15,6 týdne). U přístrojové diagnostiky se rozdíl projevuje také: magnetická rezonance 4,7 vs. 1,3, CT 3,6 vs. 1,6 a echokardiografie 4,9 vs. 2,6 týdne. Mírnější rozdíly pozorujeme u sonografie břicha (3,5 vs. 2,4) a endoskopických vyšetření – koloskopie 6,4 vs. 4,3 a gastroscopie 3,2 vs. 2,8 týdne.

Graf 13: Průměrná čekací doba na zákrok (v týdnech (2019–2023)) (Zdroj: vlastní zpracování dat ÚZIS L (MZ) 9-01 Roční výkaz – Provozní údaje o poskytovateli zdravotních služeb, říjen 2025)



Pozn.: Zobrazené hodnoty jsou průměry za výkon za období 2019–2023: v každém roce byl spočten průměr čekací doby (v týdnech) napříč dostupnými zařízeními (max. 129), a tyto roční průměry byly následně zprůměrovány pro skupiny Podpořeno a Nepodpořeno.

V datech nevidíme u podpořených výkonů systematické zkracování čekání; naopak se u většiny z nich mediánové hodnoty mezi roky 2019 a 2023 zvýšily. Nejvýraznější nárůst je u náhrady kolenního kloubu (1152) (+5 týdnů; z 41,5 na 46,5), dále u kolonoskopie (1160) (+4). Mírné navýšení o +1 týden pozorujeme u echokardiografie (1155), gastroscopie (1161), sonografie břicha (1166) a CT (1167). MR (1168) zůstala beze změny (4 → 4).

Naopak u nepodpořených výkonů jsou mediány převážně stabilní: u CT (1167) a kolonoskopie (1160) došlo k mírnému růstu o +1 týden, ostatní výkony se nezměnily (0). Celkově tak platí, že trend se mezi skupinami liší – nepodpořené výkony nevykazují významný posun, zatímco u podpořených je patrné spíše prodloužení čekací doby, zejména u elektivních ortopedických a endoskopických výkonů.

Table 1: Změna mediánu čekací doby v týdnech (2019-2023) (Zdroj: vlastní zpracování dat ÚZIS L (MZ) 9-01 Roční výkaz – Provozní údaje o poskytovateli zdravotních služeb, říjen 2025)

Zákrok	Změna Nepodpořeno (2019-2023)	Změna Podpořeno (2019-2023)
Náhrada kolenního kloubu (1152)	0,0	+5,0
Echokardiografie (1155)	0,0	+1,0
Endoskopické vyšetření – koloskopie (1160)	+1,0	+4,0
Endoskopické vyšetření – gastroscopie (1161)	0,0	+1,0
Sonografie (břicha) (1166)	0,0	+1,0

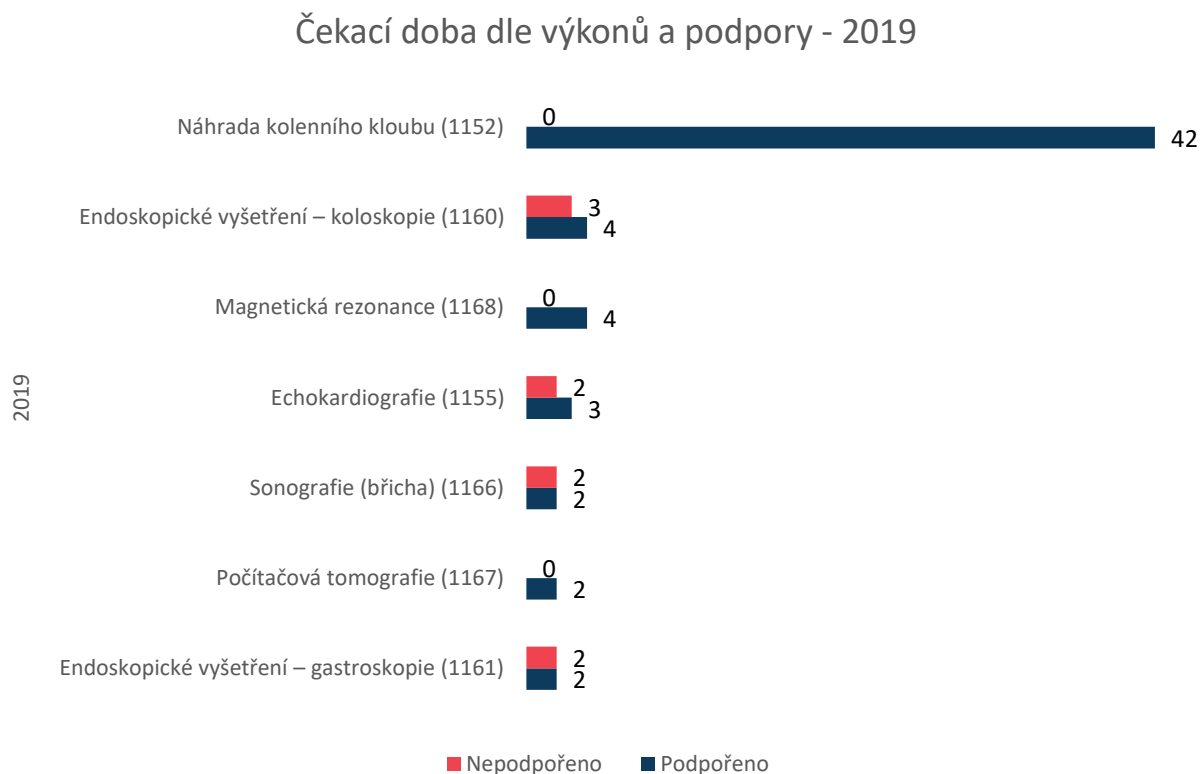


Počítačová tomografie (1167)	+1,0	+1,0
Magnetická rezonance (1168)	0,0	0,0

Pozn.: Průměrný medián za zákrok v rámci jednoho roku byl vypočten z průměrné čekací doby (v týdnech) v rámci 129 zařízení, s těmito agregovanými čísly se pracuje dále v rámci celé této sekce.

V roce 2019 byly mediánové čekací doby u většiny výkonů v zařízeních s podporou vyšší než u nepodpořených. Největší rozdíl je u náhrady kolenního kloubu (1152) – 42 týdnů vs. 0 u nepodpořených zařízení. Výrazně kratší čekání u nepodpořených vidíme i u magnetické rezonance (1168) (4 vs. 0) a CT (1167) (2 vs. 0). U koloskopie (1160) je rozdíl menší (4 vs. 3), zatímco u gastroscopie (1161) a sonografie břicha (1166) jsou hodnoty shodné (2 vs. 2). Echokardiografie (1155) je mírně delší u podpořených (3 vs. 2). Již na vstupu platilo, že podpořená pracoviště měla u většiny sledovaných výkonů delší čekání než srovnatelná nepodpořená.

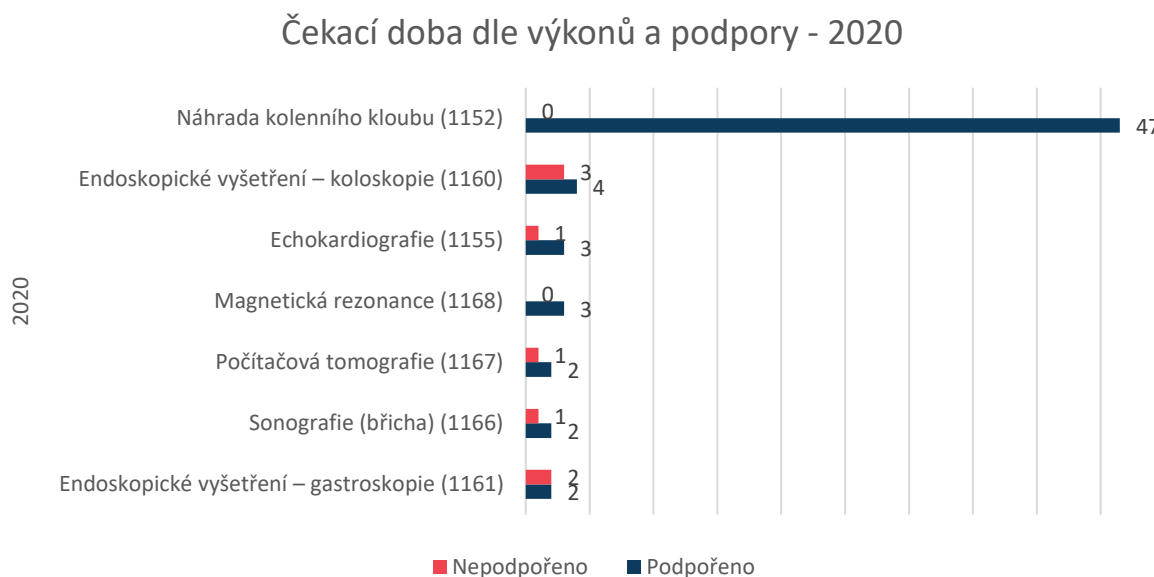
Graf 14: Čekací doba dle výkonů a podpory – 2019 (Zdroj: vlastní zpracování dat ÚZIS L (MZ) 9-01 Roční výkaz – Provozní údaje o poskytovateli zdravotních služeb, říjen 2025)



V roce 2020 zůstávají podpořená pracoviště u všech výkonů se stejným či delším mediánem čekání než nepodpořená. Největší odstup je opět u náhrady kolenního kloubu (1152) (47 týdnů vs. 0). U endoskopií je rozdíl malý (koloskopie 4 vs. 3; gastroscopie 2 vs. 2). U přístrojové diagnostiky pozorujeme konzistentně vyšší hodnoty u podpořených: MR (3 vs. 0), echokardiografie (3 vs. 1), CT (2 vs. 1) a sonografie břicha (2 vs. 1). Obraz roku 2020 tak navazuje na zjištění z roku 2019: čekací doby jsou u podpořených skupiny většinou delší.

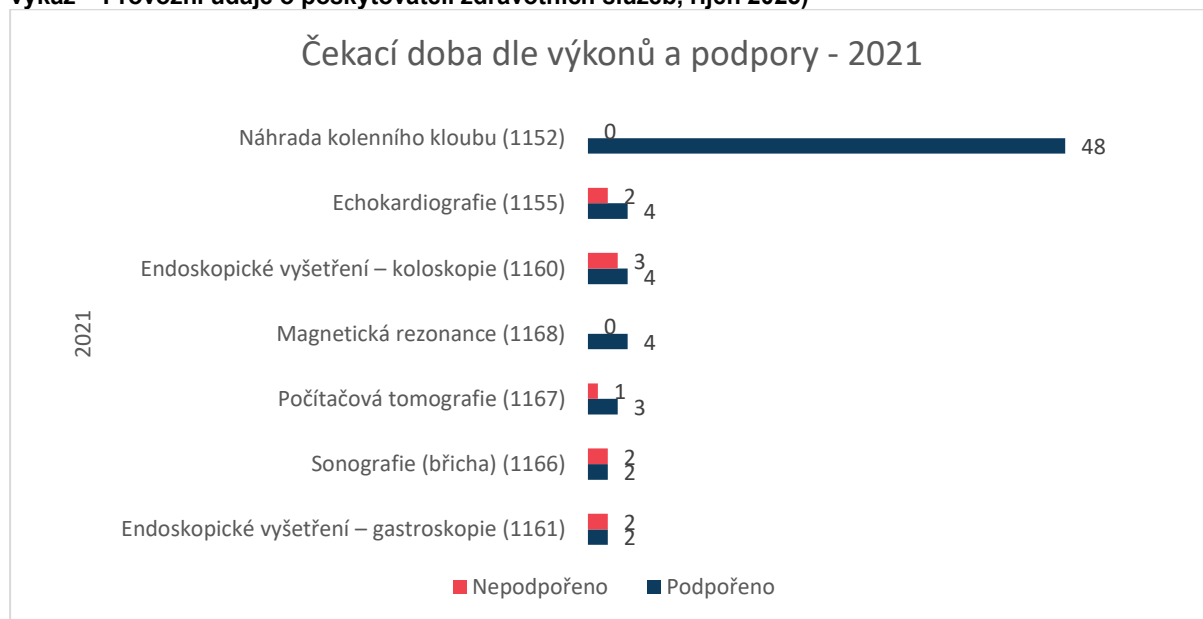


Graf 15: Čekací doba dle výkonů a podpory - 2020 (Zdroj: vlastní zpracování dat ÚZIS L (MZ) 9-01 Roční výkaz – Provozní údaje o poskytovateli zdravotních služeb, říjen 2025)



V roce 2021 zůstává obraz shodný s předchozími lety: podpořená pracoviště mají téměř ve všech případech stejné či delší mediánové čekání než nepodpořená. Největší odstup je u náhrady kolenního kloubu (1152) (48 týdnů vs. 0). Vyšší hodnoty u podpořených vidíme i u echokardiografie (4 vs. 2), CT (3 vs. 1), MR (4 vs. 0) a koloskopie (4 vs. 3). Gastroscopie a sonografie břicha jsou beze změny (2 vs. 2). V tomto roce podpořená zařízení neindikují zkrácení čekacích dob oproti předešlým rokům.

Graf 16: Čekací doba dle výkonů a podpory – 2021 (Zdroj: vlastní zpracování dat ÚZIS L (MZ) 9-01 Roční výkaz – Provozní údaje o poskytovateli zdravotních služeb, říjen 2025)

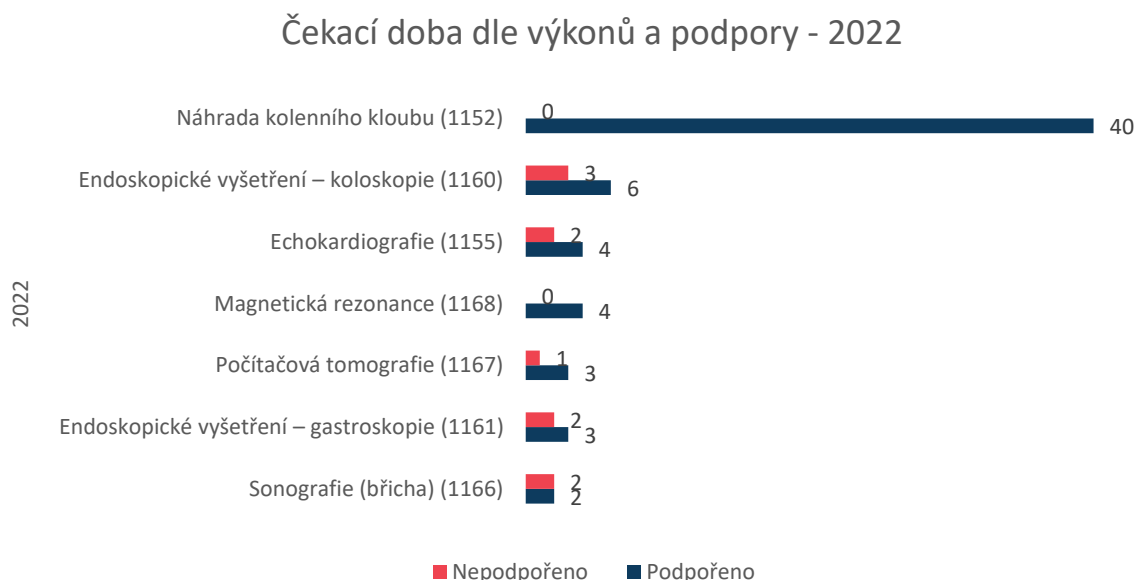


Obraz roku 2022 je podobný předchozím letům, podpořená pracoviště mají převážně stejné či delší mediánové čekání než nepodpořená. Největší rozdíl zůstává u náhrady kolenního kloubu (1152) – 40 týdnů vs. 0 (oproti 2021 mírné zkrácení z 48 na 40, stále však velmi vysoké). U koloskopie (1160) vidíme nárůst u podpořených na 6



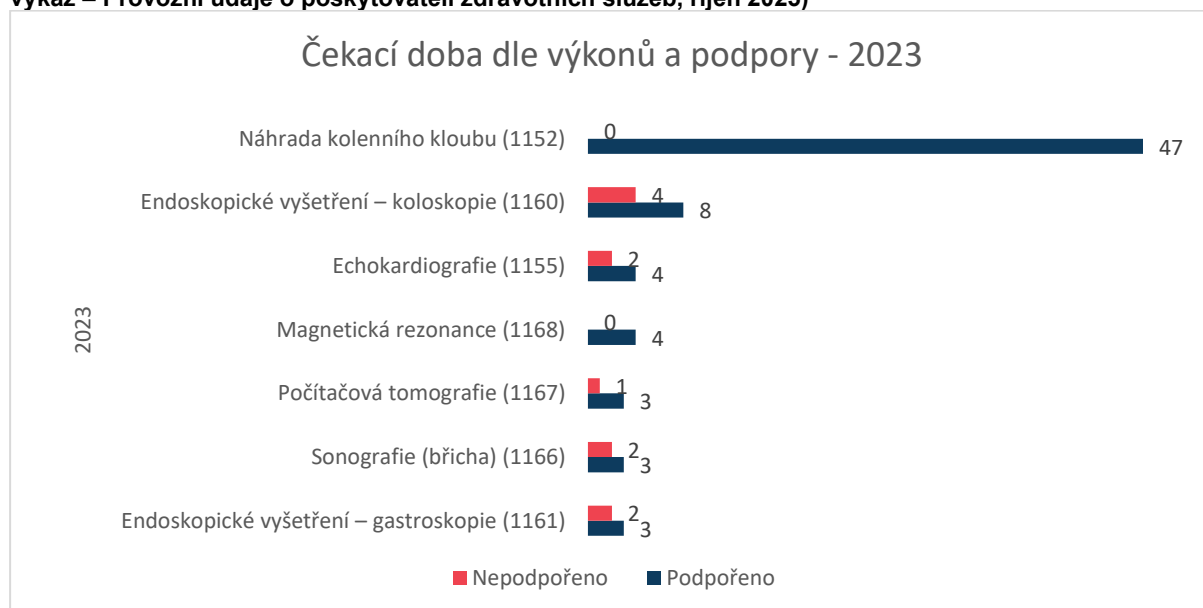
(nepodpořená 3). Ostatní výkony jsou spíše stabilní: echokardiografie 4 vs. 2, MR 4 vs. 0, CT 3 vs. 1, gastroscopie 3 vs. 2, sonografie břicha 2 vs. 2.

Graf 17: Čekací doba dle výkonů a podpory – 2022 (Zdroj: vlastní zpracování dat ÚZIS L (MZ) 9-01 Roční výkaz – Provozní údaje o poskytovateli zdravotních služeb, říjen 2025)



V roce 2023 jsou mediány čekací doby ve všech sledovaných výkonech vyšší u podpořených pracovišť než u nepodpořených. Největší rozdíl zůstává u náhrady kolenního kloubu (1152) (47 týdnů vs. 0). Rozevírá se také u kolonoskopie (1160) (8 vs. 4). U dalších výkonů jsou rozdíly menší, ale konzistentní: echokardiografie 4 vs. 2, MR 4 vs. 0, CT 3 vs. 1, sonografie břicha 3 vs. 2, gastroscopie 3 vs. 2.

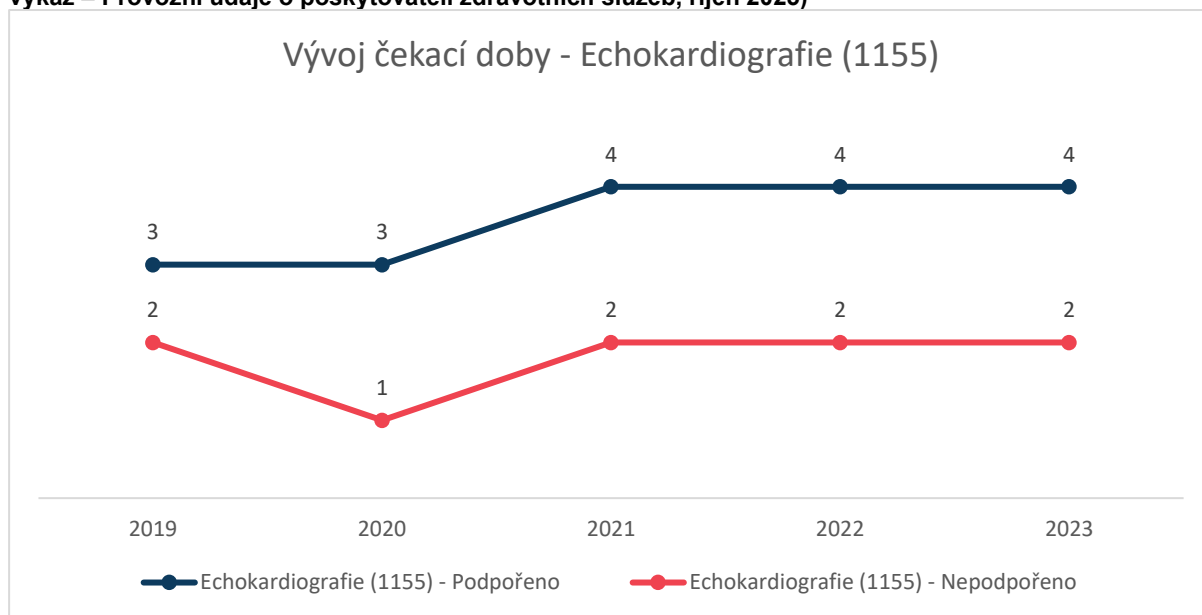
Graf 18: Čekací doba dle výkonů a podpory – 2023 (Zdroj: vlastní zpracování dat ÚZIS L (MZ) 9-01 Roční výkaz – Provozní údaje o poskytovateli zdravotních služeb, říjen 2025)





U echokardiografie (1155) se křivky obou skupin v letech 2019-2023 rozcházejí. V podpořených zařízeních se medián čekací doby z 3 týdnů v roce 2019 pozvolna zvýšil na 4 týdny a od roku 2021 zůstává stabilně na této úrovni (3 → 3 → 4 → 4 → 4). U nepodpořených vidíme krátký pokles v roce 2020 na 1 týden, poté návrat a stabilizaci na 2 týdnech (2 → 1 → 2 → 2 → 2). Rozestup mezi skupinami se tak zvětšil z 1 týdne (2019) na trvale 2 týdny od roku 2021 dále. Podpořená pracoviště mírně narostla a drží vyšší úroveň, nepodpořená se po dočasném propadu vrátila k původním hodnotám; sbližování trendů nepozorujeme.

Graf 19: Vývoj čekací doby - Echokardiografie (1155 (Zdroj: vlastní zpracování dat ÚZIS L (MZ) 9-01 Roční výkaz – Provozní údaje o poskytovateli zdravotních služeb, říjen 2025)

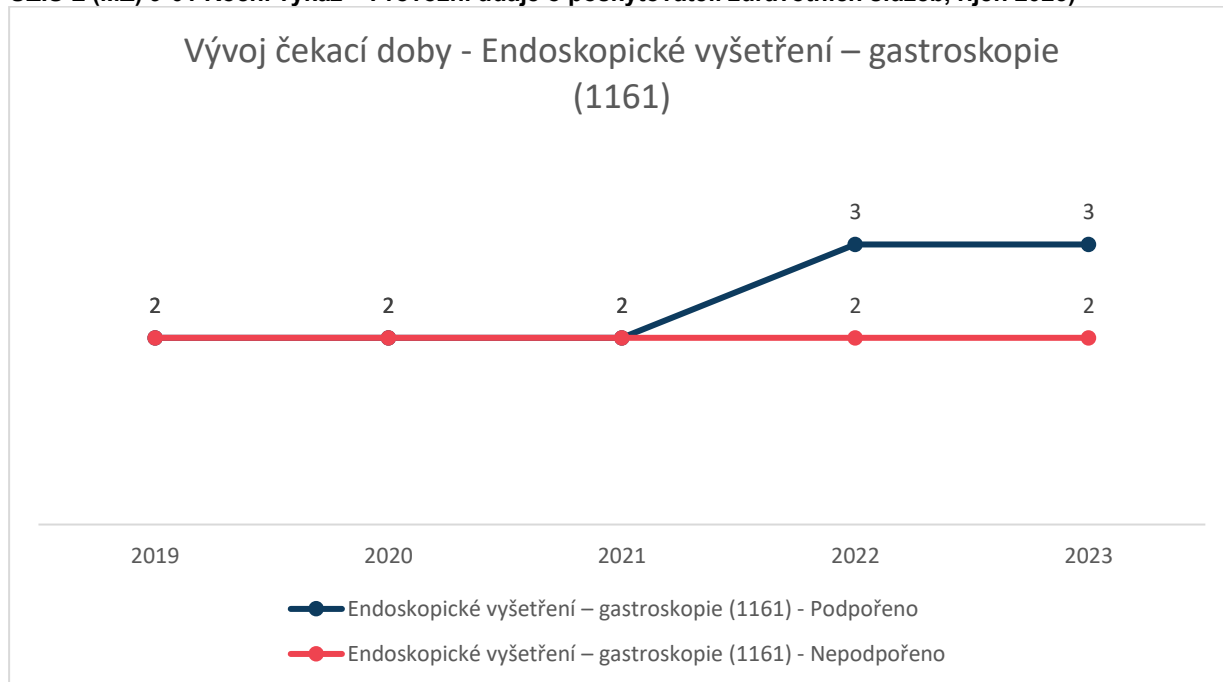


U gastroscopie (1161) byly do roku 2021 obě křivky shodné – medián čekací doby 2 týdny u podpořených i nepodpořených pracovišť (2019–2021: 2 → 2 → 2). Od roku 2022 se trend mírně rozchází: u podpořených roste



čekání na 3 týdny a na této úrovni zůstává i v roce 2023, zatímco nepodpořená zařízení setrvávají stabilně na 2 týdnech. V závěru období tak přetrvává stálý odstup 1 týdne bez známek sblížení.

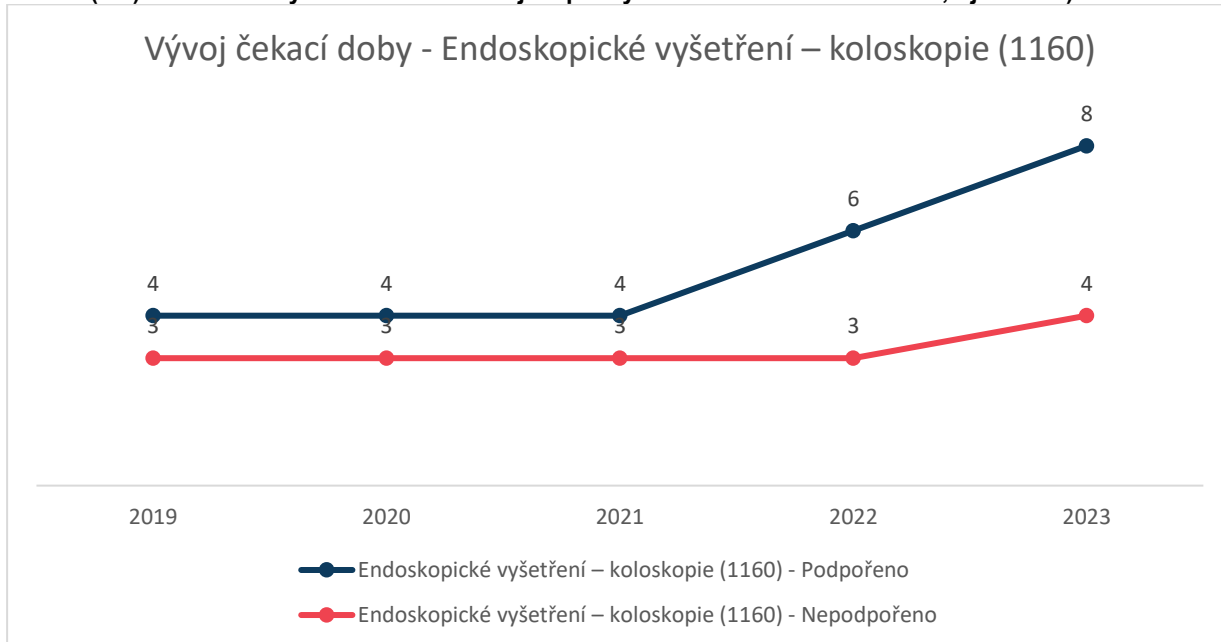
Graf 20: Vývoj čekací doby - Endoskopické vyšetření – gastroscopie (1161) (Zdroj: vlastní zpracování dat ÚZIS L (MZ) 9-01 Roční výkaz – Provozní údaje o poskytovateli zdravotních služeb, říjen 2025)



U koloskopie (1160) se křivky výrazně rozevírají po roce 2021. U podpořených pracovišť byl medián čekací doby tři roky stabilní na 4 týdnech (2019–2021), poté však vzrostl na 6 (2022) a v roce 2023 dále na 8 týdnů. U nepodpořených zůstával medián dlouhodobě 3 týdny a až v roce 2023 se zvýšil na 4 týdny. Rozdíl mezi skupinami se tak z původního 1 týdne (2019–2021) rozšířil na 2 týdny v roce 2022 a na 4 týdny v roce 2023. Trend u podpořených je rostoucí, zatímco u nepodpořených téměř stabilní s mírným nárůstem až na konci období, ke sblížení zde nedochází.

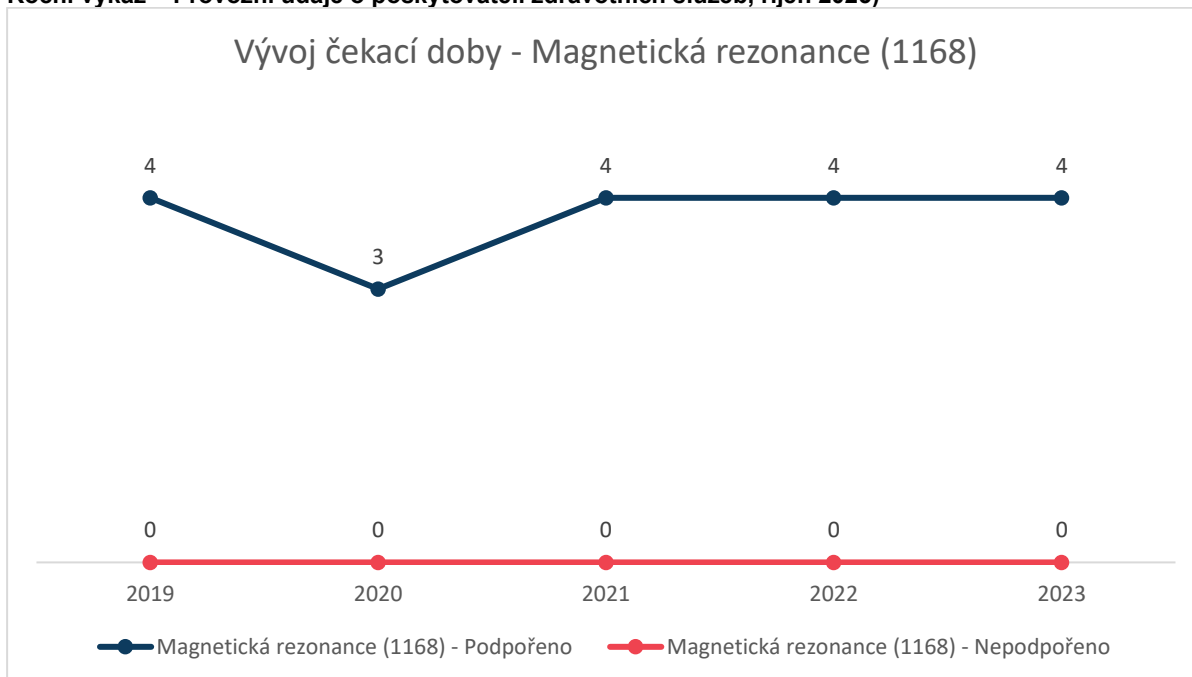


Graf 21: Vývoj čekací doby - Endoskopické vyšetření – koloskopie (1160) (Zdroj: vlastní zpracování dat ÚZIS L (MZ) 9-01 Roční výkaz – Provozní údaje o poskytovateli zdravotních služeb, říjen 2025)



U magnetické rezonance (1168) je rozdíl mezi skupinami po celé období jednoznačný. Nepodpořená pracoviště mají stabilně 0 týdnů (2019–2023 bez výkyvu). U podpořených je medián převážně 4 týdny, s jednorázovým poklesem na 3 týdny v roce 2020 (4 → 3 → 4 → 4 → 4). Rozestup mezi skupinami je tedy dlouhodobě 3–4 týdny ve prospěch nepodpořených a trend se nesblíží; po krátké změně v roce 2020 se podpořená zařízení vrací na vyšší, stabilní úroveň čekání.

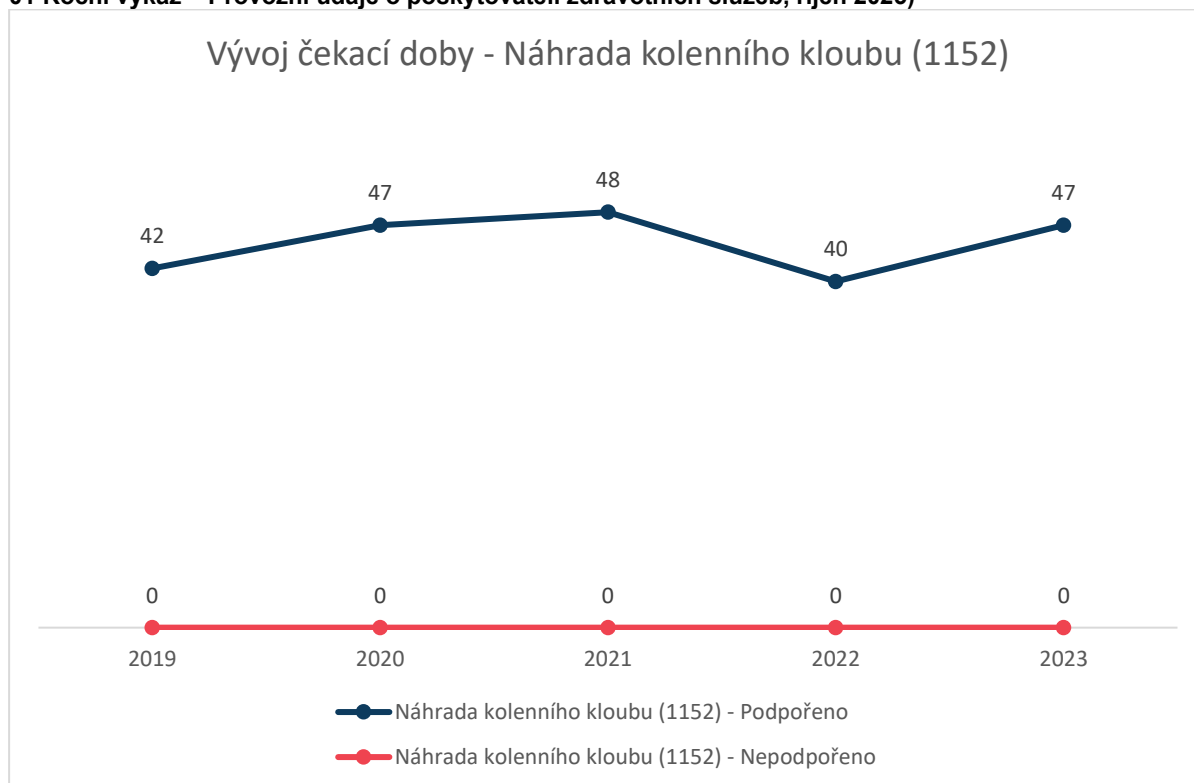
Graf 22: Vývoj čekací doby - Magnetická rezonance (1168) (Zdroj: vlastní zpracování dat ÚZIS L (MZ) 9-01 Roční výkaz – Provozní údaje o poskytovateli zdravotních služeb, říjen 2025)





U náhrady kolenního kloubu (1152) přetrvává po celé období extrémní rozdíl mezi skupinami. Nepromítnutá pracoviště vykazují stabilně 0 týdnů v každém roce 2019–2023. Naopak u podpořených se medián drží velmi vysoko a kolísá v pásmu 40–48 týdnů, po nárůstu 42 → 47 → 48 (2019–2021) následuje dočasné snížení na 40 (2022) a opětovný návrat k 47 (2023). Trendy se tedy nepřibližují, rozdíl je trvale značný a rok 2022 působí jen jako krátkodobý výkyv v rámci jinak vysoké a stabilní úrovně čekání u podpořených pracovišť.

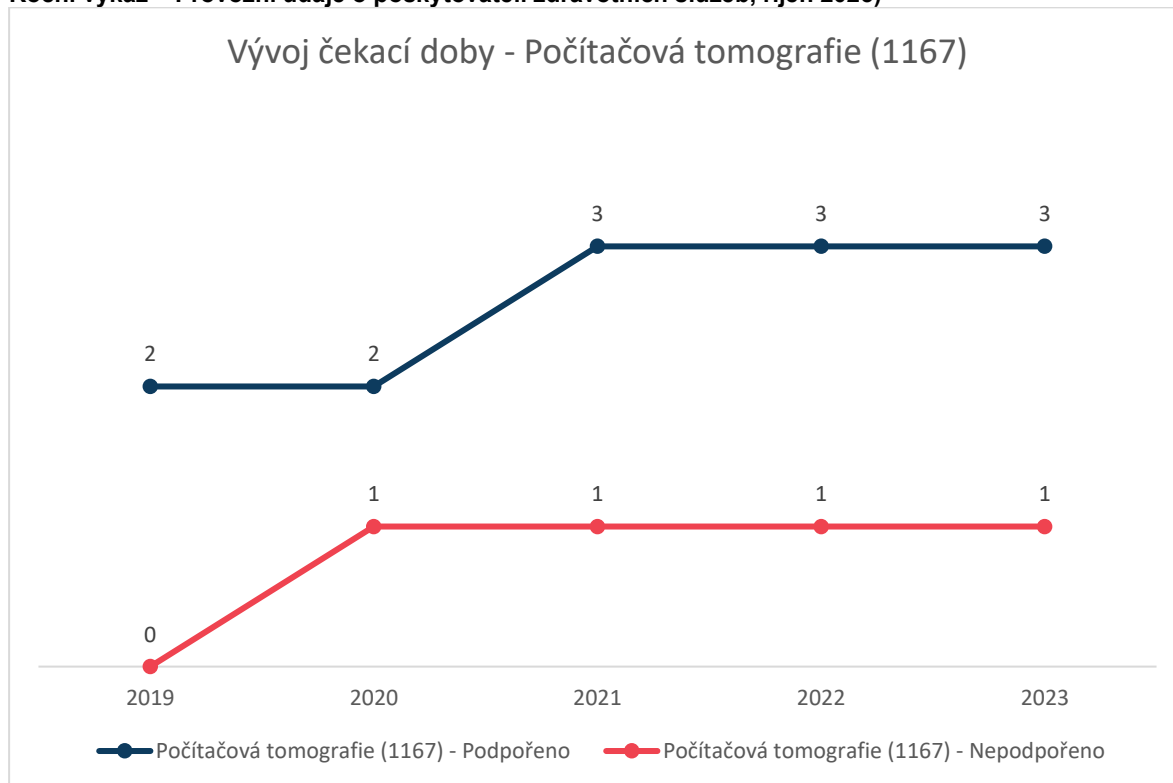
Graf 23: Vývoj čekací doby - Náhrada kolenního kloubu (1152) (Zdroj: vlastní zpracování dat ÚZIS L (MZ) 9-01 Roční výkaz – Provozní údaje o poskytovateli zdravotních služeb, říjen 2025)



U počítačové tomografie (1167) je vývoj obou křivek klidný. U podpořených se medián čekací doby zvýšil z 2 na 3 týdny v roce 2021 a poté zůstal beze změny (2 → 2 → 3 → 3 → 3). U nepodpořených došlo k posunu z 0 na 1 týden už v roce 2020 a dále se hodnoty neměnily (0 → 1 → 1 → 1 → 1). Rozestup mezi skupinami je po celé období stabilní – kolem 2 týdnů (2019: 2 vs. 0; 2021–2023: 3 vs. 1).



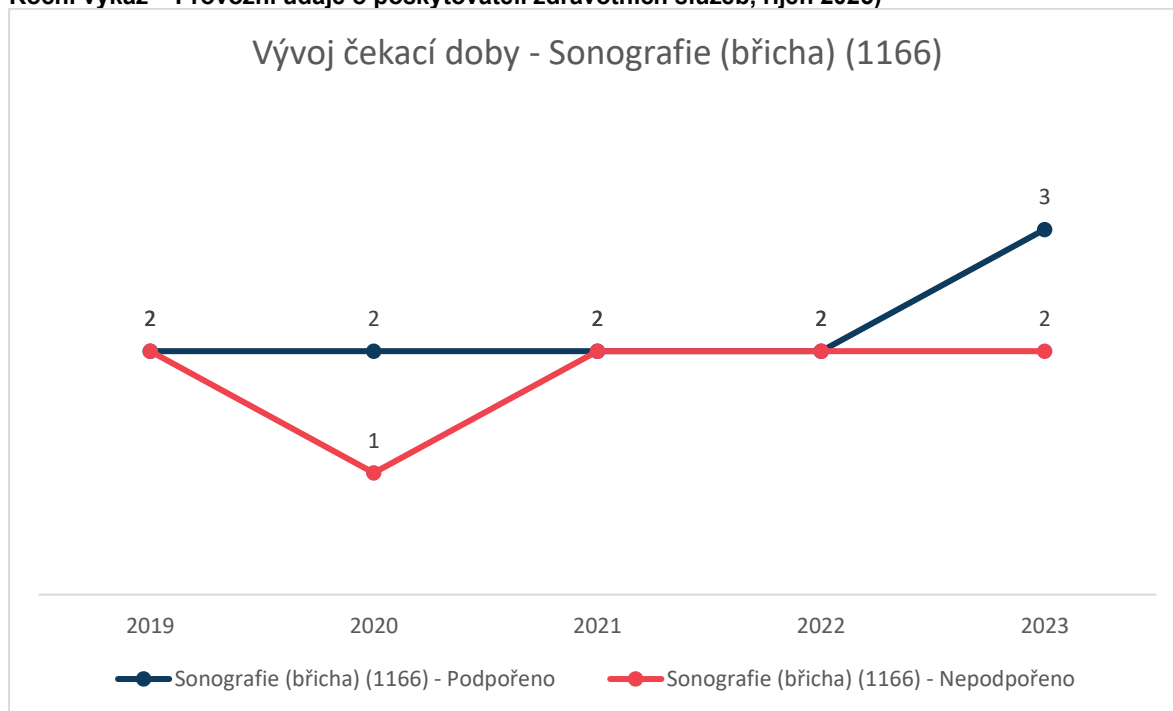
**Graf 24: Vývoj čekací doby - Počítačová tomografie (1167) (Zdroj: vlastní zpracování dat ÚZIS L (MZ) 9-01
Roční výkaz – Provozní údaje o poskytovateli zdravotních služeb, říjen 2025)**



U sonografie břicha (1166) byly do roku 2022 obě křivky prakticky totožné. Podpořená pracoviště držela medián 2 týdny v letech 2019–2022 a v roce 2023 se čekání zvýšilo na 3 týdny (2 → 2 → 2 → 2 → 3). U nepodpořených vidíme krátký pokles na 1 týden v roce 2020, poté návrat a stabilizaci na 2 týdnech (2 → 1 → 2 → 2 → 2). Rozdíl mezi skupinami se tak objevuje až v závěru období (2023), kdy činí 1 týden ve prospěch nepodpořených, do té doby byly hodnoty vyrovnané.



Graf 25: Vývoj čekací doby - Sonografie (břicha) (1166) (Zdroj: vlastní zpracování dat ÚZIS L (MZ) 9-01 Roční výkaz – Provozní údaje o poskytovateli zdravotních služeb, říjen 2025)



Ve zkoumaném souboru se tedy trend z pohledu vývoje v čase u podpořených a nepodpořených zařízení odlišuje: u podpořených se mediány u řady výkonů postupně zvyšují (nebo setrvávají na vyšší hladině), zatímco u nepodpořených jsou buď stabilní, nebo rostou mírněji. Ke sbližování křivek nedochází – naopak u několika výkonů (koleno 1152, koloskopie 1160) v čase rozdíl přetrvává nebo se zvětšuje; u ostatních (echokardiografie 1155, gastroskopie 1161, sonografie 1166, CT 1167, MR 1168) rozdíl zůstává malý až střední, ale stabilní.